आईसी -33

जीवन बीमा

आभार:

इस संशोधित पाठ्यक्रम का हिंदी अनुवाद निम्नांकित के सहयोग से तैयार किया गया है।

सीडैक- पुणे
उमेश पाठक

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

जी - ब्लॉक, प्लॉट नंबर सी - 46,
बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व), मुंबई - 400 051.

जीवन बीमा

आईसी -33

संशोधित संस्करण - 2014

सर्वाधिकार सुरक्षित

इस पाठ्यक्रम का स्वत्वाधिकार भारतीय बीमा संस्थान के पास सुरक्षित है. किसी भी परिस्थिति में इस पाठ्यक्रम के किसी भी अंश को पुनः प्रकाशित न किया जाए।

पी वेणुगोपाल, महा सचिव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉ क, प्लॉट न. सी 46, बांद्रा कुर्ला कॉम्पलेक्स, बांद्रा (पूर्व), मुंबई- 400 051, द्वारा प्रकाशित तथा ________________ द्वारा मुद्रित |

प्राक्कथन

भारतीय बीमा उद्योग बीते 14 वर्षों में क्रांतिकारी बदलाव के दौर से गुजरा है। बीमा क्षेत्र के दरवाजे खोलने के कारण दुनिया की कुछ सबसे बड़ी बीमा कंपनियों को यहां प्रवेश मिला। बीमा उद्योग ने संयमित विकास के विस्तार के साथ तीव्र विकास के चरणों को देखा है।

समय की मांग है कि जीवन बीमा एजेंटों को जीवन बीमा की अवधारणाओं, इसके विकास, किस प्रकार जीवन बीमा रोजी-रोटी कमाने वाले व्यक्ति की मौत से आय के नुकसान के मामले में परिवार के बोझ को कम करता है, बीमा प्रीमियम किस प्रकार समाज के लिए लाभकारी होते हैं और कैसे बीमा किसी परिवार में जोखिम का प्रबंधन करने के एक साधन के रूप में काम करता है, इन सारी जानकारियों से सुसज्जित किया जाए।

आईसी-33 पाठ्यक्रम सामग्री जो भारतीय बीमा संस्थान द्वारा प्रकाशित की जा रही है, इसमें वह समस्त जानकारी शामिल की गयी है जिनसे एक जीवन बीमा एजेंट को ग्राहक के साथ एक मजबूत संबंध बनाने और ग्राहक को एक जानकार निर्णय लेने के लिए सशक्त करने और इस प्रकार एक सफल बिक्री पूरी करने के क्रम में सुसज्जित होने की जरूरत है। इस पाठ्य पुस्तक की सहायता से एजेंटों को उन संचालन प्रक्रियाओं से अच्छी तरह परिचित होने की अपेक्षा की जाती है जो कुशल बिक्री पश्चात सेवा प्रदान करने के लिए आवश्यक हैं। इस पाठ्यक्रम सामग्री में सम्मिलित जानकारी से बीमा एजेंटों को निश्चित रूप से जीवन बीमा के बारे में नवीनतम जानकारी प्राप्त करने और इस प्रकार पेशेवर जीवन बीमा सलाहकार बनने में मदद मिलेगी।

मैंने देखा है कि यह पाठ्य सामग्री एक पेशेवर तरीके से संकलित की गयी है। मैं इस कार्य में शामिल भारतीय बीमा संस्थान के सभी पेशेवर कर्मियों को बधाई देता हूं। मुझे यकीन है कि भारतीय जीवन बीमा उद्योग से जुड़े हर व्यक्ति को इस पाठ्य सामग्री की आवश्यकता होगी।

टी.एस. विजयन

चेयरमैन

भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण

प्रस्तावना

जीवन बीमा उद्योग पर मर्त्यता, रुग्णता और दीर्घायु जैसी जीवन की विभिन्न आकस्मिकताओं के समक्ष वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने का दुष्कर दायित्व निहीत है। जीवन बीमा उत्पाद एक अमूर्त उत्पाद है और ग्राहक को यह समझाया जाना चाहिए कि इसकी विशेषताएं क्या हैं, यह क्या कर सकता है और कैसे यह ग्राहक की विशिष्ट जरूरतों को पूरा कर सकता है। इस कार्य को कुशलतापूर्वक पूरा करने के लिए, जीवन बीमा उद्योग के पास सक्षम विक्रय पेशेवरों का एक कार्यबल होना चाहिए जिनके पास कारोबार की बुनियादी बातों की अच्छी समझ हो, वे संभावित ग्राहकों के साथ जुड़ सकें और उनके साथ विश्वास और भरोसे का संबंध बना सकें और ख़ास तौर पर एक कठोर आचार संहिता और नैतिक आचरण अपना सकें।

तदनुसार, भारतीय बीमा संस्थान ने उद्योग के साथ विचार-विमर्श करके जीवन बीमा एजेंटों की भर्ती-पूर्व परीक्षा के लिए यह पाठ्य सामग्री तैयार की है। यह पाठ्य सामग्री आईआरडीए द्वारा प्रदत्त पाठ्यक्रम के आधार पर तैयार की गयी है। उत्पादों की बहुतायत और जीवन बीमा कंपनियों के बीच प्रचालित प्रथाओं के संदर्भ में अध्ययन पाठ्यक्रम में एक सामान्य दृष्टिकोण अपनाया गया है।

पाठ्यक्रम को बीस अध्यायों में बांटा गया है, जिनमें से प्रत्येक का समान महत्व है। यह जीवन बीमा के मूलभूत सिद्धांतों, व्यक्तिगत वित्तीय नियोजन तत्वों, उत्पाद मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन, विभिन्न प्रकार के जीवन बीमा उत्पादों की विशेषताओं, बीमालेखन और दावों, जीवन बीमा कारोबार के विनियामक पहलुओं के साथ-साथ एजेंटों के विनियमों, बिक्री प्रक्रिया, ग्राहक सेवा और एजेंसी कैरियर की संभावनाओं और आवश्यकताओं को कवर करता है। प्रत्येक अध्याय के अंत में स्व-परीक्षा प्रश्न दिए गए हैं जो परीक्षार्थी को स्वयं का मूल्यांकन करने में सक्षम बनाएगा।

हम आशा करते हैं कि यह अध्ययन पाठ्यक्रम जीवन बीमा एजेंटों में एक उच्च-स्तरीय जानकारी और सक्षमता विकसित करने में उपयोगी होगा।

हम यह कार्य भारतीय बीमा संस्थान को सौंपने के लिए आई आर डी ए के प्रति धन्यवाद **ज्ञा**पन करते हैं और इसके अलावा जीवन बीमा काउंसिल तथा सदस्य कंपनियों को उनके विभिन्न सुझावों के लिए भी हमारा धन्यवाद दर्ज करते हैं जिनसे हमें पाठ्यक्रम की सामग्रियों में सुधार करने में मदद मिली है।

भारतीय बीमा संस्थान

विषय-सूची

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
1	बीमा का परिचय	1
2	जीवन बीमा में क्या निहित है	26
3	जीवन बीमा के कानूनी सिद्धांत	43
4	वित्तीय नियोजन	63
5	जीवन बीमा उत्पाद –I	88
6	जीवन बीमा उत्पाद –II	112
7	पेंशन और वार्षिकियां	130
8	स्वास्थ्य बीमा	151
9	जीवन बीमा के प्रयोग	169
10	जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन	181
11	दस्तावेजीकरण प्रस्ताव चरण -	207
12	दस्तावेजीकरण :पॉलिसी चरण -I	224
13	दस्तावेजीकरण :पॉलिसी चरण -II	236

14	बीमालेखन (जोखिम अंकन)	263
15	जीवन बीमापॉलिसी के अंतर्गत भुगतान	293
16	विनियामक पहलू	310
17	कैरियर के रूप में जीवन बीमा एजेंसी	335
18	जीवन बीमा बिक्री की प्रक्रिया	368
19	ग्राहक सेवा	396
20	शिकायत निवारण प्रणाली	421

अध्याय 1

बीमा का परिचय

पाठ का परिचय

इस पाठ का उद्देश्य बीमा के मूलभूत तत्वों का परिचय, उसका विकास एवं उसकी क्रियाशीलता 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 जोखिम अंतरण के कारक के रूप में कार्य करता है।

अध्ययन का परिणाम

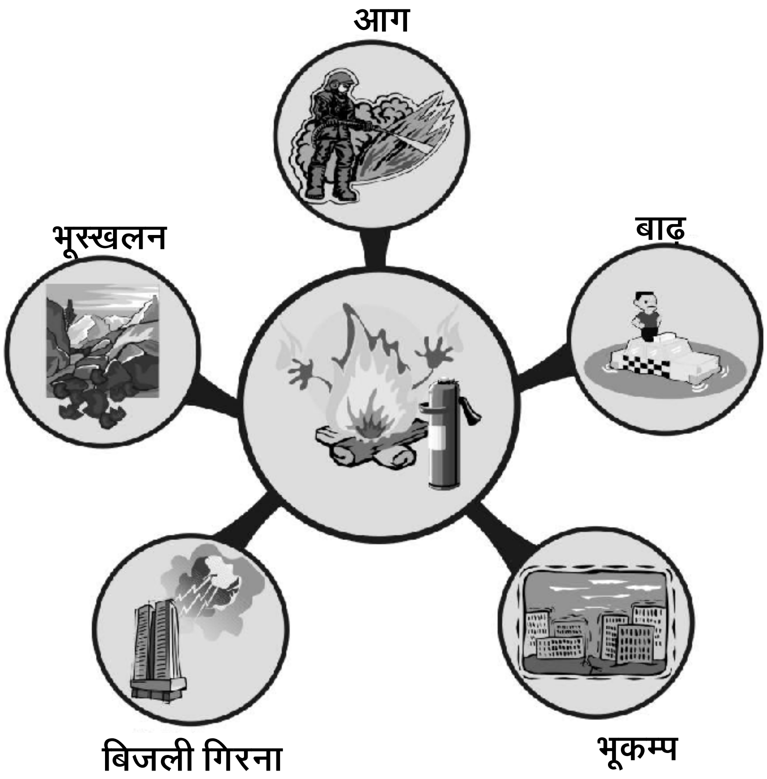
क. जीवन बीमा - इतिहास एवं विकास
ख. बीमा की क्रियाशीलता
ग. जोखिम प्रबंधन की तकनीक
घ. जोखिम प्रबंधन के घटक के रूप में बीमा
ङ. समाज में बीमा की भूमिका

क. 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 :

- ✓ ट्रेन का आपस में टकराना
- ✓ बाढ़ के कारण कई बस्तियों का नष्ट होना
- ✓ भूकम्प द्वारा असहनीय पीड़ा
- ✓ नवयुवकों 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, सहभागिता एवं पारस्परिक समर्थन 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 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 संयोजित करने तथा बांटने 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 चली आ रही बीमा की अवधारणा

बेबिलोनियन व्यवसायी	बेबिलोनियन व्यवसायियों द्वारा किए गए करार के अनुसार, जहाज में लादी गई वस्तु के गुम या चोरी हो जाने पर, ऋणदाताओं द्वारा ऋण माफ किए जाने पर, व्यवसायियों द्वारा ऋणदाताओं को अतिरिक्त राशि का भुगतान किया जाएगा। इसे बॉटमरी ऋण कहा जाता था। ऐसे करार के तहत, जहाज या माल की सुरक्षा हेतु लिए गए ऋण का भुगतान, समुद्री यात्रा के पश्चात् जहाज के गंतव्य पर सुरक्षित पहुँच जाने पर ही किया जाता था।
बरूच एवं सूरत के व्यवसायी	भारतीय जहाजों में श्रीलंका, मिस्त्र एवं यूनान की ओर समुद्री यात्रा करने वाले भड़ौच एवं सूरत के व्यवसायियों में भी बेबिलोनियन व्यवसायियों 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" गठित की गई थीं।
रोड्स के निवासी	रोड्स के निवासियों ने एक ऐसी प्रथा अपनाई जिसके तहत व्यथा के दौरान फेंके गये जहाज का भार कम करने और संतुलन बनाये रखने के लिए जहाज में से कुछ

	माल फ्क दीया जाता है, जिसे 'जेटिसनिंग' कहा जाता है माल के गुम जाने पर माल के सभी मालिकों (वे भी जिनका कोई माल गुमा न हुआ हो) को कुछ मात्रा में हानि वहन करनी पड़ती थी।
चीन के व्यवसायी	प्राचीन काल में चीन के व्यवसायी, 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, पूर्ण नहीं। इस प्रकार के विस्तारण से हानि की मात्रा को कम किया जाता था।

3. **बीमा की आधुनिक अवधारणाएं**

भारत में जीवन बीमा का सिद्धांत भारत की संयुक्त परिवार की व्यवस्था में प्रतिबिंबित होता है जो कि पिछली कई सदियों में जीवन बीमा का सर्वश्रेष्ठ स्वरूप रहा है। परिवार के किसी सदस्य की आकस्मिक मृत्यु होने पर परिवार के विभिन्न सदस्यों द्वारा दुख एवं हानि आपस में बांट ली जाती थी, जिसके परिणामस्वरूप परिवार का प्रत्येक सदस्य सुरक्षित महसूस करता था।

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

i. **लॉयड्स** - वर्तमान में प्रचलित आधुनिक वाणिज्यिक बीमा कारोबार की शुरुआत के संकेत, लंदन के लॉयड कॉफी हाउस में ढुढे जा सकते हैं। यहाँ एकत्रित होने वाले कारोबारी, सामुद्रिक खतरों के कारण जहाज द्वारा वहन किए जाने वाले 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 **उपकारी संस्था एमिकेबल सोसाइटी फॉर परपीचुअल एश्योरेन्स** ही विश्व की सर्वप्रथम जीवन बीमा कंपनी मानी जाती है।

4. **भारत में बीमा का इतिहास**

क) भारत में आधुनिक बीमा की शुरुआत लगभग 18वीं सदी के आरंभिक वर्षों में हुई। इस दौरान विदेशी बीमाकर्ता एजेंसियों ने समुद्री बीमा कारोबार की शुरुआत की।

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 नियमित 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 बीमांकिक (एक्चुअरी) द्वारा किया जाए। तथापि, भारतीय एवं विदेशी कंपनियों के बीच असमानता एवं भेदभाव बना रहा।

बीमा अधिनियम 1938, पहला ऐसा कानून था जिसे भारत की बीमा कंपनियों के संचालन को नियमित करने हेतु प्रतिपादित किया गया था। यह अधिनियम, जिसे समय-समय पर संशोधित किया गया है, आज भी लागू है। बीमा अधिनियम के प्रावधानों के तहत सरकार द्वारा बीमा नियंत्रक की नियुक्ति की गई।

ख) **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।

ग) **गैर-जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरणः** वर्ष 1972 में साधारण बीमा कारोबार {जनरल इंश्योरेंस बिज़नेज़)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।

घ) **मल्होत्रा समिति एवं आईआरडीएः** उद्योग के विकास के लिए परिवर्तन की खोज एवं सिफारिश और साथ ही प्रतिस्पर्धा की 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 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 **बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण(आईआरडीए)** की स्थापना की गई।

5. वर्तमान जीवन बीमा उद्योग

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

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

ख) निजी क्षेत्र में 23 जीवन बीमा कंपनियां हैं।

ग) भारत सरकार के तहत 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 कौन है ?

i. भारतीय बीमा प्राधिकरण

ii बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण

iii भारतीय जीवन बीमा निगम

iv भारतीय साधरण बीमा निगम

ख. बीमा किस प्रकार कार्य करता है

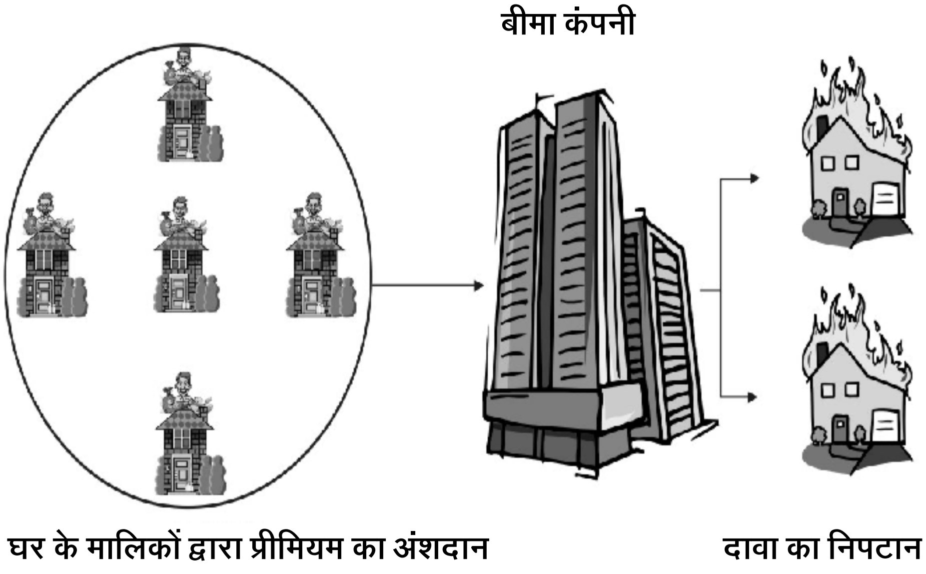
आधुनिक वाणिज्य की शुरुआत संपत्ति के स्वामित्व के सिद्धांत के आधार पर की गई थी। यदि किसी घटना के कारण आस्ति का मूल्य कम (गुम या नष्ट हो जाने पर) हो जाता है, तो आस्ति के मालिक को आर्थिक हानि का सामना करना पड़ता है। तथापि, समरूपी आस्तियों के मालिकों के छोटे छोटे अंशदान द्वारा सामूहिक निधि का निर्माण किए जाने पर ऐसे कुछ दुर्भाग्यपूर्ण मालिकों की हानि की प्रतिपूर्ति हेतु इस निधि का प्रयोग किया जा सकता है।

सरल शब्दों में, बीमा की प्रक्रिया के ज़रिए एक व्यक्ति की आर्थिक हानि एवं उसके परिणामों को कई व्यक्तियों के बीच अंतरित किया 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 आपस में बांटा जाता है जिनके साथ ऐसी समरूपी 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 के सृजन के मुश्किल से अर्जित अपनी कमाई से कुछ राशि का अंशेदान करेंगे?

ii. वे कैसे विश्वास करेंगे कि वांछित प्रयोजन के लिए उनके द्वारा दी गई राशि का प्रयोग हुआ है?

iii. उन्हें यह कैसे ज्ञात होगा कि उनके द्वारा दी गई राशि बहुत कम है या बहुत अधिक।

स्पष्ट रूप से किसी को इस प्रक्रिया की पहल एवं संगठित करते हुए इस प्रयोजन हेतु एक ही समुदाय के सदस्यों को साथ लाना होगा। वह 'कोई', 'बीमाकर्ता' कहलाएगा जो सामूहिक लाभ कोष के गठन हेतु प्रत्येक व्यक्ति के द्वारा किए जाने वाले अंशदान का निर्णय लेगा तथा हानिग्रस्त सदस्यों के लिए भुगतान की व्यवस्था करेगा।

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

1. **बीमा किस प्रकार कार्य करता है**

क) सर्वप्रथम, आस्ति ऐसी होनी चाहिए जिसमें आर्थिक मूल्य विद्यमान हो। आस्तिः

i. भौतिक हो सकती है (जैसे गाड़ी अथवा भवन) या
ii. व्यक्तिपरक हो सकती है (जैसे नाम या सद्भाव)
iii. व्यक्तिगत हो सकते हैं(जैसे किसी की आँख, हाथ-पैर एवं शरीर के अन्य अंग)

ख) किसी घटना से आस्ति का मूल्य नष्ट हो सकता है। हानि की इस स्थिति को **जोखिम** कहते हैं। जोखिम घटना के कारण को **खतरा** कहते हैं।

ग) **संयोजन** या शलिंग नामक एक सिद्धान्त प्रणाली है। इसके तहत, विभिन्न व्यक्तियों से वैयक्तिक अंशदान (जिसे प्रीमियम कहते हैं) एकत्रित किया जाता है। इन व्यक्तियों के पास समरूपी आस्तियां होती हैं तथा समान जोखिम की संभावना होती है।)

घ) **खतरे** के कारण कुछ लोगों को हुई हानि की प्रतिपूर्ति हेतु इस सामूहिक निधि का प्रयोग किया जाता है।

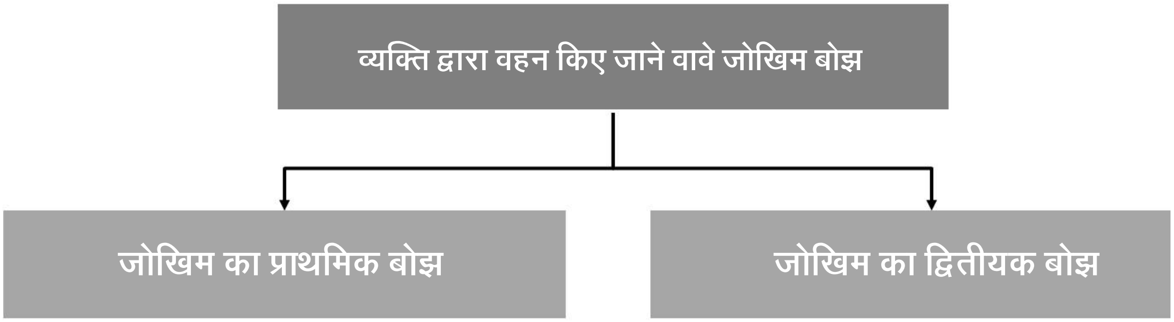
ङ) निधि एकत्रित करना एवं कुछ दुर्भाग्यशाली लोगों की क्षतिपूर्ति करने की प्रक्रिया एक संस्था के द्वारा की जाती है जिसे बीमाकर्ता कहते हैं।

च) बीमाकर्ता, प्रत्येक व्यक्ति जो इस योजना में भाग लेना चाहता है, के साथ बीमा करार करता है। ऐसे सहभागी को बीमाकृत कहते हैं।

2. **बीमा बोझ हलका करता है**

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

चित्र 3 व्यक्ति द्वारा वहन किए जाने वावे जोखिम बोझ



प्रत्येक व्यक्ति दो प्रकार के जोखिम बोझ वहन करता है- प्राथमिक एवं द्वितीयक

क) जोखिम का प्राथमिक बोझ

जोखिम के प्राथमिक बोझ में ऐसी हानियों को शामिल किया जाता है, जिन्हें शुद्ध जोखिम घटनाओं के फलस्वरूप वास्तविक रूप में परिवार(एवं कारोबारी यूनिटों) द्वारा वहन किया जाता है। ऐसी हानियां प्रायः प्रत्यक्ष एवं मापने योग्य होती हैं तथा बीमा द्वारा सरलता से इनकी प्रतिपूर्ति की जा सकती है।

उदाहरण

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

किसी व्यक्ति द्वारा हृदय शल्य चिकित्सा कराने पर, उसकी चिकित्सा लागत की जानकारी होने के कारण उसकी क्षतिपूर्ती की जा सकती है।

इसके अतिरिक्त कुछ अप्रत्यक्ष हानियां भी हो सकती हैं।

उदाहरण

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

ख) जोखिम का द्वितीयक बोझ

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

जोखिम के द्वितीयक बोझ में, यह तथ्य कि हानि की परिस्थिति की संभावना है, के कारण व्यक्ति द्वारा वहन की जाने वाली लागतें एवं तनाव शामिल हैं। ऐसी किसी घटना के न घटने पर भी इन जोखिमों को वहन करना पड़ता है।

आइए, हम ऐसे कुछ जोखिमों के बारे में जानकारी प्राप्त करेः

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 आकस्मिकता का सामना करने के लिए प्रारक्षित निधि 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 अंतरित करने पर आप मानसिक शांति का अनुभव कर सकते हैं, निधि जिसे आपने रिज़र्व के रूप में बचा कर रखा था, का निवेश कर सकते हैं तथा अपने कारोबार को और प्रभावी बनाने की योजना बना सकते हैं।

स्व परीक्षण 2

निम्नलिखित में से जोखिम का द्वितीयक बोझ कौन सा है?

I. कारोबार व्यवधान लागत
II. माल नष्ट हो जाने की लागत
III. भविष्य में संभाव्य हानियों को पूरा करने हेतु प्रारक्षित निधि को बचा कर रखना

IV. हृदयाघात के कारण अस्पताल में भरती होने के परिणामस्वरूप आने वाली चिकित्सकीय लागत

ग. जोखिम प्रबंधन की तकनीक

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 में अपने जोखिम का अंतरण कर देते हैं। तथापि, जोखिम से जूझने के लिए कुछ अन्य उपाय भी हैं जिनका विवरण नीचे प्रस्तुत है -

1. **जोखिम को टालना**

हानि की स्थिति से बचते हुए जोखिम को नियंत्रित करना ही जोखिम टालना कहा जाता है। अतः हमें ऐसी संपत्ति, व्यक्ति अथवा गतिविधि से दूर रहना चाहिए जिसमें हानि की संभावना हो।

उदाहरण

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

ii. कुछ लोग दुर्घटनाग्रस्त हो सकने के भय से घर से बाहर ही नहीं निकलते अथवा विदेशों में स्वास्थ्य के बिगड़ सकने के भय से विदेश यात्रा ही नहीं करते हैं।

परंतु जोखिम से परिहार, जोखिम प्रबंधन का नकारात्मक उपाय है। जोखिम भरी गतिविधियों का सामना करने से ही वैयक्तिक एवं सामाजिक विकास होता है। ऐसी गतिविधियों से बचने से व्यक्ति एवं समाज इनसे प्राप्त होने वाले लाभ से वंचित रह सकते हैं।

2. **जोखिम प्रतिधारण**

इसके तहत, व्यक्ति जोखिम के प्रभाव को प्रबंधित करने की कोशिश करता है एवं स्वयं ही जोखिम तथा उस्के प्रभाव से जूझने का निर्णय लेता है। इसे स्व-बीमा कहा जाता है।

उदाहरण

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

3. **जोखिम ह्रास एवं नियंत्रण**

यह जोखिम प्रतिधारण की तुलना में अधिक व्यावहारिक एवं उपयुक्त उपाय है। इसका अर्थ है कि हानि की घटना के अवसर को कम करने हेतु ठोस 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**' कहते हैं। हानि की मात्रा को कम करने के उपायों को '**हानि कम करना**' कहते हैं।

जोखिम की कटौती में निम्नलिखित एक या अधिक मुद्दों के ज़रिए हानि की बाराबारता एवं/अथवा आकार को कम किया जाता हैः

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

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

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

ग) मशीनरी एवं उपकरण के प्रयोग के दौरान अथवा अन्य कार्यों के प्रयोग के दौरान **खतरनाक एवं 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।

घ) **पृथक्करण**, आस्तियों के विभिन्न प्रकारों को एक ही स्थान के बजाए विभिन्न स्थानों पर सुरक्षित रखने पर जोखिम को नियंत्रित किया जा सकता है। यह धारणा है कि यदि एक स्थान पर कोई दुर्घटना घटती है तो सभी आस्तियों को एक ही जगह पर न रखते हुए उसके प्रभाव को कम किया जा सकता है।

उदाहरण के लिए, माल को विभिन्न 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 वित्तीयन**

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

क) **स्व-वित्तीयन के ज़रिए जोखिम प्रतिधारण** में किसी भी प्रकार की हानि होने पर स्वयं ही भुगतान किया जाता है। इस प्रक्रिया में, संस्था 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। संस्था द्वारा, हानि के प्रभाव को स्वयं ही सहन करने योग्य बनाने हेतु जोखिम ह्रास के विभिन्न उपायों को भी अपनाया जा सकता है।

ख) **जोखिम अंतरण**, जोखिम प्रतिधारण का विकल्प है। जोखिम अंतरण में हानि से संबंधित जिम्मेदारियों को अन्य पक्ष में अंतरित कर दिया जाता है। इसके तहत, आकस्मिक घटना(या खतरे) के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाली हानि को अन्य पक्ष में अंतरित कर दिया जाता है।

बीमा जोखिम अंतरण का एक मुख्य स्वरूप है, और यह बीमा सुरक्षा के ज़रिए अनिश्चितता को निश्चितता में बदलने की अनुमति प्रदान करता है।

बीमा बनाम आश्वासन (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 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 हेतु सुरक्षा प्रदान करना है जबकि एश्योरेंस का उद्देश्य अवश्य घटने वाली घटना हेतु सुरक्षा प्रदान करना है। इंश्योरेंस, जोखिम हेतु सुरक्षा प्रदान करती है जबकि एश्योरेंस निश्चित घटना जैसे मृत्यु, जो निश्चित है किंतु उसका समय अनिश्चित है, हेतु सुरक्षा प्रदान करती है। एश्योरेंस पालिसी जीवन सुरक्षा से जुड़ी होती हैं।

चित्र 4 :बीमा किसी बीमाधारक को किस प्रकार क्षतिपूरित करता है

किसी व्यक्ति ने मोटर बीमा कराया है

वह व्यक्ति दुर्घटनाग्रस्त हो जाता है

तब वह दावा करता है

बीमा कंपनी उस व्यक्ति को क्षतिपूर्ति करती है

जोखिम अंतरण के अन्य उपाय भी हैं। उदाहरण के लिए, जब कोई संस्था किसी समूह का सदस्य होती है, जोखिम का अंतरण मूल समूह में हो सकता है और उसके द्वारा हानियों की क्षतिपूर्ति की जाएगी।

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

स्व परीक्षण 3

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

I. बैंक सावधि जमा
II. बीमा
III. इक्विटी शेयर
IV. अचल सम्पदा

घ. जोखिम प्रबंधन के उपकरण 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 की लागत(जो कि जोखिम की लागत के समान होती है)दो घटकों पर निर्भर होती हैः

i. यह **संभावना** कि जिस खतरे को बीमाकृत किया जा रहा है, घटित हो सकता है, जिससे हानि होगी।
ii. इसके परिणामस्वरूप होने वाली हानि का **प्रभाव** या मात्रा।

जोखिम की लागत में, हानि की संभावना एवं मात्रा दोनों से संबंधित प्रत्यक्ष अनुपात में वृद्धि होगी। तथापि, यदि हानि की मात्रा बहुत अधिक होती है, तथा उसकी संभावना बहुत कम होती है तो जोखिम की लागत भी कम होगी।

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 अंतरण की लागत पर ध्यान देना चाहिए एवं यह समझना होगा कि क्या स्वयं ही हानि की लागत वहन करना बेहतर होगा। जोखिम अंतरण की लागत ही बीमा का प्रीमियम है- जिसकी गणना उपरोक्त परिच्छेद में उल्लिखित दो घटकों 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। ऐसी परिस्थितियों में बीमा(प्रीमियम) के ज़रिए जोखिम के अंतरण की लागत बहुत कम होगी जबकि स्वयं ही हानि के वहन करने की लागत बहुत अधिक होगी।

क) थोड़े के लिए बहुत ज्यादा जोखिम मोल न लें : जोखिम अंतरण की लागत और व्युत्पन्न लागत के बीच उपयुक्त संबंध होना चाहिए।

उदाहरण

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

ख) हानि सह सकने की समर्थ्य से ज्यादा जोखिम मोल 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?

ग) जोखिम के संभवित परिणामों के बारे में ध्यानपूर्वक सोचें : ऐसी आस्तियों 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 करा सकता है?

स्व परीक्षण 4

निम्नलिखित परिदृश्यों किसके लिए बीमा की आवश्यकता हो सकती है?

I. परिवार का एकमात्र पालनकर्ता जिसकी असामयिक मृत्यु हो सकती है।

II. किसी व्यक्ति का बटुआ गुम हो सकता है।

III. शेयर मूल्यों में अत्यंत गिरावट आ सकती है।

IV. प्राकृतिक टूटफूट से घर का मूल्य कम हो सकता है।

ड. समाज में बीमा की भूमिका

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

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

ख) इन निधियों को एकत्रित कर, पॉलिसीधारकों के लाभ हेतु रखा जाता है। बीमा कंपनियों को इस पहलू पर ध्यान देते हुए हमेशा समुदाय के लाभ हेतु इस निधि के प्रयोग से संबंधित अपने सभी निर्णय लेने चाहिए। 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।

ग) बीमा प्रणाली, व्यक्ति, उसके परिवार, उद्योग एवं वाणिज्य तथा समुदाय और संपूर्ण राष्ट्र को प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष कई लाभ प्रदान करती है। बीमाकृत- 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 के मूलधन को सुरक्षा प्रदान करता है एवं कारोबार तथा उद्योगों के अतिरिक्त विस्तार एवं विकास हेतु पूंजी प्रदान करता है।

घ) बीमा भविष्य से जुड़े भय, चिंता एवं आशंकाओं को दूर करता है और इसके फलस्वरूप कारोबारी उद्यमों में पूंजी निवेश को प्रोत्साहित करता है तथा विद्यमान संसाधनों के सक्षम प्रयोग 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।

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

च) जोखिम स्वीकृत करने से पहले बीमाकर्ता योग्यता प्राप्त इंजीनियरों एवं विशेषज्ञों से बीमाकृत 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 बीमाकृत को जोखिम में विभिन्न सुधारों की सिफारिश एवं टिप्पणी करते हैं जिससे उन पर प्रीमियम की न्यून लागात आए।

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

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

सूचना

बीमा एवं सामाजिक सुरक्षा

क) 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 उपकरण 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 बाध्यताएं पूरी करते हैं। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948, औद्योगिक कर्मचारियों को जो बीमाकृत सदस्य हैं तथा उनके परिवारों के लाभ हेतु बीमारी, विकलांगता, प्रसूति एवं मृत्युसंबंधी व्यय के भुगतान के लिए **कर्मचारी राज्य बीमा निगम** को निधि प्रदान करता है। यह योजना सरकार द्वारा अधिसूचित कुछ औद्योगिक क्षेत्रों में संचालित है।

ख) 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 बीमाकृत किसानों परंतु को ही नहीं अपितु प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप से पूरे समुदाय को लाभान्वित करती है।

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

घ) सरकारी योजनाओं को समर्थन 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 एकत्रीकरण के ज़रिए जोखिम अंतरण है।
- आजकल में प्रचलित वाणिज्यिक बीमा कारोबार की शुरुआत लंदन में लॉयड्स कॉफी हाउस में हुई थी।
- बीमा व्यवस्था में निम्नलिखित इकाइयाँ शामिल हैंः
  - ✓ आस्ति
  - ✓ जोखिम
  - ✓ खतरा
  - ✓ संविदा
  - ✓ बीमाकर्ता एवं
  - ✓ बीमाकृत
- यदि समान आस्तियों के मालिक, जो समान प्रकार का जोखिम वहन करते हैं, एक साझे कोष में निधि संग्रहित करते हैं तो उसे पूलिंग कहते हैं।
- बीमा के अलावा, जोखिम प्रबंधन की अन्य तकनीकों में निम्नलिखित तकनीकें शामिल हैं :
  - ✓ जोखिम टालना
  - ✓ जोखिम नियंत्रण
  - ✓ जोखिम प्रतिधारण
  - ✓ जोखिम वित्तीयन
  - ✓ जोखिम अंतरण
- बीमा के मुख्य नियम हैं –
  - ✓ हानि सह सकने की सामर्थ्य से ज्यादा जोखिम मोल न लें
  - ✓ जोखिम के संभावित परिणामों के बारे में ध्यानपूर्वक सोचें
  - ✓ थोड़ी के लिए बहुत ज्यादा जोखिम मोल न लें।

प्रमुख शब्दावली

1. जोखिम

2. सामूहिक संग्रहण(पूलिंग)
3. आस्ति
4. जोखिम का बोझ
5. जोखिम टालना
6. जोखिम नियंत्रण
7. जोखिम प्रतिधारण
8. जोखिम का वित्तीयन
9. जोखिम अंतरण

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

भारत में बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकारण बीमा उद्योग का विनियामक है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

भावी संभाव्य हानियों हेतु प्रावधान के तौर पर प्ररक्षित निधि निर्माण द्वितीयक जोखिम बोझ है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

बीमा जोखिम अंतरण का उपाय है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

परिवार के एकमात्र पालनकर्ता 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 द्वारा प्रायोजित है।

स्व परीक्षण प्रश्न

प्रश्न 1

जोखिम संग्रहीकरण के ज़रिए किये जाने वाले जोखिम अंतरण 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 प्रतिधारण
II. हानि रोकथाम
III. जोखिम अंतरण
IV. जोखिम टालना

प्रश्न 3

बीमाकर्ता को जोखिम अंतरित करने पर ________________संभव हो जाता है।

I. हमारा अपनी आस्तियों के प्रति लापरवाह होना।
II. हानि की स्थिति में बीमा से धन प्राप्त करना।
III. हमारी आस्तियों में निहित संभाव्य 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 प्रतिधारण ऐसी परिस्थिति की ओर संकेत करता है जहाँ

I. हानि या क्षतिपूर्ति 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. आस्ति 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 को 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 स्वीकारण से पूर्व आस्ति के सर्वेक्षण एवं निरीक्षण की व्यवस्था क्यों करते हैं?

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

प्रश्न 10

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

I. कई लोगों कि हानि को कुछ द्वारा आपस में बांट लेना
II. कुछ लोगों कि 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 संग्रहीकरण 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 सुरक्षित 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 आस्ति 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

जीवन बीमा में क्या निहित है

अध्याय का परिचय

बीमा में चार पहलू शामिल हैं -

- ✓ आस्ति
- ✓ बीमाकृत जोखिम
- ✓ संग्रहीकरण का सिद्धांत
- ✓ संविदा पत्र

आइए हम, जीवन बीमा की विशेषताओं की जांच करते हैं। इस अध्याय में जीवन बीमा की उपरोक्त विभिन्न अवयवों पर संक्षिप्त चर्चा की जाएगी।

अध्ययन परिणाम

क.	जीवन बीमा कारोबार - घटक, मानव जीवन मूल्य, पारस्परिकता

क. जीवन बीमा कारोबार - घटक, मानव जीवन मूल्य, पारस्परिकता

1. **आस्ति - मानव जीवन का मूल्य** (एचएलवी)

हम पहले ही यह जानकारी प्राप्त कर चुके हैं कि आस्ति एक प्रकार की संपत्ति होती है जिसका मूल्य बढ़ता है अथवा उससे प्रतिलाभ प्राप्त होता है। अधिकांश संपत्तियों के मामले में मूल्य का मापन यथावत मौद्रिक रूप में किया जाता है। इसी प्रकार, मूल्य में हुई हानि की मात्रा को भी मापा जा सकता है।

उदाहरण

किसी गाड़ी के दुर्घटनाग्रस्त हो जाने पर क्षति की मात्रा का आकलन रु. 50,000/- के रूप में किया जा सकता है। बीमाकर्ता गाड़ी के मालिक को इस हानि की क्षतिपूर्ति करता है।

किसी व्यक्ति की मृत्यु पर हम हानि की मात्रा का आकलन कैसे करते हैं ?

उसका मूल्य रु. 50,000/- है या रु. 5,00,000/- ?

एक एजेंट को, किसी ग्राहक से बात-चीत के दौरान उपरोक्त प्रश्न का जवाब देना पड़ता है। इसके आधार पर एजेंट यह निर्णय लेता है कि ग्राहक को कितनी बीमा की सिफारिश की जाए। वास्तव में जीवन बीमा एजेंट के लिए यह ऐसा पहला पाठ है जिसे उसे अवश्य सीखना चाहिए।

सौभाग्यवश, हमारे पास एक ऐसा मापक यंत्र है जिसका विकास प्रोफेसर ह्यूब्नर द्वारा लगभग 70 वर्ष पूर्व किया गया था। इस मापक यंत्र जिसे ह्यूमन लाइफ वैल्यू (एचएलवी) कहते हैं, का प्रयोग विश्वभर में किया जाता है।

एचएलवी अवधारणा, मनुष्य के जीवन को एक ऐसी संपत्ति या आस्ति के रूप में मानती है जिसके ज़रिए आय अर्जित की जाती है। अतः यह व्यक्ति विशेष की भविष्य में अपेक्षित शुद्ध आय के अर्जन के आधार पर मानव जीवन मूल्य का मापन करती है। शुद्ध अर्जन का अर्थ, व्यक्ति द्वारा भविष्य में प्रति वर्ष अर्जित की जाने वाली अपेक्षित राशि होती है, जिसमें से उसके द्वारा स्वयं पर खर्च की गई राशि को घटा दिया जाता है। इससे यह पता चलता है कि एकमात्र अर्जक की असामयिक मृत्यु से परिवार की आर्थिक हानि क्या होगी? उपयुक्त ब्याज दर का प्रयोग करते हुए छूट सहित अर्जन को पूंजीकृत किया जाता है।

एचएलवी के मापन हेतु एक साधारण मूलभूत नियम या उपाय उपलब्ध है। **इस उपाय में, परिवार की अपेक्षित वार्षिक आय को, एकमात्र अर्जक के जीवित न रहने की स्थिति में भी, उसके द्वारा अर्जित की जा सकने वाली ब्याज दर से विभाजित किया जाता है।**

उदाहरण
श्री राजन प्रति वर्ष रु. 1,20,000/- कमाते हैं तथा स्वयं पर रु. 24000/- खर्च करते हैं।
उनकी असामयिक मृत्यु हो जाने पर परिवार को प्रति वर्ष रु.96,000/- की शुद्ध अर्जन हानि होगी।
मान लें कि ब्याज दर 8% है (जिसे 0.08 के रूप में अभिव्यक्त किया गया है)।
एचएलवी = 96000/0.08 = रु. 12,00,000/-

एचएलवी यह निर्णय लेने में मदद करता है कि संपूर्ण सुरक्षा के लिए प्रत्येक व्यक्ति द्वारा कितनी राशी का बीमा कराना चाहिए। यह हमें जीवन बीमा की ऊपरी सीमा जिसके आगे वह अव्यवहार्य हो सकती है, की भी जानकारी देती है।

साधारणतः हम यह कह सकते हैं कि बीमा की राशि व्यक्ति की वार्षिक आय से 10 या 15 गुना अधिक होनी चाहिए। उपरोक्त उदाहरण में श्री राजन द्वारा रु. 1.2 लाख की कमाई पर रु. 2 करोड़ की बीमा मांगे जाने पर संदेह की स्थिति उत्पन्न हो जाएगी। खरीदे जाने वाले बीमा की वास्तविक राशि अवश्य ही व्यक्ति द्वारा बीमा खरीदने की सामर्थ्य एवं इच्छा पर निर्भर करेगी।

2. जोखिम

उपरोक्त परिच्छेद से हमें यह जानकारी मिली कि जीवन बीमा जोखिम की ऐसी परिस्थितियों से सुरक्षा प्रदान करता है जो आस्ति के रूप में विद्यमान मानव जीवन के मूल्य को नष्ट या कम कर देती हैं। तीन परिस्थितियां ऐसी हैं जिनमें इस प्रकार की हानि घट सकती है। यह ऐसी विकट परिस्थितियां हैं जिनका सामना सामान्य लोगों को करना पड़ता है।

चित्र 1 – सामान्य लोगों की एक समान आशंकाएं

साधारण बीमा में विशिष्ट रूप से ऐसी जोखिमों को शामिल किया गया है जो संपत्ति को प्रभावित करते हैं जैसे आग, समुद्र के बीचों-बीच माल की हानि, चोरी एवं मोटर दुर्घटनाएं। इसमें, प्रतिष्ठा एवं मानहानि से संबंधित घटनाओं को भी शामिल किया गया है। इस वर्ग के बीमा को दायित्व बीमा कहते हैं।

अंततः ऐसी भी जोखिम हैं जो मनुष्य को प्रभावित कर सकते हैं। इन्हें व्यक्तिगत जोखिम कहते हैं एवं इन्हें भी सामान्य बीमा में शामिल किया जा सकता है।

उदाहरण

दुर्घटना बीमा जो दुर्घटना से हुई हानि के लिए सुऱक्षा प्रदान करता है।

क) जीवन बीमा, साधारण बीमा से कैसे भिन्न है?

साधारण बीमा	जीवन बीमा
क्षतिपूर्ति - सामान्य बीमा पॉलिसियां, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा को छोड़कर, सामान्यतया क्षतिपूर्ति संबंधी संविदाएं होती हैं।	जीवन बीमा पालिसियां, आश्वासन संबंधी संविदाएं होती हैं। क्षतिपूर्ति का अर्थ है आग जैसी घटना के घटने पर बीमाकर्ता, वास्तविक हानि का आकलन करने के बाद केवल हानि की मात्रा- न अधिक न कम, की क्षतिपूर्ति राशि का भुगतान करता है। यह जीवन बीमा के मामले में संभव नहीं है।, संविदा के तैयार किए जाने के दौरान ही मृत्यु पर प्रदत्त की जाने वाली राशि का निर्णय लेना पड़ता है। अतः जीवन बीमा पालिसियों को प्रायः **जीवन आश्वासन संविदाएं** कहा जाता है। बीमाकृत व्यक्ति की मृत्यु पर उसके नामिती अथवा लाभार्थी को आश्वासित राशि प्रदान की जाती है।
अनिश्चितताः सामान्य बीमा संविदा के मामले में सुरक्षा प्रदान की जाने वाली घटना अनिश्चित होती	जीवन बीमा के मामले में, इसमें कोई संदेह ही नहीं है कि मृत्यु होगी या नहीं। व्यक्ति के जन्म

है। कोई भी निश्चयपूर्वक यह नहीं कह सकता है कि आग से घर क्षतिग्रस्त हो जाएगा अथवा गाड़ी दुर्घटनाग्रस्त होगी या नहीं।	लेने पर मृत्यु निश्चित है। **मृत्यु का समय ही अनिश्चित होता है।** अतः जीवन बीमा असामयिक मृत्यु से संबंधित जोखिम के लिए सुरक्षा प्रदान करता है।
संभावना में वृद्धि- साधारण बीमा में आग, भूकंप आदि जैसे खतरों में घटना के घटित होने की संभावना में समय के साथ बढ़ोत्तरी नहीं होती	जीवन बीमा के मामले में मृत्यु की संभावना आयु के साथ बढ़ती जाती है।

ख) जीवन बीमा के जोखिम का स्वरूप

चूंकि मृत्यु आयु से जुड़ी है अतः इसका आशय यह है कि कम आयु के लोगों के लिए निम्न प्रीमियम प्रभारित किया जाता है तथा वृद्धों के लिए अधिक प्रीमियम प्रभारित किया जाता है। इसका एक परिणाम यह हुआ कि जिन लोगों की आयु अधिक थी परंतु अन्यथा स्वस्थ थे, वे योजना से अलग हो जाते जबकि अस्वस्थ सदस्य योजना से जुड़े रहते। इसके फलस्वरूप बीमा कंपनियों को बहुत परेशानी होती थी। वे ऐसे लोगों से संविदाएं करने का प्रयास करने लगे जो प्रीमियम भुगतान में सक्षम हों जिससे अपने संपूर्ण जीवलकाल के दौरान प्रीमियम का भुगतान कर सकें। इस कारणवश, प्रीमियम स्तरों का विकास हुआ।

3. **स्तरीय प्रीमियम**

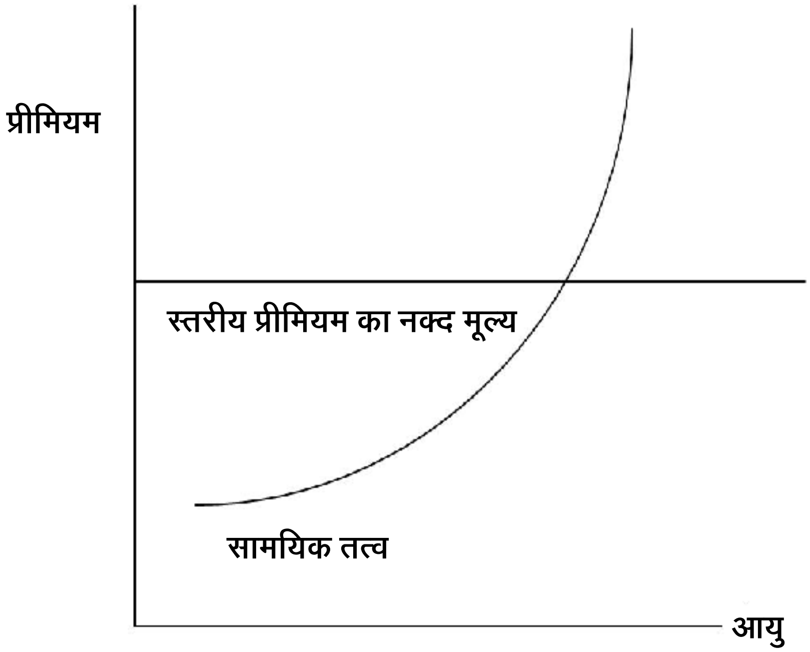
महत्वपूर्ण

स्तरीय प्रीमियम वह प्रीमियम है जिसे इस प्रकार निश्चित किया जाता है कि आयु के साथ उसमें बढ़ोत्तरी नहीं होती परंतु संपूर्ण संविदा अवधि के दौरान स्थिर रहता है।

इसका यह अर्थ है कि कम आयु के प्रारंभिक वर्षों में एकत्रित किया जाने वाला प्रीमियम इस आयु में मरने वालों के मृत्यु संबंधी दावों हेतु आवश्यक सुरक्षा राशि से अधिक होगा जबकि अधिक आयु के बाद के वर्षों में एकत्रित किया जाने वाला प्रीमियम, अधिक आयु में मरने वालों के मृत्यु संबंधी दावे हेतु आवश्यक सुरक्षा राशि से कम होगा। स्तरीय प्रीमियम इन दोनों स्थितियों का औसत होता है। इसका यह अर्थ है कि प्रारंभिक आयु में एकत्रित अधिक प्रीमियम, अधिक आय़ु में एकत्रित प्रीमियम के घाटे की भरपाई करता है।

स्तरीय प्रीमियम की विशेषता नीचे दर्शायी गई है।

चित्र 2- स्तरीय प्रीमियम



स्तरीय प्रीमियम का अर्थ यह भी है कि जीवन बीमा संविदाएं विशेष रूप से दीर्घावधि बीमा संविदाएं होती हैं जो कि 10, 20 या और अधिक वर्षों तक लागू होती हैं। दुसरी ओर साधारण बीमा विशेष रूप से अल्पावधि वाले होते हैं तथा इनके संविदा अवधि केवल एक वर्ष की होती है।

महत्वपूर्ण

बीमा कंपनी, संविदा के शुरुआती वर्षों में एकत्रित की गई प्रीमियम राशि को पालिसीधारकों के लाभ हेतु एक ट्रस्ट में रखती है। इस प्रकार एकत्रित राशि को 'प्रारक्षित निधि' कहते हैं। बीमा कंपनी, इस प्रारक्षित निधि को बीमाकृत व्यक्ति के भविष्य के दायित्वों हेतु भुगतान करने के लिए सुरक्षित रखती है। अधिशेष राशि से 'लाइफ फंड'(जीवन निधि) नामक एक फंड निर्मित किया जाता है। जीवन बीमाकर्ता ब्याज अर्जित करने हेतु इस फंड की निधि का निवेश भी करते हैं।

क) स्तरी. प्रीमियम के घटक

स्तरी प्रीमियम के दो घटक होते हैं।

i. पहले को मीयादी या **सुरक्षा अवयव या घटक** कहते हैं, इसमें, जोखिम लागत भुगतान हेतु आवश्यक वास्तविक प्रीमियम के अंश को शामिल किया जाता है।

ii. दूसरे को, **नकदी मूल्य तत्व** कहा जाता है। पॉलिसीधारकों के भुगतान से एकत्रित अधिशेष राशि से इसकी संरचना की जाती है। यह मुख्य रूप से बचत अवयव है।

इसका यह अर्थ है कि जीवन बीमा की लगभग सभी पालिसियों में सुरक्षा और बचत का मिश्रण निहित होता है। प्रीमियम में नकदी मूल्य तत्व जितना अधिक होगा, उसे उतना ही अधिक बचत उन्मुख बीमा पॉलिसी माना जाएगा।

4. **जोखिम संग्रहीकरण का सिद्धांत**

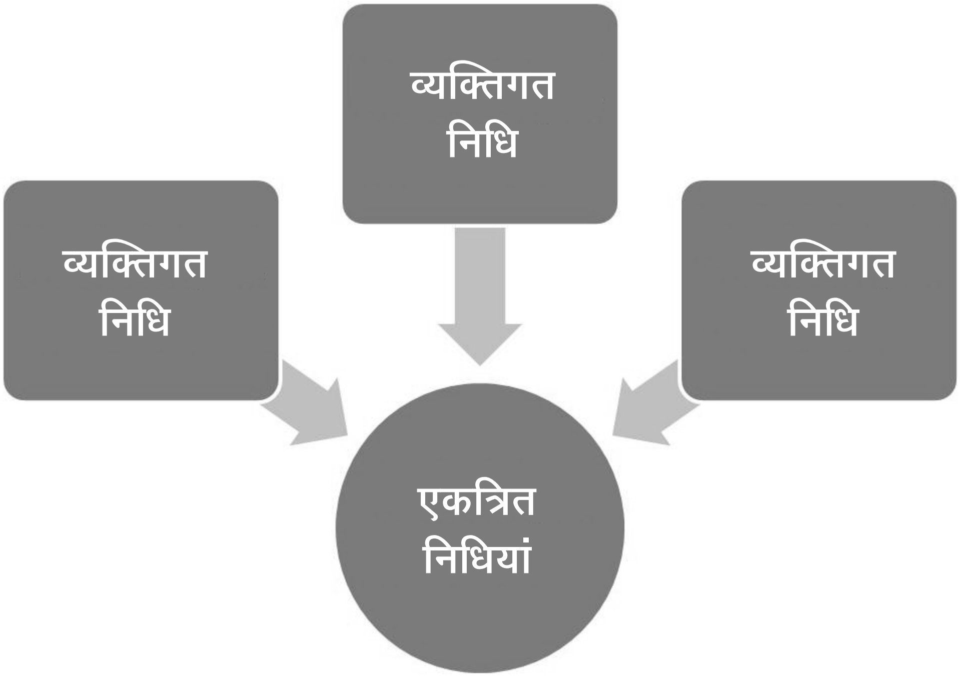
जीवन बीमा कंपनियों को संविदात्मक वित्तीय संस्थाओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है। इसका यह अर्थ है कि पालिसीधारकों को प्रदत्त किए जाने वाले लाभ को प्रायः संविदात्मक आश्वासन के रूप में लिया जाता है। जीवन बीमा एवं पेंशन द्वारा वित्तीय सुरक्षा प्रदान किए जाने के कारण परंपरागत रूप से उनकी सर्वाधिक खरीदी की जाती रही है। यह सुरक्षा संविदा के स्वरूप के फलस्वरूप उत्पन्न होती है तथा इसमें निर्मित कुछ संरक्षक तत्व सुनिश्चित करते हैं कि बीमाकर्ता भुगतान कर सकेंगे। यह स्वरूप, पारस्परिकता अथवा संग्रहीकरण के सिद्धांत से उत्पन्न होता है।

पारस्परिकता वित्तीय बाज़ारों में जोखिम कम करने का एक महत्वपूर्ण तरीका है,दूसरा प्रकार है विशाखन दोनों, मूलभूत रूप से भिन्न होते हैं।

विशाखन	**पारस्परिकता**
विशाखन के तहत निधि को विभिन्न आस्तियों में अलग कर के रखा जाता है। (जैसे अंडों को विभिन्न टोकरियों में रखा जाता है)	पारस्परिकता अथवा संग्रहीकरण के तहत विभिन्न व्यक्तियों की निधि को संग्रहित कर रखा जाता है। (सभी अंडों को एक ही टोकरी में रखना)
विशाखन के माध्यम से एक स्रोत से विभिन्न गंतव्यों में निधि का प्रवाह होता है।	पारस्परिकता के तहत कई स्रोतों से एक गंतव्य में निधि का प्रवाह होता है।

चित्र 3 - पारस्परिकता

पारस्परिकता (कई स्रोतों से निधि का प्रवाह, एक गंतव्य की ओर)



जीवन बीमा में पारस्परिकता अथवा संग्रहीकरण सिद्धांत, दो महत्वपूर्ण भूमिकाएं निभाते हैं।

i. **किसी की असमायिक मृत्यु के परिणामस्वरूप उत्पन्न आर्थिक हानि की स्थिति में सुरक्षा प्रदान करना** ही इसकी पहली भूमिका है। इस हानि का वहन एक ऐसी निधि से किया जाता है जिसका संग्रहीकरण, जीवन बीमा संविदा में शामिल कई व्यक्तियों के अंशदान से किया जाता है।

ii. तथापि, जोखिम संग्रहीकरण का सिद्धांत मरणशीलता जोखिम से भी बढ़कर है। यह **संग्रहीकरण के साथ-साथ वित्तीय जोखिम को भी संतुलित** करता है। भिन्न-भिन्न समयों पर लोगों द्वारा किए गए विभिन्न प्रकार की संविदाओं के ज़रिए प्रीमियम, निधि एवं अंततः जुड़े हुए जोखिमों के संग्रहीकरण से इस स्थिति को प्राप्त किया जाता है। अतः इसमें भिन्न-भिन्न पीढ़ी के पॉलिसीधारकों के साथ मिलकर संग्रहीकरण किया जाता है। इस संग्रहीकरण का परिणाम यह सुनिशचित करने का प्रयास है कि अच्छे और बुरे दोनों ही समयों में जीवन बीमाकर्ता, समय के साथ साथ लाभ के एकसमान दर(एकसमान बोनस) का भुगतान कर पाएंगे।

5. **जीवन बीमा संविदा**

चित्र 4 : जीवन बीमा अनुबंध

संविदा, जीवन बीमा का अंतिम पहलू होती है। बीमाकृत राशि शब्द से इसकी महत्ता उजागर होती है। यह राशि संविदात्मक रूप से आश्वासित होती है जिससे जीवन बीमा वित्तीय सुरक्षा का एक माध्यम कहलाता है। गारंटी तत्व से यह भी अर्थ है कि जीवन बीमा, सख्त विनियम एवं कड़े निरीक्षण के अधीन रहता है।

कारोबार संचालन की एक शर्त के रूप में जीवन बीमाकर्ताओं के लिए सांविधिक आरक्षित निधि का रखना आवश्यक होता है। उनकी निधि के निवेश के संबंध में उवकी शर्तें सकती हैं परंतु उन्हें यह सुनिश्चित करना पड़ता है कि उनके पास उपलब्ध प्रीमियम पर्याप्त हैं तथा पालिसीधारकों की निधि का व्यय किस प्रकार किया जा सकता है संबंधी नियमों के अधीन उन्हें शासित रहना पड़ सकता है।

प्रायः एक मुख्य प्रश्न पर चर्चा की जाती है कि क्या अन्य वित्तीय विलेखों की तुलना में पॉलिसीधारकों को प्रदान किया जाने वाला लाभ पर्याप्त है। हमें यह याद रखना चाहिए कि जीवन बीमा संविदाओं में जोखिम सुरक्षा एवं बचत तत्व दोनों को शामिल किया जाता है। इस कारणवश, वित्तीय बाज़ार में अन्य उत्पादों के समान ही इसे भी वित्तीय उत्पाद माना जाता है। वास्तव में जीवन बीमा, सुरक्षा उत्पाद कम और धन रखने का उत्पाद अधिक बना हुआ है।

यहाँ, कम लागत का शुद्ध मियादी बीमा जिसके तहत केवल मृत्यु पर लाभ प्रदान किया जाता है तथा बचत योजनाएं, जिनमें नकदी मूल्य अथवा बचत अवयव की मात्रा अधिक होती है, के बीच अन्तर दर्शाना आवश्यक है। यद्यपि पहली योजना का प्रीमियम न्यूनतम होता है, दूसरी योजना का प्रीमियम

बहुत अधिक हो सकता है तथा वह एकल व्यक्ति की बचत का एक प्रमुख अंश होता है। इसका यह अर्थ भी है कि नकद मूल्य की अवसर लागत विशाल होती है। व्यक्ति द्वारा अपने धन का कहीं ओर निवेश न कर, अवसरों का परित्याग करते हुए वहन की गयी लागत ही 'अवसर लागत' कहलाती है।

वास्तव में, परंपरागत जीवन बीमा बचत संविदाओं की प्रधान चुनौती एक वाद-विवाद के परिणामस्वरूप शुरू हुई जिसके तहत यह कहा गया कि "मियादी बीमा की खरीद करें तथा शेष राशि का निवेश अन्यत्र करें"। आवश्यक रूप से यह तर्क प्रस्तुत किया गया कि बेहतर यह होगा कि बीमा कंपनी से मियाद बीमा की केवल खरीदी की जाए एवं प्रीमियम की शेष राशि का निवेश ऐसे विलेखों में किया जाए जिनमें अधिक लाभांश अर्जित करने की संभावना हो।

परंपरागत नकद मूल्य बीमा संविदाओं के पक्ष में तथा विरुद्ध प्रस्तुत निम्नलिखित तर्कों पर विचार करना सुसंगत होगा।

क) लाभ

i. ऐतिहासिक तौर पर यह **सुरक्षित एवं संरक्षित निवेश** सिद्ध हुआ है। इसके नकद मूल्य, न्यूनतम दर के प्रतिलाभ की गारंटी देते हैं, और संविदा की अवधि के दौरान इसमें वृद्धि भी हो सकती है।

ii. नियमित रूप से प्रीमियम भुगतान हेतु व्यक्ति को अपनी बचत के संबंध में अनिवार्यतः योजना बनानी पड़ती है जिससे यह **बचतकर्ताओं** को निवेश में आवश्यक **अनुशासन** की सीख देती है।

iii. बीमाकर्ता निवेश प्रबंधन करता है तथा **व्यक्ति विशेष को इस जिम्मेदारी** से मुक्त कर देता है।

iv. यह **नकदी की स्थिति उपलब्ध** कराती है। बीमाकृत व्यक्ति ऋण ले सकता है अथवा पालिसी को वापस सौंपते हुए उसे नकदी में परिवर्तित कर सकता है।

v. नकद मूल्य जीवन बीमा एवं वार्षिकी दोनों में ही **आयकर संबंधी छूट** प्राप्त है।

vi. बीमाकृत व्यक्ति के दिवालियापन अथवा मृत्यु की स्थिति में **ऋणदाताओं द्वारा किए जाने वाले नुकसान संबंधी दावों** से भी **सुरक्षित** हो सकती हैं।

ख) हानियां

i. अपेक्षाकृत स्थिर आय के विलेख के रूप में यह भी निश्चित आय वाले सभी निवेशों के समान ही मुद्रास्फीति के कारण घटते मूल्य के प्रभाव के अधीन है।

ii. जीवन बीमा पालिसियों की उच्च विपणन एवं अन्य प्रारंभिक लागत, शुरुआती वर्षों में संचित राशि की मात्रा को कम कर देती है।

iii. प्रतिलाभ, यद्यपि आश्वासित रहते, परंतु वित्तीय बाज़ार के अन्य विलेखों से कम हो सकते हैं। न्यूनतन आय की प्राप्ति, अदला-बदली जो जोखिम को कम करती है, के परिणामस्वरूप होती है।

स्व परीक्षण 1

वित्तीय बाज़ारों में विशाखन से जोखिम कैसे कम हो जाता है?

I. बहुविध स्त्रोतों से निधि संग्रहित कर एक ही स्थान पर निवेश

II. विभिन्न आस्ति वर्गों में निधि का निवेश

III. निवेश के बीच समय के अंतर को कायम रखना

IV. सुरक्षित आस्तियों में निवेश

सारांश

क) आस्ति एक प्रकार की संपत्ति होती है जो मूल्य अथवा प्रतिफल अर्जित करती है।

ख) एचएलवी अवधारणा मनुष्य के जीवन को, जो आय अर्जित करता है, एक प्रकार की आस्ति या संपत्ति मानती है। अतः यह एकल व्यक्ति के भविष्य में अपेक्षित शुद्ध अर्जन के आधार पर मनुष्य जीवन के मूल्य का मापन करती है।

ग) स्तरीय प्रीमियम ऐसा निश्चित प्रीमियम है जिसमें आयु के बढ़ने के साथ वृद्धि नहीं होती परंतु यह संपूर्ण संविदा अवधि के दौरान स्थिर रहती है।

घ) पारस्परिकता, वित्तीय बाज़ारों में जोखिम घटाने के प्रमुख उपायों में से एक उपाय है, अन्य उपाय, विशाखन है.

ङ) जीवन बीमा संविदा में आश्वासन तत्व का यह आशय हे कि जीवन बीमा कठोर विनियमन एवं सख्त निरीक्षण के अधीन रहता है।

प्रमुख शब्द

1. आस्ति
2. मानव जीवन मूल्य (एचएलवी)
3. स्तरीय प्रीमियम
4. पारस्परिकता
5. विशाखन

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही उत्तर II है।

विशाखन का लक्ष्य, विभिन्न आस्ति वर्गों में निवेश के फैलाव के ज़रिए वित्तीय बाज़ार के जोखिमों को कम करना है।

स्व परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

निम्नलिखित में से कौन सा तत्व जीवन बीमा कारोबार का घटक नहीं है ?

I. आस्ति
II. जोखिम
III. पारस्परिकता का सिद्धांत
IV. अनुदान

प्रश्न 2

एचएलवी की धारणा किसने प्रतिपादित की थी?

I. डॉ. मार्टिन लूथर किंग
II. वारन बफेट
III. प्रो. ह्यूब्नर
IV. जॉर्ज सोरोस

प्रश्न 3

निम्नलिखित बीमा योजनाओं में से किस में बचत का तत्व बहुत कम अथवा कुछ भी नहीं रहता है।

I. मियादी बीमा योजना
II. एंडोमेंट योजना
III. संपूर्ण जीवन योजना
IV. मनि बैक योजना

प्रश्न 4

निम्नलिखित में से किस विकल्प को आस्ति नहीं कहा जा सकता है?

I. मोटर गाड़ी
II. मानव जीवन
III. वायु
IV. घर

प्रश्न 5

निम्नलिखित में से किस विकल्प को जोखिम के तहत वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है?

I. बहुत कम आयु में मर जाना
II. बहुत शीघ्र मर जाना
III. प्राकृतिक टूट-फूट
IV. विकलांगता सहित जीवन यापन

प्रश्न 6

निम्नलिखित में से कौन सा कथन सही है?

I. जीवन बीमा पालिसियां, क्षतिपूर्ति संबंधी संविदाएं हैं जबकि साधारण बीमा पालिसियां आश्वासन संबंधी संविदाएं होती हैं।
II. जीवन बीमा पालिसियां, आश्वासन संबंधी संविदाएं होती हैं जबकि साधारण बीमा पालिसियां क्षतिपूर्ति संबंधी संविदाएं हैं।
III. साधारण बीमा के मामले में जिस घटना को सुरक्षा प्रदान की जाती है, वह निश्चित रूप से घटती है।
IV. साधारण बीमा के मामले में जोखिम घटना के घटने की निश्चितता समय के साथ बढ़ती जाती है।

प्रश्न 7

निम्नलिखित में से वह कौन सी पारंपरिक विधि है जो किसी, व्यक्ति की आवश्यक बीमा का निर्णय लेने में मदद करती है?

I. मानव आर्थिक मूल्य
II. जीवन मीयादी प्रस्ताव
III. मानव जीवन मूल्य
IV. भावी जीवन मूल्य

प्रश्न 8

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प इस तथ्य का सटीक स्पष्टीकरण प्रदान करता है कि जीवन बीमा हेतु वृद्ध व्यक्तियों की तुलना में नवयुवकों से कम प्रीमियम प्रभारित किया जाता है।

I. अधिकांश नवयुवक आश्रित होते हैं।

II. वृद्ध व्यक्ति में अधिक भुगतान की क्षमता होती है।

III. मर्त्यता, आयु से जुड़ी होती है।

IV. मर्त्यता, आयु की विलोमानुपाती होती है ।

प्रश्न 9

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प नकदी मूल्य बीमा संविदा द्वारा प्रदान कियाजाने वाला लाभ नहीं है।

I. सुरक्षित एवं संरक्षित निवेश

II. बचत संबंधी अनुशासन की सीख

III. कम प्रतिफल

IV. आयकर संबंधी छूट

प्रश्न 10

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प नकदी मूल्य बीमा संविदा द्वारा प्रदान किया जाने वाला लाभ है।

I. प्रतिफल, मुद्रास्फीति के क्षारक प्रभाव के अधीन

II. प्रारंभिक वर्षों में कम एकत्रीकरण

III. न्यूनतर प्रतिफल

IV. सुरक्षित निवेश

स्व परीक्षा के प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प IV है।

जीवन बीमा कारोबार के तत्वों में आस्ति, जोखिम, पारस्परिकता का सिद्धांत एवं जीवन बीमा संविदा शामिल है।

अनुदान, जीवन बीमा कारोबार का तत्व नहीं है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

प्रोफेसर ह्यूबनर ने मानव जीवन मूल्य(एचएलवी) की अवधारणा का प्रतिपादन किया था।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

मीयादी बीमा में बचत तत्व नहीं होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

हवा को आस्ति के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

प्राकृतिक टूट फूट जोखिम का तत्व नहीं है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा पॉलिसियां आश्वासन वाली संविदाएं होती हैं जबकि साधारण बीमा पॉलिसियाँ, क्षतिपूर्ति संविदाएं होती हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III

मानव जीवन मूल्य पद्दति के जरिए प्रत्यके व्यक्ति के लिए आवश्यक बीमा की मात्रा की गणना की जाती है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

मर्त्यता दर आयु से जुड़ी रहती है, अतः वृद्ध लोगों की तुलना में कम आयु के लोगों, जिनकी मृत्यु की संभावना कम होती है, से कम प्रीमियम प्रभारित किया जाता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

न्यूनतर प्राप्ति नकदी मूल्य बीमा संविदाओं से होने वाली हानियों में से एक है ।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

सुरक्षित निवेश. नकदी मूल्य बीमा संविदाओं से होने वाले लाभों में से एक है।

अध्याय 3

जीवन बीमा के कानूनी सिद्धांत

अध्याय परिचय

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

अध्ययन परिणाम

क.	बीमा संविदा – कानूनी पहलू और विशेष सुविधाएँ

क. बीमा संविदा – कानूनी पहलू एवं प्रमुख विशेषताएं

1. **बीमा संविदाएं – कानूनी पहलू**

क) बीमा संविदा

बीमा में संविदात्मक समझौता शामिल होता है, जिसमें बीमाकर्ता प्रीमियम के रूप में जाने जानेवाले मूल्य या विचारण के लिए कुछ विशिष्ट जोखिमों के खिलाफ वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने के लिए सहमत होता है। संविदात्मक समझौता बीमा पॉलिसी के रूप में होता है।

ख) **बीमा संविदा के कानूनी पहलू**

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

महत्वपूर्ण

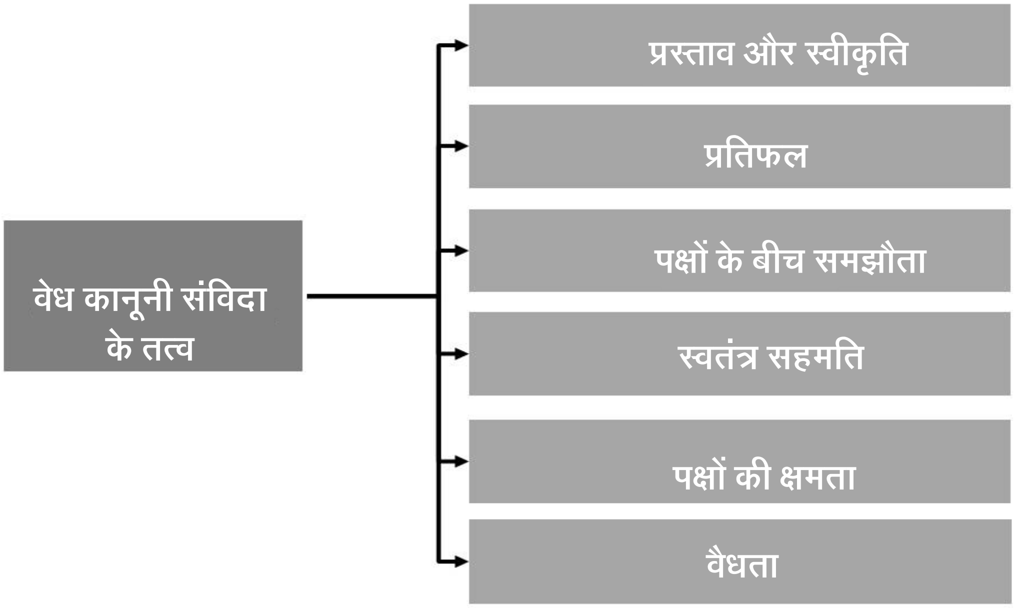
संविदा, कानून द्वारा लागू करने योग्य दो पक्षों के बीच किया जाने वाला एक समझौता है। भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 के प्रावधान भारत में बीमा संविदाओं सहित सभी संविदाओं को नियंत्रित करते हैं।

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

चित्र 1: बीमा संविदा

5. **वैध कानूनी संविदा के तत्व**

चित्र 2 : वैध कानूनी संविदा के तत्व



किसी वैध कानूनी संविदा 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 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 हां भरता 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 संविदा 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 जाता है और प्रस्ताव पॉलिसी हो जाता है।

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

पॉलिसी बांड संविदा का प्रमाण हो जाता है।

(ii) प्रतिफल

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

(iii) 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 सहमत होना चाहिए।

(iv) स्वतंत्र सहमति

कोई संविदा बनाते समय स्वतंत्र सहमति होनी चाहिए।

सहमति स्वतंत्र होनी चाहिए न कि यह निम्न कारण से होनी चाहिए

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

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

(v) पक्षों की क्षमता

संविदा करने वाले दोनों पक्ष संविदा 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 संविदा नहीं कर सकते।

(vi) वैधता

संविदा 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 संविदा 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 का अनुचित लाभ उठाने के लिए उसकी स्थिति का उपयोग करेगा।

iii. **धोखाधड़ी** - जब कोई व्यक्ति गलत विश्वास पर दूसरे को काम करने के लिए प्रेरित करता है जो ऐसे प्रतिनिधित्व के कारण होता है जिसे वह सत्य नहीं मानता। 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 संविदा की विषय-वस्तु के बारे में किये जा रहे समझौते को समझने में गलती हो सकती है।

स्वयं परिक्षण - 1

निम्न में से कौन-सा दबाव का उदाहरण है?

I. रमेश बिना अच्छे प्रिंट के ज्ञान के बिना संविदा पर हस्ताक्षर करता है।
II. रमेश महेश को संविदा पर हस्ताक्षर नहीं करने पर जान से मारने की धमकी देता है।
III. रमेश संविदा पर महेश का हस्ताक्षर करवाने के लिए अपनी पेशेवर स्थिति का उपयोग करता है।
IV. संविदा पर महेश का हस्ताक्षर करवाने के लिए रमेश गलत जानकारी देता है।

ख. बीमा संविदा – प्रमुख विशेषताएं

1. परम सद्भाव

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

सद्भाव व परम सद्भाव में अंतर किया जा सकता है। आमतौर पर सभी वाणिज्यिक संविदाओं में यह जरूरी है कि सद्भाव उनके लेन-देन में दिखे और जानकारी देने में कोई धोखाधड़ी या छल न हो। इसके अलावा सद्भाव पर नजर रखने के लिए कानूनी कर्तव्य यह है कि विक्रेता क्रेता को संविदा 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।** संविदा के पक्षों से यह आशा की जाती है कि वे संविदा की विषय-वस्तु की जाँच करें और इसलिए जब तक हो सके कोई पक्ष अन्य को गुमराह न करे और दिए हुए उत्तर सही हों, ऐसे में अन्य पक्ष को संविदा से परहेज करने का सवाल ही नहीं उठता।

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

इसलिए प्रस्तावक का यह कानूनी कर्तव्य है कि वह उन बीमाकर्ताओं को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में सारे 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 दवा करवाने लगा। लेकिन डेविड ने जीवन बीमा कंपनी को इस तथ्य को नहीं बताया। डेविड तीस के दशक में था इसलिए बीमा कंपनी ने डेविड से बिना उसके उपचार कराने की बात पूछे, 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 पर दावा ठोंका गया।

डेविड के नामिती को आश्चर्य हुआ क्योंकि जीवन बीमा कंपनी ने दावे को खारिज कर दिया। अपनी इस 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 संविदा अमान्य घोषित कर दी गई और दावे को खारिज 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 द्वारा जाने जानेवाले तथ्यों पर लागू होता है अपितु उन तथ्यों पर भी लागू होता है जिन्हें उसे जानना चाहिए।

उदाहरण

तथ्यों के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं जिन्हें प्रस्तावक को प्रस्ताव बनाते समय जाहिर 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 का आय विवरण, पूर्व में ली गईं जीवन बीमा पॉलिसियाँ, पेशे आदि जैसी वित्तीय जानकारी।
ii. **अग्नि बीमा** : भवन का निर्माण व 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 संविदाएँ उच्च दायित्व के अधीन हैं। जब ये बीमा के लिए आती हैं तो सद्भाव संविदाएँ परम सद्भाव संविदाएँ हो जाती हैं।

परिभाषा

"परम सद्भाव" की संकल्पना 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 संविदा निष्पादित करते समय।

यह आशा की जाती है कि बीमाधारक को उस तथ्य के संबंध में कोई गलत बयानी नहीं करनी चाहिए जो बीमा संविदा की विषय सामग्री है। बीमाधारक को सभी संगत तथ्यों का खुलासा करना चाहिए। यदि यह दायित्व 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 तथ्य को छुपाए, वह सच्चाई के साथ स्वास्थ्य, पारिवारिक इतिहास, आय, पेशा आदि की स्थिति का खुलासा करे जिससे उचित तरह से जोखिम का आकलन करने के लिए हामीदार सक्षम हो। प्रस्ताव फार्म में गैर-प्रकटीकरण या गलत बयानी के मामले में यह हामीदार के हामीदारी निर्णय को प्रभावित कर सकता है, ऐसे में बीमाकर्ता को संविदा रद्द करने का अधिकार है।

सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करने के लिए कानून दायित्व अधिरोपित करता है।

उदाहरण

एक कार्यकारी 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 बीमाधारक 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।

2. महत्वपूर्ण तथ्य

परिभाषा

महत्वपूर्ण तथ्य को स प्रकार परिभाषित किया गया है कि वह तथ्य जो बीमा हामीदार 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। बीमाधारक को उन तथ्यों का खुलासा करना पड़ता है जो जोखिम को प्रभावित करते हैं।

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

क) वे तथ्य जो किसी जोखिम के बारे में सामान्य से प्रतीत होते हैं , पर होते गंभीर हैं।

उदाहरण

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

ख) सभी बीमाकर्ताओं से ली गईं पूर्व पॉलिसियों का अस्तित्व और उनकी वर्तमान स्थिति

ग) बीमा के लिए प्रस्ताव फार्म या आवेदन में सभी प्रश्न सामग्री समझे जाते हैं क्योंकि ये बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और इसके जोखिम के खुलासे से संबंधित हैं। उनके बारे में पूरी

सच्चाई से तथा सही तरह से पूर्ण उत्तर देने की आवश्यकता है।

निम्न कुछ परिदृश्य हैं जिसमें 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 हामीदारों 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 बीमाधारक को नहीं है या वह उनसे अनभिज्ञ है**

उदाहरण: 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 हामीदारों को कुछ और जानकारी की आवश्यकता होती है तो उन्हें इसके लिए ऐसी जानकारी लेने के लिए जागरूक होना चाहिए।

iv. **कानूनी मामला**

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

उदाहरण: विस्फोटकों के भंडारण के बारे में नगर निगम 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।

जब खुलासा करने के लिए कर्तव्य हो?

जीवन बीमा संविदाओं के मामले में खुलासा करने का कर्तव्य तब तक व्यवहार 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 संविदा 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 बीमाधारक 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 निर्दोष है। जब कोई तथ्य जान-बूझकर दबाया जाता है तो यह छिपाव माना जाता है। आगे, मामले में इसका उद्देश्य धोखा देना होता है।

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

गलतबयानी के दो प्रकार हैंः

i. **निर्दोष गलतबयानी** उन त्रुटिपूर्ण बयानों से संबंधित होती है जो बिना किसी धोखाधड़ी के इरादे से किए जाते हैं।

ii. दूसरी तरफ **धोखाधड़ीपूर्ण गलतबयानी** उन गलत बयानों से संबंधित होती है जो बीमाकर्ता को धोखा देने के इरादे से की जाती है या बिना सत्यता के बिना विचारे दिया जाता है।

कोई बीमा संविदा आमतौर पर तब शून्य हो जाती है जब उसे स्पष्ट रूप से धोखे के इरादे से किया गया हो या जिसमें धोखाधड़ीपूर्ण गलतबयानी की गई हो।

3. **बीमाहित**

"बीमाहित" का अस्तित्व प्रत्येक बीमा संविदा 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।

क) 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 संविदा गैरकानूनी होगी। 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 का नेतृत्व करता 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 समान तरीके से क्षतिपूर्ति की जाए।

बीमाधारक का जो हीत उसके घर में या पैसों में होता है, उसे बीमाहित कहा जाता है। बीमाहित की उपस्थिति बीमा संविदा 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-

i. क्या घर में उनका बीमायोग्य हित है?
ii. क्या घर में बैंक का बीमायोग्य हित है?
iii. क्या पड़ोसियों का कोई बीमायोग्य हित है?

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

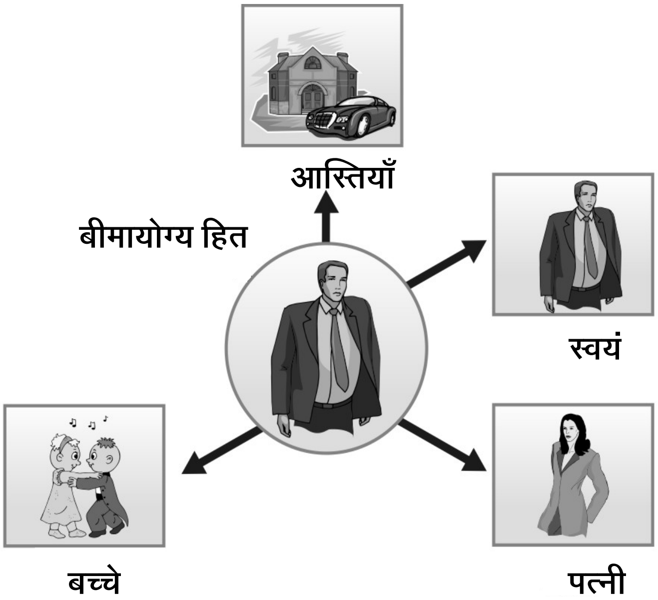
i. क्या उनका उनकी भलीई में कोई बीमायोग्य हित है?
ii. यदि उनमें से कोई अस्पताल में भर्ती हो जाता है तो क्या उन्हें वित्तीय हानि होसकती है?
iii. कोई बीमायोग्य हित है?

यहाँ यह संगत होगा कि बीमा की विषय-वस्तु और बीमा संविदा की विषय-वस्तु में अंतर किया जाए।

बीमा की विषय-वस्तु का संबंध उस संपत्ति से होता है जिसके समक्ष बीमा किया जा रहा है और जिसका स्वयं का अतंर्मूल्य होता है।

दूसरी ओर **बीमा संविदा की विषय-वस्तु** उस संपत्ति में बीमाधारक का वित्तीय हित होता है। यह केवल तभी होता है जब बीमाधारक 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 बीमाधारक के वित्रीय हित को आवरित करती है।

चित्र 3: सामान्य कानून के अनुसार बीमायोग्य हित



ख) 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 दावाधारित होते समय बीमायोग्य हित विद्यमान रहना चाहिए मरीन पॉलिसियां इसकी उपवादी हैं।

4. आसन्न कारण

अंतिम कानूनी सिद्धांत आसन्न कारण का सिद्धांत है।

आसन्न 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 बीमाकृत जोखिम की परिणति है । यदि हानि का कारण बीमाकृत जोखिम रहा हो तो ऐसे में बीमाकर्ता का दायित्व बनता है। यदि तुरंत कारण कोई बीमाकृत जोखिम 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 हानि उत्पन्न करने वाली घटनाओं की श्रृंखला शुरु करता है । यह आवश्यक रूप से अंतिम घटना नहीं हो सकती है जो हानि होने से तुरंत पहले धारित 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 दूरस्थ कारण के रूप में वर्गीकृत हो सकते हैं, जो आसन्न कारण से अलग रहते हैं। दूरस्थ कारण उपस्थित हो सकते हैं लेकिन किसी घटना को घटित करने में क्रियाशील नहीं होते।

परिभाषा

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

आसन्न कारण का सिद्धांत जीवन बीमा संविदाओं पर कैसे लागू होता है? चूँकि आमतौर पर मृत्यु के कारण की परवाह किए बिना मृत्यु लाभ के भुगतान के लिए जीवन बीमा प्रदान किया जाती ह, यहां इसलिए तो आसन्न कारण का सिद्धांत लागू नहीं होगा। हालांकि कई जीवन बीमा संविदाओं में दुर्घटना लाफ राइडर भी होता है जिसमें एक अतिरिक्त बीमित राशि दुर्घटनात्मक मृत्यु पर देय होती है। ऐसी स्थिति में कारण का पता लगाना आवश्यक हो जाता है कि क्या मृत्यु दुर्घटना से हुई है। आसन्न कारण का सिद्धांत ऐसे मामलों में लागू होगा।

आसंजन की संविदा

आसंजन संविदाएँ वे संविदाएँ होती हैं जो अन्य पक्ष को पालन करने का अवसर देते हुए उस पक्ष द्वारा ड्राफ्ट की गई होती हैं जिनके पास बड़ा सौदेबाजी लाभ है, जैसे कि संविदा को स्वीकार या अस्वीकार करना। यहाँ बीमा कंपनी के पास संविदा 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 दस्तावेज 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 क्रम करते हे प्रीमियम लौटा दिया जाता है।

स्वयं परीक्षण 1

निम्नलिखित में से कोन सा विकल्प दबाव का उदाहराण है?

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

स्वयं परीक्षण 2

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

V. रमेश का घर
VI. रमेश की पत्नी
VII. रमेश के मित्र
VIII. रमेश के माता-पिता

सारांश

- बीमा एक संविदातात्मक समझौता होता है जिसमें बीमाकर्ता विनिर्दिष्ट जोखिमों के समक्ष वित्तीय सरक्षण देने हेतु सहमत होता है जिसके ले वह एक मूल्य या प्रतिफल प्रभारित करता है, जिसे प्रीमियम कहा जाता है।
- संविदा पक्षों के बीच कानून द्वारा लागू करने योग्य एक समझौता है।
- किती वैध संविदा में निम्न तत्व शामिल होते हैं :

    i. प्रस्ताव और स्वीकृति
    ii. प्रतिफल,
    iii. यथेष्ठ आम सहमति,
    iv. स्वतंत्र सहमति,
    v. पक्षों की क्षमता और
    vi. उद्देश्य की वैधता

- बीमा संविदाओं में निम्न विशेष सुविधाएँ शामिल हैं :

    i. परम सद्भाव,
    ii. बीमायोग्य हित,
    iii. आसन्न कारण

प्रमुख शब्द

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

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

रमेश महेश को संविदा 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 संविदा का कौन सा तत्व प्रीमियम से संबंधित रहता है?

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

प्रश्न 2

_________ गलत बयान से संबंधित होता है जो बिना किसी धोखाधड़ीपूर्ण इरादे से बनाए गए हैं।

I. गलतबयानी
II. योगदान
III. प्रस्ताव
IV. अभ्यावेदन

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 संविदाओं 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 संविदा अधिनियम,1872 की आवश्यकताओं के अनुसार वे दो पक्षों (बीमाकर्ता और बीमाधारक) के बीच अनुबंध हैं।
IV. वे बाजी संविदाओं के समान हैं

प्रश्न 5

निम्न में से कौनसा संविदा 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 बताना
II. बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा न करना
III. बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करना

IV. समय पर प्रीमियम भुगतान करना

प्रश्न 8

बीमायोग्य 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 होने आवश्यक नहीं है
IV. या तो पॉलिसी लेते के समय या दावे के समय

प्रश्न 10

निम्न परिदृश्य में मृत्यु के आसन्न 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 संविदा 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 संविदा अधिनियम, 1872 की आवश्यकताओं के अनुसार दो पक्षों (बीमाकर्ता और बीमाधारक) के बीच किया जाने वाला अनुबंध है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

संविदा 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 आसन्न कारण है।

अध्याय 4

वित्तीय नियोजन

अध्याय परिचय

पिछले अध्यायों में हमने चर्चा की थी कि जीवन बीमा में क्या शामिल है और वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने में इसकी क्या भूमिका है। सुरक्षा व्यक्ति विशेष से संबंधित है जो वर्तमान और भविष्य की विभिन्न जरूरतों को पूरा करने के लिए अपनी आय और धन को आवंटित करना चाहते हैं। इस प्रकार जीवन बीमा "व्यक्तिगत वित्तीय नियोजन" के व्यापक संदर्भ में समझा जाना चाहिए। इस अध्याय का उद्देश्य वित्तीय नियोजन विषय की शुरुआत करना है।

अध्याय परिणाम

क. वित्तीय नियोजन और व्यक्तिगत जीवन चक्र
ख. वित्तीय नियोजन की भूमिका
ग. वित्तीय नियोजन - प्रकार

क. वित्तीय नियोजन और व्यक्तिगत जीवन चक्र

1. **वित्तीय नियोजन क्या है**?

हम में से अधिकांश लोग पैसा बनाने के लिए अपने जीवन का एक बड़ा हिस्सा काम करने में बिताते हैं। क्या यह विचार करने का समय नहीं है कि हम धन को हमारे लिए काम करने के लिए लगाएं? वित्तीय योजना इस उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए एक सही तरीका है। आइए कुछ परिभाषाओं को देखते हैं-

परिभाषा

i. वित्तीय नियोजन किसी व्यक्ति के "जीवन" के लक्ष्यों को जानने की एक प्रक्रिया है, इन लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में परिवर्तित करने के लिए और किसी के धन को इस प्रकार व्यवस्थित किया जाए कि उनके उद्देश्यों को प्राप्त करने में मदद मिल सके।

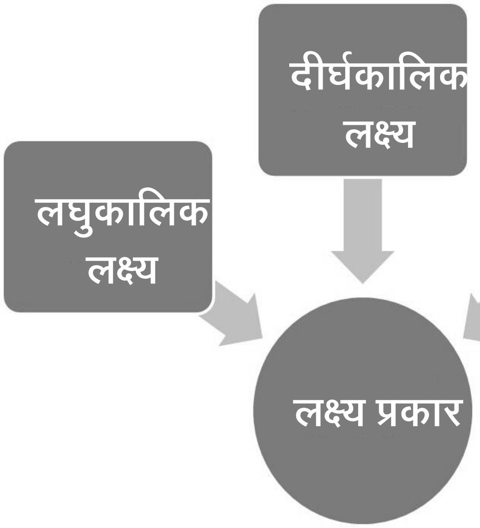
ii. वित्तीय नियोजन एक प्रक्रिया है जिसके माध्यम से कोई व्यक्ति "जीवन" की अप्रत्याशित आवश्यकताओं और उम्मीदों को पूरा करने के लिए एक रुपरेखा तैयार कर सकता है। इसमें किसी के शुद्ध मूल्य का आकलन, भविष्य के लिए वित्तीय आवश्यकताओं का अनुमान लगाना और धन के उचित प्रबंधन के माध्यम से उन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए कार्य करना शामिल है।

iii. वित्तीय योजना किसी की इच्छाओं और उद्देश्यों को वास्तविकता में परिवर्तित करना है।

iv. वित्तीय योजना में किसी व्यक्ति की वर्तमान और भविष्य की जरूरतों, किसी के व्यक्तिगत जोखिम प्रोफाइल और किसी की प्रत्याशित आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए आय की एक रूपरेखा तैयार करने का समावेश रहता है।

वित्तीय नियोजन चिंता कम करने के साथ जीवन निर्माण में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। सावधानीपूर्वक बनाई गई योजना आपके विभिन्न लक्ष्यों को तेजी से प्राप्त करने और आपकी प्राथमिकताएं तय करने में मदद कर सकती है।

चित्र 1: **लक्ष्य प्रकार**



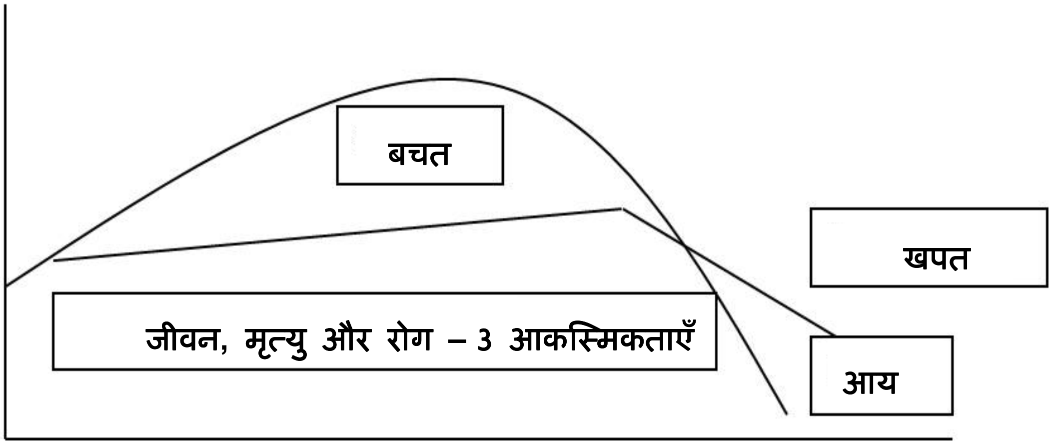
i. ये लक्ष्य **लघुकालिक** हो सकते हैं : एलसीडी टीवी सेट खरीदना या एक पारिवारिक छुट्टी
ii. ये **मध्यकालिक** हो सकते हैं : घर खरीदना या विदेश में छुट्टी बिताना
iii. **दीर्घकालिक** लक्ष्यों में शामिल हो सकता है : किसी के बच्चे की शिक्षा या शादी या सेवानिवृत्ति पश्चात प्रावधान

2. **व्यक्ति का जीवन चक्र**

वे विलियम शेक्सपियर थे जिन्होंने कहा था कि दुनिया एक रंगमंच है। व्यक्ति जन्म से मृत्यु तक जीवन में अनेक चरणों से गुजरता है, इस दौरान उससे कई भूमिकाएं अदा करने की उम्मीद की जाती है, जैसे शिक्षार्थी, कमाने वाले के रूप में, साथी, माता-पिता, प्रदाता के रूप में, संतान त्यज्य माता-पिता और अंत में सेवानिवृत्ति वर्ष ।

ये चरण आरेख में नीचे दिए गए हैं-

चित्र 2: आर्थिक जीवन चक्र



जीवन चरण और प्राथमिकताएँ

- **शिक्षार्थी** [20 से 25 वर्ष तक] : एक ऐसा चरण जब कोई अपना ज्ञान और कौशल बढ़ाते हुए योग्य नागरिक बनने की तैयारी करता है। मानव पूंजी का मूल्य बढाने पर ध्यान केन्द्रित करता है। शिक्षा के वित्तपोषण के लिए धन की आवश्यकता है, उदाहरण के लिए किसी प्रतिष्ठित प्रबंधन संस्थान में एमबीए के लिए अधिक फीस देना।

- **कमाने वाला** [25 के बाद से] : एक ऐसा चरण जब किसी को रोजगार मिलता है और शायद अपनी जरूरतों को पूरा करने के लिए वह पर्याप्त धन कमाता है और कुछ बचा लेता है। इस स्तर पर व्यक्तिगत पारिवारिक जिम्मेदारी हो सकती है और निकट भविष्य में उत्पन्न होने वाली जरूरतों को पूरा करने की दृष्टि से पूंजी बनाने के लिए वह कुछ संपत्ति की बचत तथा निवेश भी करता है। उदाहरण के लिए एक बहुराष्ट्रीय कंपनी में काम करने वाला युवक आवास के लिए ऋण लेता है और घर में निवेश करता है।

- **जीवन साथी** [28 -30 शादी होने पर] : एक ऐसा चरण है जब कोई शादी करता है और उसका अपना परिवार होता है। इस चरण में तत्काल पारिवार और जिम्मेदारियों से संबद्ध होने पर ध्यान केन्द्रित करना पड़ता है जो कुछ इस प्रकार

हो सकता हैं- अपना घर, शायद एक कार, टिकाऊ उपभोक्ता वस्तु ,बच्चों के भविष्य के लिए योजना इत्यादि।

- **माता-पिता** [28 से 35 वर्ष] : इन वर्षों के दौरान कोई व्यक्ति एक या एक से अधिक बच्चों का माता-पिता बनता है। यह महत्वपूर्ण समय होता है जब कोई व्यक्ति उनकी शिक्षा और स्वास्थ्य के बारे में चिन्ता करता है जैसे, उन्हें अच्छे स्कूल में भर्ती करना इत्यादि।
- **प्रदाता** [उम्र 35 से 55 वर्ष] : यह एक ऐसी अवस्था है जब बच्चे किशोरावस्था में पहुंचते हैं और हाइस्कूल तथा कालेज में भर्ती होते हैं। शिक्षा की उच्च लागत के बारे में चिंतित होना स्वाभाविक है। आज जीवन की चुनौतियों का सामना करने के लिए बच्चे को तकनीकी और व्यावसायिक योग्यता दिलाना आवश्यक है। उदाहरण के लिए चिकित्सा पाठ्यक्रम की पढाई पर खर्च होने वाली धनराशि पर विचार करें जो पाँच वर्षों के लिए होता है। कई भारतीय घरों में वयस्क होते ही लड़कियों की शादी कर दी जाती है। लड़कियों की शादी और बंदोबस्त के लिए प्रावधान भारतीय परिवारों के लिए एक महत्वपूर्ण चिन्ता का विषय है। दरअसल, बच्चों की शादी और शिक्षा अधिकांश भारतीय परिवारों के लिए बचत करना आज एक महत्वपूर्ण उद्देश्य है।
- **संतान त्याज्य माता-पिता** [उम्र 55 से 65] : संतान त्याज्य माता-पिता की अवधि तब शुरू होती है जब युवा अवस्था समाप्त हो चुकी होती है अर्थात चिड़िया घोंसला खाली कर चुकी होती है। यह वह समय होता है जब बच्चों की शादी हो चुकी होती है और वे माता-पिता को छोड़कर काम करने के लिए दूसरे स्थान पर चले जाते हैं। आशा है इस समय तक लोगों की जिम्मेदारियां निर्धारित हो चुकी होती हैं [जैसे आवास ऋण और अन्य बंधक की तरह] और सेवानिवृत्ति के लिए एक कोष का निर्माण किया गया है। यह ऐसा भी समय है जब किसी के जीवन में डीजेनेरेटिव रोगों जैसे रक्तचाप और मधुमेह की शुरूआत होती है। स्वास्थ्य देखभाल संरक्षण सर्वोपरि हो जाता है इस प्रकार वित्तीय स्वतंत्रता और आय की सुरक्षा की जरूरत होती है।
- **सेवानिवृत्ति** - गोधूलि वर्ष [उम्र 60 वर्ष और आगे] : यह एक ऐसी उम्र है जब व्यक्ति सक्रिय काम से सेवानिवृत्त हो चुका होता है और अपने जीवन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए काफी हद तक बचत का उपभोग करता है। यदि किसी के जीवन के अंत तक दैनिक आवश्यकताओं पर ध्यान देने की

जरूरत है तो वह है उसकी पत्नी। महत्वपूर्ण चिंताएं स्वास्थ्य के मुद्दों, आय की अनिश्चितता और अकेलेपन से जुड़ी होती हैं। यह एक ऐसा समय है जब व्यक्ति जीवन की गुणवत्ता बढ़ाना चाहता है और उन सभी चीजों का आनंद लेना चाहता है जिसका उसने सपना देखा था लेकिन कभी कर न पाया, जैसे शौक पूरा करना अथवा छुट्टी या तीर्थ यात्रा पर जाना। मुद्दा यह है कि कोई अपनी उम्र शान से बिता सकता है या अभावों में, यह इस बात पर निर्भर करता है कि उसने इन वर्षों के लिए पर्याप्त प्रावधान किया था कि नहीं।

जैसा कि हम ऊपर देख सकते हैं, आर्थिक जीवन चक्र के तीन चरण होते हैं।

छात्र चरण	पहला चरण नौकरी पूर्वचरण है जो आम तौर पर एक छात्र होता है। यह एक प्रारंभिक चरण है जिसमें नागरिक की जिम्मेदारियां पैदा होती हैं। प्राथमिकता अपने कौशल को विकसित करना और अपनी मानव पूंजी मूल्य को बढ़ाना है।
कार्य चरण	कार्य चरण 18 से 25 की उम्र के बीच अथवा पहले भी शुरू होता है और 35 से 40 वर्ष तक हो सकता है। इस अवधि के दौरान व्यक्ति उपभोग्य की तुलना में अधिक अर्जित कर लेता है और इस प्रकार बचत शुरू करता है और धन का निवेश करता है।
सेवानिवृत्ति चरण	इस प्रक्रिया में वह धन जमा करता है और संपत्ति बनाता है जो भविष्य में विभिन्न जरूरतों के लिए धन उपलब्ध कराता है जिसमें बाद के वर्षों में आय भी शामिल है जब व्यक्ति सेवानिवृत्त हो जाता है और काम करना बंद कर देता है।

3. **किसी को विभिन्न वित्तीय आस्तियों को बचाने और खरीदने की आवश्यकता क्यों पड़ती होती है**?

कारण यह है कि व्यक्ति के जीवन में कई चरण होते हैं और जब वह कोई विशेष भूमिका अदा करता है तो कई प्रकार की आवश्यकताएं आती हैं जिसके लिए धन की जरूरत पड़ती है।

उदाहरण

जब कोई व्यक्ति शादी करता है और स्वयं का परिवार शुरू करता है तो उसके लिए घर की जरूरत पड़ सकती है। बच्चों के बड़े होने पर उच्च शिक्षा के लिए धन की आवश्यकता होती है। जैसे ही व्यक्ति आधी उम्र पार कर लेता है उसे स्वास्थ्य पर खर्च करने का प्रावधान करना पड़ता है और सेवानिवृत्ति के बाद बचत की जरूरत पड़ती है जिससे व्यक्ति को अपने बच्चों पर निर्भर रहने की आवश्यकता न पड़े और उन पर भार न बने। स्वतंत्रता और गरिमा के साथ जीवित रहना महत्वपूर्ण हो जाता है।

बचत को दो निर्णयों के एक समग्र रूप में माना जा सकता है।

i. **उपयोग स्थगनः** वर्तमान और भविष्य की खपत के बीच संसाधनों का आवंटन

ii. कम नकदी परिसंपत्तियों के बदले में (या तैयार क्रय शक्ति) **नकदी परिसंपत्तियों के साथ अलगाव**। उदाहरण के लिए जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने का अर्थ है अनुबंध के लिए पैसे का आदान-प्रदान जो कम नकदी परिसंपत्ति है।

वित्तीय योजना में दोनों प्रकार के फैसले शामिल हैं। व्यक्ति को भविष्य के लिए बचत के क्रम में योजना बनानी होती है और भविष्य में आने वाली विभिन्न आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए बुद्धिमानी से संपत्ति में निवेश करना चाहिए।

जरूरत और उचित संपत्ति को समझने के लिए व्यक्ति के जीवन के विभिन्न चरणों को अधिक नजदीक से देखना प्रासंगिक होगा जैसा कि नीचे के उदाहरण में दिया गया है।

महत्वपूर्ण

जीवन चरण

बचपन चरण	जब कोई छात्र या शिक्षार्थी होता है।
युवा अविवाहित चरण	जब कोई व्यक्ति आजीविका कमाना शुरू करता है लेकिन अकेला है।
युवा विवाहित चरण	जब कोई व्यक्ति जीवन साथी बनता है अथवा पति या पत्नी।
छोटे बच्चों के साथ विवाहित चरण	जब कोई माता पिता बन जाता है।
बड़े बच्चों के साथ विवाहित चरण	जब कोई प्रदाता बन जाता है और उसे बड़े होते बच्चों की जरुरतों और उनकी शिक्षा का ख्याल रखना पड़ता है।
परिवार के बाद /	जब बच्चे आत्मनिर्भर हो जाते हैं और घर छोड़ देते हैं जैसे चिड़िया अपना

सेवानिवृत्ति पूर्व चरण	खाली घोंसला छोडकर उड़ जाती है।
सेवानिवृत्ति चरण	जब व्यक्ति जीवन के संध्याकाल से गुजरता है और जीवन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रावधान करता है और बचत की है तो वह सम्मान के साथ रह सकता है अथवा यदि पर्याप्त प्रावधान नहीं किया है तो निराश्रित हो सकता है और दूसरों की दया पर निर्भर रहना पड़ सकता है।

4. **व्यक्तिगत आवश्यकताएँ**

अगर हम उपरोक्त जीवन चक्र को देखें तो हमें पता चलेगा कि तीन प्रकार की आवश्यकताएँ पैदा हो सकती हैं। इनसे तीन प्रकार के वित्तीय उत्पाद पैदा होते हैं।

क) भविष्यगत लेनदेन को सक्षम बनाना

पहली आवश्यकता धन से शुरू होती है जिसकी आवश्यकता पूर्वानुमानित खर्च को पूरा करने के लिए पड़ती है। जिसकी आवश्यकता जीवन चक्र के विभिन्न चरणों में पैदा होती रहती है। ऐसी आवश्यकताएँ दो प्रकार की होती हैं **:**

i. **विशिष्ट लेनदेन की आवश्यकता**- यह विशिष्ट जीवन की घटनाओं से जुड़ी होती है, जिन्हें संसाधनों की प्रतिबद्धता की आवश्यकता पड़ती है, उदाहरण के लिए उच्च शिक्षा का प्रावधान बनाने के लिए / आश्रितों के विवाह अथवा घर खरीदने या टिकाऊ उपभोक्ता वस्तुओं के लिए।

ii. **सामान्य लेनदेन की आवश्यकता**- किसी विशिष्ट प्रयोजन के लिए बिना निर्धारित किए मौजूदा खपत से धनराशि को अलग रखना। इसे लोकप्रिय रूप में "भविष्य के प्रावधान" कहा जाता है।

ख) आकस्मिकताओं को पूरा करना

आकस्मिकता जीवन की एक अप्रत्याशित घटना है जिसे हम धन की बड़ी प्रतिबद्धता कह सकते हैं और जिसे वर्तमान आय से पूरा नहीं कर सकते तथा इसके लिए पहले से धन इकट्ठा करने की आवश्यकता होती है। कुछ ऐसी घटनाएं जैसे निधन और अपंगता अथवा बेरोजगारी से आय का नुकसान होना है। अन्य जैसे आग से भी सम्पत्ति की क्षति हो सकती है। ऐसी आवश्यकताएं बीमा से पूरी की जा सकती हैं। यद्यपि इनके घटित होने की संभावना कम है लेकिन खर्च काफी होता है। वैकल्पिक रूप से इस प्रकार की आवश्यकताओं के लिए नकदी परिसंपत्ति की एक बड़ी राशि आरक्षित रूप में अलग रखने की आवश्यकता है।

ग) धन संचय

वास्तव में सभी प्रकार की बचत और निवेश से कुछ संपत्ति बनती है। जब हम संचय के मकसद की बात करते हैं तो यह लाभ लेने के प्राथमिक निवेश और बाजार के अनुकूल अवसरों से लाभ लेने के लिए व्यक्तिगत इच्छा को दर्शाता है। दूसरे शब्दों में बचत और निवेश मुख्य रूप से धन जमा करने की इच्छा से प्रेरित हैं।

इसके मकसद को इस रूप में कहा गया, धन जमा करने की इच्छा क्योंकि व्यक्ति निवेश करते समय अधिक धन बनाने के लिए जोखिम लेता है। अधिक धन बनाने की इच्छा होती है क्योंकि इससे धन कई गुणा या निश्चित राशि तेजी से बढ़ जाती है। धन की आवश्यकता है क्योंकि यह स्वतंत्रता, उद्यम, शक्ति और प्रभाव के साथ जुड़ा हुआ है।

5. वित्तीय उत्पाद

आवश्यकताओं की उपरोक्त सेटों के अनुरूप वित्तीय बाजार में तीन प्रकार के उत्पाद हैं-

लेनदेन संबंधी उत्पाद	बैंक जमा और अन्य बचत साधन जो सही समय पर और परिमाण में किसी को पर्याप्त क्रय शक्ति (चलनिधि) रखने में सक्षम बनाते हैं।
बीमा जैसे आकस्मिक उत्पाद	ये उन बड़ी हानियों के खिलाफ सुरक्षा प्रदान करते हैं जो अचानक अप्रत्याशित घटनाओं के घटने से नुकसान उठा सकते हैं।
धन संचय उत्पाद	शेयर और उच्च उत्पादकता बांड या अचल संपत्ति इस प्रकार के उत्पादों के उदाहरण हैं। यहाँ निवेश इसलिए किया जाता है कि अधिक धन बनाने के लिए और पैसा लगाया जाए.

व्यक्ति को आम तौर पर उपरोक्त सभी के मिश्रण की आवश्यकता है और इस तरह से सभी तीनों प्रकार के उत्पादों को रखने की आवश्यकता हो सकती है। संक्षेप में कह सकते हैं कि :

i. बचत की आवश्यकता – नकदी जरूरतों के लिए
ii. बीमा करने की आवश्यकता – अनिश्चितताओं के खिलाफ
iii. निवेश करने की आवश्यकता – धन सृजन के लिए

6. जोखिम प्रोफाइल और निवेश

यह भी देखा गया है कि व्यक्ति अपने जीवन चक्र में कई विभिन्न चरणों से गुजरता है, युवा अर्जक से मध्य उम्र तक और आगे जीवन के अंतिम समय तक, जोखिम प्रोफाइल, या जोखिम लेने से भी एक

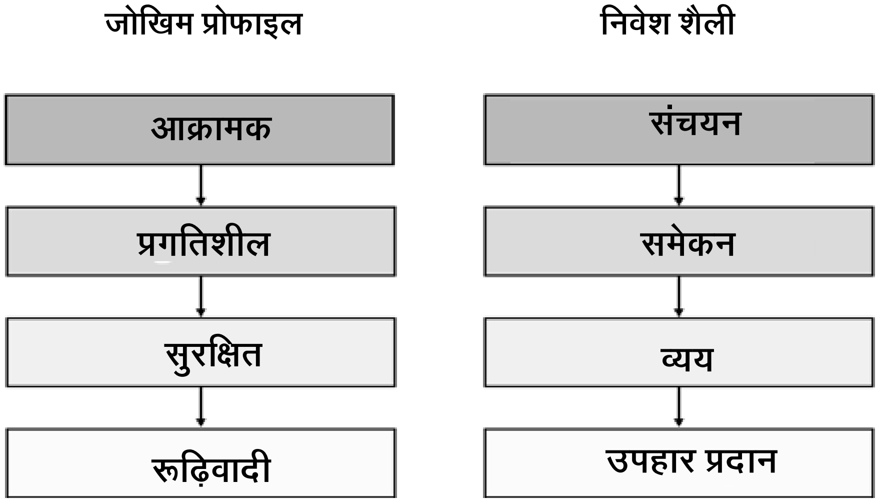
परिवर्तन आता है।

जब व्यक्ति युवा है, उसे आगे बढ़ने के लिए काफी समय है और वह जीवन के प्रति काफी संघर्षशील हो सकता है तथा जहां तक सम्भव हो अधिक से अधिक धन इकट्ठा करने का जोखिम उठा सकता है। जैसे समय बीतता है व्यक्ति अधिक दूरदर्शी और निवेश के बारे में अधिक सावधान हो जाता है, इसका उद्देश्य सुरक्षा और निवेश को संचित करना है।

अंत में, जब कोई सेवानिवृत्ति के निकट होता है, तब वह काफी रूढ़िवादी हो सकता है और उसका ध्यान कोष पर केन्द्रित हो जाता है जिसे वह सेवानिवृत्ति के बाद के वर्षों में खर्च कर सकता है। व्यक्ति किसी बच्चे के लिए वसीयत करने अथवा दान इत्यादि के बारे में भी सोच सकता है।

जोखिम प्रोफाइल के साथ तालमेल रखने के लिए व्यक्ति की निवेश शैली भी परिवर्तित हो जाती है। यह नीचे दर्शाया गया है-

चित्र 3: जोखिम प्रोफ़ाइल और निवेश शैली



स्व परीक्षण - 1

अप्रत्याशित घटनाओं के समक्ष सुरक्षा की दृष्टि से आप इनमें से किसे सुझाएंगे?

I. बीमा
II. बैंक एफडी जैसे व्यवहार्य उत्पाद।
III. शेयर
IV. ऋणपत्र

ख. वित्तीय नियोजन की भूमिका

1. वित्तीय नियोजन

वित्तीय नियोजन एक ऐसी प्रक्रिया है, जिसमें किसी ग्राहक की वर्तमान या भविष्य की आवश्यकताएँ, जो हो सकती हैं, पर सावधानीपूर्वक विचार किया जाता है और मूल्यांकित किया जाता है तथा उसकी व्यक्तिगत जोखिम प्रोफाइल तथा आय उपयुक्त वित्तीय उत्पादों को अनुशंसित करने के माध्यम से विभिन्न प्रत्याशित / अप्रत्याशित जरूरतों को पूरा करने के लिए रुपरेखा मैप तैयार करने हेतु निर्धारित की जाती है।

वित्तीय नियोजन के तत्वों में शामिल हैं-

- ✓ निवेश - किसी के जोखिम उठाने की इच्छा के आधार पर परिसंपत्तियों का आवंटन,
- ✓ जोखिम प्रबंधन,
- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
- ✓ कर और संपदा नियोजन, तथा
- ✓ किसी की आवश्यकताओं का वित्तीयन

संक्षेप में वित्तीय योजना बनाने के लिए 360 डिग्री योजना बनाना शामिल है।

चित्र 4: वित्तीय नियोजन के तत्व

2. वित्तीय नियोजन की भूमिका

वित्तीय योजना एक नई विधा नहीं है। यह हमारे पूर्वजों में सरल रूप में प्रचलित था। उस समय सीमित निवेश विकल्प थे। कुछ दशक पहले इक्विटी निवेश एक बड़े बहुमत द्वारा जुआ खेलने जैसा समझा जाता था। निवेश काफी हद तक बैंक जमा, पोस्टल सेविंग योजनाओं और अन्य नियत आय साधनों में किया जाता था। हमारे समाज और हमारे ग्राहकों द्वारा आज लग अलग प्रकार की चुनौतियों का सामना किया जा रहा है । उनमें से कुछ इस प्रकार हैं-

i. संयुक्त परिवार का विघटन

आज संयुक्त परिवार का स्थान नभिकीय परिवार ने ले लिया है जिस में माता – पिता और बच्चों का समावेश है परिवार के विशिष्ट रुप से प्रमुख और कमाऊ सदस्य को खुद का और अपने प्रथम पारिवारिक सदस्यों के दायित्व का वहन करना पड़ता है। इसके लिए बड़े स्तर पर उचित नियोजन की आवश्यकता है और पेशेवर वित्तीय प्लानर की सहायता से लाभ हो सकता है।

ii. कई निवेश विकल्प

धन सृजन के लिए आज हमारे पास बड़े स्तर पर निवेश साधन उपलब्ध हैं। इनमें से प्रत्येक में जोखिम और प्रतिफल की भिन्न मात्राएं रहती हैं। वित्तीय लक्ष्यों की उपलब्धि सुनिश्चित करने के लिए हमें बुद्धिमानी से चुनाव करना है और अपनी जोखिम वाली आवश्यकता के आधार पर सही निवेश निर्णय लेना है। वित्तीय नियोजन परिसंपत्ति आवंटन में सहायता कर सकता है।

iii. बदलती जीवन शैली

आज तत्काल संतोष पाना आदत सी बन गया है। व्यक्ति नवीनतम मोबाइल फोन, कार, बड़े घर, प्रतिष्ठित क्लबों की सदस्यता आदि रखना चाहते हैं। इन इच्छाओं को पूरा करने के लिए वे बड़े बड़े उधार ले लेते हैं। इसका परिणाम यह होता है कि ऋणों का भुगतान करने में आय का एक बड़ा भाग चला जाता है और इससे बचत में कमी होती है। वित्तीय नियोजन जागरूकता और आत्म-अनुशासन लाने के साथ ही व्यय योजना बनाने में सहायता करने का एक साधन है, ताकि कोई अनावाश्यक व्यय में कटौती कर सके और इन दोनों में सफल हो सके- वर्तमान जीवन-स्तर को बनाए रखते हुए आने वाले समय में इसका उन्नयन।

iv. मुद्रास्फीति

समय समय पर होने वाली में मुद्रास्फीति अर्थव्यवस्था में माल एवं सेवाओं के मूल्यों के सामान्य स्तर में वृद्धि है। इससे पैसे के मूल्य में गिरावट आती है। इसके परिणामस्वरूप किसी की मेहनत से कमाए धन की खरीदने की क्षमता कम हो जाती है। मुद्रास्फीति किसी की सेवानिवृत्ति अवधि के

दौरान तबाही मचा सकता है, जब किसी के लाभकारी पेशे से नियमित आय आनी बंद हो जाती है और आय का स्रोत केवल पहले की गई बचत रह जाती हैं। वित्तीय नियोजन यह सुनिश्चित करने में सहायक हो सकता है कि विशेषकर बाद के वर्षों में कोई मुद्रास्फीति से निपटने के लिए तैयार हो सकता है।

v. **अन्य आकस्मिकताएं व्यय और आवश्यकताएँ**

कई अन्य आवश्यकताओं और चुनौतियों को पूरा करने के लिए वित्तीय नियोजन व्यक्तियों की सहायता करने का साधन भी है। उदाहरण के लिए, आपातकालीन चिकित्सा के दौरान कई अप्रत्याशित खर्च या अन्य आकस्मिक व्यय होते हैं, जिनसे व्यक्तियों का सामना हो सकता है। इसी प्रकार, लोगों को अपनी कर देयताओं को प्रबंधित करने की आवश्यकता होती है। लोगों को यह भी सुनिश्चित करने की आवश्यकता होती है कि उनके धन और संपत्ति वाली उनकी संपदा उनकी मृत्यु के बाद उनके प्रियजनों को सुचारू रूप से मिल जाए। जीवनभर या जीवन के बाद भी दान करने या सामाजिक और धार्मिक दायित्वों को पूरा करने जैसी अन्य आवश्यकताएँ होती भी हैं। इन सभी को प्राप्त करने के लिए वित्तीय नियोजन एक साधन है।

3. **वित्तीय नियोजन शुरू करने के लिए सही समय कब है**?

क्या यह अमीरों का काम है? दरअसल, आदर्श रूप ये नियोजन पहला वेतन मिलते ही शुरू कर देना चाहिए। कोई कब योजना बनाए, यह बताने के लिए कोई कारण नहीं है।

बहरहाल एक महत्वपूर्ण सिद्धांत है जो हमारा मार्गदर्शन करेगा - हमारे निवेश की अवधि जितनी लंबी होगी, हमारे निवेश उतने ही बढ़ेंगे।

इसलिए, जितनी जल्दी शुरु की जाए, उतना ही अच्छा। इस प्रकार किसी के निवेश समय पर अधिकतम लाभ पाएँगे। फिर से, नियोजन केवल अमीरों के लिए नहीं है, यह सबके लिए है। अपने वित्तीय लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए वित्तीय लक्ष्यों को निर्धारित करने की शुरूआत और निवेश साधनों में समर्पित बचत तैयार करते हुए अनुशासित दृष्टिकोण का पालन करना चाहिए, जो अपने जोखिम लेने वाली रूचि के लिए सर्वाधिक अनुकूल हो। वित्तीय नियोजन का एक अनियोजित, आवेगयुक्त दृष्टिकोण वित्तीय संकट के प्रमुख कारणों में से एक है जो व्यक्तियों को प्रभावित करता है।

स्व- परिक्षण 2

वित्तीय नियोजन शुरू करने का सबसे अच्छा समय कब है?

I. सेवानिवृत्ति के बाद

II. जैसे ही कोई अपना पहला वेतन पाता है

III. विवाह के बाद
IV. केवल धनी होने के बाद

ग. वित्तीय नियोजन - प्रकार

आइए, अब विभिन्न प्रकार के वित्तीय नियोजन अभ्यासों पर विचार करते हैं, जिन्हें किसी व्यक्ति को करने की आवश्यकता हो सकती है।

चित्र 5: वित्तीय योजना सलाहकार सेवा

दी जानेवाली विभिन्न सलाहकार सेवाओं पर विचार करें। 6 ऐसे क्षेत्र हैं जिनके बारे में हम चर्चा करेंगे।

- ✓ नकदी नियोजन
- ✓ निवेश नियोजन
- ✓ बीमा नियोजन
- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन
- ✓ संपदा नियोजन
- ✓ कर नियोजन

1. नकदी नियोजन

नकदी प्रवाह प्रबंधन के दो उद्देश्य होते हैं।

i. सर्वप्रथम, किसी व्यक्ति को चाहिए कि वह अपनी आय एवं व्यय के प्रवाह का प्रबंधन करते हुए अप्रत्याशित तथा आपातकालीन जरुरतें पुरा करने हेतु चल संपत्तियों की प्रारक्षित निधि

बनाए।

ii. दूसरा, पूंजी निवेश के लिए उसे चाहिए कि वह व्यवस्थित ढंग से नकदी अधिशेष सृजित करते हुए उसे बनाये रखे ।

यहाँ पहला कदम **बजट तैयार करना और वर्तमान आय तथा व्यय प्रवाह का विश्लेषण करना है।** इसके लिए, व्यक्ति को भविष्य के लिए उचित लक्ष्यों और उद्देश्यों की रुपरेखा तैयार करनी चाहिए। इससे यह पता चल सकेगा कि वर्तमान व्यय ढांचे के चलते वह अपने लक्ष्य तक कैसे पहुंच सकता हैं।

दूसरा कदम क्या नियमित और एकमुश्त लागतें खर्च हुई हैं, यह देखने के लिए **पिछले 6 महीनों के आय व व्यय का विश्लेषण करना है।** व्ययों को कई श्रेणियों में बांटा जा सकता है और उन्हें नियत एवं परिवर्तनीय व्यय के रुप में विभन्नत किया जा सकता है जहां एक ओर नियत व्ययों पर नियंत्रण रख पाना कठिन होता है, वहीं दुसरी ओर परिवर्तनीम व्यय कम या स्थगित किये जा सकते हैं क्योंकि वे अपने विवेकाधीन रहते हैं।

तीसरा चरण **पूरे वर्ष के लिए भावी मासिक आय और व्यय का पूर्वानुमान लगाना है।** बीते दिनों का विश्लेषण करते हुए और भविष्य की आशा के साथ इन नकदी प्रवाही का सुचारु प्रबंधन करने की योजना बनाई जा सकती हैं।

नकद योजना प्रक्रिया का एक अन्य भाग विवेकाधीन आय को अधिकतम करने के लिए रणनीतियाँ बनाना है।

उदाहरण

कोई अपने बकाए ऋण को फिर से संरचना तैयार कर सकता है।

कोई बकाए क्रेडिट कार्ड ऋण का समेकन करते हुए कम ब्याज के बैंक ऋण के जरिए उनका भुगतान कर सकता है।

अपने निवेश से और अधिक आय अर्जन के लिए कोई इन्हें फिर से संरचित कर सकता है।

2. बीमा नियोजन

व्यक्तियों के समक्ष कुछ ऐसे जोखिम आ रहे हैं जो उन्हें उनके व्यक्तिगत वित्तीय लक्ष्यों को प्राप्त करने से रोक सकते हैं। बीमा नियोजन में ऐसे जोखिमों के खिलाफ पर्याप्त बीमा प्रदान करने के लिए कार्य-योजना बनाना शामिल है।

i. **जीवन बीमा के बारे में** पालनकर्ता की समयपूर्व मौत हो जाने पर आश्रितों की आय व व्यय

आवश्यकताओं के आकलन द्वारा निर्णय लिया जा सकता है।

ii. **स्वास्थ्य बीमा** आवश्यकताएँ अस्पताल के खर्च के संदर्भ में मूल्यांकित की जा सकती हैं जो संभवतः किसी भी परिवार की आपातकालीन चिकित्सा में खर्च होती हैं।

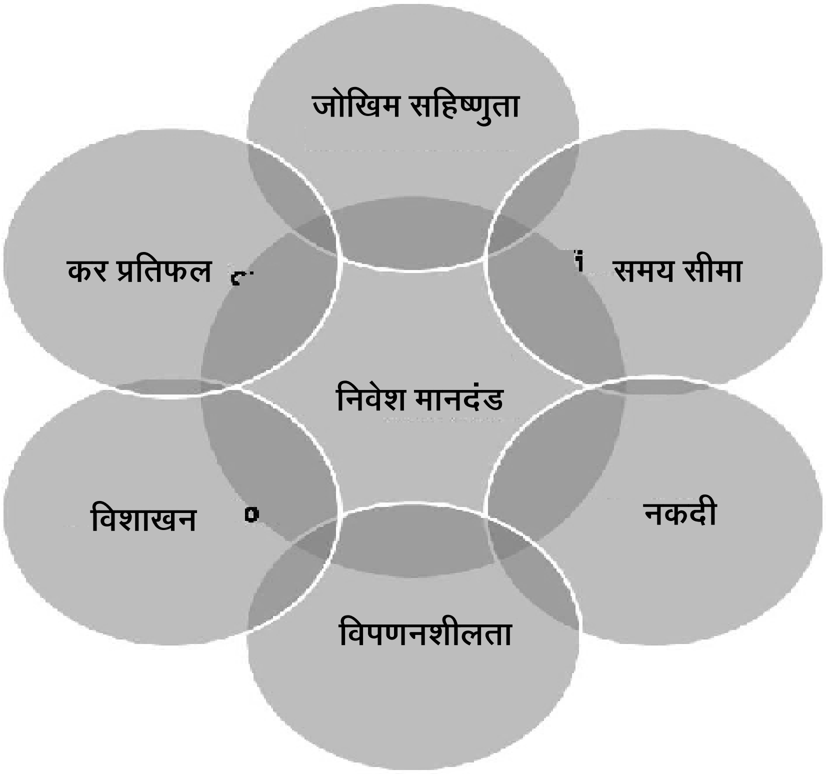
iii. अंततः **किसी की संपत्ति का बीमा** हानि के जोखिम से किसी के घर/ वाहन/ कारखाने आदि को बचाने की आवश्यकता के आवरण के प्रकार व मात्रा के आधार पर तय किया जा सकता हैं।

3. निवेश नियोजन

निवेश का कोई एक सही तरीका नहीं है। यथार्थ के आधार पर यह व्यक्ति दर व्यक्ति अलग-अलग हो सकता है। निवेश नियोजन लक्ष्यों को पूरा करने के लिए व्यक्ति के जोखिम उठाने की आदत, वित्तीय लक्ष्य और समय के आधार पर सबसे उपयुक्त निवेश और परिसंपत्ति आवंटन रणनीति निर्धारित करने की प्रक्रिया है।

क) निवेश के मानदंड

चित्र 6: निवेश के मान दंड



यहा पहला कदम निश्चित निवेश मानदंडो को परिभाषित करना है। इनमें शामिल हैं-

i. **जोखिम सहिष्णुता :** निवेश करने में कोई कितना जोखिम उठा सकता है, इसका आकलन।

ii. **समय सीमा :** यह किसी वित्तीय लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए उपलब्ध समय की मात्रा है। समय सीमा लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए प्रयुक्त निवेश साधनों को प्रभावित करती हैं। समय सीमा जितनी लंबी होती है, लघुकालिक देयता के बारे में उतनी ही कम चिंता होती है। कोई दीर्घकाल के लिए निवेश कर सकता है और कम चल संपत्ति पर उच्च प्रतिफल पा सकता है।

iii. **चलनिधि :** वे व्यक्ति जिनके निवेश करने की क्षमता सीमित हो या जिनका आय और व्यय अनिश्चित है या जो एक विशेष व्यक्तिगत या व्यावसायिक व्यय को पूरा करने के लिए निवेश कर रहे हैं, उनका लक्ष नकदी या मूल्य की हानि के बगैर निवेश को नकदी में बदलना हो सकता है।

iv. **विपणनशीलता या विक्रेयता :** जो परिसंपत्ति आसानी से खरीदी या बेची जा सकती है।

v. **विशाखन/विस्तारण (Diversification) :** जहाँ कोई जोखिमों को कम करने के लिए निवेशों को विशाखन या विस्तारण करता है।

vi. **कर प्रतिफल :** कई निवेश निश्चित आयकर लाभ देते हैं और कोई चाहे तोविभिन्न निवेशों के कर-पश्चात प्रतिफल पर विचार कर सकता है।

ख) यथोचित निवेश साधनों का चयन

अगला चरण उपरोक्त मानदंडों के आधार पर उचित निवेश साधनों का चयन करता है। वास्तविक चयन प्रतिफल और जोखिम के बारे में व्यक्ति की उम्मीदों पर निर्भर करेगा।

भारत में विभिन्न प्रकार के उत्पाद हैं, जिनके बारे में निवेश के उद्देश्य से विचार किया जा सकता है। इनमें शामिल हैं-

- ✓ बैंकों / कंपनिया की सावधि जमा राशियां,
- ✓ डाकघर की लघु बचत योजनाएं,
- ✓ शेयरों का सार्वजनिक निर्गम,
- ✓ डिबेंचर या अन्य प्रतिभूतियां,
- ✓ म्यूचुअल फंड
- ✓ जीवन बीमा कंपनियों आदि द्वारा जारी की जा रही यूनिट लिंक्ड पॉलिसियाँ, आदि।

4. **सेवानिवृत्ति नियोजन**

यह उस धनराशि के निर्धारण की प्रक्रिया है जो सेवानिवृत्ति के बाद किसी व्यक्ति की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए तथा इन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विभिन्न सेवानिवृत्ति विकल्पों पर निर्णय लेने के लिए आवश्यक होती है।

चित्र 7: सेवानिवृत्ति के चरण

सेवानिवृत्ति के चरण		
संचयन	संरक्षण	वितरण

सेवानिवृत्ति नियोजन में तीन चरण शामिल हैं-

क) **संचयन** : विभिन्न प्रकार की रणनीतियों अपनाते हुए छधन का संचयन इस तरह किया जाता है कि वह निवेश हेतु भी उपलब्ध हो सके।

ख) **संरक्षण** : संरक्षण से तात्पर्य है किसी के निवेश को कठिन काम में लगाते हुए यह सुनिश्चित करना कि व्यकि के कार्यकाल के दौरान मूलधन में अधिकतम वृद्धि हो सके।

ग) **वितरण/आहरण** : वितरण से तात्पर्य है सेवानिवृत्ति के बाद मूल धनराशि को (जिसे हम कोष या नेस्ट एग कहते हैं) आय संबंधी जरुरतें पूरा करने के लिए आहरणों/वार्षिकी भुगतानों में परिवर्तित करने की इष्टतम विधि।

5. संपदा नियोजन

यह किसी की मृत्यु के बाद उसकी संपत्ति के अंतरण और हस्तांतरण के लिए बनाई जाने वाली योजना है। वसीयत के नामांकन और समनुदेशन या तैयारी जैसी विभिन्न का प्रक्रियाएँ होती हैं। मूल विचार यह सुनिश्चित करना है कि किसी के मरने के बाद उसकी संपत्ति और आस्तियाँ सुचारू रूप से वितरित हों और / या उसकी इच्छानुसार उनका उपयोग हों।

6. कर नियोजन

अंत मे, कर नियोजन यह निर्धारित करने के लिए किया जाता है कि विद्यमान कर कानूनों से अधिकतम कर लाभ कैसे हासिल किये जाएं और कर-ब्रेक का पूरा पूरा लाभ उठाते हुए आय, ब्यय तथा निवेश योजना कैसे तैयार की जाए. इसमें समय कम करते या वर्तमान या भावी आयकर देयताएं

अंतरित करना शामिल है. यहां यह ध्यान रखा जाना चाहिए कि इसका उद्देश्य करों में कमी करना हैं न कि उनसे बचना.

अपने निवेशों की पुनर्रचना करते हुए और कर बचत वाली संभाव्य योजनाओं का लाभ उठाते हुए व्यक्ति अपनी आय और बचत में बढ़ोतरी कर सकता है, जो अन्यथा कर के रूप में कर-प्राधिकारियों के पास चली जाती।

जीवन बीमा एजेंटों को उनके विद्यमान और संभाव्य ग्राहको की ओर से अक्सर अनुरोध किया जाता है कि वे उन्हें न केवल उनकी बीमा जरुरतें पूरा करने के बारे में अपितु उनकी अन्य वित्तीय आवश्यकताएं पूरा करने के बारे में भी सलाह दे। ऐसे में किसी बीमा एजेंट को वित्तीय नियोजन की गहन जानकारी और उपरोक्तानुसार उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में मालूम होना उसके लिए मूल्यवान साबित हो सकता है।

स्वयं का परीक्षण 3

निम्न में से कौनसा कर नियोजन का उद्देश्य नहीं है?

I. अधिकतम कर लाभ
II. विवेकपूर्ण निवेश के फलस्वरूप कम हुआ कर बोझ
III. कर चोरी
IV. कर ब्रेक का पूरा लाभ

सारांश

- वित्तीय नियोजन निम्नलिखित की प्रक्रिया है :

✓ किसी के जीवन के लक्ष्यों को पहचानने की,
✓ इन पहचानित लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में बदलने की
✓ अपने वित्त को इस प्रकार प्रबंधित करने की कि उससे उन लक्ष्यों की प्राप्ति में सहायता मिले

- व्यक्तिगत जीवन चक्र के आधार पर तीन प्रकार के वित्तीय उत्पादों की आवश्यकता होती है। ये निम्न में सहायता करते हैं :

✓ भावी लेनदेनों को आसान बनाने में,
✓ आकस्मिकताओं को पूरा करने में
✓ सम्पत्ति संचयन

- बदलते सामाजिक गतिविज्ञान जेंसे कि संयुक्त परिवार का विघटन, आज उपलब्ध बहुसंख्यक निवेश विकल्प तथा बदलती जीवनशोली आदि ने वित्तीय नियोजन की आवश्यकता को और अधिक बढ़ा दिया है।
- वित्तीय नियोजन प्रारंभ करने का सबसे अच्छा समय पहली वेतन प्राप्ति के ठीक बाद है।
- वित्तीय नियोजन सलाहकार सेवाओं में निम्नलिखित शामिल है :

✓ नकदी नियोजन,
✓ निवेश नियोजन,
✓ बीमा नियोजन,
✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
✓ संपदा नियोजन और
✓ कर नियोजन

प्रमुख शब्द

1. वित्तीय नियोजन
2. जीवन चरण
3. जोखिम प्रोफाइल
4. नकदी नियोजन
5. निवेश नियोजन

6. बीमा नियोजन
7. सेवानिवृत्ति नियोजन
8. संपदा नियोजन
9. कर नियोजन

स्वपरीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

बीमा अप्रत्याशित घटनाओं के समझ सुरक्षा प्रदान करता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जैसे ही किसी को उसका पहला वेतन मिलता है, उसे वित्तीय नियोजन शुरू कर देना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

कर चोरी कर नियोजन का उद्देश्य नहीं है।

स्वयं-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

एक आक्रामक जोखिम प्रोफाइल वाला व्यक्ति संभवतः धन ------- निवेश शैली अपनाता है।

I. समेकन
II. उपहार प्रदान
III. संचय
IV. खर्च

प्रश्न 2

निम्न में से कौनसा धन संचयन उत्पाद है?

I. बैंक ऋण
II. शेयर
III. मीयादी बीमा पॉलिसी
IV. बचत बैंक खाता

प्रश्न 3

बचत दो निर्णयों के संयोजन के रूप में जाना जा सकता है। नीचे दी गई सूची से उनका चयन करें।

I. जोखिम प्रतिधारण और कम खपत
II. उपहार प्रदान और संचय
III. खर्च और संचय
IV. खपत स्थगन और चलनिधि अलग करना

प्रश्न 4

जीवन के किस चरण में कोई व्यक्ति बचतों की सर्वाधिक महत्ता देगा?

I. सेवानिवृत्ति के बाद
II. अर्जक
III. नौसिखिया
IV. हाल में विवाहित

प्रश्न 5

निवेश सीमा और प्रतिफल के बीच क्या संबंध है?

I. दोनों किसी भी तरह से संबंधित नहीं हैं
II. बड़ा निवेश सीमा बड़ा प्रतिफल
III. बड़ा निवेश सीमा छोटा प्रतिफल
IV. बड़ा निवेश सीमा प्रतिफल पर अधिक कर

प्रश्न 6

निम्न में से कौनसा लेनदेनपरक उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. शेयर

IV. बांड

प्रश्न 7

निम्न में से कौनसा आकस्मिकता उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. शेयर
IV. बांड

प्रश्न 8

निम्न में से कौनसा धन संचय उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. साधारण बीमा
IV. शेयर

प्रश्न 9

____________ समयावधि में अर्थव्यवस्था में माल और सेवाओं की कीमतों के सामान्य स्तर में होने वाली वृद्धि है।

I. अपस्फीति
II. मुद्रास्फीति
III. मुद्रास्फीतिजनित मंदी
IV. अति मुद्रास्फीति

प्रश्न 10

निम्न में से कौन-सा विवेकाधीन आय को अधिकतम करने के लिए एक रणनीति नहीं है?

I. कर्ज की पुनर्रचना
II. ऋण अंतरण
III. निवेश पुनर्संरचना
IV. बीमा खरीद

स्वयं-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।
एक आक्रामक जोखिम प्रोफाइल वाला व्यक्ति संभवतः धन संचय निवेश शैली अपनाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।
शेयर धन संचय उत्पाद हैं।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।
बचत खपत का स्थगन और चलनिधि अलग रखे जाने का संयोजन है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।
सेवानिवृत्ति के बाद कोई व्यक्ति पहले से की गई बचत की सर्वाधिक सराहना करता हें।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।
जितनी लंबी निवेश सीमा उतना प्रतिफल ज्यादा।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।
बैंक जमाराशियों को लेनदेनपरक उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।
जीवन बीमा आकस्मिकता उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।
शेयर धन संचय उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।
मुद्रास्फीति समयावधि में अर्थव्यवस्था में माल और सेवाओं की कीमतों के सामान्य स्तर में होने वाली वृद्धि है।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।
बीमा खरीद विवेकाधीन आय को अधिकतम नहीं कर सकती।

अध्याय 5

जीवन बीमा उत्पाद – I

अध्याय परिचय

यह अध्याय जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से आपका परिचय कराता है। यह सामान्य उत्पादों के बारे में बात करते हुए शुरू होता है और फिर जीवन बीमा उत्पादों की जरूरत और जीवन के विभिन्न लक्ष्यों को प्राप्त करने में उनकी भूमिका पर चर्चा करते हुए आगे बढ़ता है। अंत में हम कुछ परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों पर नज़र डालते हैं।

अध्ययन परिणाम

क. जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त विवरण
ख. परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

क. जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त परिचय

1. उत्पाद क्या है?

सबसे पहले हम यह समझें कि उत्पाद का क्या मतलब होता है। लोकप्रिय संदर्भ में एक उत्पाद को एक वस्तु के बराबर माना जाता है - यानी बाजार में लाया और बेचा जाने वाला कोई सामान। उत्पाद यानी 'प्रोडक्ट' शब्द 'रीप्रोड्यूस' शब्द से आया है जिसका मतलब है 'उत्पन्न करना' या बनाना।दूसरे शब्दों में, उत्पाद कुछ परिश्रम या प्रयासों का प्रतिफल या परिणाम है।

हालांकि किसी सामान की उपयोगिता या लाभप्रदता उस सामान से नहीं बल्कि उसकी विशेषताओं से निकलती है। यह हमें विपणन के परिप्रेक्ष्य में लाता है। विपणन के दृष्टिकोण से कोई **उत्पाद विशेषताओं का एक समूह होता है।** कंपनियां विभिन्न प्रकार की विशेषताओं को या एक ही विशेषता के विभिन्न समूहों को एक साथ पैक करके बाजार में अपने उत्पादों को अलग-अलग तरीके से पेश करती हैं।

इस प्रकार उत्पाद (जैसा कि विपणन के अर्थ में प्रयोग किया जाता है) और पण्य (commodity) के बीच का अंतर यह है कि उत्पाद में भेदभाव किया जा सकता है, पण्य में नहीं। इसका मतलब है कि विभिन्न कंपनियों द्वारा बेचे जाने वाले उत्पाद एक ही श्रेणी से संबंधित होने के बावजूद अपनी विशेषताओं के संदर्भ में एक दूसरे से काफी अलग हो सकते हैं।

उदाहरण

कोलगेट, क्लोज अप और प्रॉमिस सभी टूथपेस्टों की एक ही श्रेणी के अलग-अलग ब्रांड हैं। लेकिन इन ब्रांडों में से प्रत्येक की विशेषताएं एक दूसरे से अलग हैं।

एक उत्पाद अपने आप में एक उद्देश्य नहीं बल्कि अन्य उद्देश्यों को पूरा करने का एक साधन होता है। इस अर्थ में उत्पाद समस्या सुलझाने के साधन हैं। वे जरूरत या चाहत पूरी करने वाली चीज के रूप में काम करते हैं। कोई उत्पाद अपने उद्देश्य के लिए कितना उपयुक्त है यह उत्पाद की विशेषताओं पर निर्भर करेगा।

उत्पाद हो सकते हैं:

i. **मूर्त**: यह उन भौतिक वस्तुओं को संदर्भित करता है जिन्हें सीधे स्पर्श करके जाना जा सकता है (उदाहरण के लिए, कार या टीवी सेट)
ii. **अमूर्त**: यह उन उत्पादों को दर्शाता है जिन्हें केवल परोक्ष रूप से ही जाना जा सकता है।

जीवन बीमा एक अमूर्त उत्पाद है। एक विशेष जीवन बीमा उत्पाद की विशेषताओं, यह क्या करता सकता है और कैसे यह ग्राहक की विशिष्ट जरूरतों को पूरा कर सकता है, ग्राहक को इनके बारे में समझने के लिए सक्षम बनाना जीवन बीमा एजेंट की जिम्मेदारी होती है।

2. **जीवन बीमा उत्पादों का उद्देश्य और आवरित आवश्यकताएं**

जहां कहीं भी कोई जोखिम होता है यह चिंता का एक कारण है। तथापि, हम इंसानों से पारंगत होने या कम से कम जोखिम को समझने, इसका पूर्वानुमान करने और इसके लिए तैयार रहने की अपेक्षा की जाती है। जोखिम के विरुद्ध सुरक्षा तैयार करने की इच्छा और सहज ज्ञान बीमा के निर्माण का एक प्रमुख कारण रहा है।

हम इंसान सामाजिक प्राणी हैं जो अपने जीवन को हमारे जैसे अन्य लोगों - हमारे प्रियजनों के साथ साझा करते हैं। हमारे पास एक बेहद मूल्यवान संपत्ति - **हमारी मानव पूंजी - भी है जो हमारी उत्पादक अर्जन क्षमता का स्रोत है।** हालांकि, जीवन और मानव कल्याण को लेकर एक अनिश्चितता बनी हुई है। मृत्यु और बीमारी जैसी घटनाएं हमारी उत्पादक क्षमताओं को नष्ट कर सकती हैं और इस प्रकार हमारी मानव पूंजी के मूल्य को कम या समाप्त कर सकती हैं।

जीवन बीमा उत्पाद किसी व्यक्ति के आश्रितों के लिए या स्वयं उसके लिए उपलब्ध उसकी उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करते हैं। 'जीवन बीमा' में महत्वपूर्ण शब्द 'बीमा' मृत्यु या स्थायी विकलांगता पर वित्तीय नुकसान के विरुद्ध अपने आपको और व्यक्ति के प्रियजनों दोनों को सुरक्षा प्रदान करने की जरूरत को रेखांकित करता है।

बचत और निवेश जैसे अन्य कार्य भी हैं, लेकिन मृत्यु या भयानक रोग का कवरेज जीवन बीमा लेने का सबसे आम कारण है। विशिष्ट संदर्भ में, अगर बीमित व्यक्ति की आय अर्जन क्षमता अनुबंध अवधि के दौरान क्षतिग्रस्त या नष्ट हो जाती है तो बीमित व्यक्ति द्वारा उसके कार्यशील जीवन की शेष अर्जन अवधि के दौरान अर्जित किए जाने वाले संभावित संपत्ति मूल्य या अपेक्षित धन को व्यक्ति के प्रियजनों के लिए या स्वयं के लिए प्रतिस्थापित या क्षतिपूरित करने की कोशिश की जाती है। यह कार्य बीमित व्यक्ति द्वारा पहले प्रीमियम का भुगतान करते ही उसके नाम पर एक तत्काल संपत्ति बना कर पूरा किया जाता है।

इस प्रकार जीवन बीमा पॉलिसी अपने मूल अर्थ में व्यक्ति के साथ कुछ अप्रिय घटित होने की स्थिति में उसके प्रियजनों को मानसिक शांति और सुरक्षा प्रदान करती है।जीवन बीमा की अन्य भूमिका बचत और धन संचय के एक साधन के रूप में रही है। इस अर्थ में, यह निवेश को सुरक्षा और बचाव तथा एक निश्चित दर पर आय उपलब्ध कराता है।

जीवन बीमा मृत्यु और बीमारी के विरुद्ध रक्षा करने के एक साधन से कहीं अधिक है। यह एक वित्तीय उत्पाद भी है और इसे एक अनूठे स्टैंड-अलोन उत्पाद की तुलना में वित्तीय आस्तियों के एक पोर्टफोलियो के कई घटकों में से एक के रूप में देखा जा सकता है। उभरते वित्तीय बाजार में ग्राहकों के पास न केवल जीवन बीमा उत्पादों के वैकल्पिक प्रकारों के बीच बल्कि जीवन बीमा के लिए सामने आए कई अन्य विकल्पों के साथ एकाधिक पसंद भी उपलब्ध हैं, जैसे जमाराशि, बांड, शेयर और म्युचुअल फंड।

इस संदर्भ में व्यक्ति को यह समझना आवश्यक है कि जीवन बीमा का प्रस्तावित मूल्य क्या है। ग्राहक मूल्य इस बात पर निर्भर करेगा कि कैसे जीवन बीमा को ग्राहकों की विभिन्न जरूरतों का समाधान माना जाता है।

✓ क्या यह सही समाधान उपलब्ध कराता है?या - क्या यह प्रभावशाली है?
✓ इसकी लागत क्या है?या - क्या यह कार्यसाधक है?

जीवन बीमा उद्योग ने पिछली दो शताब्दियों में उत्पाद पेशकश में काफी नवोन्येषण देखे हैं। यह यात्रा मृत्यु लाभ के उत्पादों के साथ शुरू हुई थी लेकिन समय बीतने के साथ इसमें बंदोबस्ती, विकलांगता लाभ, भयानक रोग कवर जैसे अनेक आजीविका लाभ और इसी तरह की चीजें जुड़ती गईं।

इसी प्रकार 'मुनाफे में योगदान करने वाले' परंपरागत उत्पाद से, नवोन्येषणों ने 'बाजार से जुड़ी' पॉलिसियां बनायी जहां बीमाधारक को अपनी निवेश आस्तियों के चयन और प्रबंधन में भाग लेने के लिए आमंत्रित किया गया।एक अन्य आयाम जोड़ा गया जहां जीवन बीमा उत्पाद एक निर्धारित बंडल (निर्धारित लाभों के) से अत्यंत लचीले खुले उत्पादों के रूप में विकसित हुए, जिसमें बदलती जरूरतों, खरीदने की क्षमता और जीवन की अवस्थाओं के अनुसार पॉलिसी धारक द्वारा अलग-अलग लाभों और लागत घटकों में फर्क किया जा सकता है।

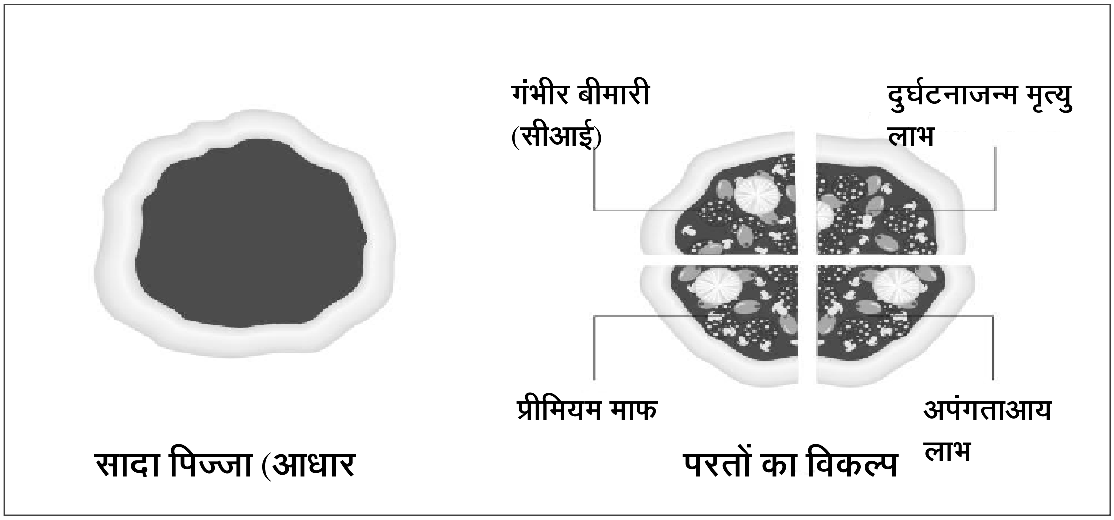
3. **जीवन बीमा उत्पादों में आरोहक (राइडर)**

हमने ऊपर देखा कि कैसे जीवन बीमा अनुबंध विभिन्न प्रकार के लाभ प्रदान करते हैं जो अपने ग्राहकों की विभिन्न जरूरतों के लिए समाधान का काम करते हैं। जीवन बीमा कंपनियों ने कई आरोहकों (राइडरों) की पेशकश की हैं जिनके माध्यम से उनके उत्पादों के महत्व को बढ़ाया जा सकता है।

आरोहक (राइडर) एक ऐसा प्रावधान है जिसे पृष्ठांकन के माध्यम से जोड़ा जाता है जो फिर अनुबंध का हिस्सा बन जाता है। आरोहक आम तौर पर कुछ प्रकार के अनुपूरक लाभ प्रदान करने के लिए या एक पॉलिसी द्वारा प्रदत्त मृत्यु लाभ की राशि को बढ़ाने के लिए इस्तेमाल किए जाते हैं।

आरोहकों की तुलना पिज़्ज़ा में विभिन्न प्रकार की ऊपरी परतों के विकल्प से की जा सकती है। एक आधार पॉलिसी एक पिज़्ज़ा के आधार के समान है और आरोहकों का विकल्प किसी व्यक्ति की आवश्यकता के अनुसार पिज़्ज़ा को अनुकूलित करने के लिए उपलब्ध पिज़्ज़ा की विभिन्न प्रकार की ऊपरी परतों के विकल्प के समान है।आरोहक एक अकेली योजना में व्यक्ति की विभिन्न आवश्यकताओं को एक साथ समेटने में मदद करता है।

चित्र 1: आरोहकों का विकल्प



आरोहक वह तरीका हो सकता है जिसके माध्यम से विकलांगता कवर, दुर्घटना कवर और गंभीर बीमारी कवर जैसे लाभ एक मानक जीवन बीमा अनुबंध में अतिरिक्त लाभ के रूप में प्रदान किए जा सकते हैं। इन आरोहकों का चयन करके और इस प्रयोजन के लिए अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके पॉलिसीधारक इनका लाभ उठा सकता है।

स्व-परीक्षण 1 +

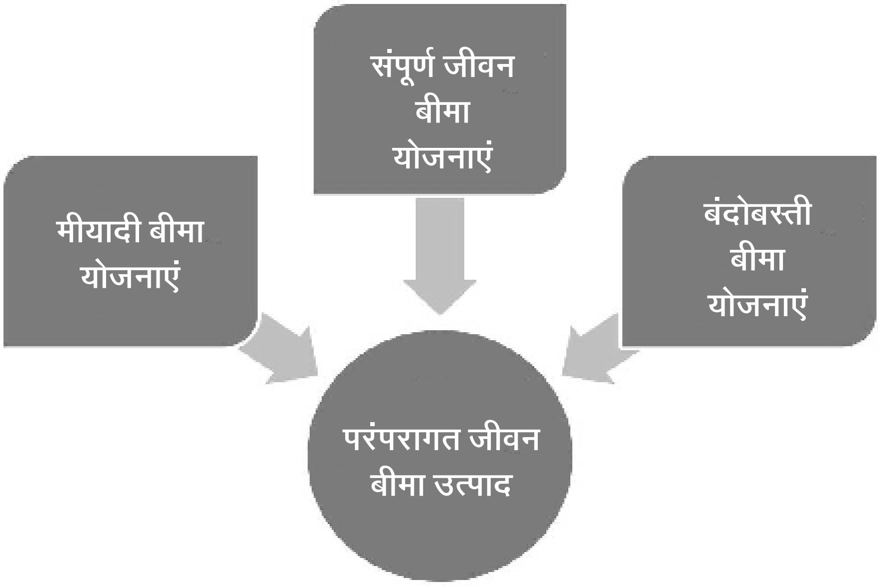
निम्नलिखित में से कौन सा एक अमूर्त उत्पाद है?

I. कार
II. मकान
III. जीवन बीमा
IV. साबुन

ख. परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

इस अध्याय में अब हम जीवन बीमा उत्पादों के कुछ पारंपरिक प्रकारों के बारे में जानेंगे।

चित्र 2: परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद



I. मीयादी बीमा योजनाएं (टर्म इंश्योरेंस प्लान)

मीयादी बीमा केवल एक निश्चित समयावधि के दौरान मान्य रहता है जो अनुबंध में निर्दिष्ट किया जाता है। यह अवधि कम से कम एक हवाई यात्रा पूरी करने में लगने वाले समय से लेकर अधिक से अधिक चालीस वर्षों के लिए हो सकती है।

सुरक्षा 65 या 70 वर्ष की उम्र तक बढ़ाई जा सकती है। एक वर्ष की अवधि वाली पॉलिसियां संपत्ति और दुर्घटना बीमा अनुबंधों के काफी हद तक समान हैं। इस तरह की पॉलिसी के तहत प्राप्त सभी प्रीमियमों को कंपनी द्वारा मर्त्यता जोखिम की लागत की दिशा में अर्जित प्रीमियम के रूप में देखा जा सकता है। बीमाधारक को इससे कोई बचत या नकद मूल्य प्राप्त नहीं होता हें।

क) प्रयोजन

मीयादी जीवन बीमा, जीवन बीमा के पीछे रहे मुख्य और मूल विचार को पूरा करता है, यानी अगर जीवन बीमाधारक की असामयिक मृत्यु हो जाती है तो उसके परिवार की देखभाल करने

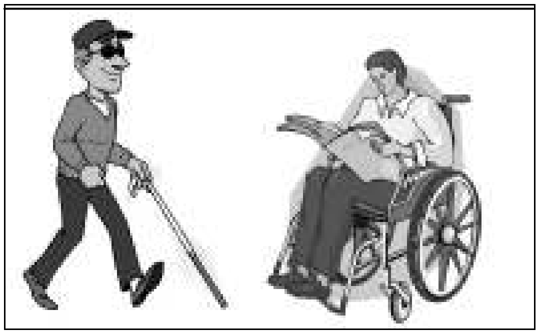
के लिए एक धनराशि उपलब्ध होगी। यह एकमुश्त धनराशि बीमाधारक के प्रियजनों के लिए उसके मानव जीवन मूल्य का प्रतिनिधित्व करती है: स्वयं के द्वारा मनमाने ढंग से चुना गया या वैज्ञानिक तरीके से परिकलित।

मीयादी बीमा पॉलिसी एक आय प्रतिस्थापन योजना के रूप में भी काम आती है। यहां पॉलिसी की अवधि के दौरान दुर्भाग्यपूर्ण मृत्यु घटित होने पर आश्रितों को एकमुश्त राशि के भुगतान के स्थान पर, एक पूर्व-निर्धारित अवधि के लिए मासिक, त्रैमासिक या इसी तरह के आवधिक भुगतान प्रदान किए जाते हैं।

ख) अपंगता

आम तौर पर मीयादी बीमा पॉलिसी केवल मृत्यु को कवर करती है। तथापि, जब इसे मुख्य पॉलिसी पर एक अपंगता संरक्षण आरोहक के साथ खरीदा जाता है और अगर मीयादी बीमा की अवधि के दौरान किसी व्यक्ति को इस तरह के महासंकट का सामना करना पड़ता है, तो बीमा कंपनी लाभार्थियों/बीमित व्यक्ति को भुगतान प्रदान करेगी। अगर अवधि समाप्त होने के बाद बीमाधारक की मृत्यु होती है तो कोई लाभ उपलब्ध नहीं होता है क्योंकि अवधि समाप्त होते ही अनुबंध भी समाप्त हो जाता है।

चित्र 3: **अपंगता**



ग) आरोहक के रूप में मीयादी बीमा

मीयादी जीवन बीमा के अंतर्गत सुरक्षा आम तौर पर एक अकेली पॉलिसी के रूप में प्रदान की जाती है, लेकिन यह पॉलिसी में एक आरोहक के माध्यम से भी उपलब्ध करायी जा सकती है।

उदाहरण

पेंशन योजना में पेंशन शुरू होने की तारीख से पहले व्यक्ति की मृत्यु के मामले में मृत्यु लाभ देने का एक प्रावधान शामिल हो सकता है।

घ) नवीकरणीयता

आम तौर पर प्रीमियम मीयादी बीमा की पूरी अवधि के लिए एक निश्चित वार्षिक दर से लिए जाते हैं। कुछ योजनाओं में चालू अवधि के अंत में पॉलिसी को नवीनीकृत करने का एक विकल्प होता है; हालांकि इन उत्पादों में व्यक्ति की आयु और स्वास्थ्य के आधार पर उस अवस्था में और उस नयी अवधि में भी जिसके लिए पॉलिसी नवीनीकृत की जा रही है, फिर से प्रीमियम की गणना की जाएगी।

च) परिवर्तनीयता

परिवर्तनीय मीयादी बीमा पॉलिसियां पॉलिसीधारक को बीमा योग्यता का नया साक्ष्य उपलब्ध कराए बिना, मीयादी बीमा पॉलिसी को एक स्थायी योजना जैसे "आजीवन योजना" में बदलने या परिवर्तित करने की अनुमति देती हैं।यह विशेषाधिकार उन लोगों की मदद करता है जो स्थायी नकद मूल्य बीमा चाहते हैं लेकिन इसके उच्च प्रीमियमों का खर्च उठाने के लिए अस्थायी रूप से असमर्थ हैं। जब मीयादी पॉलिसी को स्थायी बीमा में बदला जाता है तो नई प्रीमियम दर अधिक होगी।

छ) खासियत (यूएसपी)

मीयादी बीमा का अद्वितीय बिक्री प्रस्ताव (खासियत) इसकी कम कीमत है जो व्यक्ति को एक सीमित बजट पर जीवन बीमा की अपेक्षाकृत बड़ी मात्राओं को खरीदने के लिए सक्षम बनाता है। इस प्रकार यह मुख्य आय अर्जक व्यक्ति के लिए एक अच्छी योजना है जो असामयिक मृत्यु के मामले में वित्तीय असुरक्षा से अपने प्रियजनों की रक्षा करना चाहता है और जिसके पास बीमा प्रीमियम भुगतान करने के लिए एक सीमित बजट है।

ज) भिन्न रूप

मीयादी बीमा के कई भिन्न रूप संभव हैं।

चित्र 4: अवधि बीमा के भिन्न रूप

मीयादी बीमा के भिन्न रुप

- **धरता मीयादी बीमा**
- **बढ़ता मीयादी बीमा**
- **प्रीमियम वापसी सहित मीयादी बीमा**

i. **घटता मीयादी बीमा**

ये योजनाएं एक ऐसा मृत्यु लाभ प्रदान करती हैं जिसकी राशि कवरेज वाली की अवधि के साथ कम होती जाती है। इस प्रकार एक दस वर्ष की घटती अवधि वाली पॉलिसी पहले वर्ष में मृत्यु के लिए 1,00,000 रुपए का लाभ प्रदान करती है जहां पॉलिसी की प्रत्येक वर्षगांठ पर यह राशि 10,000 रुपए कम हो जाती है और अंततः दसवें वर्ष की समाप्ति पर शून्य हो जाती है।हालांकि प्रत्येक वर्ष देय प्रीमियम एक समान बना रहता है।

घटती मीयादी बीमा योजनाओं को बंधक मोचन और ऋण जीवन बीमा के रूप में बाजार में उतारा गया है।

✓ **बंधक मोचन**: यह घटती मीयादी बीमा की एक योजना है जो बंधक ऋण पर बकाया घटती राशि से संबंधित एक मृत्यु राशि प्रदान करने के लिए बनायी गयी है।आम तौर पर इस तरह के ऋणों में प्रत्येक समान मासिक किस्त (ईएमआई) के भुगतान से बकाया मूलधन राशि में कमी आती है।बीमा को इस प्रकार व्यवस्थित किया जा सकता है कि किसी भी निर्दिष्ट समय में मृत्यु लाभ राशि बकाया मूलधन की शेष राशि के बराबर होती है। पॉलिसी की अवधि बंधक की अवधि के अनुरूप होगी। नवीकरण प्रीमियम आम तौर पर पूरी अवधि के दौरान एक समान रहते हैं। बंधक मोचन की खरीद अक्सर बंधक ऋण की एक शर्त होती है।

- ✓ **ऋण जीवन बीमा** ऋण चुकाने से पहले ऋणकर्ता की मौत हो जाने की स्थिति में ऋण पर बकाया शेष राशि का भुगतान करने के लिए बनायी गयी मीयादी बीमा योजना का एक प्रकार है। बंधक मोचन की तरह यह आम तौर पर घटती अवधि का बीमा है। यह ऋणदाता संस्थानों को समूह बीमा के रूप में बेचे जाने के लिए अधिक लोकप्रिय है जो इन संस्थानों से ऋण लेने वालों के जीवन को कवर करता है। यह ऑटोमोबाइल और अन्य व्यक्तिगत ऋणों के लिए भी उपलब्ध हो सकता है। पॉलिसी अवधि के दौरान बीमित ऋणकर्ता की मौत हो जाने की स्थिति में, इन पॉलिसियों के तहत लाभों का भुगतान अक्सर सीधे ऋणदाता या लेनदार को किया जाता है।

ii. बढ़ता मीयादी बीमा

जैसे कि नाम से पता चलता है, यह योजना मृत्यु लाभ प्रदान करती है जो पॉलिसी की अवधि के साथ बढ़ती जाती है। इस राशि में पॉलिसी की अवधि में वर्णित अंतरालों पर एक निर्धारित राशि या प्रतिशत की वृद्धि हो सकती है। वैकल्पिक रूप से अंकित राशि में आजीविका सूचकांक की लागत में वृद्धि के अनुसार बढ़त हो सकती है। प्रीमियम आम तौर पर कवरेज की मात्रा बढ़ने के साथ बढ़ता जाता है।

iii. प्रीमियम वापसी सहित मीयादी बीमा

एक अन्य प्रकार की पॉलिसी ((भारत में काफी लोकप्रिय) प्रीमियम वापसी सहित मीयादी बीमा पॉलिसी है। यह योजना पॉलिसीधारक को यह संतोष देती है कि पॉलिसी अवधि में जीवित रहने की स्थिति में उसने कुछ खोया नहीं है। जाहिर तौर पर भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम इसके समतुल्य प्रीमियम वापसी रहित मीयादी बीमा की तुलना में बहुत अधिक होगा।

झ) प्रासंगिक परिदृश्य

मीयादी बीमा निम्न स्थितियों में अधिक प्रासंगिक माना गया है:

- ✓ जहां बीमा सुरक्षा की जरूरत शुद्ध रूप से अस्थायी होती है, जैसा कि बंधक मोचन के मामले में या सट्टा निवेश की सुरक्षा के लिए होता है।
- ✓ बचत योजना के लिए अतिरिक्त पूरक के रूप में, उदाहरण के लिए एक नौजवान माता-पिता द्वारा बढ़ते वर्षों में आश्रितों के लिए अतिरिक्त सुरक्षा प्रदान करने के संदर्भ में घटता मीयादी बीमा खरीदना। परिवर्तनीय अवधि बीमा का सुझाव ऐसी स्थिति में एक विकल्प के रूप में दिया जा सकता है जहां एक स्थायी योजना खरीदना किफायती नहीं है।

- ✓ "अवधि खरीदें और शेष निवेश करें" सिद्धांत के एक भाग के रूप में, जहां खरीदार बीमा कंपनी से केवल सस्ती मीयादी बीमा सुरक्षा खरीदना और प्रीमियमों में परिणामी अंतर को अन्यत्र अधिक आकर्षक निवेश विकल्प में निवेश करना चाहता है।पॉलिसीधारक को बेशक इस तरह के निवेश में शामिल जोखिम को सहन करना होगा।

ट) **प्रतिफल**

कुल मिलाकर मूल्य मीयादी बीमा योजनाओं में प्रतिस्पर्धी लाभ का प्राथमिक आधार है। यह विशेष रूप से प्रतिवर्ष नवीकरणीय मीयादी पॉलिसियों के मामले में देखा जाता है जो अपने समान प्रीमियम समकक्षों की तुलना में किफायती होते हैं।

इस तरह की एक वर्षीय मीयादी योजनाओं के साथ समस्या यह है कि मर्त्यता लागत उम्र के साथ बढ़ती जाती है। इसलिए ये केवल एक छोटी अवधि की बीमा योजना का दृष्टिकोण रखने वाले लोगों के लिए आकर्षक हैं।

महत्वपूर्ण

मीयादी योजनाओं की सीमाएं

इसके साथ ही साथ व्यक्ति को मीयादी बीमा योजनाओं की सीमाओं के बारे में पता होना चाहिए। बड़ी समस्या उस समय उत्पन्न होती है जब बीमा कवर लेने का उद्देश्य अधिक स्थायी होता है और जीवन बीमा सुरक्षा की जरूरत पॉलिसी अवधि के बाद भी बनी रहती है। अवधि समाप्त होने के बाद पॉलिसी मालिक का बीमा करना संभव नहीं हो सकता है और इसलिए 65 या 70 वर्ष की उम्र में एक नई पॉलिसी लेने में असमर्थ होता है। लोग लाइलाज बीमारी से दुर्बलता के विरुद्ध अपने धन के संरक्षण के प्रयोजन से या पीछे एक वसीयत छोड़ने के लिए अधिक स्थायी योजनाएं लेने की कोशिश करेंगे। मीयादी बीमा ऐसी स्थितियों में काम नहीं कर सकता है।

2. **संपूर्ण बीमा**

हालांकि मीयादी बीमा योजनाएं अस्थायी बीमा के उदाहरण हैं जहां सुरक्षा एक अस्थायी समय अवधि के लिए उपलब्ध होती है, संपूर्णजीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है। दूसरे शब्दों में, कवर की कोई निश्चित अवधि नहीं होती है लेकिन बीमा कंपनी बीमाधारक की मृत्यु होने पर सहमत मृत्यु लाभ का भुगतान करने की पेशकश करती है, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि मृत्यु कब होती है।

प्रीमियम का भुगतान व्यक्ति के जीवन भर या एक निर्दिष्ट समय अवधि के लिए किया जा सकता है जो सीमित और व्यक्ति के जीवनकाल से कम होती है।

संपूर्णजीवन प्रीमियम मीयादी प्रीमियमों की तुलना में अधिक होते हैं क्योंकि एक संपूर्णजीवन पॉलिसी बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने तक प्रभावी रहने के लिए बनायी जाती है और इसलिए इसे हमेशा मृत्यु लाभ का भुगतान करने के लिए डिजाइन किया जाता है। जब बीमा कंपनी को मीयादी बीमा की लागत पूरी करने के लिए प्रीमियम से अपनी जरूरत की धनराशि प्राप्त हो जाती है, **शेष धनराशि को पॉलिसीधारक की ओर से निवेश किया जाता है। इसे नकदी-मूल्य कहा जाता है।** आपातकालीन धन की आवश्यकता होने पर व्यक्ति पॉलिसी ऋण के रूप में नकदी की निकासी कर सकता है या वह पॉलिसी के नगद मूल्य के बदले में समर्पण करके इसे भुना सकता है।

बकाया ऋणों के मामले में ऋण और ब्याज की राशि मृत्यु पर नामित लाभार्थियों को भुगतान की जाने वाली राशि से काट ली जाती है।

संपूर्णजीवन पॉलिसी ऐसे व्यक्ति के लिए एक अच्छी योजना है जो परिवार का मुख्य आय अर्जक है और असामयिक मौत की स्थिति में किसी भी वित्तीय असुरक्षा से अपने प्रियजनों की रक्षा करना चाहता है। यह व्यक्ति एक सुसंगत और लंबी अवधि के आधार पर आजीवन बीमा पॉलिसी के उच्च प्रीमियमों को वहन करने में सक्षम होना चाहिए और एक ऐसी जीवन बीमा पॉलिसी लेना चाहता है जो मृत्यु लाभ का भुगतान कर सके, भले ही उसकी मौत हो जाती है, साथ ही साथ यदि आवश्यक हो, सेवानिवृत्ति की जरूरतों के लिए आजीवन बीमा पॉलिसी के नकद मूल्य का उपयोग करने में सक्षम होना चाहता है।

संपूर्णजीवन बीमा घरेलू बचत में और अगली पीढ़ी को देने के लिए धन अर्जित करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इसकी खरीद को प्रेरित करने वाला एक महत्वपूर्ण उद्देश्य है वसीयत - व्यक्ति की भावी पीढ़ियों के लिए एक विरासत पीछे छोड़ने की इच्छा है। परिवारों और बच्चों के बीच जीवन बीमा पॉलिसियों के अधिक स्वामित्व और परिवार के लिए अधिक सम्मान आगे इस उद्देश्य की पुष्टि करता है।

3. **बंदोबस्ती बीमा**

बंदोबस्ती बीमा अनुबंध वास्तव में दो योजनाओं का एक संयोजन है:

- ✓ मीयादी बीमा योजना जो बीमा अवधि के दौरान बीमाधारक की मौत होने पर संपूर्ण बीमा राशि का भुगतान करती है।
- ✓ एक शुद्ध बंदोबस्ती योजना जो अवधि की समाप्ति तक बीमाधारक के जीवित रहने पर इस राशि का भुगतान करती है।

अतः इस उत्पाद में मृत्यु और उत्तरजीविता लाभ दोनों के घटक शामिल हैं। आर्थिक दृष्टिकोण से यह अनुबंध घटती मीयादी बीमा और बढ़ते निवेश तत्व का एक संयोजन है। पॉलिसी अवधि जितनी कम होगी, निवेश तत्व उतना बड़ा होगा।

अवधि और निवेश तत्वों का संयोजन आजीवन और अन्य नकद मूल्य अनुबंधों में भी होता है। हालांकि बंदोबस्ती बीमा अनुबंधों के मामले में यह अधिक स्पष्ट होता है। यह इसे एक समय अवधि में विशेष धनराशि जमा करने का एक प्रभावी साधन बनाता है।

बंदोबस्ती मुख्य रूप से एक बचत कार्यक्रम है जो असामयिक मृत्यु की आकस्मिकता के विरुद्ध बीमा के प्रावधान से संरक्षित है।ग्राहकों में इसका आकर्षण इस तथ्य में निहित है कि यह व्यक्ति के बचत कार्यक्रम में बीमा को जोड़कर उसकी व्यक्तिगत वित्तीय योजनाओं के लिए निश्चितता प्रदान करने वाला एक उपकरण है। बंदोबस्ती बचत संचय का एक सुरक्षित और अनिवार्य तरीका उपलब्ध कराता है। जहां विवेकपूर्ण निवेश और संपत्ति देयता प्रबंधन सुरक्षा प्रदान करता है, वहीं प्रीमियमों की अर्द्ध-अनिवार्य प्रकृति बचाने के लिए प्रोत्साहन प्रदान करती है।

लोग वृद्धावस्था के लिए प्रावधान करने या विशेष उद्देश्यों को पूरा करने जैसे 15 वर्षों के अंत में एक शिक्षा कोष बनाकर रखने या अपनी बेटियों की शादी के खर्चों के लिए फंड जुटाने के एक निश्चित तरीके के रूप में बंदोबस्ती योजना खरीदते हैं। इन उद्देश्यों के साथ कोई खिलवाड़ नहीं हो सकता है। इन्हें निश्चितता के साथ पूरा होना चाहिए।

इसने बंधक (आवास) ऋण के लिए भुगतान करने की एक आदर्श विधि के रूप में भी काम किया है। इससे ऋण ना केवल मृत्यु की स्थिति में अदायगी की अनिश्चितता के विरुद्ध संरक्षित रहता है बल्कि बंदोबस्ती की आय मूलधन का भुगतान करने के लिए पर्याप्त हो सकती है।

इस पॉलिसी का प्रचार मितव्ययी बचत के एक साधन के रूप में भी किया गया है। बंदोबस्ती एक सार्थक प्रस्ताव के रूप में काम कर सकता है जब व्यक्ति हर महीने/तिमाही/वर्ष आय से एक अधिशेष अलग करने और इसे भविष्य के लिए प्रतिबद्ध करने के अवसर की तलाश में होता है।

यह योजना कर संबंधी प्रयोजनों के लिए प्रीमियम की कटौती के प्रावधान के कारण भी आकर्षक बन गई है।

भारत के संदर्भ में एक अन्य प्रस्ताव पॉलिसी को **एमडब्ल्यूपीए** (**विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम**) के तहत बनाए गए एक न्यास में डालने की सुविधा रही है - इसमें पैसा केवल पॉलिसी लाभार्थी को भुगतान किया जा सकता है, जो इस प्रकार बीमाधारक की संपत्ति पर सभी ऋणदाताओं के दावों के विरुद्ध संरक्षित रहती है।

अंत में, कई बंदोबस्ती पॉलिसियां 55-65 वर्ष की उम्र में परिपक्व होती हैं जब बीमाधारक अपनी सेवानिवृत्ति के लिए योजना बनाता है और इस तरह की पॉलिसियां सेवानिवृत्ति की बचत के अन्य स्रोतों के लिए एक उपयोगी पूरक हो सकती हैं।

क) भिन्न रूप

बंदोबस्ती बीमा के कुछ भिन्न रूप हैं जिनकी चर्चा नीचे की गयी है।

i. धन वापसी योजना (मनी बैक प्लान)

भारत में बंदोबस्ती योजनाओं का एक लोकप्रिय भिन्न रूप मनी बैक पॉलिसी रहा है। **यह आम तौर पर एक बंदोबस्ती योजना है जिसमें पॉलिसी अवधि के दौरान समय-समय पर किश्तों में बीमा राशि के एक हिस्से की वापसी और शेष बीमा राशि का भुगतान अवधि के अंत में करने का प्रावधान होता है।**

उदाहरण

20 वर्षों की एक मनी बैक पॉलिसी में 5, 10 और 15 वर्षों के अंत में उत्तरजीविता लाभ के रूप में बीमा राशि के 20% का भुगतान करने का प्रावधान किया जा सकता है और शेष 40% का भुगतान 20 वर्ष की पूरी अवधि के अंत में किया जाएगा।

अगर जीवन बीमाधारक की मौत 18 वर्ष के अंत में हो जाती है तो पूरी बीमा राशि और अर्जित बोनस का भुगतान किया जाता है, इस तथ्य के बावजूद कि बीमा कंपनी ने अंकित मूल्य के 60% लाभ का भुगतान पहले ही कर दिया है।

ये योजनाएं अपने नगदी (कैश बैक) तत्व के कारण काफी लोकप्रिय रही हैं, जो उनको लघु और मध्यम अवधि की जरूरतों को पूरा करने के लिए एक अच्छा साधन बनाती हैं। इस दौरान पूर्ण मृत्यु सुरक्षा उपलब्ध होती है जब पॉलिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है।

ii. सममूल्य और गैर-सममूल्य योजनाएं

"सममूल्य" शब्द ऐसी पालिसियों पर लागू होता है जो जीवन बीमा कंपनी के मुनाफों में भागीदारी करती हैं।दूसरी ओर गैर-सममूल्य का मतलब ऐसी पॉलिसियां जो मुनाफों में भागीदारी नहीं करती हैं।दोनों प्रकार पारंपरिक जीवन बीमा में उपलब्ध हैं।

सभी पारंपरिक योजनाओं के तहत, पॉलिसीधारकों से प्राप्त प्रीमियम की आय से बनी संचित जीवन निधि को निर्धारित मानदंडों के अनुसार सख्त विनियामक निगरानी में निवेश किया जाता है और

पॉलिसीधारकों को या तो विकास के एक हिस्से की गारंटी दी जाती है या "मुनाफ़ा युक्त योजनाओं" के अंतर्गत बीमा कंपनी द्वारा उत्पन्न अधिशेषों का एक हिस्सा दिया जाता है।

भागीदारी नहीं करने वाले उत्पाद या तो एक लिंक्ड प्लेटफॉर्म या गैर-लिंक्ड प्लेटफॉर्म के तहत उपलब्ध कराए जा सकते हैं। इस अध्याय में हम गैर-लिंक्ड पॉलिसियों की बात कर रहे हैं। आम तौर पर लाभ रहित योजनाएं ऐसी योजनाएं हैं जहां लाभ अनुबंध के समय निर्धारित और गारंटीकृत होते हैं और पॉलिसीधारक केवल इन लाभों के लिए पात्र होगा, इससे अधिक नहीं।

उदाहरण

किसी व्यक्ति के पास बीस वर्षों की एक बंदोबस्ती पॉलिसी हो सकती है जो बीमा अवधि के प्रत्येक वर्ष के लिए बीमा राशि के 2% की गारंटीकृत वृद्धि प्रदान करता है ताकि परिपक्वता लाभ बीमा राशि के साथ-साथ बीमा राशि के 40% की कुल वृद्धि हो सके।

परंपरागत गैर-सममूल्य पॉलिसियों पर आईआरडीए के नए दिशानिर्देश यह प्रावधान करते हैं कि इन पॉलिसियों के लिए, कोई विशिष्ट घटना घटित होने पर देय लाभों का प्रारंभ में ही स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए और यह बेंचमार्क के किसी भी सूचकांक से जुड़ा हुआ नहीं होना चाहिए।

इसी प्रकार, अतिरिक्त लाभ, यदि कोई हो, जो पॉलिसी अवधि के दौरान नियमित अंतराल पर संचित होते हैं, इसका उल्लेख प्रारंभ में ही स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए और यह बेंचमार्क के किसी भी सूचकांक से जुड़ा हुआ नहीं होना चाहिए। दूसरे शब्दों में इसका मतलब है कि पॉलिसियों पर होने वाली आय का खुलासा पॉलिसी की शुरुआत में ही किया जाना चाहिए। पॉलिसीधारक शुद्ध लाभ की गणना कर सकता है और पॉलिसी की लागतों का आकलन करने के लिए अन्य विकल्पों के साथ इसकी तुलना कर सकता है।

iii. सहभागी (सममूल्य) या मुनाफ़ा सहित योजनाएं

मुनाफ़ा रहित या गारंटीकृत योजनाओं के विपरीत, इन योजनाओं में मुनाफे में भागीदारी का एक प्रावधान होता है। मुनाफा सहित पॉलिसियों का प्रीमियम अन्य की तुलना में अधिक होता है। मुनाफे बोनस या लाभांश के रूप में देय होते हैं। बोनस का भुगतान आम तौर पर प्रत्यावर्ती बोनस के रूप में किया जाता है। इनकी घोषणा बीमा राशि के एक अनुपात (जैसे 70 रुपए प्रति हजार बीमा राशि) के रूप में की जाती है और ये एक प्रत्यावर्ती आधार पर अतिरिक्त लाभ के रूप में देय होते हैं (पॉलिसी की अवधि के अंत में, मृत्यु या परिपक्वता या समर्पण द्वारा)।

प्रत्यावर्ती बोनस के अलावा, जो स्वीकार किए जाने पर गारंटीकृत होते हैं, जीवन बीमा कंपनी टर्मिनल बोनस की घोषणा भी कर सकती है। ये जीवन बीमा कंपनी को कुछ अप्रत्याशित लाभ अर्जित होने पर आकस्मिक होते हैं और इसकी गारंटी नहीं होती है।

टर्मिनल बोनस सहभागी पॉलिसीधारकों के साथ बड़े अप्रत्याशित लाभों को साझा करने के लिए एक साधन के रूप में विकसित किए गए थे, जो ब्रिटेन के पूंजी बाजारों में निवेश के माध्यम से अर्जित किए गए थे। इन्हें भारत और कई अन्य विकासशील बाजारों में भी अपनाया गया है।

सूचना

मुनाफे में भागीदारी की लाभांश विधि

अमेरिका जैसे कुछ अन्य बाजार हैं जहां मुनाफे लाभांश के रूप में बांटे जाते हैं। लाभांश जमा करने के लिए दो दृष्टिकोण अपनाए गए हैं।

i. परंपरागत दृष्टिकोण "पोर्टफोलियो विधि" का था। यहां कंपनी के पास रखे पोर्टफोलियो पर कुल निवेश आय निर्धारित की जाती थी और सभी पॉलिसीधारकों को विभाज्य अधिशेष में उनका हिस्सा जमा किया जाता था। पिछले वर्षों में कंपनी के पास निवेश की गयी धनराशि पर अर्जित आय की दर को हाल में जमा की गयी राशि की आय से अलग करने का कोई प्रयास नहीं किया जाता था। इस प्रकार पोर्टफोलियो विधि ने आय की दरों को एकरूप और समय के साथ स्थायी बनाने का काम किया।इसने समय के साथ जोखिमों की पूलिंग के सिद्धांत को लागू किया और इस संदर्भ में यह एक समान प्रत्यावर्ती बोनस प्रणाली के काफी अनुरूप है।

ii. दूसरा दृष्टिकोण "मौजूदा धनराशि विधि" का है।यहां आय इस बात पर निर्भर करती है कि निवेश कब किया गया था और निवेश के समय क्या दर सुरक्षित की गयी थी। इसे विभाजित या निवेश ब्लॉक विधि भी कहा गया है क्योंकि विभिन्न निवेश ब्लॉकों को अलग-अलग रिटर्न मिलते हैं।

इस प्रकार मुनाफे सहित पारंपरिक (सहभागी) पॉलिसियां जीवन बीमा कार्यालय के निवेश प्रदर्शन से कुछ लिंकेज प्रदान करती हैं। हालांकि लिंकेज सीधा नहीं है। पॉलिसीधारक को बोनस के माध्यम से प्राप्त होने वाला लाभ फंड की संपत्तियों और देनदारियों के आवधिक (आमतौर पर वार्षिक) मूल्यांकन पर निर्भर करता है।

मूल्यांकन में घोषित अधिशेष किए गए अनुमानों और मूल्यांकन बीमांकक द्वारा ध्यान में रखे गए कारकों पर निर्भर करता है। अधिशेष घोषित किए जाने के बाद भी पॉलिसीधारकों के बीच इसका आवंटन कंपनी के प्रबंधन के निर्णय पर निर्भर करेगा।

इन सब बातों के कारण, पॉलिसियों में जोड़े गए बोनस केवल बहुत लचीले और अलग तरीके से निवेश प्रदर्शन का पालन करते हैं।

दृष्टिकोण में अंतर्निहित बुनियादी तर्क समय के साथ आसानी से निवेश आय प्राप्त होना है। यह सही है कि टर्मिनल बोनस और संयुक्त बोनस ने पॉलिसीधारक को इक्विटी निवेश से प्राप्त लाभों के एक बड़े हिस्से का फ़ायदा लेने में सक्षम बनाया है। फिर भी ये अभी तक इन बोनसों की घोषणा करने वाले जीवन बीमा कार्यालय के विवेक पर निर्भर करते हैं।

अंत में, एक मूल्यांकन के तहत बोनस आम तौर पर केवल वर्ष में एक बार घोषित किए जाते हैं। साफ़ तौर पर ये संपत्ति के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ाव को प्रतिबिंबित नहीं कर सकते हैं।

इस प्रकार पारंपरिक लाभ सहित योजनाएं उत्पादों की एक पीढ़ी का प्रतिनिधित्व करती हैं जिसमें जीवन बीमा कंपनी लाभ (बीमा राशि और बोनस) और प्रीमियम सहित, उत्पाद या योजना की संरचना तय करती है। यहां तक कि जब जीवन बीमा कंपनी निवेश बाजार में उच्च आय अर्जित करती है, तब भी यह आवश्यक नहीं है कि इसके बोनस या लाभांश इस आय के साथ सीधे जुड़े होंगे।

पॉलिसीधारक या बीमाधारक के लिए बड़ा लाभ यह रहा है कि निवेश की निश्चितता इन योजनाओं को ऐसी जरूरतें पूरी करने के लिए काफी उपयुक्त साधन बनाती हैं जिनके लिए निश्चित और समर्पित धन की आवश्यकता हो सकती है। ये किसी व्यक्ति के निवेश पोर्टफोलियो के समग्र पोर्टफोलियो जोखिम को कम करने में भी मदद करती हैं।

महत्वपूर्ण

पारंपरिक उत्पादों के लिए आईआरडीए के नए दिशानिर्देश

दिशानिर्देशों के मुताबिक पारंपरिक योजनाओं के उत्पाद डिजाइन लगभग एक समान रहेंगे।

1. नए परंपरागत उत्पादों में मृत्यु कवर अधिक होगा।
    i. **एकल प्रीमियम पॉलिसियों** के मामले में यह 45 वर्ष से कम उम्र वाले लोगों के लिए एकल प्रीमियम का 125% और 45 वर्ष से अधिक उम्र के लोगों के लिए एकल प्रीमियम का 110% होगा।
    ii. **नियमित प्रीमियम पॉलिसियों** के मामले में कवर 45 वर्ष से कम उम्र के लोगों के लिए वार्षिक प्रीमियम का 10 गुणा और अन्य के लिए सात गुणा होगा।

2. पारंपरिक योजना के मामले में **न्यूनतम मृत्यु लाभ** कम से कम बीमा राशि की रकम और अतिरिक्त लाभ (अगर कोई हो तो) है।

3. बीमा राशि के अलावा पॉलिसी में निर्दिष्ट अनुसार और मृत्यु की तिथि तक संचित **बोनस/अतिरिक्त लाभ** मृत्यु होने पर देय होंगे, अगर पहले भुगतान नहीं किया गया है।

4. ये योजनाएं आगे भी **दो भिन्न रूपों**, सहभागी और गैर-सहभागी योजनाओं में आती रहेंगी।

   i. सहभागी पॉलिसियों के मामले में बोनस फंड के प्रदर्शन से जुड़ा होता है और ये पहले घोषित या गारंटीकृत नहीं होते हैं। लेकिन बोनस की घोषणा हो जाने पर यह एक गारंटी बन जाता है। इसका आम तौर पर पॉलिसीधारक की मृत्यु या परिपक्वता लाभ के मामले में भुगतान किया जाता है। इस बोनस को प्रत्यावर्ती बोनस भी कहा जाता है।

   ii. गैर-सहभागी पॉलिसियों के मामले में पॉलिसी पर आय का खुलासा पॉलिसी की शुरुआत में किया जाता है।

स्व-परीक्षण 2

आजीवन बीमा का प्रीमियम भुगतान अवधि बीमा के प्रीमियम भुगतान की तुलना में ___________ होता है।

I. अधिक

II. कम

III. बराबर

IV. बहुत अधिक

सारांश

- जीवन बीमा उत्पाद किसी व्यक्ति की उत्पादक क्षमता के आर्थिक मूल्य के नुकसान के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करते हैं, जो उसके आश्रितों या स्वयं के लिए उपलब्ध होता है।
- कोई जीवन बीमा पॉलिसी अपने मूल अर्थ में, व्यक्ति के साथ कोई दुर्भाग्यपूर्ण घटना घटित होने की स्थिति में उसके प्रियजनों को मानसिक शांति और सुरक्षा प्रदान करती है।
- मीयादी बीमा केवल एक निश्चित समयावधि के दौरान वैध कवर प्रदान करता है जो अनुबंध में निर्धारित किया गया रहना है।
- मीयादी बीमा का अनन्य बिक्री प्रस्ताव (खासियत) इसकी कम कीमत है जो व्यक्ति को एक सीमित बजट पर जीवन बीमा की अपेक्षाकृत बड़ी मात्राएं खरीदने में सक्षम बनाता है।
- हालांकि मीयादी बीमा पॉलिसियां अस्थायी बीमा के उदाहरण हैं, जहां सुरक्षा एक अस्थायी समयावधि के लिए उपलब्ध होती है, संपूर्ण जीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है।
- बंदोबस्ती बीमा अनुबंध वास्तव में दो योजनाओं का एक संयोजन है - एक मीयादी बीमा योजना जो बीमा अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु के मामले में संपूर्ण बीमा राशि का भुगतान करती है और एक शुद्ध बंदोबस्ती योजना जो बीमित व्यक्ति के बीमा अवधि के अंत तक जीवित रहने पर इस राशि का भुगतान करती है।

प्रमुख शब्द

1. मीयादी बीमा
2. संपूर्णजीवन बीमा
3. बंदोबस्ती बीमा
4. मनी बैक पॉलिसी
5. सममूल्य और गैर-सममूल्य योजनाएं
6. प्रत्यावर्ती बोनस

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

जीवन बीमा एक अमूर्त उत्पाद है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

संपूर्णजीवन बीमा का प्रीमियम भुगतान मीयादी बीमा के प्रीमियम भुगतान की तुलना में अधिक होता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

_____________ जीवन बीमा व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसीधारक के बंधक का भुगतान करता है।

I. मीयादी
II. बंधक
III. संपूर्णजीवन
IV. बंदोबस्ती

प्रश्न 2

अपने जीवन बीमा के लिए आपके द्वारा प्रीमियम का भुगतान जितना __________ होगा, आपकी मृत्यु की स्थिति में लाभार्थी को मुआवजे का भुगतान उतना ही _____________ होगा।

I. अधिक, अधिक
II. कम, अधिक
III. अधिक, कम
IV. तेज, धीमा

प्रश्न 3

मीयादी बीमा योजना के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा विकल्प सही है?

i. मीयादी बीमा योजनाएं आजीवन नवीकरणीय विकल्प के साथ आती हैं
ii. सभी मीयादी बीमा योजनाएं एक अंतर्निहित अपंगता आरोहक के साथ आती हैं
iii. मीयादी बीमा एक अकेली पॉलिसी के रूप में और अन्य पॉलिसी के साथ एक आरोहक के रूप में खरीदा जा सकता है
iv. मीयादी बीमा योजनाओं में इसे संपूर्णजीवन बीमा योजना में परिवर्तित करने का कोई प्रावधान नहीं होता है

प्रश्न 4

घटती मीयादी बीमा में प्रीमियम भुगतान समय के साथ _______________ है।

I. बढ़ता
II. घटता
III. स्थिर रहता
IV. वापस किया जाता है

प्रश्न 5

मीयादी बीमा पॉलिसी में उपलब्ध रूपांतरण विकल्प का प्रयोग करके आप इसे ____________ में बदल सकते हैं।

I. संपूर्णजीवन पॉलिसी
II. बंधक पॉलिसी
III. बैंक एफडी
IV. घटती मीयादी पॉलिसी

प्रश्न 6

जीवन बीमा उत्पाद का प्राथमिक उद्देश्य क्या होता है?

I. कर में छूट
II. सुरक्षित निवेश का अवसर
III. व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान के विरुद्ध संरक्षण
IV. धन संचय

प्रश्न 7

निम्नलिखित में से किसे एक मीयादी पॉलिसी खरीदने की सबसे अच्छी सलाह दी जाती है?

I. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा अवधि के अंत में पैसे की जरूरत है
II. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा की जरूरत और एक उच्च बजट है
III. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा की जरूरत है लेकिन बजट कम है
IV. एक ऐसा व्यक्ति जिसे एक बीमा उत्पाद की जरूरत है जो उच्च आय देता हो

प्रश्न 8

घटती मीयादी बीमा के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन गलत है?

I. मृत्यु लाभ की राशि कवरेज की अवधि के साथ कम हो जाती है
II. प्रीमियम राशि कवरेज की अवधि के साथ कम हो जाती है
III. प्रीमियम संपूर्ण अवधि के दौरान एक समान रहता है
IV. बंधक मोचन योजनाएं घटती मीयादी बीमा योजनाओं का एक उदाहरण है

प्रश्न 9

बंदोबस्ती बीमा योजना के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. इसमें केवल एक मृत्यु लाभ का घटक होता है
II. इसमें केवल एक उत्तरजीविता लाभ का घटक होता है
III. इसमें मृत्यु लाभ और उत्तरजीविता लाभ दोनों घटक होते हैं
IV. यह एक मीयादी योजना के समान है

प्रश्न 10

इनमें से कौन बंदोबस्ती बीमा योजना का एक उदाहरण है?

I. बंधक मोचन योजना
II. ऋण जीवन बीमा योजना
III. मनी बैक योजना
IV. संपूर्ण जीवन योजना

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बंधक जीवन बीमा व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसीधारक के बंधक का भुगतान करता है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

अपने जीवन बीमा के लिए आपके द्वारा प्रीमियम का भुगतान जितना अधिक होगा, आपकी मृत्यु की स्थिति में लाभार्थी को मुआवजे का भुगतान उतना ही अधिक होगा।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

मीयादी बीमा एक अकेली पॉलिसी के रूप में और अन्य पॉलिसी के साथ एक आरोहक के रूप में खरीदा जा सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

घटती मीयादी बीमा में समय के साथ प्रीमियम भुगतान स्थिर बना रहता है।

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

मीयादी पॉलिसी में उपलब्ध रूपांतरण विकल्प का प्रयोग करके आप इसे संपूर्ण जीवन पॉलिसी में बदल सकते हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान के विरुद्ध संरक्षण देना जीवन बीमा उत्पाद के पीछे रहा प्राथमिक उद्देश्य है।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

मीयादी योजना एक ऐसे व्यक्ति के लिए अच्छा विकल्प है जिसे बीमा की जरूरत है और जिसका बजट कम है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

घटती मीयादी बीमा योजनाओं के लिए प्रीमियम संपूर्ण अवधि में एक समान बना रहता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

बंदोबस्ती बीमा योजना में मृत्यु लाभ और उत्तरजीविता घटक दोनों होते हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

मनी बैक योजना बंदोबस्ती बीमा योजना का एक उदाहरण है।

अध्याय 6

जीवन बीमा उत्पाद – II

अध्याय परिचय

यह अध्याय गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से आपका परिचय कराता है। हम पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की सीमाओं की पड़ताल से शुरुआत करेंगे और फिर गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों के आकर्षण पर एक नजर डालेंगे। अंत में हम बाजार में उपलब्ध गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों के कुछ अलग-अलग प्रकारों को देखेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त परिचय
ख. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

क. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त परिचय

1. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद - उद्देश्य और आवश्यकता

पिछले अध्यायों में हमने कुछ परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों पर विचार किया जिनमें बीमा के साथ-साथ बचत का तत्व शामिल होता है। इन उत्पादों को अक्सर वित्तीय बाजार का हिस्सा माना गया है और इनकी तुलना पूंजी संचय के अन्य उपकरणों के साथ की गयी है।

हमें यह ध्यान रखना चाहिए कि बचत और निवेश के प्रमुख उद्देश्यों में से एक संसाधनों का अंतर-अस्थायी आवंटन प्राप्त करना है जो कुशल और प्रभावी दोनों है।

i. अंतर-अस्थायी आवंटन (inter-temporal allocation) का मतलब है समय पर आवंटन। यहां प्रभावी शब्द का मतलब है कि जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं में उत्पन्न होने वाली विभिन्न आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त धन उपलब्ध है।
ii. दूसरी ओर कुशल आवंटन का मतलब है अधिक तेजी से संचय और भविष्य में अधिक धन की उपलब्धता।जोखिम के एक निर्दिष्ट स्तर के लिए आय जितनी अधिक होगी, निवेश उतना ही अधिक कुशल होगा।

जीवन बीमा पॉलिसियों के संबंध में चिंता की एक महत्वपूर्ण बात प्रतिस्पर्धी दर की आय देने का मुद्दा रही है जिसकी तुलना वित्तीय बाजार में अन्य परिसंपत्तियों की आय से की जाती है। जीवन बीमा की पारंपरिक नकद मूल्य योजनाओं की कुछ विशेषताओं की जांच करना उपयोगी होगा जिनकी चर्चा हमने पिछले अध्याय में की है। इन्हें बंडल योजना कहा गया है क्योंकि इनकी संरचना बंडल (समूह) में होती है और लाभों तथा प्रीमियम को एकल पैकेज के रूप में प्रस्तुत किया जाता हैं।

2. पारंपरिक उत्पादों की सीमाएं

एक महत्वपूर्ण जांच से चिंता के निम्नलिखित क्षेत्रों का पता चलता हैः

क. नकद मूल्य घटकः सबसे पहले, इस तरह की पॉलिसियों में बचत या नकद मूल्य घटक को अच्छी तरह से परिभाषित नहीं किया जाता है। यह एक्च्यूरिअल प्रारक्षित निधियों की मात्रा पर निर्भर करता है। परिणामस्वरूप इसे मर्त्यता, ब्याज दरों, खर्चों और अन्य मानदंडों की धारणा से निर्धारित किया जाता है जो जीवन बीमा कंपनी द्वारा तय किये जाते हैं। ये काफी मनमानी धारणाएं हो सकती हैं।

ख. आय की दरः दूसरी बात, इन पॉलिसियों पर आय की दर क्या होगी, यह तय करना आसान नहीं है।इसका कारण यह है कि "लाभ सहित पॉलिसियों" के अंतर्गत लाभ का मूल्य यकीनन

केवल तभी जाना जाएगा जब अनुबंध समाप्त हो जाता है।फिर, बीमा कंपनी की सही लागतों का खुलासा नहीं किया जाता है। आय (धन वापसी) की दर के बारे में यही स्पष्टता की कमी बचत के अन्य वैकल्पिक उपकरणों के साथ इनकी तुलना करना मुश्किल बनाता है। बेशक व्यक्ति यह नहीं जान सकता है कि जीवन बीमा एक बचत के साधन के रूप में कितना कारगर है जब तक कि व्यक्ति ऐसी तुलना नहीं कर सकता है।

ग. समर्पण मूल्यः तीसरी समस्या यह है कि इन अनुबंधों के तहत समय नकदी और समर्पण मूल्य (किसी भी समय) कुछ मूल्यों (जैसे एक्च्यूरिअल प्रारक्षित निधियों की मात्रा और पॉलिसी में परिसंपत्ति का यथानुपात हिस्सा) पर निर्भर करता है।ये मूल्य काफी मनमाने ढंग से निर्धारित किए जा सकते हैं। समर्पण मूल्य पर पहुंचने की विधि स्पष्ट नहीं है।

घ. प्राप्ति (यील्ड): अंत में इन पॉलिसियों पर प्राप्ति का मुद्दा है।निवेश पर विवेकपूर्ण मानदंड और सख्त निगरानी के कारण तथा क्योंकि बोनस तुरंत जीवन बीमा कंपनी के निवेश के प्रदर्शन को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं, इन पॉलिसियों पर होने वाली प्राप्तियां अधिक जोखिमपूर्ण निवेशों से होने वाली प्राप्तियों की तरह उच्च नहीं हो सकती हैं।

बदलाव (शिफ्ट)

चूंकि पारंपरिक जीवन बीमा योजनाओं की सीमाएं स्पष्ट हो गयी हैं, जीवन बीमा कंपनियों की उत्पाद प्रोफाइलों में कई बदलाव हुए हैं। इनके बारे में नीचे संक्षेप में बताया गया हैः

क) बंडल को खोलना (Unbundling)

इस रुझान में सुरक्षा और बचत तत्वों को अलग-अलग करना तथा इसके परिणाम स्वरूप ऐसे उत्पादों का विकास जिनमें दोनों के एक अस्पष्ट मिश्रण के बजाय सुरक्षा या बचत पर जोर दिया जाना शामिल है।

जहां अमेरिका जैसे बाजारों में इसके कारण मीयादी बीमा और सर्वव्यापी बीमा तथा परिवर्ती बीमा जैसे नए उत्पादों का पुनर्जन्म हुआ, ब्रिटेन और अन्य बाजारों में यूनिट लिंक्ड बीमा में वृद्धि देखी गई।

ख) निवेश लिंकेज

दूसरा रुझान निवेश लिंक्ड उत्पादों की दिशा में बदलाव का था जिनमें निवेश के प्रदर्शन के एक सूचकांक के साथ पॉलिसीधारकों के लाभों को जोड़ा गया। परिणामस्वरूप जीवन बीमा की स्थिति में एक बदलाव हुआ। यूनिट लिंक्ड जैसे नए उत्पादों का मतलब था कि जीवन बीमा कंपनियों को

एक नयी भूमिका निभानी थी। वे अब सिर्फ वित्तीय सुरक्षा प्रदाता होने के बजाय आय की एक उच्च प्रतिस्पर्धी दर उपलब्ध कराने के आदेशपत्र के साथ कुशल फंड प्रबंधक बन गए थे।

ग) **पारदर्शिता**

बंडल को खोलने के कारण आय की दर और कंपनियों द्वारा अपनी सेवाओं हेतु लिए जाने वाले शुल्क (जैसे खर्च आदि) में काफी स्पष्टता आयी। इन सभी के बारे में स्पष्ट रूप से बताया गया और इस तरह इनकी तुलना की जा सकती थी।

घ) गैर-मानक उत्पाद

चौथा प्रमुख रुझान उत्पाद की सख्त से लचीली संरचनाओं की ओर बदलाव रहा है जिसे गैर-मानक उत्पादों की दिशा में एक कदम के रूप में भी देखा जाता है। जब हम गैर-मानक की बात करते हैं, यह पसंद के स्तर से संबंधित है जो एक ग्राहक पॉलिसी की संरचना और लाभों का डिजाइन तैयार करने के संबंध में प्रयोग कर सकता है।

दो ऐसे क्षेत्र हैं जहां ग्राहक इस संबंध में सक्रिय रूप से भागीदारी कर सकते हैं।

- ✓ प्रीमियम और लाभों की संरचना तय करने और बदलने के समय
- ✓ प्रीमियम आय का निवेश करने के तरीके का चयन करते समय

4. **आकर्षण - जरूरतें पूरी करना**

दुनिया भर में उभरे उत्पादों की नई शैली के आकर्षण के प्रमुख स्रोत नीचे दिए गए हैं:

क) निवेश लाभ के साथ सीधा संबंधः सबसे पहले, निवेश के लाभों के साथ सीधे संबंध की संभावना थी जो जीवन बीमा कंपनियां तेजी से बढ़ते और संभावनाओं से भरपूर पूंजी बाजार में निवेश के माध्यम से अर्जित कर सकती हैं।निवेश लिंक्ड बीमा पॉलिसियों के समर्थन में एक सबसे महत्वपूर्ण तर्क यह रहा है कि छोटी अवधि में इक्विटी बाजारों में कुछ उतार-चढ़ाव की संभावना के बावजूद लंबी अवधि में इन बाजारों से होने वाली आय अन्य सुरक्षित निश्चित आय के साधनों की तुलना में बहुत अधिक होगी। ऐसी जीवन बीमा कंपनियां जो अपने निवेश पोर्टफोलियो का कुशलता से प्रबंधन करने में सक्षम हैं, अपने ग्राहकों के लिए शानदार रिटर्न उत्पन्न कर सकती हैं और इस प्रकार उच्च मूल्य के उत्पाद विकसित कर सकती हैं।

ख) आय पर बुरा असर डालने वाली मुद्रास्फीतिः प्राप्ति का महत्व बचत पर महंगाई (मुद्रास्फीति) के प्रभाव से भी मालूम पड़ता है। जैसा कि हम सब जानते हैं, महंगाई व्यक्ति के धन की क्रय शक्ति को इस प्रकार नष्ट कर सकती है कि आज के एक रुपए का मूल्य पंद्रह वर्ष के बाद

केवल 30 पैसा रहे जाएगा, आज के 100 रुपए के मूलधन को पंद्रह वर्षों में आज के मूल्य के बराबर होने के लिए कम से कम 300 रुपए तक बढ़ने की जरूरत होगी। इसका मतलब है कि जीवन बीमा पॉलिसी पर आय की दर मुद्रास्फीति की दर की तुलना में बहुत अधिक होनी चाहिए। यहीं पर निवेश लिंक्ड बीमा पॉलिसियां परंपरागत जीवन बीमा पॉलिसियों से बेहतर प्रदर्शन करने में ख़ास तौर पर सक्षम थीं।

ग) लचीलापनः इनके आकर्षण का तीसरा कारण इनका लचीलापन था।अब पॉलिसीधारक सीमाओं के भीतर यह तय कर सकते हैं कि वे कितनी प्रीमियम राशि का भुगतान करना चाहते हैं और मृत्यु लाभों तथा नकदी मूल्यों की राशि में अंतर कर सकते हैं। निवेश लिंक्ड उत्पादों में, उनके पास निवेश का विकल्प भी था और ऐसे फंडों का मिश्रण भी तय कर सकते थे जिनमें वे अपने निवेशित प्रीमियमों की आय को रखता चाहते हैं। इसका मतलब है कि जीवन बीमा में अपने निवेश पर पॉलिसीधारकों का अधिक नियंत्रण हो सकता है।

घ) समर्पण मूल्यः अंत में, पॉलिसियों में एक निर्धारित प्रारंभिक वर्षों की अवधि (जैसे तीन या पांच वर्ष) के बाद, एक मामूली समर्पण शुल्क की कटौती के पश्चात पॉलिसी धारकों को योजनाओं से पैसे निकालने की भी अनुमति थी।पॉलिसी की अवधि पूरी होने से पहले इस तरह के समर्पण या नकदीकरण पर उपलब्ध राशि तत्कालीन परंपरागत पॉलिसियों के तहत उपलब्ध समर्पण मूल्यों की तुलना में बहुत अधिक थी।

ये पॉलिसियां काफी लोकप्रिय हो गयीं और इन्होंने भारत सहित कई देशों में पारंपरिक उत्पादों की जगह लेनी शुरू कर दी क्योंकि ये कई निवेशकों के महत्वपूर्ण उद्देश्यों को पूरा कर रही थीं - धन संचय का उद्देश्य जिसने निवेश के कुशल साधनों की मांग उत्पन्न की।उदाहरण के लिए, अमेरिका में "यूनिवर्सल लाइफ" जैसे उत्पादों ने उच्च चालू ब्याज दरों की आय का लाभ पॉलिसीधारकों को देने का साधन उपलब्ध कराया जिसे जीवन बीमा कंपनियों ने बहुत जल्दी पैसा और पूंजी बाजार में अर्जित किया था।

इस दौरान प्रीमियम और अंकित राशि के लचीलेपन से पॉलिसीधारक अपनी विशेष परिस्थितियों के अनुरूप प्रीमियमों का समायोजन करने में सक्षम हुए। किसी अनुचित नुकसान के बिना जल्द निकासी की सुविधा का मतलब यह भी था कि अब पॉलिसीधारक को लंबी अवधि तक अपने पैसे को बंद करके रखने की जरूरत नहीं थी।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से कौन सा एक गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद है?

I. मीयादी बीमा
II. सर्वव्यापी जीवन बीमा
III. बंदोबस्ती बीमा
IV. संपूर्णजीवन बीमा

ख. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

1. कुछ गैर-पारंपरिक उत्पाद

इस अध्याय के बाकी अनुच्छेदों में हम कुछ गैर-पारंपरिक उत्पादों पर चर्चा करेंगे जो भारतीय बाजार में और अन्यत्र सामने आए हैं।

क) सर्वव्यापी जीवन (यूनिवर्सल लाइफ)

सर्वव्यापी जीवन बीमा वह पॉलिसी है जो 1979 में संयुक्त राज्य अमेरिका में शुरू की गयी थी और तेजी से उभर कर अस्सी के दशक की पहली छमाही तक बहुत लोकप्रिय हो गयी।

नवंबर 2010 के आईआरडीए के एक परिपत्र के अनुसार, "सभी सर्वव्यापी जीवन बीमा उत्पादों को परिवर्ती बीमा उत्पादों (वीआईपी) के रूप में जाना जाएगा।"

सूचना

सर्वव्यापी जीवन बीमा के बारे में

सर्वव्यापी जीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा का एक रूप है जिसकी पहचान इसके लचीले प्रीमियम, लचीली अंकित राशि और मृत्यु लाभ राशियों और इसके मूल्य निर्धारण कारकों के अलग-अलग किए जाने से होती है। जहां पारंपरिक नकद मूल्य पॉलिसियों में अनुबंध को चालू रखने के लिए समय-समय पर एक विशिष्ट सकल या कार्यालय प्रीमियम का भुगतान करने की आवश्यकता होती है, सर्वव्यापी जीवन बीमा पॉलिसियां सीमाओं के भीतर पॉलिसी धारक को प्रीमियम की राशि तय करने अनुमति देती हैं जो वह कवरेज के लिए भुगतान करना चाहता/चाहती है। प्रीमियम का आकार जितना बड़ा होता है, उतना ही अधिक उपलब्ध कवरेज और पॉलिसी का नकद मूल्य भी होता है।

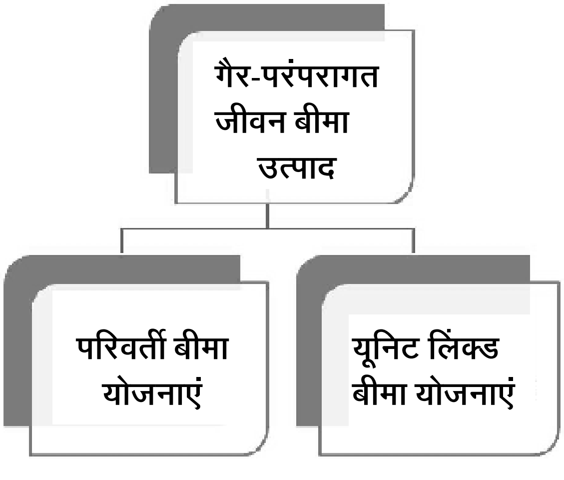
सर्वव्यापी जीवन बीमा का प्रमुख नवोन्येषण प्रथम पॉलिसी वर्ष के बाद पूरी तरह से लचीले प्रीमियम की शुरुआत करना था। व्यक्ति को केवल यह सुनिश्चित करना था कि प्रीमियम कुल मिलाकर पॉलिसी के रखरखाव के खर्च को कवर करने के लिए पर्याप्त था। इसका मतलब यह था कि पॉलिसी को उस समय तक चालू समझा जाएगा जब तक कि इसका नगद मूल्य मर्त्यता शुल्कों और खर्चों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त था।

प्रीमियम के लचीलेपन से पॉलिसीधारक को लक्षित राशि से अधिक अतिरिक्त प्रीमियम बनाने की अनुमति मिली। इसने व्यक्ति को लक्ष्य राशि से कम के प्रीमियम भुगतानों को छोड़ देने या भुगतान करने की भी अनुमति दी।

संरचनाओं के लचीलेपन ने पॉलिसीधारक को नगद मूल्य से पैसे की आंशिक निकासी करने में भी सक्षम बनाया जो इस राशि को या इस पर किसी ब्याज को चुकाने के दायित्व के बिना उपलब्ध था। बस नकद मूल्य उस हद तक कम हो गया था।
लचीलापन का मतलब यह भी था कि मृत्यु लाभ का समायोजित और अंकित राशियों में अंतर किया जा सकता था।

तथापि, इस प्रकार की पॉलिसी को गलत तरीके से बेचा जा सकता है।वास्तव में अमेरिका जैसे बाजारों में संभावित ग्राहकों को इस नियम से प्रलोभन दिया जाता था कि व्यक्ति को केवल कुछ आंशिक प्रीमियमों का भुगतान करने की जरूरत थी और फिर पॉलिसी अपने आप इसका ध्यान रखेगी। उन्होंने यह खुलासा नहीं किया कि नकद मूल्यों को बनाए रखना और पॉलिसी को चालू रखना केवल तभी संभव था जब निवेश की आय उस प्रयोजन के लिए पर्याप्त थी। अस्सी के दशक के उत्तरार्ध के दौरान निवेश की आय में कमी आई नकद मूल्यों के ह्रास का कारण बनी। ऐसे पॉलिसीधारक जो प्रीमियम भुगतान जारी करने में विफल रहे थे, यह देखकर हैरान रह गए कि उनकी पॉलिसियां व्यपगत हो गयी थीं और उनके पास अब कोई जीवन बीमा सुरक्षा नहीं थी।

चित्र 1: गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद



भारत में आईआरडीए मानदंडों के अनुसार केवल दो प्रकार के गैर-परंपरागत बचत जीवन बीमा उत्पादों की अनुमति दी गयी है:

- ✓ परिवर्ती बीमा योजनाएं
- ✓ यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं

i. **परिवर्ती जीवन बीमा**

सबसे पहले अमेरिका और अन्य बाजारों में शुरू किए गए परिवर्ती जीवन बीमा के बारे में जानना उपयोगी होगा।

यह पॉलिसी सबसे पहले 1977 में अमेरिका में शुरू की गई थी। परिवर्ती जीवन बीमा "आजीवन" पॉलिसी का एक प्रकार है जहां पॉलिसी का मृत्यु लाभ और नकद मूल्य प्रीमियम जमा किए जाने वाले एक विशेष निवेश खाते के निवेश प्रदर्शन के अनुसार बदलता रहता है।इस प्रकार पॉलिसी ब्याज दर या न्यूनतम नकद मूल्य के संबंध में कोई गारंटी नहीं देती है। **सैद्धांतिक रूप से नकद मूल्य शून्य तक नीचे जा सकता है जिस मामले में पॉलिसी समाप्त हो जाएगी।**

पारंपरिक नकद मूल्य पॉलिसियों के साथ अंतर स्पष्ट है। एक परंपरागत नकद मूल्य पॉलिसी में एक अंकित राशि होती है जो पूरी अवधि के दौरान एक समान बनी रहती है। नकद मूल्य प्रीमियम और एक निर्धारित दर पर ब्याज की आय के साथ बढ़ता है। पॉलिसी की संचितियों का समर्थन करने वाली आस्तियां एक **सामान्य निवेश खाते** का हिस्सा बनती हैं जिसमें बीमा कंपनी अपने गारंटीकृत उत्पादों के फंड को बनाए रखती है। इन आस्तियों को सुरक्षित निवेश के एक पोर्टफोलियो में रखा जाता है। इस प्रकार बीमा कंपनी इस खाते की आस्तियों पर आय की एक शानदार दर अर्जित करने की उम्मीद कर सकती है।

इसके विपरीत, एक परिवर्ती जीवन बीमा पॉलिसी की पॉलिसी संचितियों का प्रतिनिधित्व करने वाली संपत्तियों को एक **अलग कोष** में रखा जाता है जो इसके सामान्य निवेश खाते का हिस्सा नहीं बनते हैं।अमेरिका में इसे एक अलग खाता कहा गया जबकि कनाडा में इसे एक पृथक्कृत खाता कहा गया। अधिकांश परिवर्ती पॉलिसियों में पॉलिसीधारकों को कई अलग खातों में से चयन करने और कम से कम वर्ष में एक बार अपने चयन को बदलने की अनुमति दी गयी थी।

संक्षेप में, यह एक ऐसी पॉलिसी है जिसमें नगद मूल्यों को जीवन बीमा कंपनी के अलग खातों से वित्तपोषित किया जाता है और निवेश अनुभव को प्रतिबिंबित करने के लिए मृत्यु लाभ तथा नकद मूल्य में भिन्नता होती है। यह पॉलिसी एक न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी भी प्रदान करती

है जिसके लिए मर्त्यता और खर्च के जोखिमों को बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाता है। प्रीमियम परंपरागत आजीवन पॉलिसी के मामले के समान तय किए जाते हैं। इस प्रकार परंपरागत आजीवन पॉलिसियों के साथ मुख्य अंतर निवेश कारक में निहित रहता है।

परिवर्ती जीवन पॉलिसियां ऐसे लोगों के लिए पसंदीदा विकल्प बन गयी हैं जो अपनी संपत्तियों को अपनी पसंद के फंड के संकलन में निवेशित रखना चाहते थे और अपने पोर्टफोलियो के निवेश के अनुकूल प्रदर्शन से भी सीधे लाभ प्राप्त करना चाहते थे।उनकी खरीद की एक प्रमुख शर्त यह है कि खरीदार को पॉलिसी पर निवेश के जोखिम को वहन करने में सक्षम और इच्छुक होना चाहिए। इसका मतलब है कि परिवर्ती जीवन बीमा पॉलिसियां आम तौर पर ऐसे लोगों द्वारा खरीदी जानी चाहिए जो जानकार और इक्विटी/ऋण निवेश तथा बाजार की अस्थिरता को लेकर काफी सहज होते हैं। साफ़ तौर पर, इसकी लोकप्रियता निवेश बाजार की स्थितियों पर निर्भर करेगी - जो बाजार की उछाल में काफी प्रगति करेगी और शेयर तथा बांड के मूल्य धराशायी होने पर इसमें गिरावट आ जाएगी। परिवर्ती जीवन बीमा बेचते समय इस अस्थिरता को ध्यान में रखा जाना चाहिए।

ii. यूनिट लिंक्ड बीमा

यूनिट लिंक्ड योजनाएं जिन्हें यूलिप के रूप में भी जाना जाता है, कई बाजारों में परंपरागत योजनाओं की जगह लेकर सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पादों में से एक के रूप में उभरी हैं। इन योजनाओं की शुरुआत ब्रिटेन में पर्याप्त निवेश की स्थिति में हुई थी, जो जीवन बीमा कंपनियों ने सामान्य इक्विटी शेयरों में किया था और इसके परिणामस्वरूप उनको बड़े पूंजीगत लाभ और मुनाफे हुए थे। इक्विटी में अधिक निवेश करने और इसके लाभ अधिक कुशल तथा न्यायसंगत तरीके से पॉलिसीधारकों को देने की जरूरत महसूस की गयी।

मुनाफे सहित परंपरागत (प्रतिभागी) पॉलिसियां जीवन बीमा कार्यालय के निवेश प्रदर्शन को कुछ लिंकेज प्रदान करती हैं। हालांकि यह लिंकेज प्रत्यक्ष नहीं है। पॉलिसीधारक का बोनस परिसंपत्तियों और देनदारियों तथा घोषित परिणामी अधिशेष के आवधिक (आम तौर पर वार्षिक) मूल्यांकन पर निर्भर करता है जो बदले में मूल्यांकन एक्च्यूअरीज द्वारा विचार की जाने वाली धारणाओं और कारकों पर निर्भर करता है।

अनुबंध के तहत प्रदान की गयी गारंटी की गुंजाइश मूल्यांकन प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण है। नतीजतन बोनस बीमा कंपनी की अंतर्निहित परिसंपत्तियों के मूल्य को सीधे प्रतिबिंबित नहीं करता है। यहां तक कि अधिशेष घोषित किए जाने के बावजूद जीवन बीमा कंपनी अभी भी इसे

बोनस के लिए आवंटित नहीं कर सकती है बल्कि स्वतंत्र संपत्तियां बनाने का निर्णय ले सकती हैं जिसका विकास और विस्तार के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है।

इन सबके कारण पॉलिसियों में बोनस की वृद्धि एक बहुत ही लचीले और अलग तरीके से निवेश प्रदर्शन का अनुसरण करती है।

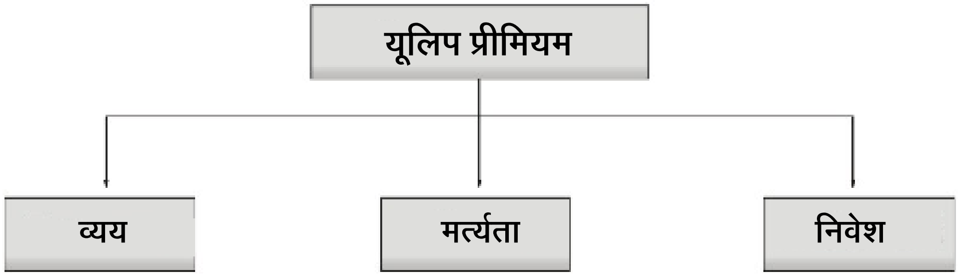
परंपरागत पॉलिसियों को नियंत्रित करनेवाला बुनियादी तर्क समय के साथ निवेश आय को सहज बनाना है। जहां टर्मिनल बोनस और संयुक्त बोनस ने पॉलिसी धारकों को इक्विटी और अन्य उच्च लाभ वाले निवेशों के लाभ के एक बड़े हिस्से का फ़ायदा उठाने में सक्षम बनाया है, वे अभी भी जीवन बीमा कार्यालय के विवेक पर निर्भर हैं जो इन बोनसों की घोषणा करता है। फिर, बोनस आमतौर पर केवल वर्ष में एक बार घोषित किए जाते हैं क्योंकि मूल्यांकन केवल वार्षिक आधार पर किया जाता है। इस प्रकार प्रतिफल संपत्तियों के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ावों को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां उपरोक्त दोनों सीमाओं से निजात पाने में मदद करती हैं। **इन अनुबंधों के तहत लाभ भुगतान बकाया होने की तिथि को पॉलिसीधारक के खाते में जमा यूनिट्स के मूल्य से पूर्णतः या अंशतः निर्धारित किए जाते हैं।**

इस प्रकार यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां जीवन बीमा कंपनी के निवेश प्रदर्शन के लाभों को सीधे और तुरंत भुनाने के लिए साधन उपलब्ध कराती हैं। यूनिट्स आम तौर पर एक निर्दिष्ट अधिकृत यूनिट ट्रस्ट या कंपनी द्वारा प्रबंधित एक पृथक्कृत (आंतरिक) फंड के यूनिट होते हैं। यूनिट्स एकल प्रीमियम का भुगतान करके या नियमित प्रीमियम भुगतानों के माध्यम से खरीदे जा सकते हैं।

ब्रिटेन तथा अन्य बाजारों में इन पॉलिसियों को एक संलग्न बीमा घटक के साथ निवेश साधनों के रूप में विकसित और प्रस्तुत किया गया था। इनकी संरचना पारंपरिक नकद मूल्य अनुबंधों की संरचना से काफी अलग है। दूसरी, जैसा कि हमने कहा था, बंडल पॉलिसियां होती हैं। ये अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संदर्भ में अपारदर्शी हैं। इसके विपरीत, यूनिट लिंक्ड अनुबंध बंडल-मुक्त होते हैं। इनकी संरचना पारदर्शी होती है जहां बीमा के लिए शुल्कों का भुगतान करना होता है और खर्च के घटक स्पष्ट रूप से निर्धारित किए जाते हैं।

चित्र 2: प्रीमियम का विभाजन



एक बार जब ये शुल्क प्रीमियम में से काट लिए जाते हैं, खाते की शेष राशि और इससे होने वाली आय को यूनिट्स में निवेश किया जाता है। इन यूनिट्स का मूल्य प्रदर्शन के कुछ पूर्व-निर्धारित सूचकांकों के संदर्भ में तय किया जाता है।

महत्वपूर्ण बात है कि यह मूल्य एक नियम या सूत्र द्वारा निर्धारित किया जाता है जो अग्रिम में उल्लिखित होता है। आमतौर पर यूनिट्स का मूल्य निवल संपत्ति मूल्य यानी नेट एसेट वैल्यू (एनएवी) द्वारा निकाला जाता है जो उन संपत्तियों के बाजार मूल्य को दर्शाता है जिसमें धन का निवेश किया गया है। दो स्वतंत्र व्यक्ति सूत्र का पालन करके एक ही देय लाभ पर पहुंच सकते हैं।

इस प्रकार पॉलिसीधारक के लाभ जीवन बीमा कंपनी की धारणाओं और विवेक पर निर्भर नहीं करते हैं।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों की एक लोकप्रिय विशेषता विभिन्न प्रकार के फंडों के बीच चयन करने की इसकी सुविधा है जिसका प्रयोग यूनिटधारक कर सकता है। प्रत्येक फंड में संपत्तियों का एक अलग पोर्टफोलियो मिश्रण होता है। इस प्रकार निवेशक को डेब्ट, बैलेंस्ड और इक्विटी फंडों के एक व्यापक विकल्प के बीच चयन करना होता है। डेब्ट फंड का अर्थ है व्यक्ति के अधिकांश प्रीमियमों को गिल्ट और बांड जैसी ऋण प्रतिभूतियों में निवेश करना। इक्विटी फंड का मतलब यह है कि यूनिट मुख्य रूप से इक्विटी के रूप में होते हैं। यहां तक कि इन व्यापक श्रेणियों के भीतर अन्य प्रकार के विकल्प भी हो सकते हैं।

इक्विटी फंड	डेब्ट/ऋण फंड	बैलेंस्ड फंड	मनी मार्केट फंड
यह फंड धनराशि के एक बड़े भाग को इक्विटी और इक्विटी संबंधी उपकरणों में निवेश करता है।	यह फंड धनराशि का बड़ा हिस्सा सरकारी बॉन्ड, कॉरपोरेट बॉन्ड, फिक्स्ड डिपॉजिट आदि में निवेश करता है।	यह फंड इक्विटी और ऋण साधनों के एक मिश्रित रूप में निवेश करता है।	यह फंड धनराशि को मुख्य रूप से ट्रेजरी बिल, जमाराशि प्रमाणपत्र, वाणिज्य पत्र आदि जैसे उपकरणों में निवेश करता है।

कोई व्यक्ति विकास फंड, जहां मुख्य रूप से विकास शेयरों में निवेश किया जाता है या बैलेंस्ड फंड, जो पूंजीगत लाभ के साथ आय की जरूरत को संतुलित करता है, के बीच चयन कर सकता है। सेक्टोरल फंडों का भी चयन किया जा सकता है जो केवल कुछ क्षेत्रों और उद्योगों में निवेश करते हैं। प्रत्येक चयनित विकल्प में व्यक्ति की जोखिम प्रोफाइल और निवेश की जरूरत प्रतिबिंबित होनी चाहिए। एक प्रकार के फंड से दूसरे प्रकार के फंड में स्विच करने का भी प्रावधान होता है अगर एक या एक से अधिक फंडों का प्रदर्शन ठीक नहीं रहा हो तो।

इन सभी विकल्पों में एक शर्त भी होती है। जीवन बीमा कंपनी, जिससे एक कुशल पोर्टफोलियो प्रबंधन की उम्मीद की जाती है, यूनिट मूल्यों के बारे में कोई गारंटी नहीं देती है। इस प्रकार यहां इसे निवेश के जोखिम के बड़े हिस्से से राहत मिल जाती है। यह जोखिम यूनिट धारक द्वारा वहन किया जाता है। हालांकि जीवन बीमा कंपनी मर्त्यता और खर्च के जोखिम को वहन कर सकती है।

फिर, पारंपरिक योजनाओं के विपरीत, यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां न्यूनतम प्रीमियम के आधार पर काम करती हैं, न कि बीमा राशि पर। बीमाधारक प्रीमियम राशि पर निर्णय लेता है जिसका वह नियमित अंतरालों पर योगदान करना चाहता है। **बीमा कवर प्रीमियम भुगतान का एक गुणज** होता है। बीमाधारक के पास अधिक और कम कवर के बीच चयन करने का विकल्प रहता है।

प्रीमियम में दो घटक शामिल हो सकते हैं - मीयादी घटक को एक गारंटीकृत फंड (जिसे ब्रिटेन में स्टर्लिंग फंड कहा जाता है) में रखा जा सकता है जो मृत्यु पर कवर की एक न्यूनतम राशि अर्जित करेगा। प्रीमियम की शेष राशि यूनिटों की खरीद में प्रयोग की जाती है जिसे बीमा कंपनी द्वारा पूंजी बाजार में, विशेष रूप से शेयर बाजार में निवेश किया जाता है। मृत्यु के मामले में मृत्यु लाभ बीमा राशि या व्यक्ति के खाते में उपलब्ध फंड मूल्य से अधिक होगा। एकल ब्यक्ति के खाते में जमा यूनिटों की संख्या को यूनिट मूल्य से गुणा करते हुए फंड मूल्य प्राप्त होता है।

स्व-परीक्षण 2

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही नहीं है?

I. परिवर्ती जीवन बीमा एक अस्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है
II. परिवर्ती जीवन बीमा एक स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है
III. पॉलिसी में एक नकद मूल्य खाता होता है
IV. पॉलिसी न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी प्रदान करती है

सारांश

- जीवन बीमा पॉलिसियों के संबंध में चिंता की एक महत्वपूर्ण बात आय की एक प्रतिस्पर्धी दर प्रदान करना रही है जिसकी तुलना वित्तीय बाजार में अन्य परिसंपत्तियों की आय से की जाती है।
- कुछ रुझान जो गैर-परंपरागत जीवन उत्पादों के तेजी से बढ़ने का कारण बने, इनमें बंडल को खोलना, निवेश लिंकेज और पारदर्शिता शामिल है।
- सर्वव्यापी जीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा का एक रूप है जिसकी पहचान इसके लचीले प्रीमियम, लचीली अंकित राशि और मृत्यु लाभ की राशियों तथा इसके मूल्य निर्धारण कारकों के बंडल को खोलने से होती है।
- परिवर्ती जीवन बीमा 'आजीवन बीमा" पॉलिसी का एक प्रकार है जहां मृत्यु लाभ और पॉलिसी का नकद मूल्य, प्रीमियम जमा किए जाने वाले एक विशेष निवेश खाते के निवेश प्रदर्शन के अनुसार बदलता रहता है।
- यूनिट लिंक्ड योजनाएं, जिन्हें यूलिप के रूप में भी जाना जाता है, कई बाजारों में पारंपरिक योजनाओं की जगह लेकर सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पादों में से एक के रूप में उभरी हैं।
- यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां जीवन बीमा कंपनी के निवेश प्रदर्शन के लाभों को सीधे और तुरंत भुनाने का साधन उपलब्ध कराती हैं।

प्रमुख शब्द

1. सर्वव्यापी जीवन बीमा
2. परिवर्ती जीवन बीमा
3. यूनिट लिंक्ड बीमा
4. निवल संपत्ति मूल्य (एनएवी)

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

सर्वव्यापी जीवन बीमा एक गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

कथन "परिवर्ती जीवन बीमा एक अस्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है" गलत है।

सही कथन है "परिवर्ती जीवन बीमा एक स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है"।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

संसाधनों का अंतर-अस्थायी आवंटन क्या दर्शाता है?

I. सही समय आने तक संसाधनों के आवंटन को स्थगित रखना
II. समय के साथ संसाधनों का आवंटन
III. संसाधनों का अस्थायी आवंटन
IV. संसाधनों के आवंटन का विशाखन

प्रश्न 2

निम्नलिखित में से कौन सी परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों की एक सीमा है?

I. इन पॉलिसियों पर अधिक लाभ मिलता है
II. समर्पण मूल्य पर पहुंचने की स्पष्ट और प्रत्यक्ष विधि
III. सुपरिभाषित नगदी और बचत मूल्य घटक
IV. आय की दर तय करना आसान नहीं है

प्रश्न 3

सर्वव्यापी जीवन बीमा पॉलिसी पहली बार कहां शुरू की गयी थी?

I. अमेरिका

II. ग्रेट ब्रिटेन
III. जर्मनी
IV. फ्रांस

प्रश्न 4

इनमें से किसकी परिवर्ती जीवन बीमा खरीदने की सबसे अधिक संभावना है?

I. निश्चित आय चाहने वाले लोग
II. ऐसे लोग जो जोखिम से हिचकते हैं और इक्विटी में नहीं उतरना चाहते हैं
III. इक्विटी के सहज जानकार लोग
IV. सामान्यतः नौजवान

प्रश्न 5

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

I. यूनिट्स का मूल्य पहले से निर्धारित एक सूत्र द्वारा तय किया जाता है
II. निवेश जोखिम बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाता है
III. यूलिप अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संदर्भ में अपारदर्शी होते हैं
IV. यूलिप बंडल उत्पाद हैं

प्रश्न 6

इनमें से सभी परिवर्ती जीवन बीमा की विशेषताएं हैं सिवायः

I. लचीले प्रीमियम भुगतान
II. नकद मूल्य गारंटीकृत नहीं है
III. पॉलिसी मालिक यह चयन करता है कि बचत की संचितियों का निवेश कहां किया जाए
IV. न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी है

प्रश्न 7

सर्वव्यापी जीवन बीमा के संबंध में इनमें से कौन सा विकल्प सही है?

कथन I: यह पॉलिसी धारक को भुगतानों में भिन्नता करने की अनुमति देता है

कथन II: पॉलिसी धारक नकद मूल्य पर रिटर्न की बाजार आधारित दर अर्जित कर सकता है

I. I सही है

II. II सही है
III. I और II सही हैं
IV. I और II गलत हैं

प्रश्न 8

यूलिप के संबंध में इनमें से सभी सही हैं सिवाय:

I. यूनिट धारक विभिन्न प्रकार के फंडों के बीच चयन कर सकता है
II. जीवन बीमा कंपनी यूनिट मूल्यों की गारंटी देती है
III. यूनिटों को एक एकल प्रीमियम का भुगतान करके या नियमित प्रीमियम भुगतानों के माध्यम से खरीदा जा सकता है
IV. यूलिप पॉलिसी की संरचना बीमा खर्च घटक के संबंध में पारदर्शी है

प्रश्न 9

आईआरडीए नियमों के अनुसार, कोई बीमा कंपनी निम्नलिखित में से कौन से गैर-पारंपरिक बचत जीवन बीमा उत्पाद प्रदान करा सकती है, जिनकी भारत में अनुमति है?

विकल्प I: यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं
विकल्प II: परिवर्ती बीमा योजनाएं
I. केवल I
II. केवल II
III. I और II दोनों
IV. ना तो I ना ही II

प्रश्न 10

जीवन बीमा उत्पादों का बंडल खोलना क्या दर्शाता है?

I. बांड के साथ जीवन बीमा उत्पादों का सहसंबंध
II. इक्विटी के साथ जीवन बीमा उत्पादों का सहसंबंध
III. सुरक्षा और बचत तत्व का सम्मिलन
IV. सुरक्षा और बचत तत्व का पृथक्करण

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

संसाधनों का अंतर-अस्थायी आवंटन समय के साथ संसाधनों के आवंटन को दर्शाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों में आय की दर तय करना आसान नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

सर्वव्यापी जीवन बीमा पॉलिसी सबसे पहले अमरीका में शुरू की गई थी।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

इक्विटी के सहज जानकार लोगों द्वारा परिवर्ती जीवन बीमा खरीदने की संभावना सबसे अधिक है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

यूलिप अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संबंध में पारदर्शी हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

परिवर्ती जीवन बीमा के साथ प्रीमियम भुगतान निर्धारित और लचीले नहीं होते हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

दोनों कथन सही हैं। प्रीमियम भुगतान का लचीलापन सर्वव्यापी जीवन बीमा की एक विशेषता है। जीवन बीमा का यह रूप पॉलिसी धारक को कुछ बाजार आधारित सूचकांक से जुड़ी आय की दर अर्जित करने की अनुमति देता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा कंपनी यूलिप के मामले में यूनिट मूल्यों की गारंटी नहीं देती है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

आईआरडीए के मानदंडों के अनुसार भारत में अनुमत गैर-पारंपरिक बचत जीवन बीमा उत्पादों में यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं और परिवर्ती बीमा योजनाएं शामिल हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

सुरक्षा और बचत तत्व के पृथक्करण का मतलब जीवन बीमा उत्पादों का बंडल खोलना है।

अध्याय 7
पेंशन और वार्षिकियां

अध्याय परिचय

इस अध्याय में एक ऐसे उत्पाद पर चर्चा की गयी है जो जीवन की मूलभूत आकस्मिकताओं का समाधान करता है लेकिन यह मर्त्यता जोखिम को कवर करने वाले अन्य जीवन बीमा उत्पादों से अलग है। यह संक्षेप में आपको समूह बीमा के एक अन्य क्षेत्र में ले जाता है जो व्यक्तिगत बीमा से भिन्न होता है।

अध्ययन परिणाम

क. पेंशन के प्रकार
ख. वार्षिकियों का वर्गीकरण
ग. पेंशन - मूल्य प्रस्ताव

क. पेंशन के प्रकार

1. पेंशन और वृद्धावस्था आय सुरक्षा

पेंशन को जीवन बीमा के दूसरे पहलू का प्रतिनिधित्व करने वाला विकल्प कहा जा सकता है।

जीवन बीमा उत्पादों और पेंशन उत्पादों के बीच अंतर

जीवन बीमा उत्पाद	पेंशन उत्पाद
उत्पाद का उद्देश्यः जीवन बीमा उत्पाद मूल रूप से व्यक्ति की शिघ्र और असामयिक मृत्यु के वित्तीय परिणामों के विरुद्ध संरक्षण प्रदान करने के लिए डिजाइन किए गए हैं।	पेंशन उत्पाद ऐसे वित्तीय परिणामों के विरुद्ध संरक्षण प्रदान करते हैं जो व्यक्ति के लंबे समय तक जीवित रहने और इस तरह उसके वित्तीय संसाधनों के समाप्त हो जाने पर उत्पन्न हो सकते हैं।
आकस्मिकता कवरः जीवन बीमा के मामले में मूलभूत आकस्मिकता कवर मृत्यु का है।	पेंशन के मामले में यह सेवानिवृत्ति के बाद आय का बंद होना है।
उत्पाद की संरचनाः जीवन बीमा के मामले में प्रीमियम भुगतानों से पूंजीगत राशि का निर्माण होता है जिसे बीमा राशि कहते हैं।यह राशि व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में व्यक्ति के नामितियों या लाभार्थियों को देय होती है, या बंदोबस्ती पॉलिसियों के मामले में पॉलिसी अवधि के अंत में उत्तरजीविता लाभ के रूप में भुगतान की जा सकती है।	पेंशन के मामले में, पूंजीगत राशि जिसे हम कोष या कुल प्रतिफल कह सकते हैं, यह नियमित आय भुगतानों की एक धारा में रूपांतरण के माध्यम से आंशिक या पूर्ण रूप में नगदी बनकर निकल जाती है। इन्हें वार्षिकियों के रूप में जाना जाता है।

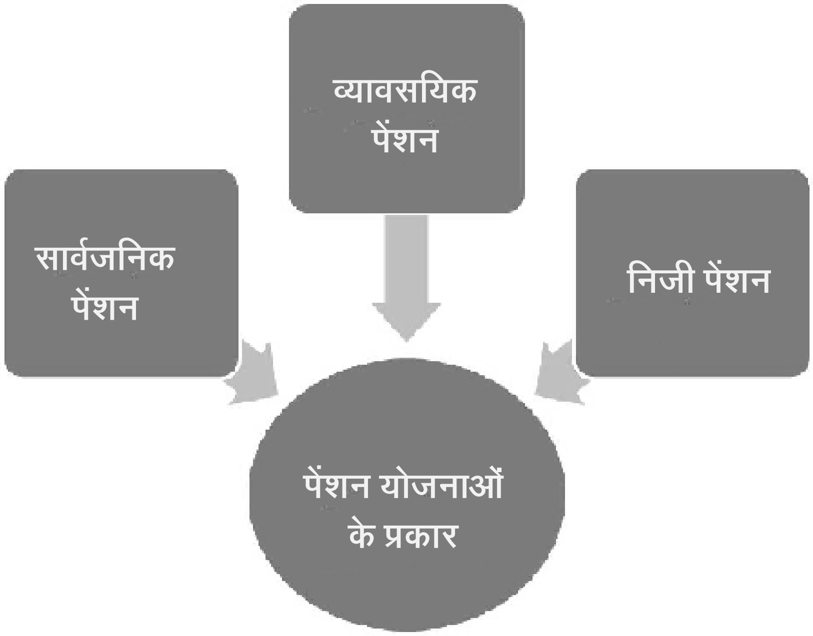
किसी भी पेंशन का मूल उद्देश्य ऐसे व्यक्तियों को, जो अपने जीवनकाल के उत्पादक दिनों के दौरान कामकाज करते हैं और आय अर्जित करते हैं, बुढ़ापे के दिनों के दौरान, जब वे सेवानिवृत हो जाते हैं और कामकाज नहीं कर सकते हैं, एक आय उपलब्ध कराना है। लोगों को उनकी वृद्धावस्था के समय और जब वे कामकाज करने और पैसे कमाने में सक्षम नहीं होते हैं, सुरक्षा प्रदान करने और धन की व्यवस्था करने की जरूरत को राज्य और सिविल सोसायटी ने बहुत अच्छी तरह समझा है। **तदनुसार पेंशन कई देशों में सामाजिक सुरक्षा का एक महत्वपूर्ण हिस्सा बन जाती हैं।**

2. **पेंशन योजनाओं के प्रकार**

आज पेंशन योजनाओं के तीन प्रकार अस्तित्व में हैं

- ✓ सार्वजनिक पेंशन
- ✓ व्यावसायिक पेंशन
- ✓ निजी पेंशन

चित्र 1: पेंशन योजनाओं के प्रकार



अब हम संक्षेप में इनकी चर्चा करते हैं।

क) सार्वजनिक पेंशन (पब्लिक पेंशन)

इसे सामाजिक सुरक्षा के पहले स्तंभ के रूप में जाना जाता है और इसमें राज्य द्वारा दी जाने वाली पेंशन शामिल हैं। इन योजनाओं का सार्वजनिक रूप से अनिवार्य सदस्यता के साथ प्रबंधन किया जाता है। ये आमतौर पर"चलते हुए भुगतान करें" (पीएवायजी) के आधार पर वित्तपोषित होती हैं।इसका मतलब है कि वर्तमान पेंशन भुगतानों के लिए आवश्यक धन की जरूरत सामाजिक सुरक्षा योगदानों पर निकासी के माध्यम से पूरी की

जाती है जिसे कार्यबल की वर्तमान आय से काट लिया जाता है। इन पेंशनों का मूल उद्देश्य यह सुनिश्चित करने की राज्य की जिम्मेदारी को पूरा करना है कि सेवानिवृत्ति में सभी नागरिकों को आय का एक न्यूनतम स्तर प्राप्त होता है। यह एक प्रकार का सुरक्षा कवच है।

बुनियादी स्तर पर राज्य जो कुछ उपलब्ध करा सकता है उसे "साधन-परीक्षित लाभ" कहा जाता है। यह एक निश्चित राशि से कम कमाने वाले या एक निश्चित स्तर से कम धन संचय करने वाले या दोनों तरह के लोगों को दिया जाता है। लाभ का एक अन्य अधिक आम रूप वह है जिसमें आय संबंधी घटक के साथ-साथ न्यूनतम जीवन स्तर बनाए रखना सुनिश्चित करने के लिए पर्याप्त नियत दर का एक संयोजन होता है।

i. **नियत दर और साधन-परीक्षित पेंशन** का वित्तपोषण करों और अंशदानों के द्वारा होता है जिसका भुगतान सभी को करना होता है, भले ही बदले में उनको प्राप्त होने वाले लाभ का स्तर जो भी हो।

ii. **दूसरी ओर**, **आय संबंधी पूरक भाग** व्यक्ति के स्वयं के योगदान पर निर्भर करता है जो कई मामलों में राज्य की सब्सिडी द्वारा पूरा किया जाता है।

कई विकसित देश एक न्यूनतम गारंटीयुक्त पेंशन प्रदान करते हैं जो गरीबी को कम कर सकता है, लेकिन यह एक साधारण जीवन शैली बनाए रखने के लिए भी पर्याप्त नहीं होती है। इससे राज्य के बुनियादी पेंशन को पूरा करने के लिए अतिरिक्त स्तरों के प्रावधान की जरूरत उत्पन्न होती है।

ख) **व्यावसायिक पेंशन**

यह सेवानिवृत्ति-पश्चात प्रावधान का दूसरा स्तंभ है। व्यावसायिक पेंशन नियोक्ताओं द्वारा अपने कर्मचारियों के लिए निर्धारित की गई है जिसमें नियोक्ताओं और कर्मचारियों दोनों का योगदान होता है। ये सामान्यतः नियोक्ताओं द्वारा प्रायोजित होते हैं और कर्मचारी लाभ पैकेज का हिस्सा बनते हैं।

आम तौर पर, अतीत में अधिकांश व्यावसायिक पेंशन योजनाएं "परिभाषित लाभ" प्रकार की रही हैं।इसका मतलब है कि देय लाभ योजना में किए गए अंशदानों या इसकी निवेश आय से अलग करके निर्धारित किए जाते थे। इस तरह के लाभ की गणना आम तौर पर अंतिम वेतन और पेंशन योग्य सेवा में वर्षों की संख्या के संदर्भ में एक संचय दर का उपयोग करके की जाती है।

उदाहरण

योजना के सदस्यों की ओर से प्रति सेवा वर्ष अर्जित पेंशनयोग्य वतन के एक हिस्से से उपचय दर निकाली जाती है।

एक कर्मचारी ने 38 वर्षों की सेवा की है और सेवानिवृत्ति के समय उसका अंतिम वेतन रु. 40,000 प्रति माह था। अगर पेंशन योग्य सेवा के प्रत्येक वर्ष के लिए संचय दर 1/60 थी, तो इसका मतलब है कि सेवानिवृत्ति पर कर्मचारी अंतिम वेतन के 38/60 गुणा के बराबर पेंशन का पात्र होगा। उसे रु. 25,333 (38/60 x 40000) मिलेंगे।

मुद्रास्फीति के हासकारी प्रभाव को कम करने के क्रम में लाभ को कुछ सूचकांक से भी जोड़ा जा सकता है। इस मामले में अगर मूल्य स्तर में वृद्धि होती है तो उपरोक्त उदाहरण में कर्मचारी को बाद के वर्षों में अधिक पेंशन मिलगी।

एक बार जब भुगतान किया जाने वाला लाभ निर्धारित कर लिया जाता है, तब व्यक्ति को यह तय करने की जरूरत होती है कि उत्पन्न दायित्व का वित्तपोषण कैसे किया जाएगा। व्यावसायिक योजनाओं में नियोक्ता आम तौर पर एक्च्युरिअल अनुमानों का उपयोग करके निकाली गयी दर के आधार पर एक मानक अंशदान करता है। ये अनुमान विभिन्न घटनाओं के संबंध में उन मान्यताओं पर आधारित होते हैं जो योजना के साथ भविष्य में घटित हो सकती हैं जैसे:

i. सदस्यों और उनके आश्रितों का जनसांख्यिकीय अनुभव
ii. सामान्य आर्थिक वातावरण
iii. मुद्रास्फीति की दर
iv. औसत आय में अपेक्षित दीर्घकालिक वृद्धि
v. मर्त्यता की दर और निवेश आय
vi. स्वास्थ्य खराब होने पर धन आहरण या काम छोड़ना

वयावसायिक पेंशन योजनाएं अबीमित या बीमित हो सकती हैं।

अबीमित पेंशन योजना	**बीमित पेंशन योजना**
इस मामले में नियोक्ता आम तौर पर इस प्रयोजन के लिए एक न्यास बनाकर फंड का प्रबंधन करने का निर्णय ले सकता है। तथापि,न्यास केवल किसी जीवन बीमा कंपनी से वार्षिकी खरीदकर पेंशन का भुगतान कर सकता है।	बीमित योजना के मामले में बीमा कंपनी फंड का प्रबंधन करती है। इस व्यवस्था का लाभ यह है कि इसमें नियोक्ता प्रत्यक्ष फंड प्रबंधन तथा निवेश के जोखिमों और लागतों को बीमा कंपनी को स्थानांतरित कर देता है जो अन्यथा नियोक्ता को पूरा करना पड़

	सकता था।

निर्धारित लाभ योजनाएं, जैसा कि ऊपर बताया गया है, आर्थिक तेजी के दशकों के दौरान लोकप्रिय थीं जिनका फ़ायदा बीसवीं सदी के उत्तरार्ध के दौरान उठाया गया था। यही वह दौर था जब जीवन के लिए नौकरी की अवधारणा प्रमुख थी। खास तौर पर जब इक्विटी और पूंजी बाजार मजबूत हो रहे थे, नियोक्ता भारी अधिशेष अर्जित करने में सक्षम थे, जिसने कंपनी के नगदी प्रवाहों पर बहुत अधिक दबाव डाले बिना नियोक्ताओं को उदारता से पेंशन देने में सक्षम बनाया।

तथापि इन योजनाओं को हाल के वर्षों में विभिन्न कारणों से गंभीर समस्याओं का सामना करना पड़ा है।

i. एक समस्या "**जीवन के लिए नौकरी**" **की अवधारणा में कमी की थी।** आर्थिक मंदी के सामने कामगारों की शीघ्र सेवानिवृत्ति या छंटनी ने उस अवधि को कम कर दिया जिसके दौरान अंशदान संचित हो सकते थे।

ii. पुनः, निर्धारित लाभ योजनाओं ने नियोक्ता पर **खुली देनदारियों के एक सेट का भार डाला।नियोक्ता** को निवेश, मुद्रास्फीति और बाजार की अन्य मौजूदा परिस्थितियों की परवाह किए बिना गारंटीकृत लाभ का भुगतान करना आवश्यक था। एक ऐसे वातावरण में जहां व्यवसाय की परिस्थितियां स्थिर और लाभदायक नहीं थीं, नियोक्ताओं ने इन दायित्वों को पूरा करना मुश्किल पाया।

iii. एक तीसरी महत्वपूर्ण समस्या यह थी कि निर्धारित लाभ पेंशन में एक ऐसे **लाभ का भुगतान किया जाता था जो फंड के निष्पादन के प्रदर्शन से जुड़ा हुआ नहीं था।**कई कर्मचारियों को लगा कि वे पेंशन योजनाओं के अपने अंशदान को सीधे इक्विटी बाजारों में निवेश करके बड़े लाभ कमा सकते थे। ये लाभ कर्मचारियों को उनकी व्यावसायिक योजना के तहत प्राप्त होने वाले पेंशन से बहुत अधिक थे।

उपरोक्त कारकों ने दुनिया भर के कई नियोक्ताओं को लाभ से परिभाषित अंशदान या धनराशि खरीद योजनाओं की ओर जाने के लिए प्रेरित किया। इन योजनाओं के तहत किया जाने वाला अंशदान निर्धारित होता है। नियोक्ता की देयता इन अंशदानों के निवेश के माध्यम से अर्जित संचित मूल्य का भुगतान करने तक सीमित है। इस प्रकार लाभ उस फंड के निष्पादन पर निर्भर करते हैं जिसमें अंशदानों का निवेश किया गया होता है।

पुनः, जिन पूलिंग और क्रॉस सब्सिडी के सिद्धांतों को हम निर्धारित लाभ योजनाओं में देखा करते थे, वे निर्धारित अंशदान योजनाओं में अनुपस्थित या बहुत कम मात्रा में मौजूद हैं। इस योजना में प्रत्येक सदस्य का अपना व्यक्तिगत खाता होता है, उसे अपने खाते से जो कुछ भी अर्जित होता है उसका फ़ायदा मिलता है और निवेश जोखिमों को भी सहन करना पड़ता है।

3. **निजी पेंशन**

पेंशन के तीसरे प्रकार को निजी पेंशन के रूप में जाना जाता है। ये ऐसी योजनाएं हैं जिन्हें वृद्धावस्था में आय प्रदान करने के लिए जीवन बीमा कंपनियों और अन्य वित्तीय संस्थानों जैसे बाजार प्रदाताओं द्वारा बनाया और बाजार में उतारा गया है।

निजी पेंशन आम तौर पर बीमा कंपनी या अन्य पेंशन प्रदाता और वार्षिकीग्राही के बीच एक वार्षिकी अनुबंध के रूप में उपलब्ध कराया और खरीदा जाता है। वार्षिकीग्राही एकल प्रीमियम या प्रीमियम की एक श्रृंखला का भुगतान करता है जिसे वार्षिकी प्रतिफल के रूप में जाना जाता है। पेंशन प्रदाता इन अंशदानों का पूल बनाता और निवेश करता है जिसके मूलधन और निवेश आय से एक कोष बनाया जाता है।

एक निर्धारित तिथि को, जब वार्षिकीग्राही के लिए वार्षिकी भुगतान शुरू होने का समय आता है, तो कोष और इस पर हुई कोई भी आय एक निश्चित समयावधि में भुगतानों की एक श्रृंखला में परिवर्तित होने लगती है। इस अवधि को वर्षों की निर्धारित संख्या या आजीवन या दोनों के संदर्भ में व्यक्त किया जा सकता है।

संक्षेप में, निजी पेंशन **पूंजी के वैज्ञानिक नगदीकरण** के सिद्धांत को दर्शाता है।इसे निम्नानुसार व्यक्त किया जा सकता है:

i. मूलधन [पी] को एक निर्दिष्ट अवधि [टी] में निवेश किया जाता है और यह एक निश्चित दर [आर] पर आय अर्जित करता है।यह एक कोष 'सी' बनाता है।

ii. कोष 'सी' एक निर्धारित समय सीमा [एल] में वार्षिकी भुगतानों की एक श्रृंखला [ए] में बदल जाता है।यह समय वार्षिकीग्राही के शेष जीवनकाल से संबंधित हो सकता है या यह वर्षों की एक निर्धारित संख्या हो सकती है।

iii. हम देख सकते हैं कि वास्तव में देय वार्षिकी की राशि [ए] अन्य चार चरों (पी, टी, आर, एल) पर निर्भर करेगी।इसमें पी और टी के साथ सीधे वृद्धि होगी। 'आर' अधिक होने पर भी यह अधिक

होगी। इसका अंतिम चर [एल] के साथ एक व्युत्क्रम संबंध है। वार्षिकी देय होने की अवधि जितनी अधिक होगी, इसका आकार उतना ही छोटा होगा।

पेंशन का विनिमय

संचित मूल्य के 1/3 हिस्से को सेवानिवृत्ति के समय आहरित किया जा सकता है और यह कर मुक्त होता है।

स्व-परीक्षण 1

सार्वजनिक पेंशन कौन देता है?

I. राज्य

II. नियोक्ता

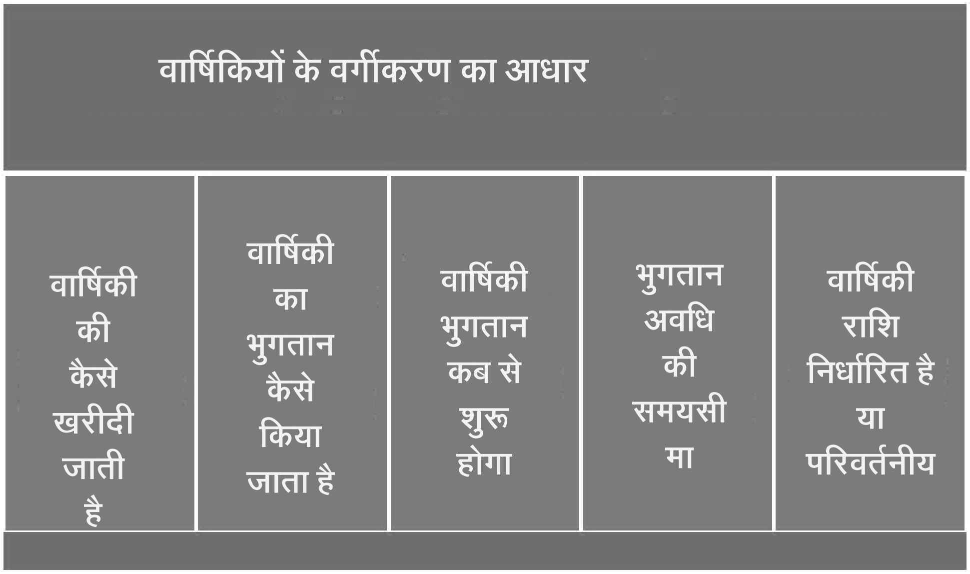
III. बीमा कंपनियां

IV. एनजीओ

ख. वार्षिकियों का वर्गीकरण

विभिन्न जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रदान की जाने वाली व्यक्तिगत वार्षिकी योजनाएं निजी पेंशन योजनाओं का ही भिन्न रूप होती हैं। इन उत्पादों को वर्गीकृत करने के विभिन्न तरीकों को जानना उपयोगी होगा।

चित्र 2: वार्षिकियों के वर्गीकरण का आधार



1. **वार्षिकियों की श्रेणियां**

क) वार्षिकियों को सबसे पहले वार्षिकी खरीदे जाने के तरीके के आधार पर वर्गीकृत किया जा सकता है।इस आधार पर इन्हें एकल प्रीमियम वार्षिकियों में विभाजित किया जाता है जो एक एकल या एकमुश्त प्रीमियम का भुगतान करके खरीदी जा सकती हैं और आवधिक प्रीमियम वार्षिकियां कई वर्षों में प्रीमियमों की एक श्रृंखला के माध्यम से खरीदी जाती हैं।

ख) दूसरा वर्गीकरण वार्षिकी भुगतान की आवधिकता के आधार पर हो सकता है।वार्षिकियां आम तौर पर मासिक आधार पर होती हैं लेकिन पाक्षिक या तिमाही जैसे अन्य विकल्प संभव हो सकते हैं।

ग) तीसरा तरीका वार्षिकी भुगतान शुरू होने के समय के आधार पर है।इस आधार पर इसे तत्काल या आस्थगित वार्षिकी के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। तत्काल वार्षिकी वह है जहां वार्षिकियां तुरंत शुरू होना निर्धारित है। इसे आम तौर पर एक एकल प्रीमियम के साथ

खरीदा जाता है। आस्थगित वार्षिकी वह है जहां आवधिक लाभ एक अवधि के बाद शुरू होना तय होता है जैसे वार्षिकी की खरीद की तारीख के कम से कम 12 महीने बाद। हर आस्थगित वार्षिकी की दो अवधियां होती हैं - वार्षिकी की खरीद और वार्षिकी भुगतान शुरू होने के बीच की **संचय अवधि**, और एक **भुगतान या नगदीकरण अवधि** जिसके दौरान बीमा कंपनी वार्षिकी भुगतान करती है।

घ) यह हमें वर्गीकरण के चौथे आधार पर लाता है जो भुगतान अवधि की समयसीमा या वार्षिकी भुगतान समाप्त होने के समय द्वारा तय किया जाता है।वार्षिकीग्राही विभिन्न प्रकार के विकल्पों में से चयन कर सकता है। सबसे बुनियादी विकल्प जीवन वार्षिकी है जो वार्षिकीग्राही के जीवनकाल के दौरान आवधिक लाभ का भुगतान प्रदान करता है। सैद्धांतिक जीवन वार्षिकी में लाभ का भुगतान वार्षिकीग्राही की मौत के साथ बंद हो जाता है। दूसरे प्रकार को निश्चित वार्षिकी के रूप में जाना जाता है। यहां आवधिक भुगतान वार्षिकीग्राही के जीवनकाल से संबंधित नहीं है। ये एक (निश्चित) उल्लिखित समय अवधि के लिए देय होते हैं, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि व्यक्ति जीवित है या इस बीच उसकी मृत्यु हो गयी है।

च) अंत में, वार्षिकी राशि निर्धारित (गारंटीकृत) है या परिवर्तनीय (निवेश निष्पादन पर आकस्मिक), इस आधार पर एक अंतर किया जा सकता है।यह अंतर अमेरिका जैसे कुछ बाजारों में काफी समय से मौजूद है।

एक नियत लाभ वार्षिकी वह है जहां बीमा कंपनी वार्षिकी की खरीद में इस्तेमाल किए गए प्रत्येक रुपए के लिए एक निर्धारित राशि की मासिक वार्षिकी लाभ की गारंटी देती है। गारंटी का मतलब है कि बीमा कंपनी निवेश के जोखिम को सहन करती है। परिवर्तनीय वार्षिकी वह है जिसमें वार्षिकीग्राही के नाम से संचित राशि का मूल्य और देय मासिक लाभ उस खाते के निष्पादन साथ बदलता रहता है जिसमें फंड को रखा गया है। वार्षिकीग्राही को लाभदायक निवेश के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाला समस्त लाभ मिलता है और अलाभकारी निवेश के परिणामस्वरूप होने वाले सभी नुकसानों को भी सहन करना पड़ता है।

2. वार्षिकीग्राहियों को भुगतान

वार्षिकीग्राहियों को गारंटीकृत अवधि के दौरान आजीवन और उसके बाद नामिती को वार्षिकियों का भुगतान किया जाता है। संयुक्त जीवन वार्षिकी के मामले में वार्षिकीग्राही की मृत्यु होने पर उसकी वार्षिकी बंद हो जाती है और वार्षिकी का 50% उसकी जीवित पत्नी/पति को जीवन भर भुगतान किया जाता है। अगर पत्नी/पति की मृत्यु वार्षिकीग्राही से पहले हो जाती है तो वार्षिकी बंद हो जाती है।

3. **वार्षिकियों के प्रकार**

वार्षिकियां के दो बुनियादी प्रकार हैं:

क) **तत्काल वार्षिकियां**

वार्षिकीग्राही को प्रारंभिक निवेश करने के बाद ही भुगतान प्राप्त होता है।तत्काल वार्षिकी में व्यक्ति एकमुश्त राशि का भुगतान करता है और बाद में उसे वार्षिकी अवधि पर आय प्राप्त होने लगती है।

अगर यह एक मासिक वार्षिकी है तो प्रीमियम भुगतान करने के एक महीने बाद, अगर तिमाही है तो तीन महीने बाद, अगर छमाही है तो छः महीने बाद और वार्षिक है तो एक वर्ष बाद भुगतान मिलना शुरू हो जाता है।

तत्काल वार्षिकी सेवानिवृत्ति के करीब पहुंचने वाले लोगों द्वारा आजीविका के बुनियादी खर्चों को पूरा करने में सहायक नियमित नकदी प्रवाह सुनिश्चित करने के लिए खरीदी जा सकती है।

ख) **आस्थगित वार्षिकियां**

आस्थगित वार्षिकी के साथ पैसे को एक समयावधि के लिए निवेश किया जाता है जब तक कि वार्षिकीग्राही वार्षिकियां प्राप्त करने के लिए तैयार नहीं हो जाता।आस्थगित वार्षिकी व्यक्ति द्वारा चुनी गयी अवधि के लिए धन संचित करती है।आस्थगित वार्षिकी की खरीद की तारीख और वार्षिकी भुगतान शुरू होने की तारीख के बीच की अवधि को संचय अवधि या आस्थगन अवधि कहा जाता है।

आस्थगित वार्षिकी के दो चरण हैं - संचय चरण, जिसके दौरान वार्षिकीग्राही एक निर्धारित समयावधि के लिए वार्षिकी में योगदान करता है और वितरण या भुगतान चरण जिस दौरान वार्षिकी भुगतान की जाती है।

स्व-परीक्षण 2

नियत लाभ वार्षिकी में निवेश जोखिम कौन वहन करता है?

I. बीमा कंपनी

II. बीमाधारक

III. राज्य

IV. जोखिम पूल

ग. पेंशन - मूल्य प्रस्ताव

1. वास्तव में पेंशन क्या है और यह इसी तरह के अन्य उत्पादों से कैसे अलग है?

उदाहरण

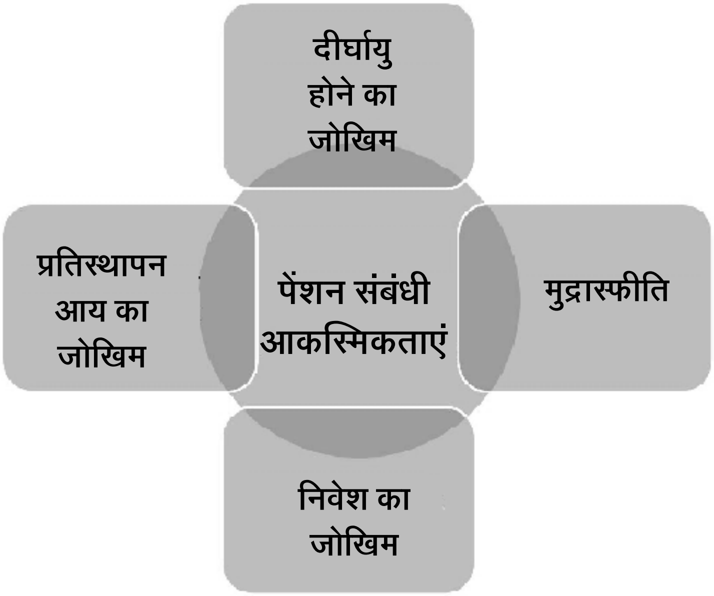
किसी बैंक में दस लाख रुपए के फिक्स्ड डिपॉजिट पर विचार करें जो प्रतिवर्ष 12% की दर से प्रतिमाह देय ब्याज देता है और जिससे 10,000 रुपए प्रति माह का एक आवधिक भुगतान अर्जित होता है। यह पेंशन से किस संदर्भ में अलग है जो एक आवधिक भुगतान भी प्रदान करता है?

उपरोक्त मामला वार्षिकी भुगतान का एक उदाहरण है जो एक मासिक आय प्रदान करता है।पेंशन में भी इसी प्रकार की सुविधा है। हर पेंशन इस अर्थ में एक वार्षिकी है कि इसमें आय भुगतानों का एक नियमित प्रवाह शामिल है लेकिन हर वार्षिकी पेंशन नहीं होती है।

जब हम पेंशन की बात करते हैं तो यह एक बीमा उत्पाद की तरह है। जैसा कि पहले कहा गया है, बीमा में इसकी पूलिंग के माध्यम से जोखिम अंतरित करना शामिल है।

पेंशन की मुख्य विशेषता इस बात में निहित है कि व्यक्ति के जीवन के सेवानिवृत्ति पश्चात के चरण में जीवनकाल के साथ जुड़ी आकस्मिकताओं के समाधान के लिए पारस्परिकता या पूलिंग सिद्धांत को कैसे लागू किया जाता है। आइए हम इन आकस्मिकताओं और इनको पूरा करने में पेंशन की भूमिका पर एक नज़र डालें।

चित्र 3: पेंशन संबंधी आकस्मिकताएं



क) दीर्घायु होने का जोखिम

यह एक संभावना है कि व्यक्ति सेवानिवृत्ति के बाद भी लंबे समय तक जीवित रह सकता है और अपने संसाधनों को समाप्त कर सकता है। वृद्धावस्था में सेवानिवृत होने वालों की दुविधा दुगुनी होती है - व्यक्ति को वृद्धावस्था के लिए कितनी व्यवस्था करनी चाहिए और फंड का निवेश कहां किया जाना चाहिए।

वृद्धावस्था के लिए प्रावधान और निवेश के साधन

आदर्श रूप में किसी व्यक्ति को अपने जीवित रहने तक अपनी बचत का पूरा फ़ायदा उठाने में सक्षम होना चाहिए और अपनी इच्छा के अनुसार एक वसीयत छोड़ कर जाना चाहिए। समस्या यह है कि व्यक्ति को यह पता नहीं होता कि उसकी मृत्यु कब होगी और उसे कितने समय के लिए व्यवस्था करनी चाहिए। अगर किसी व्यक्ति ने अपने जीवन स्तर को सीमित करके बहुत अधिक धन संचय कर लिया है तो अपने संसाधनों का लाभ उठाए बिना उसके बहुत जल्द मर जाने की संभावना रहती है। दूसरी ओर अगर व्यक्ति बहुत लंबे समय तक जीवित रहता है तो बचत के अपर्याप्त होने की संभावना उत्पन्न हो जाती है।

इसका समाधान एक ऐसा साधन रखने में निहित है जो व्यक्ति की बचत का पूरी तरह उपयोग करने वाली वार्षिक आय प्रदान करता है और जिसमें व्यक्ति के जीवनकाल के बिलकुल संगत परिपक्वता की एक अवधि भी होती है। पेंशन वार्षिकी दोनों प्रकार की समस्याओं का समाधान करती है। उदाहरण के लिए जीवन वार्षिकी बिल्कुल व्यक्ति के जीवनकाल तक एक नियमित भुगतान प्रदान करती है। बीमा कंपनी इस जोखिम को मानती है कि पेंशन अपर्याप्त रूप से वित्तपोषित हो सकती है अगर [पेंशनभोगी] वार्षिकीग्राही बहुत लंबे समय तक जीवित रहता है। फिर, पेंशन वार्षिकी आय में पूंजी के सबसे इष्टतम रूपांतरण को सक्षम बनाती है।

उदाहरण

उदाहरण के लिए उपरोक्त मामले को ही लें, जहां 10 लाख रुपए का एक मीयादी जमा 12% की दर से 10,000 रुपए का ब्याज देता है। मूलधन एक निश्चित बिंदु पर प्रतिदेय होता है लेकिन व्यक्ति की मृत्यु के बाद यह किसी काम का नहीं है।

दूसरी ओर पेंशन वार्षिकी इस प्रकार कोष के वैज्ञानिक नगदीकरण का प्रावधान करती है कि मूलधन और ब्याज दोनों व्यक्ति के अनुमानित जीवनकाल के दौरान समाप्त हो जाने के अनुसार निर्धारित होता है। इस प्रकार 10 लाख रुपए का कोष एक ऐसा पेंशन अर्जित करता है जिसमें दो घटक शामिल होते हैं - ब्याज जो मीयादी जमा की स्थिति में अर्जित होता है और इसके

अलावा मूलधन का एक भाग। जहां दीर्घायु होना एक ऐसी समस्या थी जिसका समाधान करने के लिए पेंशन को पारंपरिक रूप से डिजाइन किया जाता था, इसके अलावा कुछ अन्य समस्याएं भी महत्वपूर्ण हैं।

ख) मुद्रास्फीति (महंगाई)

दूसरी आकस्मिकता मुद्रास्फीति यानी महंगाई है। यह सही मायने में सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन स्तर को कम कर सकती है। वास्तविक आय आम तौर पर तब तक संरक्षित रहती है जब तक व्यक्ति एक उपयुक्त पारिश्रमिक अनुक्रमण के माध्यम से सक्रिय सेवा में रहता है। लेकिन सेवानिवृत्ति के बाद क्या होगा? एक बार फिर, पेंशन भुगतानों में अनुक्रमण के लिए प्रावधान हो सकता है जो मुद्रास्फीति के माध्यम से क्षरण के जोखिम का समाधान कर सकता है।

ग) निवेश जोखिम

तीसरी आकस्मिकता वह है जो निवेश के जोखिम से उत्पन्न होती है - व्यक्ति की सेवानिवृत्ति की बचत अपर्याप्त होने या यहां तक कि समाप्त हो जाने की संभावना बनी रहती है क्योंकि अंतर्निहित निवेश ने अपेक्षा के विपरीत काफी बुरा निष्पादन किया है। ऐसा देनदारों के डिफॉल्ट करने और/या निवेश के बाजार मूल्य में गिरावट के कारण हो सकता है। नियत गारंटीकृत पेंशन ऐसी आकस्मिकताओं को रोकने का एक तरीका है। बीमा कंपनी निवेश के जोखिम को स्वीकार करती है।

घ) प्रतिस्थापन आय का जोखिम

एक अन्य चुनौती सेवानिवृत्ति के बाद की आय को सुरक्षित रखने की है जो कुछ हत तक अंतिम वेतन स्तरों से जुड़ी होती है। हमें यह याद रखना चाहिए कि लोगों का जीवन स्तर उनकी आय पर निर्भर करता है और आय में कमी होने पर वे इन स्तरों को स्वतः नहीं बदल सकते हैं। व्यावसायिक पेंशन जो एक निर्धारित लाभ प्रदान करती है और अंतिम वेतन के एक अच्छे अनुपात में रहती है, समस्या का एक व्यावहारिक समाधान हो सकती है।

उदाहरण

40 वर्ष की आयु का संतोष 50,000 रुपए प्रति महीने का वेतन कमाता है। यह देखते हुए कि उसकी आय और खर्च में प्रति वर्ष 5% की दर से वृद्धि होने की उम्मीद की जाती है, वह 60 वर्ष की उम्र में अपना अंतिम वेतन 1,32,665 (50000 x (1.05)20) के आसपास होने की अपेक्षा करता है।इस प्रकार 60 वर्ष की उम्र में सेवानिवृत्ति के बाद उसे जिस प्रतिस्थापन आय की जरूरत है वह राशि 40 वर्ष की

उम्र में उसकी आय के ढ़ाई गुणे से अधिक होगी। संतोष को इस बात की चिंता है कि क्या उसकी बचत इस राशि के आसपास कहीं आ पाएगी। वह आशा करता है कि उसकी अपनी कंपनी में यदि एक व्यावसायिक पेंशन योजना होती जो उसकी समस्या का कम से कम आंशिक रूप से समाधान करती।

पेंशन बाजार विकसित होने के साथ इसे आय सुरक्षा प्रदान करने की नई-नई चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है। आबादी की उम्र बढ़ने और एक बड़े अनुपात में लोगों के सेवानिवृत्ति के बाद लंबे समय तक जीने की संभावना का सामना करने के साथ पेंशन वित्तीय बाजार के प्रमुख उत्पादों में से एक बन कर उभरने के लिए पहले से तैयार है। तथापि, उद्योग को भी पेंशनभोगियों की अपेक्षाओं के अनुरूप उपाय करना होगा और उनकी चिंताओं को दूर करना होगा।

स्व-परीक्षण 3

नीचे दिए गए कथनों में से कौन सा सही है?

कथन I: हर पेंशन एक वार्षिकी है

कथन II: हर वार्षिकी एक पेंशन है

I. I और II सही हैं

II. I और II गलत हैं

III. I सही और II गलत है

IV. I गलत और II सही है

सारांश

- पेंशन को जीवन बीमा के दूसरे पहलू का प्रतिनिधित्व करने वाला विकल्प कहा जा सकता है। ये ऐसे वित्तीय परिणामों के विरुद्ध संरक्षण प्रदान करते हैं जो व्यक्ति के लंबे समय तक जीवित रहने और इस तरह उसके वित्तीय संसाधनों के समाप्त हो जाने पर उत्पन्न हो सकते हैं।
- आज तीन प्रकार की पेंशन योजनाऐं उपलब्ध हैं जैसे सार्वजनिक पेंशन, व्यावसायिक पेंशन और निजी पेंशन।
- सार्वजनिक पेंशन योजनाओं का सार्वजनिक रूप से अनिवार्य सदस्यता के साथ प्रबंधन किया जाता है और ये आम आम तौर पर "चलते हुए भुगतान करें" (पीएवायजी) के आधार पर वित्तपोषित होती हैं।
- व्यावसायिक पेंशन नियोक्ताओं द्वारा अपने कर्मचारियों के लिए निर्धारित की गई है, जहां नियोक्ताओं और कर्मचारियों दोनों का योगदान रहता है।
- निजी पेंशन आमतौर पर बीमा कंपनी या अन्य पेंशन प्रदाता और वार्षिकीग्राही के बीच एक वार्षिकी अनुबंध के रूप में उपलब्ध कराई और खरीदी जाती है।
- वार्षिकियों को वार्षिकी खरीदने के तरीके, वार्षिकी भुगतान की आवृत्ति, वार्षिकी भुगतान देय होने के समय या भुगतान अवधि की लंबाई और वार्षिकी राशि निर्धारित या परिवर्तनीय होने के आधार पर वर्गीकृत किया जा सकता है।
- पेंशन का उपयोग करके पूरी की जाने वाली आकस्मिकताओं में दीर्घायु होने का जोखिम, मुद्रास्फीति, निवेश का जोखिम और प्रतिस्थापन आय का जोखिम शामिल रहता है।

प्रमुख शब्द

1. कोष (कॉर्पस)
2. सार्वजनिक पेंशन
3. व्यावसायिक पेंशन
4. निजी पेंशन
5. वार्षिकियां
6. जीवन वार्षिकी
7. निश्चित लाभ वार्षिकी
8. परिवर्ती वार्षिकी

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

सार्वजनिक पेंशन राज्य द्वारा प्रदान की जाती है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

एक निश्चित लाभ वार्षिकी में बीमा कंपनी निवेश के जोखिम को वहन करती है।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

कथन I सही है और II गलत है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से कौन से जोखिम का समाधान पेंशन के माध्यम से नहीं किया जा सकता है?

I. दीर्घ जीवन

II. मुद्रास्फीति

III. निवेश जोखिम

IV. असामयिक मृत्यु

प्रश्न 2

वार्षिकियों के संबंध में बताएं कि "नगदीकरण अवधि" का क्या मतलब है?

I. वार्षिकी की खरीद और भुगतान प्रारंभ होने के बीच की अवधि

II. वह अवधि जिसके दौरान बीमा कंपनी वार्षिकी भुगतान करती है

III. कोष बनाने में लगा समय

IV. दिवालियेपन होने की अवधि

प्रश्न 3

देय वार्षिकी की राशि इनमें से किस पर निर्भर करती है:

1. मूल धनराशि
2. निवेश अवधि
3. आय की दर
4. वार्षिकी भुगतानों की अवधि

I. 1 और 2
II. 1, 2 और 3
III. 1, 3 और 4
IV. 1, 2, 3 और 4

प्रश्न 4

देय वार्षिकी की राशि का व्युत्क्रम संबंध इनमें से किसके साथ है:

1. मूल धनराशि
2. निवेश अवधि
3. आय की दर
4. वार्षिकी भुगतानों की अवधि

I. केवल 1
II. केवल 2
III. केवल 3
IV. केवल 4

प्रश्न 5

पेंशन के साथ जुड़ी बुनियादी आकस्मिकता क्या है?

I. मर्त्यता
II. रुग्णता
III. सेवानिवृत्ति के बाद आय सुरक्षा

IV. अपंगता

प्रश्न 6

इनमें से कौन साधारण वार्षिकी का सबसे अच्छा वर्णन करता है?

I. हमेशा के लिए समान समय अंतराल पर समान नकदी प्रवाह

II. एक विशेष समय अवधि के लिए समान समय अंतराल पर समान नगदी प्रवाह

III. हमेशा के लिए समान समय अंतराल पर एकमुश्त नगदी प्रवाह

IV. एक विशेष समयावधि के लिए समान समय अंतराल पर एकमुश्त नगदी प्रवाह

प्रश्न 7

नीचे दिये गये विकल्पों में से उस विकल्प का चयन करें जिसे वार्षिकी के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

I. 2000 रुपए आज प्राप्त हुए, 2000 रुपए अगले वर्ष और 2000 रुपए 2 वर्षों में प्राप्त होंगे।

II. बिजली का बिल

III. कार के भुगतान

IV. बंधक भुगतान

प्रश्न 8

साधारण वार्षिकी में भुगतान प्रत्येक अवधि के ______________ में किए जाते या प्राप्त होते हैं।

I. प्रारंभ में

II. अंत में

III. परिपक्वता पर

IV. समाप्ति से 6 महीने पहले

प्रश्न 9

______________ अनंत जीवन के साथ और सतत वार्षिक भुगतान करने वाली एक वार्षिकी है।

I. एपीआर

II. चुकता ऋण

III. निरंतरता

IV. मूलधन

प्रश्न 10

________________ उस पेंशन को दर्शाने के लिए इस्तेमाल किया जाने वाला शब्द है जिसमें सरकारी प्रशासन के कुछ स्तर होते हैं।

I. बीमा पेंशन फंड

II. सार्वजनिक पेंशन फंड

III. निजी पेंशन फंड

IV. मार्केट पेंशन फंड

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प IV है।

पेंशन के माध्यम से असमय मौत के जोखिम का समाधान नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

वह अवधि जिस दौरान बीमा कंपनी वार्षिकी भुगतान करती है, नगदीकरण अवधि के रूप में जानी जाती है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

देय वार्षिकी की राशि मूल धनराशि, निवेश अवधि, आय की दर और वार्षिकी भुगतानों की अवधि पर निर्भर करती है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

देय वार्षिकी राशि का व्युत्क्रम संबंध वार्षिकी भुगतानों की अवधि से होता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

पेंशन के साथ जुड़ी बुनियादी आकस्मिकता सेवानिवृत्ति के बाद आय की सुरक्षा की है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

एक विशेष समयावधि के लिए समान समय अंतराल पर समान नकदी प्रवाह सामान्य वार्षिकी का सबसे अच्छा वर्णन है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

बिजली के बिल को वार्षिकी के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

एक सामान्य वार्षिकी के अंतर्गत भुगतान प्रत्येक अवधि के अंत में किये जाते या प्राप्त होते हैं।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

निरंतरता अनंत जीवन के साथ और लगातार वार्षिक भुगतान करने वाली वार्षिकी है।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

सार्वजनिक पेंशन फंड ऐसे पेंशन को दर्शाने के लिए इस्तेमाल होने वाला शब्द है जिसमें सरकारी प्रशासन का कुछ स्तर होता है।

अध्याय 8

स्वास्थ्य बीमा

अध्याय परिचय

यह अध्याय स्वास्थ्य बीमा की सामान्य अवधारणाओं और बाजार में उपलब्ध विभिन्न स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों से आपका परिचय कराता है। इस अध्याय में आवासीय,अस्पतालीय चिकित्सा फैमिली फ़्लोटर पॉलिसियों और समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बारे में बताया गया है।

अध्ययन परिणाम

क. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां

क. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां

1. स्वास्थ्य बीमा

परिभाषा

स्वास्थ्य बीमा को सीधे तौर पर बीमा कंपनी और बीमाधारक व्यक्ति के बीच किये जाने वाले अनुबंध के रूप में परिभाषित किया जा सकता है, जिसमें बीमा कंपनी किसी बीमारी या चोट के कारण होने वाले किसी भी चिकित्सा उपचार की स्थिति में एक सम्मत बीमा राशि की सीमा तक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का भुगतान करने के लिए सहमत होती है।

अच्छा स्वास्थ्य एक मानव अधिकार है। हर व्यक्ति स्वास्थ्य की देखभाल की सुलभता और खर्च करने की क्षमता सुनिश्चित करने में रुचि रखता है। भारत में स्वास्थ्य सेवा को हाल के दिनों में काफी महत्व मिला है। यह बदलाव बढ़ी हुई आय, स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता, मूल्य के उदारीकरण और निजी स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण की शुरूआत के कारण आ रहा है।

विशेष रूप से शहरी भारत में जीवनशैली की बीमारियां बढ़ने के साथ एक प्रभावी स्वास्थ्य बीमा की जरूरत तेजी से महत्वपूर्ण होती जा रही है क्योंकि बीमार होने या कोई दुर्घटना घटित होने के कारण काफी वित्तीय झटका लग सकता है। हालांकि अस्पताल नवीनतम चिकित्सा सुविधाएं और अत्याधुनिक बुनियादी ढांचे उपलब्ध करा रहे हैं, तदनुसार मरीजों से उच्च धनराशियां भी वसूल की जाती हैं।

जनसंख्या के धनी वर्ग के पास अच्छी स्वास्थ्य सेवा की दिशा में अधिक सुलभता और खर्च करने की क्षमता हो सकती है, किंतु चिकित्सा उपचार की बढ़ती लागतें आम आदमी की पहुंच से बाहर हैं।

स्वास्थ्य बीमा वह साधन है जो ऐसी परिस्थितियों में मदद कर सकता है। स्वास्थ्य बीमा स्वास्थ्य सेवा की लागतों के वित्तपोषण के लिए एक वैकल्पिक स्रोत के रूप में तेजी से उभर रहा है। स्वास्थ्य बीमा के अभाव में बीमारी या चोट की वजह से अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में चिकित्सा के भारी-भरकम बिल आ सकते हैं। इसलिए यह एक महत्वपूर्ण वित्तीय साधन बन गया है। आखिरकार, स्वास्थ्य ही धन है!

2. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को समझना

बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा के तहत विस्तृत विविधता वाली पॉलिसियां उपलब्ध कराती हैं। इनमें चिकित्सकों और अस्पतालों की लागत को कवर करने वाली पॉलिसियों से लेकर एक विशिष्ट जरूरत जैसे कि लंबे समय तक देखभाल या कैंसर जैसी विशिष्ट बीमारी या गंभीर बीमारी के लिए भुगतान करने की जरूरत को पूरा करने वाली पॉलिसियां शामिल हैं।

कई जीवन बीमा कंपनियों ने देर से स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में प्रवेश किया है जहां हाल के समय तक साधारण बीमा कंपनियों का वर्चस्व था। भारत में स्वास्थ्य बीमा की विशाल संभावना का पता लगाने के लिए कुछ स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां भी गठित की गयी हैं।

क) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी क्या कवर करती है?

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी आमतौर पर ऐसी किसी भी दुर्घटना/रोग/बीमारी के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में होने वाले बुनियादी खर्चों को कवर करती है जो पॉलिसी के स्थायी अपवर्जन का हिस्सा नहीं होती हैं।

सूचना

स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां

i. स्टैंडअलोन कंपनियां भारत में इसलिए अस्तित्व में आयी हैं क्योंकि इनको स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में विकास की जबरदस्त संभावनाएं दिखाई देती है।

ii. आईआरडीए ने स्टैंडअलोन स्वास्थ्य कंपनियां खोलने के लिए पूंजी की आवश्यकताओं को कम कर दिया है ताकि अधिक से अधिक स्वास्थ्य बीमा कंपनियां स्थापित की जा सकें।

iii. अपेक्षाओं में अलग-अलग ग्राहक वर्ग के लिए अभिनव उत्पाद डिजाइन करना शामिल था।

iv. इन कंपनियों ने देश में काफी विशिष्ट विशेषज्ञता और अनुसंधान को लाने का काम किया है ।

v. अस्पताल श्रृंखलाओं ने बीमा कारोबार में प्रवेश किया।

vi. स्टैंडअलोन कंपनियां ग्रामीण जनता को कवर करने के लिए सरकार की विशेष योजनाओं में शामिल हो गयीं।

स्वास्थ्य बीमा के तहत कवर किए जाने वाले खर्चों में आम तौर पर निम्नलिखित शामिल हैं:

- ✓ कमरे/बिस्तर का खर्च
- ✓ आवासीय खर्चे
- ✓ नर्सिंग के खर्चे
- ✓ चिकित्सक की फीस
- ✓ नैदानिक परीक्षण
- ✓ ऑपरेशन थिएटर का शुल्क और
- ✓ सर्जिकल उपकरण और इसी तरह की अन्य चीजों से संबंधित व्यय

मानक योजना के एक हिस्से के रूप में, अस्पताल में भर्ती होने के पूर्व और बाद के खर्चों और निर्दिष्ट दैनिक देखभाल की प्रक्रियाओं के लिए कवरेज भी विशिष्ट पॉलिसियों में सूचीबद्ध हैं।

स्वास्थ्य बीमा कवरेज अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में भिन्न हो सकते हैं। कुछ बीमा कंपनियों ने ओपी परामर्श, फार्मेसी बिल, नैदानिक परीक्षण, दंत-चिकित्सा उपचार, ऑप्टिकल सेवाओं और अंतरंग रोगी उपचार के साथ-साथ वार्षिक स्वास्थ्य जांच जैसे खर्चों को कवर करने वाले बहिरंग या आउटपेशेंट (ओपी) उपचार के कवरों की शुरुआत की है। कुछ बीमा कंपनियां गंभीर बीमारियों के लिए ऐड-ऑन आवरण की अनुमति देती हैं।

कैंसर, स्ट्रोक, गुर्दे की विफलता और दिल का दौरा जैसी बीमारियों के लिए भी कुछ शर्तों और अतिरिक्त प्रीमियम के अधीन आवरण पलब्ध कराये जाते हैं।

परिभाषा

स्वास्थ्य बीमा से संबंधित कुछ आम परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

अंतरंग रोगी (**इनपेशेंट**): ऐसे बीमाधारक जो अस्पताल में भर्ती होने के बाद उपचार की प्रक्रिया से गुजरते हैं

बहिरंग रोगी (**आउटपेशेंट**): ऐसे बीमाधारक जो अस्पताल में भर्ती हुए/ठहरे बिना उपचार की प्रक्रिया से गुजरते हैं।

दैनिक देखभाल केंद्र (**डे केयर सेंटर**): प्रौद्योगिकी और चिकित्सा विज्ञान की प्रगति के साथ कई जटिल सर्जिकल प्रक्रियाएं सरल बन गयी हैं और इनके लिए एक दिन से अधिक या कई बार 24 घंटे से कम समय के लिए अस्पताल में रहने की आवश्यकता नहीं है; जैसे, लिथोट्रिप्सी, मोतियाबिंदु आदि। ऐसे केंद्र जहां इस तरह की प्रक्रियाएं पूरी की जाती हैं, दैनिक देखभाल केंद्र (डे केयर सेंटर) के रूप में जाने जाते हैं।

ख) स्वास्थ्य बीमा में प्रयुक्त शब्दावलियां

i. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर (टीपीए)

इसका मतलब है कोई ऐसा व्यक्ति जिसे आईआरडीए (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वास्थ्य सेवा) विनियम, 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त है और जो किसी बीमा कंपनी द्वारा फीस या शुल्क के बदले में स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के प्रयोजनों में संलग्न है।

ii. नेटवर्क प्रदाता

इसका मतलब है कैशलेस सुविधा से भुगतान करने पर बीमाधारक को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा या टीपीए और बीमा कंपनी द्वारा एक साथ मिलकर सूचीबद्ध किया गया अस्पताल या स्वास्थ्य सेवा प्रदाता।

iii. सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी)

यह पहले से मौजूद स्वास्थ्य स्थितियों के लिए मिले क्रेडिट और समयबद्ध अपवर्जनों को एक बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी को या एक ही बीमा कंपनी की एक योजना से दूसरी योजना में हस्तांतरित करने के लिए व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी धारक (परिवार कवर सहित) को प्रदान किया गया अधिकार है, बशर्ते कि पिछली पॉलिसी को किसी भी रुकावट के बिना चालू रखा गया है। एक ही कंपनी की पॉलिसियों के बीच हस्तांतरण को इससे बाहर रखा गया है।

iv. पहले से मौजूद बीमारियां

इसका मतलब ऐसी बीमारी/चोट की स्थिति या घटना जिसके लिए एक पूर्व निर्धारित समय में उपचार की आवश्यकता थी। इन्हें एक निश्चित प्रतीक्षा अवधि के बाद कवर किया जा सकता है।

v. वरिष्ठ नागरिक

इसका मतलब है ऐसा कोई व्यक्ति जिसने स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी शुरू होने या नवीनीकरण की तारीख को साठ वर्ष या उससे अधिक की उम्र पूरी कर ली है।

vi. स्वास्थ्य के साथ जीवन कॉम्बो उत्पाद

इसका मतलब है ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी से जीवन बीमा कवर और एक गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा कवर का संयोजन प्रदान करते हैं।

सूचना

सार्वजनिक क्षेत्र की साधारण बीमा कंपनियों ने अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए "मेडिक्लेम" नाम गढ़ा था जिसे अस्पताल में भर्ती होने को कवर करने के लिए 1980 के दशक के उत्तरार्ध में बाजार में उतारा गया था। समय के साथ "मेडिक्लेम" नाम भारतीय बाजार में स्वास्थ्य बीमा का पर्याय बन गया।

आज हालांकि विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य बीमा उत्पाद उपलब्ध हैं जो ग्राहकों की अलग-अलग ग्राहकों का समाधान करते हैं, मूल मेडिक्लेम पॉलिसी से काफी अलग हैं। हालांकि इन्हें विभिन्न नामों से बेचा जाता है, कई उपभोक्ता अभी भी अपने स्वास्थ्य बीमा को मेडिक्लेम कहते हैं।

भारत में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां आम तौर पर एक व्यापक स्वास्थ्य कवर प्रदान करती हैं जो कुछ अपवर्जनों अर्थात एड्स, एसटीडी, मानसिक विकार और जन्मजात दोष के अधीन कम से कम 24 घंटे अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता वाली सभी बीमारियों और चोटों को कवर करती हैं। आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी नियमित प्रकृति के चिकित्सा खर्चों या नियमित स्वास्थ्य जांच, कॉस्मेटिक सर्जरी, प्लास्टिक सर्जरी, दंत चिकित्सा उपचार, सौंदर्य उपचार आदि के खर्चों को कवर नहीं करती है।

महत्वपूर्ण

पहले से मौजूद रोगों (पीईडी), कुछ विशिष्ट बीमारियों जैसे मोतियाबिंदु, कुछ प्रक्रियाओं जैसे हिस्टेरेक्टोमी आदि के संबंध में एक निर्धारित अवधि के लिए कुछ प्रतीक्षा अवधि (आम तौर पर 48 महीने) होती है जो सामान्यतः एक वर्ष से लेकर चार वर्ष तक की श्रेणी में होती है।

तथापि, अपवर्जन और प्रतीक्षा अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग हो सकती है। कई बीमा कंपनियों ने मातृत्व व्यय को बाहर रखा है। हाल ही में कुछ ऐसे उत्पाद आए हैं जो कुछ प्रतीक्षा अवधि के बाद मातृत्व व्यय के लिए कवरेज प्रदान करते हैं। कुछ योजनाओं में हर 4 से 5 दावा मुक्त वर्ष के अंत में एम्बुलेंस शुल्क, एक निःशुल्क चिकित्सा जांच शामिल हो सकती है।दावा मुक्त वर्षों के मामले में बीमाधारक को "कोई दावा नहीं" बोनस दिया जाता है।

ऐसी बीमा कंपनियां भी हैं जो एचआईवी पॉजिटिव व्यक्तियों को कवर करती हैं। कुछ बीमा कंपनियां बीमा राशि के एक प्रतिशत तक गैर-एलोपैथिक उपचार भी प्रदान करती हैं। ज्यादातर बीमा कंपनियां एक व्यापक विविधता के उत्पाद उपलब्ध कराती हैं।

---

3. आवासीय अस्पतालीय चिकित्सा में भर्ती होना

कुछ बीमा उत्पादों में आवासीय अस्पतालीय चिकित्सा में भर्ती होने के लाभों की पेशकश की जाती है। यह आम तौर पर ऐसी बीमारी/चोट के लिए तीन दिन से अधिक की अवधि के लिए चिकित्सा उपचार को संदर्भित करता है, जिसके लिए सामान्य स्थिति में अस्पताल/नर्सिंग होम में इलाज की आवश्यकता होती है, लेकिन वास्तव में निम्नलिखित किसी भी परिस्थिति में भारत में घर में रहकर ही इलाज कराया जा सकता है:

- ✓ रोगी की हालत ऐसी है कि उसे अस्पताल/नर्सिंग होम में नहीं ले जाया जा सकता है।
- ✓ रोगी को अस्पताल/नर्सिंग होम में आवासीय सुविधा की कमी के कारण वहां नहीं ले जाया जा सकता है।

यह दमा, मधुमेह, उच्च रक्तचाप जैसी कुछ दीर्घकालिक बीमारियों या खांसी, जुकाम, बुखार, पेचिश आदि जैसी सामान्य बीमारियों को बाहर रखता है। कई कंपनियों को लगता है कि आवासीय अस्पतालीय चिकित्सा कवर का अधिक व्यावहारिक उपयोग नहीं है और उन्होंने इस कवर को वापस ले लिया है। आवासीय अस्पताल में भर्ती होने को कुल बीमा राशि के एक निश्चित प्रतिशत पर निर्धारित किया गया है। यह रकम बीमा राशि की समग्र सीमा के भीतर रहती है।

प्रीमियम व्यक्ति की उम्र और चयनित बीमा राशि से संबंधित होता है। यह उपभोक्ता की आय के एक अनुपात के बजाय उपभोक्ता (या कर्मचारियों के समूह की) जोखिम की स्थिति और उपलब्ध लाभ के स्तर के आकलन पर आधारित है।

4. फैमिली फ्लोटर पॉलिसियां

फैमिली फ्लोटर पॉलिसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का ही एक अन्य संस्करण है। यहां बीमा राशि परिवार के सदस्यों के बीच घूमती रहती है। फैमिली फ्लोटर पॉलिसी आमतौर पर पति, पत्नी और दो बच्चों को कवर करती है। कुछ पॉलिसियां दो से अधिक बच्चों, माता-पिता और सास-ससुर को भी कवर करती हैं। पूरे परिवार के लिए उपलब्ध कवरेज चुनी गयी बीमा राशि तक ही सीमित रहता है। फैमिली फ्लोटर पॉलिसियों के लिए कुल देय प्रीमियम गैर-फ्लोटर पॉलिसियों के लिए देय कुल प्रीमियम की तुलना में कम होता है जहां परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए अलग-अलग बीमा राशियां लागू होती हैं।

उदाहरण

कोई बीमाधारक व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा योजना के साथ स्वयं के लिए, अपनी पत्नी और आश्रित बच्चों के लिए एक पॉलिसी लेता है जिसमें प्रत्येक के लिए 2 लाख रुपए की बीमा राशि है। उसे परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए रु.2000 - रु. 4000 तक की सीमा के बीच प्रीमियम का भुगतान करना पड़ता।

तथापि, अगर बीमाधारक 5 लाख रुपए की बीमा राशि के साथ एक फैमिली फ्लोटर योजना का चयन करता है तो कुल प्रीमियम अलग-अलग बीमा राशियों के लिए अलग-अलग प्रीमियम भुगतानों की तुलना में कम होगा। जहां अलग स्वास्थ्य योजना 2 लाख रुपए प्रति व्यक्ति कवर करेगी, फ्लोटर योजना के मामले में कवर 5 लाख रुपए तक चला जाएगा जो परिवार के किसी एक सदस्य के लिए चिकित्सा उपचार की लागत अधिक हो जाने की स्थिति में परिवार की मदद करेगा।

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी किसी व्यक्ति द्वारा अपने लिए, अपने परिवार के लिए या एक समूह द्वारा ली जा सकती है। **उम्र कारक के अनुसार पात्रता अलग-अलग बीमा कंपनी के लिए अलग-अलग होती है जो कम से कम 3 महीने से लेकर 80 वर्ष और उससे अधिक के लिए होती है।**

बीमा राशि एक निश्चित सीमा के भीतर उपलब्ध है। यह आयु वर्ग पर भी निर्भर करती है। मान लेते हैं कि 25-40 वर्ष के आयु वर्ग के लिए बीमा कंपनी 10 लाख रुपए या इससे अधिक बीमा राशि की पेशकश कर सकती है और 3 महीने से लेकर 5 वर्ष के आयु वर्ग के लिए यह 2 लाख हो सकती है।

नियम समय-समय पर बदलते रहते हैं और विभिन्न पॉलिसियों तथा बीमित समूहों के लिए अलग-अलग तरीके से लागू होते हैं। एजेंटों को अपने द्वारा बेची जाने वाली पॉलिसियों के लिए उपलब्ध कर छूट के बारे में स्पष्ट होने और बाजार में अन्य उत्पादों के लिए उपलब्ध कर छूट से परिचित होने की जरूरत है।

महत्वपूर्ण

स्वास्थ्य बीमा को बढ़ावा देने के लिए सरकार पॉलिसीधारकों को करों में कुछ छूट देती है। इस तरह के लाभ कर में रियायत के रूप में या कर की गणना के लिए भुगतान किए गए प्रीमियम को आय में से कटौती करने की अनुमति देकर हो सकते हैं। एक महत्वपूर्ण प्रोत्साहन यह है कि स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम आयकर अधिनियम की धारा 80डी के तहत कर लाभ के योग्य होता है।

परिभाषा

अस्पताल

अस्पताल का मतलब है बीमारी और/या घायल होने के संबंध में भर्ती किए गए रोगी की देखभाल और दैनिक देखभाल संबंधी उपचार के लिए स्थापित कोई भी संस्थान और जिसे क्लीनिकल प्रतिष्ठान (पंजीकरण एवं विनियमन) अधिनियम, 2010 के तहत या उक्त अधिनियम की धारा 56(1) की अनुसूची के अंतर्गत निर्दिष्ट अधिनियमों के तहत स्थानीय प्राधिकरणों के साथ एक अस्पताल के रूप में पंजीकृत किया गया है या जो निम्नानुसार सभी न्यूनतम मापदंडों का पालन करता है:

i. जिसके पास अपने नियोजन के तहत चौबीसों घंटे योग्य नर्सिंग स्टाफ उपलब्ध है
ii. जिसके पास 10,00,000 से कम की जनसंख्या वाले शहरों में कम से कम 10 अंतरंग रोगी के बिस्तर और अन्य सभी स्थानों में कम से कम 15 रोगी के बिस्तर उपलब्ध हैं
iii. जिसके पास चौबीसों घंटे प्रभारी में योग्य चिकित्सक मौजूद हैं
iv. जिसके पास अपना खुद का एक पूरी तरह सुसज्जित आपरेशन थियेटर है जहां शल्य-चिकित्सा प्रक्रियाएं पूरी की जाती हैं

v. जो रोगियों का दैनिक रिकॉर्ड रखता है और इसे बीमा कंपनी के अधिकृत कर्मियों के लिए सुलभ बनाता है

---

5. बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती कराए जाने पर उठाए जाने वाले कदम

"कैशलेस सुविधा" का मतलब है बीमा कंपनी द्वारा बीमा धारक को प्रदान की गयी एक ऐसी सुविधा जहां पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार बीमित व्यक्ति के उपचार के खर्चों का भुगतान पहले से स्वीकृत प्राधिकार की सीमा तक बीमा कंपनी द्वारा सीधे नेटवर्क प्रदाता को किया जाता है।"कैशलेस" अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में अस्पताल बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को जारी किए गए पहचान पत्र/स्मार्ट कार्ड के आधार पर उसकी पहचान करता है। वे बीमा कंपनी से एक पूर्व-प्राधिकार भी प्राप्त कर सकते हैं। कैशलेस का मतलब यह होगा कि प्रवेश के समय बीमित व्यक्ति द्वारा कोई भी भुगतान किए जाने की जरूरत नहीं है और यह कि अस्पताल के बिलों का भुगतान बीमा कंपनी द्वारा सीधे अस्पताल को किया जाएगा।

परिदृश्य 1: कैशलेस सुविधा

i. बीमाधारक व्यक्ति को एक नेटवर्क अस्पताल में जाकर उपचार कराना होगा।
ii. बीमा कंपनी या तृतीय पक्ष व्यवस्थापक द्वारा जारी किया गया कार्ड नेटवर्क अस्पताल के समक्ष प्रस्तुत करना होगा।
iii. अस्पताल स्मार्ट कार्ड के आधार पर या बीमा कंपनी अथवा टीपीए से पूर्व-प्राधिकार प्राप्त करने के बाद प्रवेश देगा
iv. कुछ बीमा कंपनियों को अस्पताल में भर्ती होने से 48 घंटे पहले सूचित करने की आवश्यकता होती है
v. बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा पॉलिसी के विवरण का सत्यापन किए जाने के बाद कैशलेस निपटान की प्रक्रिया पर कार्रवाई की जाएगी

परिदृश्य 2: दावों की प्रतिपूर्ति

अगर बीमाधारक व्यक्ति कैशलेस निपटान का विकल्प नहीं चुनता है तो उसे अस्पताल को सीधे भुगतान करना पड़ता है। तब बीमा कंपनी/टीपीए को बिल प्रस्तुत करना होगा और दावों की प्रतिपूर्ति की जाएगी।

सूचना

पूर्व-प्राधिकार

आपात स्थितियों को छोड़कर कैशलेस सुविधा के लिए बीमा कंपनी या उस नेटवर्क प्रदाता के लिए नियुक्त टीपीए द्वारा जहां उपचार किया गया है, एक पूर्व-प्राधिकार जारी किए जाने की आवश्यकता हो सकती है। आईआरडीए एक मानक पूर्व-प्राधिकार प्रपत्र और मानक प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र निर्धारित कर सकता है जिसका इस प्रयोजन के लिए लागू होने के अनुसार उपयोग किया जाएगा।

जहां किसी पॉलिसीधारक को एक निर्दिष्ट अस्पताल में एक निर्दिष्ट प्रक्रिया पूरी करने के लिए पूर्व-प्राधिकार जारी किया गया है या अगर पॉलिसी धारक पहले से किसी अस्पताल में ऐसे उपचार की प्रक्रिया से गुजर रहा है और ऐसे अस्पताल को नेटवर्क प्रदाताओं की सूची से निकाला जाना प्रस्तावित है, तो बीमा कंपनी ऐसे पॉलिसी धारक को कैशलेस सुविधा के लाभ इस प्रकार उपलब्ध कराएगी मानो कि ऐसा अस्पताल नेटवर्क प्रदाता की सूची में बना हुआ है।

सूचना

फरवरी 2013 में जारी किए गए आईआरडीए विनियमों के अनुसार, सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में नीचे सूचना पेटिका में दी गई सुविधाओं/लाभों का होना आवश्यक है:

i. नेटवर्क प्रदाता सूची

ii. ग्राहक द्वारा दस्तावेज़ प्राप्त किए जाने की तारीख से 15 दिनों की फ्री लुक अवधि। इस अवधि के दौरान ग्राहक यह तय कर सकता है कि पॉलिसी को जारी रखा जाए या नहीं। अगर वह इसके साथ आगे नहीं बढ़ना चाहता है तो खर्चों के लिए कुछ कटौतियां करने के बाद पूरा प्रीमियम वापस किया जा सकता है।

iii. नवीनीकरण के लिए पॉलिसी समाप्ति की तिथि के बाद 30 दिनों की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी गयी है।

iv. सभी पॉलिसियों पर आजीवन कवरेज अनिवार्य कर दिया गया है।जहां कहीं भी किसी उत्पाद में बीमाधारक के एक खास वर्ग के लिए अधिकतम आयु सीमा है, बीमा कंपनी कवरेज के सभी निरंतर वर्षों की संख्या के लिए क्रेडिट प्रदान करके सदस्य को अन्य उपयुक्त उत्पाद में स्थानांतरित होने की पेशकश करेगी।

v. सभी स्वास्थ्य पॉलिसियों में नामांकन के लिए एक प्रावधान करना होगा।

vi. ग्राहक सूचना सारांश का मानकीकरण होना चाहिए।

vii. लाभों, नियमों और शर्तों का एकपृष्ठीय सारांश प्रत्येक उत्पाद के लिए जारी किया जाना चाहिए।

6. समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी

समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी समूहों/संघों/संस्थाओं/कॉर्पोरेट निकायों के लिए उपलब्ध है बशर्ते कि उनके पास एक केंद्रीय प्रशासन बिंदु उपलब्ध हो और वे व्यक्तियों की एक न्यूनतम संख्या को कवर किए जाने के अधीन हैं। समूह का संबंध किसी अनुमोदित श्रेणी से होना चाहिए।

समूह पॉलिसी समूह/संघ/संस्था/निगम निकाय (जिसे बीमाधारक कहा जाता है) के नाम पर जारी की जाती है जिसमें सदस्यों और उनके परिवार के योग्य सदस्यों (जिन्हें बीमित व्यक्ति कहा जाता है) के नामों की एक अनुसूची पॉलिसी का हिस्सा बनती है।

समूह में फैमिली फ्लोटर और एक से अधिक बीमित व्यक्ति वाली कोई भी पॉलिसी शामिल है। पॉलिसी के तहत कवरेज कुछ शर्तों के साथ आम तौर पर वही हैं जो व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में होता है। हालांकि कुछ बीमा कंपनियां कुछ छूट की अनुमति देती हैं।

उदाहरण के लिए: एक बैंक अपने उन सभी ग्राहकों के लिए एक समूह बीमा पॉलिसी ले सकता है जिन्हें इसने ऋण दिया है।

चित्र 1: बैंक के ग्राहकों के लिए समूह बीमा पॉलिसी

सूचना

पहचान कार्ड और स्मार्ट कार्ड

i. कैशलेस सुविधा का लाभ उठाने के लिए बीमा कंपनियां पॉलिसी जारी होने की तारीख से 15 दिनों के भीतर टीपीए के माध्यम से या सीधे तौर पर बीमाधारक व्यक्ति को एक पहचान कार्ड जारी करती हैं।

ii. पहचान कार्ड में आमतौर पर पॉलिसीधारक का विवरण और बीमा कंपनी का लोगो (प्रतीक चिहन) शामिल रहता है।

iii. कार्ड की वैधता पॉलिसी की अवधि के साथ मेल खाती है और इसे समय-समय पर नवीतीकृत किया जाता है। बीमा कंपनियां पहचान कार्ड के बजाय स्मार्ट कार्ड जारी कर सकती हैं।

स्व-परीक्षण 1

स्वास्थ्य बीमा इनमें से किन से जोखिम को देखने के लिए बनाया गया है?

I. मर्त्यता

II. रुग्णता

III. अनंतता

IV. आकस्मिक लाभ

सारांश

- स्वास्थ्य बीमा को सीधे तौर पर बीमा कंपनी और बीमाधारक व्यक्ति के बीच किये जाने वाले एक अनुबंध के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिसमें बीमा कंपनी किसी बीमारी या चोट के कारण होने वाले किसी भी चिकित्सा उपचार की स्थिति में एक सम्मत बीमा राशि की सीमा तक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का भुगतान करने के लिए सहमत होती है।
- स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी आमतौर पर ऐसी किसी भी दुर्घटना/रोग/बीमारी के कारण अस्पताल में भर्ती किए जाने के मामले में बुनियादी खर्चों को कवर करती है।
- फैमिली फ्लोटर पॉलिसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का एक अन्य संस्करण है। यहां बीमा राशि परिवार के सदस्यों के बीच घूमती रहती है।
- "कैशलेस सुविधा" का मतलब है बीमा कंपनी द्वारा बीमा धारक को प्रदान की गयी एक ऐसी सुविधा जहां पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार बीमित व्यक्ति के उपचार के खर्चों का भुगतान पहले से स्वीकृत प्राधिकार की सीमा तक बीमा कंपनी द्वारा सीधे नेटवर्क प्रदाता को किया जाता है।
- समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी समूहों/संघों/संस्थाओं/कॉर्पोरेट निकायों के लिए उपलब्ध है बशर्ते कि उनके पास एक केंद्रीय प्रशासन बिंदु उपलब्ध हो और वे व्यक्तियों की एक न्यूनतम संख्या को कवर किए जाने के अधीन हैं।

प्रमुख शब्द

1. स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां
2. आवासीय अस्पतालीय चिकित्सा
3. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक यानी थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर (टीपीए)
4. पहले से मौजूद बीमारियां (पीईडी)
5. फैमिली फ्लोटर पॉलिसी
6. कैशलेस सुविधा

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

स्वास्थ्य बीमा का उपयोग रुग्णता के जोखिम का समाधान करने के लिए किया जा सकता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

आईआरडीए का मतलब है ____________ ।

I. अंतर्राष्ट्रीय नियामक एवं विकास प्राधिकरण
II. भारतीय नियामक एवं विकास प्राधिकरण
III. बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण
IV. आय नियामक एवं विकास प्राधिकरण

प्रश्न 2

टीपीए शब्द का मतलब है __________ ।

(स्वास्थ्य बीमा के संदर्भ में उत्तर दें)

I. प्राथमिक एसोसिएट
II. सहायता प्रदान करना
III. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर)
IV. तृतीय पक्ष की सहायता

प्रश्न 3

निम्नलिखित में से कौन सा समूह एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए पात्र नहीं होगा?

I. किसी कंपनी के कर्मचारी
II. किसी संगठन के क्रेडिट कार्ड धारक
III. संघ के पेशेवर सदस्य
IV. समूह स्वास्थ्य बीमा का लाभ उठाने के प्रयोजन से गठित असंबंधित व्यक्तियों का समूह

प्रश्न 4

फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के तहत किसे कवर नहीं किया जा सकता है?

I. बच्चे
II. पति/पत्नी
III. सास-ससुर
IV. मामा

प्रश्न 5

फ़रवरी 2013 में जारी किए गए आईआरडीए विनियमों के अनुसार, पॉलिसी की समाप्ति की तिथि के बाद नवीकरण के लिए अनुमत अनुग्रह अवधि क्या है?

I. 15 दिन
II. 30 दिन
III. 45 दिन
IV. 60 दिन

प्रश्न 6

इस परिदृश्य में दिखाए गए बीमा के रूप को पहचानें।

परिदृश्यः रोगी स्वास्थ्य प्रदाता को भुगतान करता है और बाद में स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा इसकी प्रतिपूर्ति की जाती है।

I. सेवा लाभ
II. प्रत्यक्ष अनुबंध
III. क्षतिपूर्ति
IV. दुर्घटना

प्रश्न 7

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा उठाये गये नैतिक जोखिम का परिणाम ___________ हो सकता है।

I. समुदाय दर निर्धारण
II. प्रतिकूल चयन
III. स्वास्थ्य बीमा का दुरुपयोग

IV. जोखिम पूलिंग

प्रश्न 8

प्राथमिक देखभाल का वर्णन ___________ के रूप में किया जा सकता है।

I. गंभीर स्थिति में रोगी को प्रदान की गयी देखभाल

II. अस्पतालों में की गयी देखभाल

III. स्वास्थ्य सेवा की मांग करने वाले लोगों के लिए संपर्क का पहला बिंदु

IV. चिकित्सकों द्वारा की गयी देखभाल

प्रश्न 9

_______________ एक बीमाधारक है जो अस्पताल में भर्ती होने के बाद उपचार की प्रक्रिया से गुजरता है।

I. अंतरंग रोगी (इनपेशेंट)

II. बहिरंग रोगी (आउटपेशेंट)

III. दैनिक रोगी

IV. हाउस पेशेंट

प्रश्न 10

__________ कैशलेस सुविधा से भुगतान किये जाने पर बीमाधारक को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा सूचीबद्ध किसी अस्पताल / स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को दर्शाता है।

I. दैनिक देखभाल केंद्र (डे केयर सेंटर)

II. नेटवर्क प्रदाता

III. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर)

IV. आवासीय

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

आईआरडीए का मतलब है बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

टीपीए शब्द का अर्थ है "तृतीय पक्ष व्यवस्थापक"।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

समूह स्वास्थ्य बीमा का लाभ उठाने के प्रयोजन से गठित असंबंधित व्यक्तियों का समूह, समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए पात्र नहीं होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

मामा को फैमिली फ़्लोटर पॉलिसी के तहत कवर नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

फ़रवरी 2013 में जारी किए गए आईआरडीए के विनियमों के अनुसार, पॉलिसी समाप्ति की तिथि के बाद नवीकरण के लिए 30 दिनों की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी जाती है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

यह परिदृश्य बीमा के क्षतिपूर्ति वाले रूप को दर्शाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा उठाये गये नैतिक जोखिम का परिणाम प्रतिकूल चयन में हो सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

प्राथमिक देखभाल का वर्णन स्वास्थ्य सेवा की मांग करने वाले लोगों के लिए संपर्क के पहले बिंदु के रूप में किया जा सकता है।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

अंतरंग रोगी (इंपेशेंट) एक बीमाधारक है जो अस्पताल में भर्ती होने के बाद उपचार की प्रक्रिया से गुजर रहा है।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

नेटवर्क प्रदाता का मतलब कैशलेस सुविधा से भुगतान पर एक बीमाधारक को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए किसी बीमा कंपनी द्वारा सूचीबद्ध कोई अस्पताल / स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को दर्शाता है.

अध्याय 9

जीवन बीमा के प्रयोग

अध्याय परिचय

जीवन बीमा केवल असामयिक मृत्यु से लोगों की रक्षा ही नहीं करना चाहता है, बल्कि इसके अन्य प्रयोग भी हैं। इसका प्रयोग परिणामी बीमा लाभ वाले न्यासों के निर्माण में किया जा सकता है; इसे उद्योगों के महत्वपूर्ण कर्मियों को कवर करने वाली एक पॉलिसी बनाने और बंधक मोचन के लिए भी प्रयोग किया जा सकता है। हम जीवन बीमा के इन विभिन्न प्रयोगों का संक्षेप में वर्णन करेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. जीवन बीमा के प्रयोग

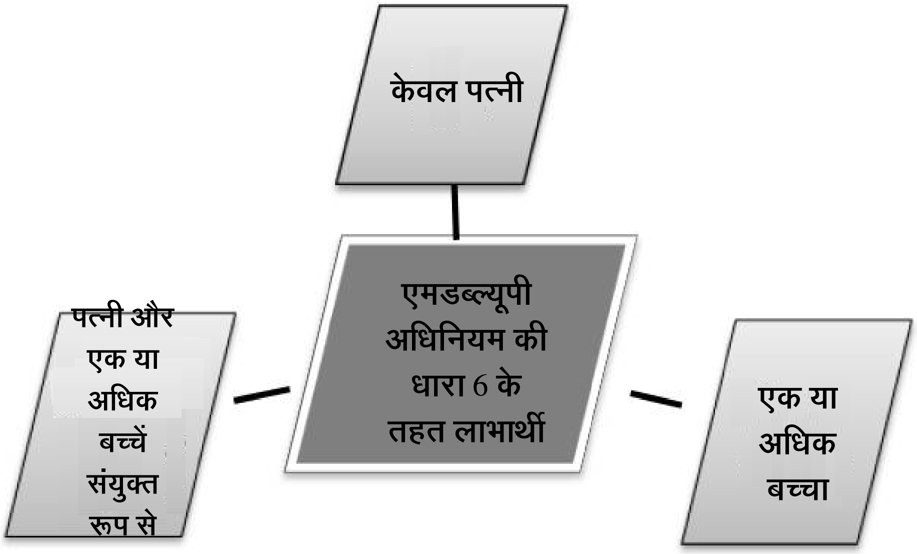
क. जीवन बीमा के प्रयोग

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम

जीवन बीमा पॉलिसी में न्यास की अवधारणा वार्षिकियों सहित जीवन बीमा पॉलिसी के तहत लाभों के हस्तांतरण/विरासत पर संपदा शुल्क का प्रयोग करने के लिए आवश्यक है। हालांकि भारत में संपदा शुल्क के उन्मूलन के साथ न्यास की अवधारणा को अब पसंद नहीं किया जाता हो, फिर भी यह इस विषय को विस्तार से समझने के लिए उपयोगी है।

विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 जीवन बीमा पॉलिसी के तहत पत्नी और बच्चों के लिए लाभों की सुरक्षा का प्रावधान करती है। विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 एक न्यास के निर्माण का भी प्रावधान करती है।

चित्र 1: एमडब्ल्यूपी अधिनियम के अंतर्गत लाभार्थी



इसके अनुसार यदि किसी विवाहित पुरुष द्वारा अपने स्वयं के जीवन पर जीवन बीमा पॉलिसी ली जाती है और पॉलिसी के मुख पृष्ठ पर यह अभिव्यक्त हो कि वह उसकी पत्नी या उसकी पत्नी और बच्चों या उनमें से किसी के भी लाभार्थ ली गई है तो उसे इस प्रकार अभिव्यक्त हित के अनुसार उसकी पत्नी, या उसकी पत्नी और बच्चे या उनमें से किसी के भी लाभ के लिए एक न्यास माना जाएगा, और जब तक न्यास की कोई भी वस्तु शेष है, वह पति या उसके लेनदारों के नियंत्रण के अधीन होगी या उसकी संपत्ति का हिस्सा बनेगी।

क) **एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत पॉलिसी की विशेषताएं**

i. प्रत्येक पॉलिसी एक अलग न्यास बनी रहेगी। पत्नी या बच्चा (18 वर्ष से अधिक की उम्र का) एक न्यासी हो सकता है।

ii. पॉलिसी अदालत कुर्की, लेनदारों और यहां तक कि जीवन बीमाधारक के नियंत्रण से बाहर होगी।

iii. दावा राशि का भुगतान न्यासियों को किया जाएगा।

iv. पॉलिसी का समर्पण नहीं किया जा सकता और ना ही नामांकन या समनुदेशन की अनुमति है।

v. अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए कोई प्रशासक नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत सुरक्षित राशि उस राज्य के सरकारी न्यासी को देय होती है जिसमें बीमा कराने वाला कार्यालय स्थित है।

ख) **लाभ**

न्यास का गठन एक अपरिवर्तनीय, गैर-संशोधन योग्य न्यास विलेख के तहत किया जाता है और इसमें एक या एक से अधिक बीमा पॉलिसियां हो सकती हैं। जीवन बीमा पॉलिसी के तहत लाभ के नाते न्यास की संपत्ति के प्रबंधन के लिए एक न्यासी नियुक्त करना महत्वपूर्ण है। बीमा पॉलिसियां रखने के लिए एक न्यास बनाकर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत और जीवन बीमाधारक व्यक्ति की मृत्यु होने पर अपने अधिकारों का त्याग करता है। न्यासी बीमा की आय का निवेश करता है और एक या एक से अधिक लाभार्थियों के लिए न्यास का प्रबंधन करता है।

जहां पति/पत्नी और बच्चों के लाभ के लिए न्यास बनाना एक प्रथा है, लाभार्थियों किसी अन्य कानूनी व्यक्ति हो सकता है. न्यास बनाने से सुनिश्चित किया जाता है कि लाभार्थी के नाबालिग रहने के दौरान पॉलिसी से प्राप्त राशि का बुद्धिमानी से निवेश किया गया है तथा यह भावी लेनदावें से भी लाभों को संरक्षित करता है।

2. **प्रमुख व्यक्ति बीमा**

प्रमुख व्यक्ति बीमा व्यवसाय का एक महत्वपूर्ण रूप है।

परिभाषा

प्रमुख व्यक्ति बीमा की व्याख्या एक व्यवसाय द्वारा व्यवसाय के किसी महत्वपूर्ण व्यक्ति की मृत्यु या अक्षमता में वृद्धि से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों की क्षतिपूर्ति के लिए ली जाने वीली बीमा पॉलिसी के रूप में की जा सकती है।

सीधे शब्दों में कहें तो प्रमुख व्यक्ति बीमा एक ऐसा जीवन बीमा है जिसका व्यावसयिक सुरक्षा प्रयोजनों के लिए उपयोग किया जाता है। पॉलिसी की अवधि व्यवसाय के लिए प्रमुख व्यक्ति की उपयोगिता की अवधि से अधिक नहीं होती है। प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसियां आम तौर पर व्यवसायों द्वारा ली जाती हैं और इसका उद्देश्य एक प्रमुख आय उत्पादक व्यक्ति के नुकसान के साथ हुए नुकसानों की क्षतिपूर्ति करना और कारोबार की निरंतरता बनाये रखना है। प्रमुख व्यक्ति बीमा खर्च किए गए वास्तविक नुकसानों की क्षतिपूर्ति नहीं करता है बल्कि बीमा पॉलिसी में निर्दिष्ट एक निश्चित मौद्रिक राशि की ही क्षतिपूर्ति करता है।

कई व्यवसायों के पास एक प्रमुख व्यक्ति होता है जो अधिकांश मुनाफों के लिए जिम्मेदार होता है या जिसके पास अनूठा और अप्रतिस्थापनयोग्य कौशल होता है जैसे संगठन के लिए महत्वपूर्ण बौद्धिक संपदा। एक नियोक्ता ऐसे किसी कर्मचारी के जीवन या स्वास्थ्य पर प्रमुख व्यक्ति बीमा ले सकता है जिसकी जानकारी, काम या समग्र योगदान को कंपनी के लिए अनन्य रूप से मूल्यवान माना जाता है।

नियोक्ता इन लागतों (जैसे अस्थायी सहायता किराए पर लेना या उत्तराधिकारी की भर्ती करना) और नुकसानों (जैसे उत्तराधिकारियों को प्रशिक्षित किए जाने तक व्यवसाय को चलाने की क्षमता में कमी) की भरपाई करने के लिए ऐसा करता है जिसका सामना एक प्रमुख व्यक्ति के नुकसान की स्थिति में नियोक्ता को करना पड़ सकता है।

प्रमुख व्यक्ति एक मीयदी बीमा पॉलिसी है जहां बीमा राशि को प्रमुख व्यक्ति की असकी आय के बजाय कंपनी की लाभप्रदता से जोड़ दिया जाता है। प्रीमियम का भुगतान कंपनी द्वारा किया जाता है। यह कर योग्य है क्योंकि संपूर्ण प्रीमियम को व्यवसाय के व्यय के रूप में देखा जाता है। अगर प्रमुख व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है तो कंपनी को लाभ का भुगतान किया जाता है। व्यक्तिगत बीमा पॉलिसियों के विपरीत प्रमुख व्यक्ति बीमा में मृत्यु लाभ पर आय के रूप में कर लगाया जाता है।

बीमा कंपनी बीमा राशि का आकलन करने के क्रम में व्यवसाय के लेखा-परीक्षित वित्तीय विवरणों और दाखिल किए गए आईटी रिटर्न को देखेगी। आम तौर पर कंपनी को प्रमुख व्यक्ति बीमा के योग्य होने के लिए लाभकारी होना चाहिए। कुछ मामलों में बीमा कंपनियां घाटा उठाने वाली लेकिन अच्छी तरह से वित्त-पोषित शुरुआती कंपनियों के लिए अपवाद बनाती हैं।

क) प्रमुख व्यक्ति कौन हो सकता है?

प्रमुख व्यक्ति व्यवसाय से सीधे तौर पर जुड़ा कोई भी व्यक्ति हो सकता है जिसके नुकसान के कारण व्यवसाय के लिए वित्तीय संकट उत्पन्न हो सकता है। उदाहरण के लिए, वह व्यक्ति कंपनी का एक निदेशक, एक भागीदार, एक प्रमुख विक्रय अधिकारी, महत्वपूर्ण परियोजना प्रबंधक, या

विशिष्ट कौशल अथवा जानकारी वाला कोई व्यक्ति हो सकता है जो कंपनी के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है।

ख) बीमायोग्य घाटा

निम्नलिखित ऐसे नुकसान हैं जिनके लिए प्रमुख व्यक्ति बीमा क्षतिपूर्ति प्रदान कर सकता हैः

i. विस्तारित अवधि से संबंधित नुकसान जब एक प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ है, अस्थायी कर्मी उपलब्ध कराना और आवश्यक होने पर एक प्रतिस्थापन की भर्ती और प्रशिक्षण के लिए वित्तपोषण

ii. मुनाफे को बचाने के लिए बीमा। उदाहरण के लिए, खोयी हुई बिक्री से खोयी हुई आय की भरपाई करना, किसी व्यावसायिक प्रोजेक्ट के विलंबित या रद्द होने से नुकसान जिसमें प्रमुख व्यक्ति शामिल था, विस्तार के अवसर को गंवाना, विशिष्ट कौशल या जानकारी का नुकसान।

3. **बंधक मुक्ति बीमा** (**एमआरआई**)

मान लीजिए कि आप कोई संपत्ति खरीदने के लिए ऋण ले रहे हैं। आपको ऋण व्यवस्था के एक भाग के रूप में बैंक द्वारा बंधक मुक्ति बीमा के लिए भुगतान करने की आवश्यकता हो सकती है।

क) एमआरआई क्या है?

यह एक ऐसी बीमा पॉलिसी है जो आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करती है। यह मूल रूप से एक बंधकदाता द्वारा बंधक ऋण पर शेष राशि की अदायगी के लिए ली जाने वाली घटती अवधि जीवन बीमा पॉलिसी है, अगर ऋण को पूरी तरह चुकता करने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है। इसे एक ऋण रक्षक पॉलिसी कहा जा सकता है। यह योजना बुजुर्ग लोगों के लिए उपयुक्त है जिनके आश्रितों को पॉलिसीधारक के अप्रत्याशित निधन के मामले में उनके ऋण को चुकाने में सहायता की आवश्यकता हो सकती है।

ख) विशेषताएं

यह पॉलिसी समर्पण मूल्य या परिपक्वता लाभ पर प्रभाव डालती है। इस पॉलिसी के तहत बीमा कवर मायादी बीमा पॉलिसी के विपरीत हर वर्ष कम हो जाता है, जहां पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कवर स्थिर रहता है।

स्व-परीक्षण 1

बंधक मुक्ति बीमा के पीछे उद्देश्य क्या है?

I. सस्ती बंधक दरों की सुविधा प्रदान करना

II. आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना

III. बंधक संपत्ति के मूल्य की रक्षा करना

IV. चूक के मामले में बेदखली से बचना

सारांश

- विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 जीवन बीमा पॉलिसी के तहत पत्नी और बच्चों के लिए लाभों की सुरक्षा प्रदान करती है।
- एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत जारी की गई पॉलिसी अदलती कुर्की, लेनदारों और यहां तक कि जीवन बीमाधारक के नियंत्रण से बाहर होगी।
- प्रमुख व्यक्ति बीमा व्यवसाय बीमा का एक महत्वपूर्ण रूप है। इसकी व्याख्या एक व्यवसाय द्वारा व्यवसाय के किसी महत्वपूर्ण व्यक्ति की मृत्यु या अक्षमता में वृद्धि से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों की क्षतिपूर्ति के लिए ली गयी एक बीमा पॉलिसी के रूप में की जा सकती है।
- बंधक मोचन बीमा मूल रूप से एक बंधकदाता द्वारा बंधक ऋण पर शेष राशि की अदायगी के लिए ली जाने वाली घटती मीयादी जीवन बीमा पॉलिसी है, अगर ऋण पूरी तरह चुकता करने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है।

प्रमुख शब्द

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम
2. प्रमुख व्यक्ति बीमा
3. बंधक मुक्ति बीमा

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एमआरआई आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसी के तहत बीमा राशि आम तौर पर इनमें से किससे जुड़ी होती है?

I. प्रमुख व्यक्ति की आय
II. व्यवसाय की लाभप्रदता
III. व्यवसाय का इतिहास
IV. मुद्रास्फीति सूचकांक

प्रश्न 2

बंधक मोचन बीमा (एमआरआई) को __________ के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है।

I. बढ़ती अवधि जीवन बीमा
II. घटती अवधि जीवन बीमा
III. परिवर्ती जीवन बीमा
IV. सर्वव्यापी जीवन बीमा

प्रश्न 3

इनमें से कौन से नुकसान को प्रमुख व्यक्ति बीमा के तहत कवर किया जाता है?

I. संपत्ति की चोरी
II. विस्तारित अवधि से संबंधित घाटे जब कोई प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ होता है
III. सामान्य देयता
IV. त्रुटियों और चूक के कारण होने वाले नुकसान

प्रश्न 4

एक पॉलिसी एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत ली गई है। अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए एक विशेष न्यासी नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत सुरक्षित राशि __________________ को देय हो जाती है।

I. परिजनों
II. राज्य के सरकारी न्यासी
III. बीमाकर्ता
IV. बीमाधारक

प्रश्न 5

महेश ने उधार की पूंजी से एक व्यवसाय चलाया। उसके आकस्मिक निधन के बाद सभी लेनदार महेश की संपत्ति को हथियाने की पूरी कोशिश कर रहे हैं। इनमें से कौन सी संपत्ति लेनदारों की पहुंच से परे है?

I. महेश के नाम की संपत्ति
II. महेश के बैंक खाते
III. एमडब्ल्यूपी अधिनियम की धारा 6 के तहत खरीदी गयी मीयादी जीवन बीमा पॉलिसी
IV. महेश के स्वामित्व वाले म्यूचुअल फंड

प्रश्न 6

नीचे दिए गए विकल्पों में से कौन सा एमडब्ल्यूपी अधिनियम के मामलों के संदर्भ में सही है?

कथन I: परिपक्वता दावों के चेक पॉलिसीधारकों को भुगतान किए जाते हैं

कथन II: परिपक्वता दावों के चेक न्यासियों को भुगतान किए जाते हैं

I. I सही है
II. II सही है
III. I और II दोनों सही हैं
IV. न तो I और न ही II सही है

प्रश्न 7

नीचे दिया गया कौन सा विकल्प एमडब्ल्यूपी अधिनियम के मामलों के संदर्भ में सही है?

कथन I: मृत्यु दावों का निपटारा नामितियों के पक्ष में किया जाता है

कथन II: मृत्यु दावों का निपटारा न्यासियों के पक्ष में किया जाता है

I. I सही है
II. II सही है
III. I और II दोनों सही हैं
IV. न तो I और न ही II सही है

प्रश्न 8

अजय अपने कर्मचारियों के लिए बीमा प्रीमियम का भुगतान करता है। इनमें से कौन से बीमा प्रीमियम को कर्मचारी को क्षतिपूर्ति भुगतान के रूप में कटौतीयोग्य नहीं माना जाएगा?

विकल्प I: कर्मचारी को देय लाभ के साथ स्वास्थ्य बीमा
विकल्प II: अजय को देय लाभ के साथ प्रमुख व्यक्ति जीवन बीमा
I. केवल I
II. केवल II
III. I और II दोनों
IV. न तो I और न ही II

प्रश्न 9

ऐसे ऋणकर्ताओं से ब्याज वसूल करने की प्रथा जो अपनी संपत्ति जमानत के रूप में गिरवी रखते हैं लेकिन संपत्ति का अधिकार उनके पास छोड़ देते हैं, ____________ कहलाती है।

I. सुरक्षा
II. बंधक
III. सूदखोरी
IV. दृष्टिबंधक (रेहन)

प्रश्न 10

इनमें से कौन सी पॉलिसी आवास ऋण लेने वालों को सुरक्षा प्रदान कर सकती है?

I. जीवन बीमा
II. अपंगता बीमा
III. बंधक मुक्ति बीमा
IV. साधारण बीमा

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसी के तहत बीमा राशि आमतौर पर व्यवसाय की लाभप्रदता से जुड़ी होती है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

बंधक मुक्ति बीमा (एमआरआई) को घटती अवधि जीवन बीमा के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

विस्तारित अवधि से संबंधित घाटे को प्रमुख व्यक्ति बीमा के तहत कवर किया जाता है, जब प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए एक विशेष न्यासी नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत सुरक्षित राशि राज्य के सरकारी न्यासी को देय हो जाती है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

एमडब्ल्यूपी अधिनियम की धारा 6 के तहत खरीदी गयी अवधि जीवन बीमा पॉलिसी अदालती कुर्की और लेनदारों की पहुंच से परे होती है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

परिपक्वता दावों के चेक न्यासियों को भुगतान किए जाते हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प ll है।

मृत्यु दावों का निपटारा न्यासियों के पक्ष में किया जाता है।

उत्तर 8

सही विकल्प ll है।

अजय को देय लाभ के साथ प्रमुख व्यक्ति जीवन बीमा को कर्मचारी को क्षतिपूर्ति भुगतान के रूप में कटौती योग्य नहीं माना जाएगा।

उत्तर 9

सही विकल्प ll है।

ऐसे ऋणकर्ताओं से ब्याज वसूल करने की प्रथा जो अपनी संपत्ति जमानत के रूप में गिरवी रखते हैं लेकिन संपत्ति का अधिकार उनके पास छोड़ देते हैं, बंधक कहलाती है।

उत्तर 10

सही विकल्प lll है।

बंधक मुक्ति बीमा आवास ऋण लेने वालों को सुरक्षा प्रदान कर सकता है।

अध्याय 10

जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य शिक्षार्थियों को जीवन बीमा अनुबंधों के मूल्य निर्धारण और लाभों में शामिल बुनियादी तत्वों से परिचित कराना है। हम पहले उन तत्वों की चर्चा करेंगे जो प्रीमियम बनाते हैं और फिर अधिशेष तथा बोनस की अवधारणा पर चर्चा करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

क. बीमा मूल्य निर्धारण - बुनियादी तत्व

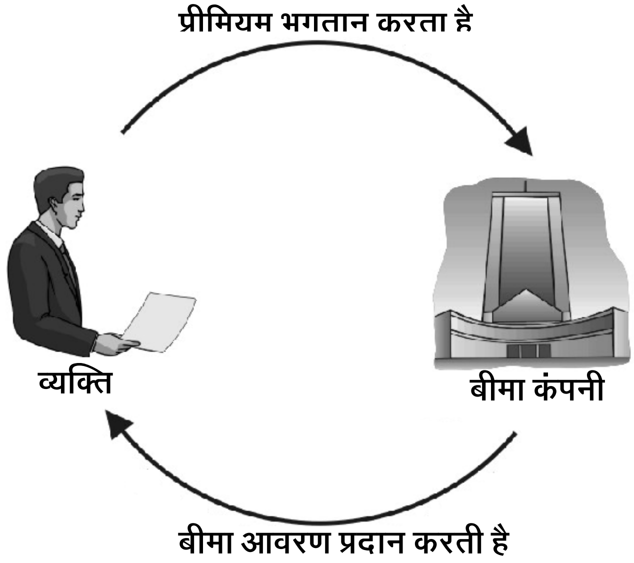
ख. अधिशेष और बोनस

क. बीमा मूल्य निर्धारण - बुनियादी तत्व

1. प्रीमियम

साधारण भाषा में प्रीमियम शब्द उस मूल्य को दर्शाता है जिसका बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किया जाता है। इसे आमतौर पर बीमा राशि के प्रति हजार रुपए प्रीमियम की दर के रूप में व्यक्त किया जाता है। ये प्रीमियम दरें बीमा कंपनियों के पास दरों की तालिकाओं के रूप में उपलब्ध रहती हैं।

चित्र 1: प्रीमियम



इन तालिकाओं में मुद्रित दरों को "ऑफिस प्रीमियम" के रूप में जाना जाता है। ये आमतौर पर समान वार्षिक प्रीमियम है जिनका प्रत्येक वर्ष भुगतान करने की आवश्यकता होती है। ये ज्यादातर मामलों में पूरी अवधि में एक समान रहते हैं और वार्षिक दर के रूप में व्यक्त किए जाते हैं।

उदाहरण

अगर एक निर्दिष्ट उम्र के लिए बीस वर्ष की बंदोबस्ती पॉलिसी के लिए प्रीमियम 4,800 रुपए है तो इसका अर्थ है कि 4,800 रुपए बीस वर्ष तक प्रति वर्ष भुगतान किए जाएंगे।

हालांकि कुछ ऐसी पॉलिसियां होना संभव है जिनमें प्रीमियम केवल पहले कुछ वर्षों में देय होते हैं। कंपनियों के पास एकल प्रीमियम अनुबंध भी होते हैं जिनमें अनुबंध की शुरुआत में केवल एक प्रीमियम देय होता है। ये पॉलिसियां आम तौर पर निवेश उन्मुख होती हैं।

2. **छूट (रियायत)**

जीवन बीमा कंपनियां देय प्रीमियम पर कुछ प्रकार की रियायतों की पेशकश कर सकती हैं। ऐसी दो रियायतें हैं:

✓ बीमा राशि के लिए

✓ प्रीमियम भुगतान के लिए

क) बीमा राशि के लिए छूट

बीमा राशि के लिए छूट उन लोगों को दी जाती है जो उच्च बीमा राशि वाली पॉलिसियां खरीदते हैं।यह उच्च मूल्य की पॉलिसियों की सेवा प्रदान करने में बीमा कंपनी को होने वाले लाभों को ग्राहक तक पहुंचाने के एक तरीके के रूप में दी जा सकती है। इसका कारण सरल है। चाहे बीमा कंपनी 50,000 रुपए की पॉलिसी की सेवा प्रदान करती हो या 5,00,000 रुपए की, दोनों के लिए आवश्यक प्रयास की मात्रा और नतीजतन इन पॉलिसियों पर कार्रवाई करने की लागत एक समान रहती है। लेकिन उच्च बीमा राशि की पॉलिसियां अधिक प्रीमियम अर्जित करती हैं और इसलिए अधिक लाभ प्राप्त करती हैं।

ख) प्रीमियम भुगतान के लिए छूट

इसी प्रकार, प्रीमियम भुगतान के लिए छूट दी जा सकती है।जीवन बीमा कंपनियां वार्षिक, अर्धवार्षिक, तिमाही या मासिक आधार पर प्रीमियम भुगतान करने की अनुमति दे सकती हैं। विधि जितनी अधिक बार दोहराई जाएगी, सेवा की लागत उतनी ही अधिक होगी। वार्षिक और अर्धवार्षिक विधियों में केवल वर्ष में एक बार संग्रह और लेखांकन शामिल होता है जबकि तिमाही और मासिक विधि का मतलब है कि प्रक्रिया अधिक बार दोहराई जाती है। इस प्रकार अर्धवार्षिक और वार्षिक प्रीमियम तिमाही या मासिक प्रकार की तुलना में प्रशासनिक लागतों में बचत को सक्षम करती है। इसके अलावा, वार्षिक विधि में बीमा कंपनी पूरे वर्ष के दौरान इस राशि का उपयोग कर सकती है और इस पर ब्याज अर्जित कर सकती है। इसलिए बीमा कंपनियां वार्षिक और अर्धवार्षिक विधि पर छूट की अनुमति देकर इनके माध्यम से भुगतान करने के लिए प्रोत्साहित करेंगी। वे इसमें शामिल अतिरिक्त प्रशासनिक व्यय को कवर करने के लिए भुगतान की मासिक विधि में कुछ अतिरिक्त प्रशासनिक शुल्क भी ले सकती हैं।

3. **अतिरिक्त प्रभार**

बीमित व्यक्तियों के एक समूह के लिए सारणीबद्ध प्रीमियम वसूल किया जाता है जो एक अतिरिक्त जोखिम उत्पन्न करने वाले किसी भी महत्वपूर्ण कारक के अधीन नहीं हैं। ऐसे व्यक्तियों के जीवन को मानक जीवन कहा जाता है और लगायी गयी दरों को साधारण दरों के रूप में जाना जाता है।

अगर बीमा के लिए प्रस्ताव करने वाला कोई व्यक्ति दिल की बीमारी या मधुमेह जैसी कुछ स्वास्थ्य समस्याओं से ग्रस्त है, जो उसके जीवन के लिए खतरा उत्पन्न कर सकते हैं, तो ऐसे जीवन को अन्य मानक जीवन के संबंध में उप-मानक माना जाता है, ऐसे में बीमाकर्ता एक स्वास्थ्य अतिरिक्त के माध्यम से अतिरिक्त प्रीमियम वसूलने का फैसला कर सकता है। इसी प्रकार सर्कस के कलाबाज जैसे खतरनाक पेशे में लगे लोगों पर व्यावसायिक आधिक्य लगाया जा सकता है। इस अधिक्य के परिणामस्वरूप देय प्रीमियम सारणीबद्ध प्रीमियम की तुलना में अधिक हो जाएगा।

पुनः, बीमा कंपनी किसी पॉलिसी के तहत कुछ अतिरिक्त लाभ प्रदान कर सकती है जो एक अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर उपलब्ध हैं।

उदाहरण

एक जीवन बीमा कंपनी दोहरे दुर्घटना लाभ या डीएबी की पेशकश कर सकती है (जहां मृत्यु किसी दुर्घटना का परिणाम होने की स्थिति में बीमा राशि की दोगुनी रकम देय होती है)। इसके लिए यह एक रुपए प्रति हजार बीमा राशि का एक अतिरिक्त प्रीमियम वसूल कर सकती है।

इसी प्रकार प्रति हजार अतिरिक्त बीमा राशि का भुगतान करके स्थायी विकलांगता लाभ (पीडीबी) के रूप में लाभ प्राप्त किया जा सकता है।

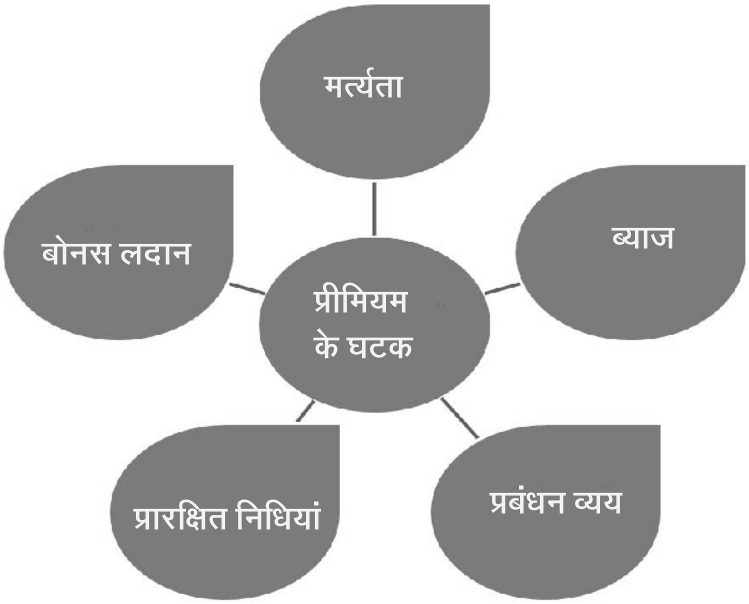
4. **प्रीमियम निर्धारण**

आइए, अब देखें कि जीवन बीमा कंपनियां कैसे उन दरों पर पहुंचती हैं जो प्रीमियम तालिकाओं में प्रस्तुत की जाती हैं। यह कार्य बीमांकिक एकच्युअरी द्वारा पूरा किया जाता है। मीयादी बीमा, आजीवन और बंदोबस्ती जैसी परंपरागत जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में प्रीमियम निर्धारण की प्रक्रिया में निम्नलिखित तत्वों पर विचार किया जाता है:

- ✓ मर्त्यता
- ✓ ब्याज
- ✓ प्रबंधन व्यय
- ✓ प्रारक्षित निधियां

✓ बोनस लदान

चित्र 2: प्रीमियम के घटक



पहले दो तत्व शुद्ध प्रीमियम बनाते हैं जबकि अन्य तत्व सकल या ऑफिस प्रीमियम प्राप्त करने के लिए शुद्ध प्रीमियम पर लोड किए जाते हैं।

क) मर्त्यता और ब्याज

मर्त्यता प्रीमियम का पहला तत्व है। यह "मर्त्यता तालिका" का उपयोग करके निर्धारित किया जाता है जो हमें अलग-अलग उम्र के लिए मर्त्यता की दर का एक अनुमान देता है।

उदाहरण

अगर 35 वर्ष की उम्र के लिए मर्त्यता दर 0.0035 है तो इसका मतलब है कि 35 वर्ष की उम्र पर जीवित हर 1000 लोगों में से 3.5 (या 10,000 में से 35) के 35 और 36 वर्ष की उम्र के बीच मरने की अपेक्षा की जाती है।

अलग-अलग उम्र के लिए मर्त्यता लागत की गणना करने के लिए सारणी का उपयोग किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, 35 वर्ष की उम्र के लिए 0.0035 की दर का मतलब है 0.0035 x 1000 (बीमा राशि) = 3.50 रुपए प्रति हजार बीमा राशि की बीमा लागत।

उपरोक्त लागत को "जोखिम प्रीमियम" भी कहा जा सकता है।अधिक उम्र के लिए जोखिम प्रीमियम अधिक होगा।

अलग-अलग उम्र के लिए व्यक्तिगत जोखिम प्रीमियमों को जोड़कर हम उन दावों की लागत प्राप्त कर सकते हैं जो एक पूरी अवधि जैसे कि 35 से 55 वर्ष की उम्र तक के लिए देय होने की अपेक्षा की जाती है। इन दावों की कुल लागत से हमें पॉलिसी के तहत भविष्य की देनदारियां प्राप्त होंगी, दूसरे शब्दों में यह हमें बताता है कि भविष्य में उत्पन्न होने वाले दावों का भुगतान करने के लिए हमें कितनी धनराशि की आवश्यकता है।

"शुद्ध प्रीमियम" तक पहुंचने के लिए पहला कदम भविष्य दावा लागतों के वर्तमान मूल्य का अनुमान लगाना है।वर्तमान मूल्य का आकलन करने का कारण है कि हम यह पता लगाने की कोशिश कर रहे हैं कि भविष्य में उत्पन्न होने वाले दावों को पूरा करने के लिए हमें आज कितनी तैयार धनराशि की जरूरत है। वर्तमान मूल्य का आकलन करने की यह प्रक्रिया हमें प्रीमियम निर्धारण के अगले तत्व अर्थात "ब्याज" तक लाती है।

ब्याज सीधे तौर पर वह छूट की दर है जिसे हम भविष्य में किए जाने वाले दावा भुगतानों के वर्तमान मूल्य पर पहुंचने के लिए मान लेते हैं।

उदाहरण

अगर हमें पांच वर्ष के बाद बीमा की लागत को पूरा करने के लिए 5 रुपए प्रति हजार की आवश्यकता है और हम 6% की ब्याज दर मान लेते हैं तो पांच वर्षों के बाद देय 5 रुपए का वर्तमान मूल्य $5 \times 1 / (1.06)^5 = 3.74$ होगा।

अगर हम 6% के बजाय 10% मान लेते तो वर्तमान मूल्य केवल 3.10 होगा। दूसरे शब्दों में ब्याज की दर जितनी अधिक मानी जाएगी, वर्तमान मूल्य उतना ही कम होगा।

मर्त्यता और ब्याज के अध्ययन से हम दो प्रमुख निष्कर्ष निकाल सकते हैं :

✓ मर्त्यता तालिका में मर्त्यता दर जितनी अधिक होगी, प्रीमियम उतना ही अधिक होगा

✓ ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

बीमांकिक विवेकशील और कुछ रूढ़िवादी होते हैं, वे आमतौर पर उन मर्त्यता दरों को मानेंगे जो उनके वास्तविक अनुभव की अपेक्षा से अधिक होगी। इसके अलावा वे अपने निवेश से जो आय अर्जित करने की अपेक्षा करते हैं, उसकी तुलना में कम ब्याज दर मानेंगे।

शुद्ध प्रीमियम

भविष्य की सभी दावा देनदारियों के रियायती वर्तमान मूल्य से "शुद्ध एकल प्रीमियम" निकलता है।शुद्ध एकल प्रीमियम से हम "शुद्ध स्तरीय वार्षिक प्रीमियम" प्राप्त कर सकते हैं।शुद्ध एकल प्रीमियम को एक समान बनाया जाता है ताकि यह प्रीमियम भुगतान अवधि में देय हो सके।

सकल प्रीमियम

चित्र 3: अधिभार (लोडिंग) की राशि निर्धारित करने के लिए मार्गदर्शक सिद्धांत

सकल प्रीमियम शुद्ध प्रीमियम और अधिभार राशि का जोड़ है। अधिभार की राशि निर्धारित करते समय तीन विचारों या मार्गदर्शक सिद्धांतों को ध्यान में रखना आवश्यक है:

i. **पर्याप्तता**

सभी पॉलिसियों से मिलने वाला कुल अधिभार कंपनी के कुल परिचालन खर्चों को कवर करने के लिए पर्याप्त होना चाहिए। इसे सुरक्षा का एक मार्जिन भी प्रदान करना चाहिए और अंत में इसे कंपनी के मुनाफे या अधिशेष में योगदान करना चाहिए।

ii. **समानता**

व्यय और सुरक्षा मार्जिन आदि योजना के प्रकार, उम्र और अवधि आदि के आधार पर विभिन्न प्रकार की पॉलिसियों के बीच समान रूप से विभाजित होने चाहिए। इसके पीछे यह विचार है कि पॉलिसी के प्रत्येक वर्ग को अपनी स्वयं की लागतों के लिए भुगतान करना चाहिए ताकि संभव सीमा तक पॉलिसी का एक वर्ग दूसरे को आर्थिक सहायता प्रदान न करे।

iii. **प्रतिस्पर्धात्मकता**

परिणामतः प्राप्त सकल प्रीमियम कंपनी को अपनी प्रतिस्पर्धात्मक स्थिति में सुधार करने के लिए प्रर्याप्त होना चाहिए। अगर अधिभार बहुत अधिक होता है तो यह पॉलिसियों को बहुत महंगा बना देगा और लोग इन्हें नहीं खरीदेंगे।

ख) **व्यय एवं प्रारक्षित निधियां**

जीवन बीमा कंपनियों को परिचालन संबंधी विभिन्न प्रकार के खर्चे उठाने पड़ते हैं जिनमें शामिल निम्न हैं:

- ✓ एजेंटों का प्रशिक्षण और भर्ती,
- ✓ एजेंटों के कमीशन,
- ✓ कर्मचारियों का वेतन,
- ✓ कार्यालय परिसर,
- ✓ कार्यालय लेखन सामग्री,
- ✓ विद्युत प्रभार,
- ✓ अन्य विविध व्यय आदि

बीमा कंपनियों द्वारा इन सभी का भुगतान एकत्र किए जाने वाले प्रीमियमों से किया जाना चाहिए। इन खर्चों को शुद्ध प्रीमियम में लोड किया जाता है।

जीवन बीमा कंपनी दो प्रकार के खर्चे करती है:

i. पहला जिसे "नए व्यवसाय के खर्चे" के रूप में जाना जाता है, अनुबंध के प्रारंभिक स्तर पर खर्च किये जाते हैं

ii. खर्चों का दूसरा प्रकार जिसे "नवीकरण व्यय" के रूप में जाना जाता है, बाद के वर्षों में खर्च किए जाते हैं।

प्रारंभिक या नए व्यवसाय के खर्चे काफी हो सकते हैं। जीवन बीमा कंपनियों को क़ानून के अनुसार प्रारक्षित निधियों के रूप में कुछ मार्जिन रखने आवश्यकता होती है जिससे यह सुनिश्चित होता है कि वे अपने दायित्वों को पूरा कर सकते हैं, ऐसी स्थिति में जब उनका वास्तविक अनुभव अनुमान से बदतर रहा हो। प्रारक्षित निधियों के रूप में बनाए रखे जाने वाले आवश्यक मार्जिन के साथ-साथ प्रारंभिक व्यय आम तौर पर प्राप्त प्रारंभिक प्रीमियम की तुलना में अधिक होते हैं।

इस प्रकार कंपनी एक दबाव का सामना करती है जिसे नए व्यवसाय के दबाव रूप में जाना जाता है। प्रारंभिक बहिर्प्रवाह को केवल बाद के वार्षिक प्रीमियमों से वसूल किया जाता है। इसका निहितार्थ यह है कि जीवन बीमा कंपनियां खर्चों को पूरा किए जाने से पहले, प्रारंभिक वर्षों में बड़ी संख्या में अपनी पॉलिसियों को रद्द या व्यपगत होने के खर्चों को वहन नहीं कर सकती हैं। नए व्यवसाय के दबाव का एक अन्य निहितार्थ यह है कि जीवन बीमा कंपनियों को मुनाफ़ा कमाने में सक्षम होने से पहले कुछ वर्षों की प्रारंभिक अवधि की आवश्यकता होगी।

खर्चे भी अलग अलग तरीकों से निर्धारित होते हैं जो खर्च के प्रकार पर निर्भर करता है।

i. उदाहरण के लिए, आम तौर पर एजेंसी प्रबंधकों/विकास अधिकारियों के लिए कमीशन और प्रोत्साहन अर्जित प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में तय किए जाते हैं।

ii. दूसरी ओर, चिकित्सा परीक्षकों की फीस और पॉलिसी टिकट जैसे खर्चे बीमा राशि की रकम या पॉलिसी के अंकित मूल्य के आधार पर बदलते हैं और इन्हें बीमायुक्त राशि से संबंधित माना जाता है।

iii. खर्चों की तीसरी श्रेणी वेतन और किराए जैसे ऊपरी खर्चों की है जो आमतौर पर गतिविधियों की राशि के साथ बदलती है और यह नतीजतन सेवा प्रदान की जाने वाली पॉलिसियों की संख्या पर निर्भर करती है। पॉलिसियों की संख्या के संदर्भ में व्यवसाय की मात्रा जितनी अधिक होगी, ऊपरी खर्चे उतने ही अधिक होंगे।

उपरोक्त वर्गीकरण के आधार पर, शुद्ध प्रीमियम में सामान्य अधिभार के तीन भाग होंगे

i. प्रीमियमों का प्रतिशतांक

ii. प्रत्येक 1000 बीमाकृत राशि के लिए एक नियत राशि (या अंकित राशि) जिसे शुद्ध प्रीमियम में जोड़ा जाता है

iii. प्रति पॉलिसी एक नियत राशि

चूक और आकस्मिकताएं

शुद्ध प्रीमियम और खर्चों के लिए अधिभार को लाभों और व्यय शुल्कों की अनुमानित लागत को कवर करने के लिए डिजाइन किया गया है जो जीवन बीमा कंपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान उठाने की अपेक्षा करती है। बीमा कंपनी को लगातार इस जोखिम का सामना भी करना पड़ता है कि वास्तविक अनुभव अनुबंध डिजाइन करने के स्तर पर किए गए अनुमानों से अलग हो सकता है।

जोखिम का एक स्रोत चूक और आहरणों का निकासी का है। चूक का मतलब यह है कि पॉलिसीधारक प्रीमियमों का भुगतान करना बंद कर देता है। आहरण के मामले में पॉलिसीधारक पॉलिसी का समर्पण कर देता है और पॉलिसी के उपार्जित नकद मूल्य से एक राशि प्राप्त करता है।

चूक गंभीर समस्या उत्पन्न कर सकते हैं क्योंकि ये आमतौर पर पहले तीन वर्षों के भीतर होते हैं, इस तरह की सबसे अधिक घटना आमतौर पर अनुबंध के पहले वर्ष में ही होती है। जीवन बीमा कंपनियां इसके परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाले रिसाव की प्रत्याशा में एक अधिभार शामिल करती हैं।

जीवन बीमा कंपनियों को इस संभावित परिणाम के लिए भी तैयार रहना चाहिए कि जिस अनुमान के आधार पर वे अपने प्रीमियम निर्धारित करते हैं वह वास्तविक अनुभव से अलग हो सकता है। इस तरह की आकस्मिकता दो कारणों से उत्पन्न हो सकती है।

i. सबसे पहले तो अनुमान अपने आप में अनुपयुक्त रहे हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, जीवन बीमा कंपनी एक ऐसी मर्त्यता तालिका का उपयोग कर सकती है जो वर्तमान मर्त्यता को प्रतिबिंबित नहीं करती है या जिसमें मुद्रास्फीति के लिए पर्याप्त रूप से विचार नहीं किया गया है।

ii. दूसरी बात यह कि कुछ यादृच्छिक उतार चढ़ाव होते हैं जो अनुमानों को झुठला सकते हैं।

उपरोक्त प्रकार के जोखिमों का समाधान करने के तीन तरीके हैं।

i. ये ग्राहक पर डाले जा सकते हैं, उदाहरण के लिए यूलिप जैसे निवेश-लिंक्ड उत्पादों के मामले में कम आय के जोखिम को ग्राहक द्वारा वहन किया जाता है।

ii. दूसरा तरीका, पुनर्बीमाकर्ता के साथ पॉलिसी का पुनर्बीमा करना है। इस मामले में मर्त्यता जोखिम पुनर्बीमाकर्ता द्वारा वहन किया जाता है।

iii. तीसरा और आमतौर पर अधिक इस्तेमाल किया जाने वाला तरीका प्रीमियम में एक लोडिंग मार्जिन शामिल करने का है जो अपेक्षित और वास्तविक अनुभव के बीच भिन्नता को मिटाने में मदद कर सकता है।

ग) लाभ सहित पॉलिसियां और बोनस लोडिंग

आइए, हम सुनें कि लाभ सहित पॉलिसियों के उभरने के बारे में एकच्यूअरी ब्रायन कॉर्बी का क्या कहना था।

"करीब दो सौ वर्ष पहले, जीवन बीमा की शुरुआत में प्रमुख अनिश्चितता मर्त्यता दर की थी। इसका समाधान अत्यधिक प्रीमियम वसूलने के रूप में अपनाया गया। बेशक उनको यह पता नहीं था कि ये पहले से अत्यधिक थे इसलिए शोधन क्षमता को मान लिया गया, और फिर जब यह आकलन करने का

पर्याप्त अनुभव संचित हुआ कि अतिरिक्त या इसका कुछ हिस्सा बोनस वृद्धि के रूप में पॉलिसीधारकों को वापस किया जाए पर इसके लिए प्रीमियम क्या होना चाहिए। यही उन परंपरागत लाभ सहित पॉलिसियों का मूल था जो आज हम जारी करते है...."

मुनाफे में भागीदारी से भी प्रीमियमों में "**बोनस लोडिंग**" नामक एक तत्व की शुरुआत हुई। प्रीमियम के भीतर मुनाफे के लिए इस प्रकार एक मार्जिन उपलब्ध कराने का विचार था कि यह अप्रत्याशित आकस्मिकताओं के विरुद्ध एक अतिरिक्त सहारे के रूप में काम करे और बांटे गए अधिशेष (बोनस के रूप में) के पॉलिसी के हिस्से के लिए भी भुगतान करे।बोनस लोडिंग की सुविधा एक वजह थी जिससे जीवन बीमा कंपनियां अपनी दीर्घकालिक शोधन क्षमता और पूंजी की पर्याप्तता के बारे में आश्वस्त हो गयी थीं।

संक्षेप में हम कह सकते हैं कि:

सकल प्रीमियम = कुल प्रीमियम + खर्चों के लिए लोडिंग + आकस्मिकताओं के लिए लोडिंग + बोनस लोडिंग

अगर हम मान लेते हैं कि उपरोक्त लोडिंग एक साथ मिलकर सकल प्रीमियम (जीपी) के 'के' प्रतिशत का एक कुल योग बनता है तो हम सकल प्रीमियम निकाल सकते हैं, यह देखते हुए कि शुद्ध प्रीमियम (एनपी) इस प्रकार प्राप्त है

जीपी = एनपी + के (जीपी)

उदाहरण के लिए, एक बंदोबस्ती पॉलिसी के लिए शुद्ध एकल प्रीमियम 380 रुपए है और लोडिंग कारक 'के' 50% है तो सकल प्रीमियम 760 रुपए होगा।

स्व-परीक्षण 1

पॉलिसी में चूक का क्या मतलब है?

I. पॉलिसीधारक पॉलिसी के लिए पूरा प्रीमियम भुगतान करता है

II. पॉलिसीधारक पॉलिसी के लिए प्रीमियम का भुगतान बंद कर देता है

III. पॉलिसी परिपक्व हो जाती है

IV. पॉलिसी को बाजार से वापस ले लिया जाता है

ख. अधिशेष और बोनस

1. अधिशेष और बोनस का निर्धारण

हर जीवन बीमा कंपनी से अपनी परिसंपत्तियों और देनदारियों का एक आवधिक मूल्यांकन कराने की अपेक्षा की जाती है। इस तरह के मूल्यांकन के दो उद्देश्य हैं:

I. जीवन बीमा कंपनी की वित्तीय स्थिति का आकलन करने के लिए, दूसरे शब्दों में, यह निर्धारित करने के लिए कि यह ऋण शोधन में सक्षम है या दिवालिया

ii. पॉलिसीधारकों/शेयर धारकों में वितरण के लिए उपलब्ध अधिशेष का निर्धारण करने के लिए

परिभाषा

दायित्व मूल्य की तुलना में परिसम्पत्तियों का मूल्य अधिक होना अधिशेष कहलाता है। यदि यह नकारात्मक है तो इसे एक दबाव के रूप में जाना जाता है।

आइए, अब हम देखें कि जीवन बीमा के संदर्भ में अधिशेष की अवधारणा किसी फर्म के लाभ की अवधारणा से कैसे अलग है।

कंपनियों में आम तौर पर लाभ की दो अवधारणाएं होती हैं। लेखांकन के अर्थ में, लाभ को एक निर्दिष्ट लेखांकन अवधि के लिए खर्चों पर आय की अधिकता के रूप में परिभाषित किया गया है, यह लाभ-हानि खाते का हिस्सा बनता है।लाभ कंपनी की बैलेंस शीट का हिस्सा भी बनता है - इसे देनदारियों पर संपत्ति की अधिकता के रूप में परिभाषित किया जा सकता है।बैलेंस शीट लाभ-हानि खाते में मुनाफे को भी दर्शाता है। दोनों मामलों में, मुनाफे की पहचान के लिए पूर्व दृष्टिकोण अपनाया जाता है।

उदाहरण

31 मार्च 2013 को एक्सवायजेड फर्म का मुनाफा इस दिनांक तक इसकी आय में से व्यय धराते हुए या या इसकी संपत्ति में से दायित्व कम करते हुए दर्शाया गया है।

दोनों मामलों में, लाभ स्पष्ट रूप से परिभाषित और ज्ञात है।

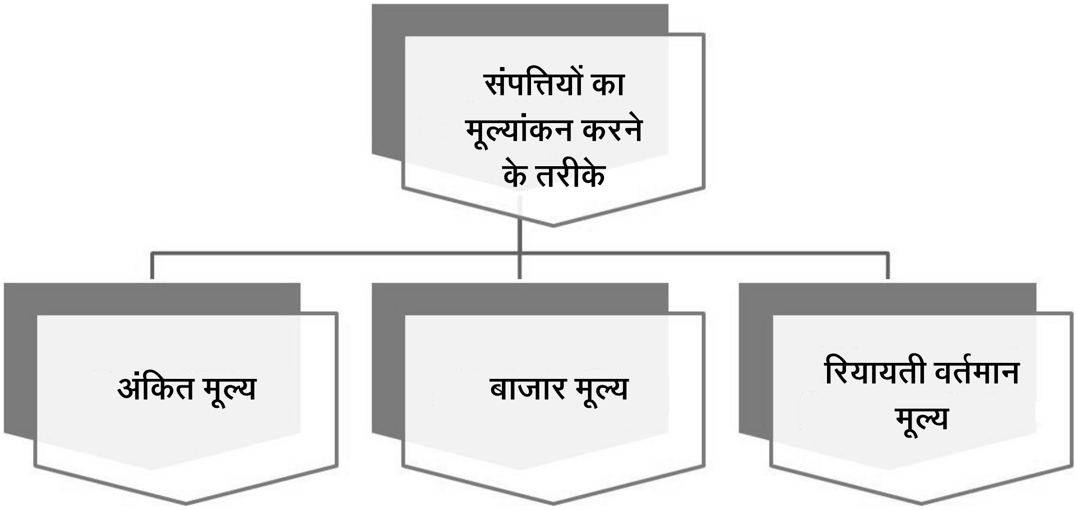
क्या हम जीवन बीमा के मूल्यांकन के मामले में इसी तरह के तर्क को लागू कर सकते हैं और देनदारियों तथा परिसंपत्तियों को निर्दिष्ट कर सकते हैं?

ऐसे मामले में, अधिशेष को इस प्रकार परिभाषित किया जाएगा

अधिशेष = परिसम्यत्तियां - देयताएं

जहां पॉलिसियों के एक खंड के लिए उत्पन्न होने वाली अपेक्षित देयताओं को भावी के दावों के वर्तमान मूल्य के रूप में निर्धारित किया जाता है,वहीं खर्चे और अन्य अपेक्षित भुगतानों को प्रीमियम के वर्तमान मूल्य में से घटाते हुए इन पॉलिसियों से प्राप्त होने की अपेक्षा की जाती है।

चित्र 4: **संपत्तियों का मूल्यांकन करने के तरीके**



संपत्तियों का मूल्यांकन तीन में से किसी भी एक तरीके से किया जाता है

i. **अंकित मूल्य पर**

यह वही मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्ति खरीदी या प्राप्त की है।

ii. **बाजार मूल्य पर**

बाजार में जीवन बीमा कंपनी की परिसंपत्तियों का मूल्य

iii. **वर्तमान बट्टागत मूल्य**

विभिन्न परिसम्पत्तियों से भविष्य में होने वाली आय और उसे वर्तमान मूल्य पर बट्टाकृत करना।

समस्या यह है कि देनदारियों पर एक सटीक मूल्य नहीं रखा जा सकता है क्योंकि कोई भी साफ़ तौर पर यह अनुमान नहीं लगा सकता कि भविष्य में क्या होगा। देनदारियों का मूल्य मर्त्यता, ब्याज, खर्च और दृढता जैसे कारकों के बारे में अनुमानों पर निर्भर करता है जो भविष्य की देनदारियों के वर्तमान मूल्य का आकलन करते समय किए जाते हैं। यही कारण है कि जीवन बीमा में हम मुनाफे के बजाय अधिशेष शब्द का उपयोग करते हैं।

इस प्रकार अधिशेष यह जानने का तरीका है कि संपत्तियों और देयताओं का मूल्यांकन कैसे किया गया है।

i. जब कोई जीवन बीमा कंपनी अपने मूल्यांकन में बहुत रूढ़िवादी होती है तो इसका परिणाम अन्यथा की तुलना में देयताओं का अधिक मूल्यांकन होगा जब संपत्तियों का मूल्यांकन कम करके किया जाता है। इसके परिणामस्वरूप घोषित किया गया अधिशेष कम हो जाएगा। इसका मतलब है कि मौजूदा पॉलिसीधारकों के बीच वितरण के लिए कम बोनस उपलब्ध होगा। लेकिन यह बीमा कंपनी की वित्तीय सुदृढ़ता में भी योगदान करेगा। इसका कारण यह है कि अधिशेष की वास्तविक राशि घोषित अधिशेष की तुलना में अधिक है और भविष्य के लिए उच्च प्रावधान रखे जा सकते हैं। इससे भविष्य के पॉलिसीधारकों को लाभ होगा।

ii. दूसरी ओर, अगर संपत्तियों और देयताओं का मूल्यांकन उदारतापूर्वक किया जाता है तो इसके विपरीत परिणाम हो सकते हैं। मौजूदा पॉलिसीधारक भविष्य के पॉलिसीधारकों के खर्च पर लाभान्वित होंगे।

जीवन बीमा कंपनी को मौजूदा और भविष्य के पॉलिसीधारकों के बीच सही संतुलन कायम रखना चाहिए।

2. अधिशेष का आवंटन

जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव अनुमान से बेहतर होने के परिणाम स्वरूप अधिशेष उत्पन्न होता है। लाभ सहित अनुबंधों के तहत, जीवन बीमा कंपनी इस तरह के अनुकूल अंतर (वास्तविक और अपेक्षित परिणाम के बीच) का लाभ पॉलिसीधारकों को देने के लिए बाध्य है जिन्होंने मुनाफे में भागीदारी करने पर सहमति व्यक्त की है और इन लाभ सहित पॉलिसियों को खरीदा है।

साथ ही साथ, अधिशेष वह स्रोत भी है जिसमें से कंपनी की बुनियादी पूंजी (इसकी इक्विटी या निवल मूल्य) बढ़ सकती है। इस अर्थ में, जीवन बीमा कंपनी का अधिशेष एक साधारण कंपनी के मुनाफे के समान है जिसे बांटा नहीं गया है बल्कि रख लिया गया है। इन्हें "प्रतिधारित आय" के रूप में जाना जाता है। ये कंपनी की आर्थिक सुदृढ़ता में योगदान करते हैं।

आइए, अब हम देखें कि निर्धारित किए जाने वाले अधिशेष को कैसे आवंटित किया जाएगा।

क) शोधन क्षमता की आवश्यकताएं

सबसे पहले, देयताओं की तुलना में संपत्तियों के आधिक्य के एक भाग को भविष्य की अप्रत्याशित विपत्तियों की स्थिति में पॉलिसीधारक की सुरक्षा के लिए रखा जाना चाहिए। शोधन क्षमता (सॉल्वेंसी) मार्जिन को देनदारियों पर अधिशेष संपत्ति के उस हिस्से के रूप में

परिभाषित किया जा सकता है जिसे विशेष रूप से अपेक्षित और वास्तविक अनुभव के बीच किसी भी अप्रत्याशित विचलन का समाधान करने के लिए एक सहारे के रूप में अलग करके रखा जाता है।

ख) मुक्त परिसम्पत्तियां

अनाबंटित अधिशेष रखने का दूसरा प्रयोजन (वितरण के लिए) मुक्त संपत्तियों के स्तर को बढ़ाना है। मुक्त संपत्तियां भार रहित होती हैं। दूसरे शब्दों में, किसी भी देनदारी को पूरा करने के लिए इनकी आवश्यकता नहीं होती है। इस प्रकार जीवन बीमा कंपनी इनका इस्तेमाल करने के लिए स्वतंत्र होती है। जीवन बीमा कंपनियों को दो कारणों से इस तरह की मुक्त संपत्ति बनाए रखने की जरूरत है।

i. सबसे पहले कंपनियों को नए व्यवसाय के वित्तपोषण के लिए पूंजी की जरूरत होती है। हमने पहले ही देखा है कि कैसे उनको अपने नए व्यवसाय के दबाव को वित्तपोषित करने की जरूरत होती है।

ii. मुक्त संपत्तियां जीवन बीमा कंपनी को अपनी निवेश रणनीतियों के चयन में अधिक से अधिक लाभ उठाने का मौक़ा और आजादी भी देती है। यह ऐसी कंपनियों के लिए महत्वपूर्ण हो जाता है जिन्हें उच्च और अधिक प्रतिस्पर्धी आय (रिटर्न) उत्पन्न करने और उपलब्ध कराने की जरूरत होती है।

एक बार विभाज्य अधिशेष घोषित हो जाने के बाद अगला काम जीवन बीमा कंपनी के पॉलिसीधारक के बीच उनका वितरण (शेयरधारकों के बीच वितरण के लिए एक हिस्से को छोड़ने के बाद, यदि कोई हो) निर्धारित करने का है। भारत में इस प्रयोजन के लिए लोकप्रिय तरीका "बोनस प्रणाली" के माध्यम से है जहां अधिशेष को एक बोनस के रूप में वितरित किया जाता है।यह प्रणाली ब्रिटेन, भारत और कई अन्य देशों में लोकप्रिय है।

3. **बोनस**

बोनस का भुगतान अनुबंध के तहत देय बुनियादी लाभ के अतिरिक्त के रूप में किया जाता है। आम तौर पर यह मूल बीमा राशि या मूल पेंशन में प्रति वर्ष एक अतिरिक्त राशि के रूप में दिखाई दे सकता है। उदाहरण के लिए, इसे 60 रुपए प्रति हजार बीमा राशि (या बीमाकृत राशि का 60%) के रूप में व्यक्त किया जाता है।

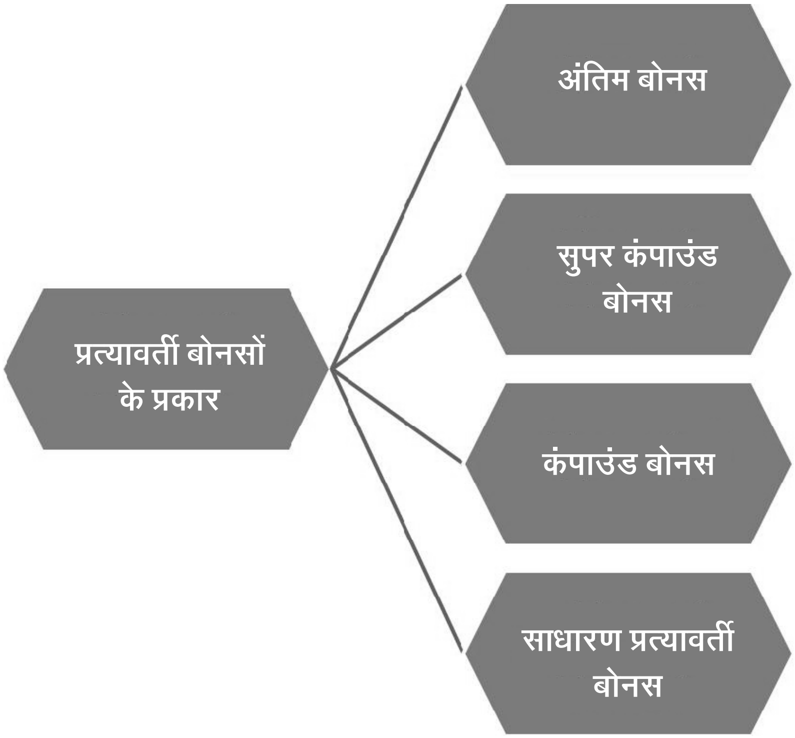
बोनस का सबसे आम रूप प्रत्यावर्ती बोनस है।कंपनी से हर वर्ष इस तरह की बोनस वृद्धि की घोषणा करने की उम्मीद की जाती है। एक बार घोषणा होने के बाद ये जुड़ जाते हैं और इन्हें अलग नहीं किया

जा सकता है। ये कंपनी की देनदारियों का हिस्सा बन जाते हैं। इन्हें "प्रत्यावर्ती बोनस" कहा जाता है क्योंकि यह पॉलिसीधारक को केवल तभी प्राप्त होता है जब अनुबंध मृत्यु या परिपक्वता से दावा बन जाता है।

बोनस समर्पण पर भी देय हो सकते हैं। ऐसे मामलों में अक्सर यह निर्धारित किया जाता है कि अनुबंध को पात्र बनने के लिए एक निश्चित अवधि (जैसे 5 वर्ष) तक संचालित किया गया होना चाहिए।

प्रत्यावर्ती बोनसों के प्रकार

चित्र 5: प्रत्यावर्ती बोनसों के प्रकार



i. **साधारण प्रत्यावर्ती बोनस**

यह अनुबंध के तहत बुनियादी नकद लाभ के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जाता है। उदाहरण के लिए, भारत में इसे प्रति हजार बीमा राशि की रकम के रूप में घोषित किया जाता है।

ii. **कंपाउंड बोनस**

यहां कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से जुड़े बोनसों के प्रतिशत के रूप में बोनस घोषित करती है। इस प्रकार यह बोनस पर एक बोनस है। इसे व्यक्त करने का एक तरीका @ 8% की मूल बीमा राशि सहित पहले से जुड़े बोनस के रूप में हो सकता है।

iii. **टर्मिनल बोनस**

जैसा कि नाम से पता चलता है, यह बोनस केवल अपनी अनुबंधात्मक समाप्ति (मृत्यु या परिपक्वता द्वारा) पर अनुबंध से जुड़ता है। यह बोनस बाद के वर्षों के बारे में किसी भी प्रतिबद्धता के बिना केवल परिणामी वर्ष के दावों के लिए घोषित किया जाता है (प्रत्यावर्ती बोनस के मामले की तरह)। इस प्रकार 2013 के लिए घोषित टर्मिनल बोनस केवल 2013-14 के दौरान उत्पन्न हुए दावों के लिए लागू होगा, न कि बाद के वर्षों के लिए।

अंत में, टर्मिनल बोनस अनुबंध की समयावधि पर निर्भर करते हैं और अवधि बढ़ने के साथ बढ़ जाते हैं। इस प्रकार 25 वर्ष तक चले एक अनुबंध के लिए टर्मिनल बोनस 15 वर्ष तक चले अनुबंध की तुलना में अधिक होगा।

टर्मिनल बोनस इस समस्या के एक समाधान के रूप में (ब्रिटेन में) सामने आए थे कि भुनाए नहीं गए बड़े लाभों को कैसे देखा जाए जो शेयर और संपत्ति में निवेश बढ़ने के परिणाम स्वरूप अर्जित किए गए थे। इन्हें एकमुश्त भुगतानों के रूप में देकर और इनको समय के साथ जोड़ कर जीवन बीमा कंपनियों ने इन बोनसों को बनाए रखने की समस्याओं का समाधान कर लिया। ये पॉलिसीधारकों के बीच समानता प्राप्त करने का तरीका भी बन गए।

4. **अंशदान विधि**

अधिशेष के वितरण का एक अन्य तरीका "अंशदान विधि" का है जो उत्तरी अमेरिका में अपनाया गया है।इस विधि में अधिशेष के तीन स्रोतों पर ध्यान दिया जाता है - अतिरिक्त ब्याज, मर्त्यता बचत और खर्च तथा अन्य अधिभारों के संबंध में होने वाली बचत।

इस प्रकार अधिशेष मर्त्यता, ब्याज और खर्चों के संबंध में बीते वर्ष में जो घटित होने की अपेक्षा की गयी थी और जो वास्तव में घटित हुआ उसके अंतर से निकाला जाता है।

घोषित किए गए लाभांशों का निम्नलिखित चार तरीकों में से एक में इस्तेमाल किया जा सकता है

i. इसका लाभांश के रूप में नगद भुगतान किया जा सकता है

ii. भविष्य के प्रीमियमों में समायोजन और कमी के रूप में

iii. तीसरा तरीका पॉलिसी में गैर. जब्तीयोग्य चुक्ता अतिरिक्तों की खरीद की अनुमति देना है।

iv. अंत में पॉलिसी खाते में ब्याज के साथ लाभांश संचित करने की अनुमति दी जा सकती है।इसे पॉलिसीधारक के विकल्प पर या केवल अनुबंध के अंत में वापस लिया जा सकता है।

5. यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां

जैसी कि ऊपर चर्चा की गयी है, परंपरागत "लाभ सहित" पॉलिसियों में जीवन बीमा कंपनी के द्वारा भुगतान किए जाने वाले बोनसों और उनके निवेश के प्रदर्शन निष्पादन एक संबंध होता है। तथापि यह संबंध प्रत्यक्ष नहीं होता है। पॉलिसीधारक का बोनस बीमा कंपनी की परिसंपत्तियों और देनदारियों के आवधिक मूल्यांकन के दौरान घोषित किए जाने वाले अधिशेष से निर्धारित होता है। नतीजतन, बोनस की संरचना सीधे तौर पर बीमा कंपनी की अंतर्निहित परिसंपत्तियों के मूल्य को प्रतिबिंबित नहीं करती है।

पुनः, मूल्यांकन के तहत बोनस आमतौर पर वर्ष में केवल एक बार ही घोषित किये जाते हैं। जाहिर है कि ये संपत्तियों के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ाव को प्रतिबिंबित नहीं कर सकते हैं। यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां साफ़ तौर पर ऊपर बतायी गयी कुछ सीमाओं से छुटकारा पाने के लिए बनाई गयी हैं।

इनमें उत्पादों के डिजाइन का एक अलग दृष्टिकोण होता है और ये सिद्धांतों के एक अलग सेट का पालन करते हैं।

क) यूनिट बनाना

इन पॉलिसियों की मुख्य विशेषता यह है कि इनके लाभ दावा भुगतान देय होने की तिथि को पॉलिसीधारक के खाते में जमा किए गए यूनिटों के मूल्य से पूर्णतः या अंशतः निर्धारित होते हैं। निवेश फंड के कई बराबर भागों में विभाजन के माध्यम से एक यूनिट बनाया जाता है।

ख) पारदर्शी संरचना

यूनिट लिंक्ड उत्पाद के मामले में बीमा सुरक्षा के लिए शुल्क और व्यय के घटक स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट होते हैं। प्रीमियम से इन शुल्कों की कटौती कर लिए जाने के बाद खाते की शेष राशि और इसकी आय को यूनिटों में निवेश किया जाता है। इन यूनिटों का मूल्य निष्पादन के एक पूर्व-निर्धारित सूचकांक के संदर्भ में तय किया जाता है।

यह एक नियम या सूत्र द्वारा निकाला जाता है जिसके बारे में पहले बताया गया है। दो स्वतंत्र व्यक्ति इस सूत्र का पालन करके लाभ के एक ही अनुमान पर पहुंचेंगे। दूसरे शब्दों में, पॉलिसीधारक के लाभ जीवन बीमा कंपनी के अनुमानों और विचारों पर निर्भर नहीं रहते हैं।

ग) मूल्य निर्धारण

बंदोबस्ती जैसी परंपरागत योजनाओं में बीमाधारक खरीदी जाने वाली बीमा राशि तय करता है। बीमा राशि गारंटीकृत होती है और प्रीमियम इस प्रकार निर्धारित किया जाता है कि यह मर्त्यता, ब्याज और खर्चों के दिए गए अनुमानों पर इस राशि का भुगतान करने के लिए पर्याप्त होगा। अगर वास्तविक अनुभव प्रीमियम निर्धारित करते समय किए गए अनुमानों की तुलना में बेहतर होते हैं तो लाभ बोनस के रूप में दिया जाता है।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों के तहत बीमाधारक यह तय करता है कि वह नियमित अंतराल पर कितनी प्रीमियम राशि का योगदान कर सकता है। प्रीमियम एक न्यूनतम राशि के अधीन, जिसका भुगतान करना आवश्यक हो सकता है, भिन्न हो सकते हैं। बीमा कवर भुगतान किए गए प्रीमियमों का एक गुणज होता है - उदाहरण के लिए, यह वार्षिक प्रीमियम का दस गुणा हो सकता है।

प्रीमियम को तीन भागों में विभाजित किया गया है –

i. सबसे पहले एक पॉलिसी आवंटन शुल्क (पीएसी) होता है जिसमें एजेंट का कमीशन, पॉलिसी निर्धारण लागत, प्रशासनिक लागत और वैधानिक शुल्क शामिल होते हैं।

ii. दूसरा घटक मर्त्यता शुल्क है जो जोखिम कवर प्रदान करने की लागत है।

iii. उपरोक्त दोनों खर्चों को पूरा करने के बाद प्रीमियम की शेष राशि यूनिटों की खरीद के लिए आवंटित की जाती है।

प्रीमियमों के अनुपात के रूप में पीएसी परंपरागत और यूलिप दोनों प्रकार की योजनाओं के तहत प्रारंभिक वर्षों में उच्च होती है। परंपरागत पॉलिसी के तहत इन शुल्कों को विभाजित करके संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान फैला दिया जाता है। हालांकि यूलिप के मामले में इन्हें प्रारंभिक प्रीमियम से ही काट लिया जाता है। इसका मतलब है कि प्रारंभिक अवस्थाओं में शुल्क निवेश के लिए आवंटित की जाने वाली राशि को काफी कम कर देंगे। यही कारण है कि लाभों के मूल्य की तुलना में प्रीमियम भुगतान बहुत कम होगा। वास्तव में यह अनुबंध के प्रारंभिक वर्षों में प्रीमियम भुगतान की तुलना में कम होगा।

घ) निवेश के जोखिम को वहन करना

अंत में, चूंकि यूनिटों का मूल्य जीवन बीमा कंपनी के निवेश के मूल्य पर निर्भर करता है, यहां एक जोखिम यह है कि ये यूनिट मूल्य अपेक्षा से कम हो सकते हैं तथा इसके परिणाम स्वरूप रिटर्न कम और यहां तक कि ऋणात्मक हो सकते हैं। हालांकि जीवन बीमा कंपनी से एक कुशल और विवेकपूर्ण तरीके से इन निवेशों का प्रबंधन करने की उम्मीद की जाती है, फिर भी यह यूनिट मूल्यों के बारे में कोई गारंटी नहीं देती है। दूसरे शब्दों में, निवेश के जोखिम को पॉलिसीधारक/यूनिट धारक द्वारा वहन किया जाता है। तथापि जीवन बीमा कंपनी मर्त्यता और खर्च के जोखिम वहन कर सकती है।

स्व-परीक्षण 2

यूलिप के मामले में निवेश जोखिम को कौन वहन करता है?

I. बीमा कंपनी

II. बीमाधारक

III. राज्य

IV. आईआरडीए

सारांश

- साधारण भाषा में, प्रीमियम शब्द बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किए जाने वाले मूल्य को दर्शाता है।
- जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए प्रीमियम निर्धारित करने की प्रक्रिया में मर्त्यता, ब्याज, खर्च के प्रबंधन और प्रारक्षित निधियों के बारे में पर विचार किया जाना शामिल है।
- शुद्ध प्रीमियम में लदान जोड़ते हुए सकल प्रीमियम प्राप्त होता है।
- चूक का मतलब है कि पॉलिसीधारक ने प्रीमियम का भुगतान करना बंद कर दिया है। आहरण के मामले में, पॉलिसीधारक पॉलिसी का समर्पण करता है और पॉलिसी के उपार्जित नकद मूल्य से राशि प्राप्त करता है।
- जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव उसके अनुमान से बेहतर होने की स्थिति में अधिशेष उत्पन्न होता है।
- शोधन क्षमता की आवश्यकताओं को बनाये रखने, मुक्त संपत्तियों में वृद्धि करने, आदि हेतु अधिशेष आवंटन किया जा सकता है।
- बोनस का सबसे आम रूप प्रत्यावर्ती बोनस है।

प्रमुख शब्द

1. प्रीमियम
2. छूट (रियायत)
3. बोनस
4. अधिशेष
5. प्रारक्षित निधि
6. लदान (लोडिंग)
7. प्रत्यावर्ती बोनस

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम भुगतान बंद कर देना पॉलिसी में चूक कहलाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

यूलिप के मामले में बीमाधारक निवेश के जोखिम को वहन करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

बीमा पॉलिसी के संबंध में "प्रीमियम" शब्द क्या निरूपित करता है?

I. बीमा कंपनी द्वारा अर्जित लाभ
II. पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा किया गया मूल्य भुगतान
III. किसी पॉलिसी पर बीमा कंपनी के मार्जिन
IV. पॉलिसी पर बीमा कंपनी द्वारा किए गए खर्चे

प्रश्न 2

इनमें से कौन सा जीवन बीमा प्रीमियम के निर्धारण का एक कारक नहीं है?

I. मर्त्यता
II. छूट
III. प्रारक्षित निधियां
IV. प्रबंधन व्यय

प्रश्न 3

पॉलिसी आहरण क्या है?

I. पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम भुगतान बंद करना
II. उपार्जित समर्पण मूल्य के लिए बदले में पॉलिसी का समर्पण

III. पॉलिसी उन्नयन
IV. पॉलिसी अधोनयन

प्रश्न 4

निम्नलिखित में से अधिशेष निर्धारित करने का कौन सा तरीका है?

I. अत्यधिक देयताएं
II. अत्यधिक कारोबार
III. परिसम्पत्तियों की तुलना में देयताओं का मूल्य अधिक होना
IV. देयताओं की तुलना में परिसम्पत्तियों का मूल्य अधिक होना

प्रश्न 5

इनमें से कौन यूलिप प्रीमियम का एक घटक नहीं है?

I. पॉलिसी आवंटन शुल्क
II. निवेश जोखिम प्रीमियम
III. मर्त्यता शुल्क
IV. सामाजिक सुरक्षा प्रभार

प्रश्न 6

जीवन बीमा कंपनियां _____________ के आधार पर देय प्रीमियम पर खरीदार के लिए छूट की पेशकश कर सकती हैं।

I. खरीदार द्वारा चुनी गयी बीमा राशि
II. खरीदार द्वारा चुनी गयी पॉलिसी का प्रकार
IV. खरीदार द्वारा चुनी गयी योजना की अवधि
IV. खरीदार द्वारा चुनी गयी भुगतान की विधि (नकद, चेक, कार्ड)

प्रश्न 7

प्रीमियम निर्धारण करते समय इस्तेमाल किए जाने वाले महत्वपूर्ण घटकों में ब्याज दरें शामिल रहती हैं। ब्याज दरों के संबंध के नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. ब्याज दर जितनी कम मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा
II. ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही अधिक होगा
III. ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

IV. ब्याज दरें प्रीमियमों को प्रभावित नहीं करती हैं

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. शुद्ध प्रीमियम पर सामान्य लोडिंग के 3 भाग होंगेः क) प्रीमियमों के लिए एक नियत राशि ख) प्रत्येक '1000 बीमा राशि' के लिए एक नियत राशि ग) प्रति पॉलिसी एक नियत राशि
II. शुद्ध प्रीमियम पर सामान्य लोडिंग के 3 भाग होंगेः क) प्रीमियमों का एक प्रतिशत ख) प्रत्येक '1000 बीमा राशि' के लिए एक नियत राशि ग) प्रति पॉलिसी एक नियत राशि
III. शुद्ध प्रीमियम पर सामान्य लोडिंग के 3 भाग होंगेः क) प्रीमियमों का एक प्रतिशत ख) प्रत्येक '1000 बीमा राशि' के लिए एक नियत प्रतिशत ग) प्रति पॉलिसी एक नियत राशि
IV. शुद्ध प्रीमियम पर सामान्य लोडिंग के 3 भाग होंगेः क) प्रीमियमों का एक प्रतिशत ख) प्रत्येक '1000 बीमा राशि' के लिए एक नियत राशि ग) प्रति पॉलिसी एक प्रतिशत राशि

प्रश्न 9

बीमा कंपनियों द्वारा संपत्तियों के मूल्यांकन के संबंध में, _____________ वह मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्तियां खरीदी या प्राप्त की हैं।

I. बट्टागत भावी मूल्य
II. बट्टागत वर्तमान मूल्य
III. बाजार मूल्य
IV. अंकित मूल्य

प्रश्न 10

_____________ के मामले में, कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से दिए गये बोनसों के एक प्रतिशत के रूप में बोनस घोषित करती है।

I. प्रत्यावर्ती बोनस

II. कंपाउंड बोनस

III. टर्मिनल बोनस

IV. दृढता बोनस

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किए गए मूल्य को प्रीमियम कहा जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा प्रीमियम का निर्धारण करने में छूट एक कारक नहीं होती है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

उपार्जित समर्पण मूल्य के बदले में पॉलिसी समर्पण करने को पॉलिसी आहरण कहा जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

देयताओं की तुलना में परिसम्पत्तियों का आधिक्य मूल्य अधिशेष निर्धारित करने का एक तरीका है।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

यूलिप प्रीमियम में पॉलिसी आवंटन शुल्क, निवेश जोखिम प्रीमियम और मर्त्यता शुल्क शामिल रहते हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

जीवन बीमा कंपनियां खरीदार द्वारा चुनी गयी बीमा राशि के आधार पर देय प्रीमियम पर खरीदार के लिए छूट की पेशकश कर सकती हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

शुद्ध प्रीमियम पर सामान्य लोडिंग के 3 भाग होंगेः क) प्रीमियमों का एक प्रतिशत ख) प्रत्येक '1000 बीमा राशि' के लिए एक नियत राशि ग) प्रति पॉलिसी एक नियत राशि

उत्तर 9

सही विकल्प IV है।

बीमा कंपनियों द्वारा संपत्तियों के मूल्यांकन किये जाने के संबंध में अंकित मूल्य होता वह मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्तियां खरीदी या प्राप्त की होती हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

कंपाउंड बोनस के मामले में, कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से दिये गये बोनसों के एक प्रतिशतांक के रूप में बोनस घोषित करती है।

अध्याय 11

दस्तावेजीकरण - प्रस्ताव चरण

अध्याय परिचय

जीवन बीमा उद्योग में हम बहुसंख्यक प्रपत्रों और दस्तावेजों के साथ कामकाज करते हैं। ये बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच संबंधों में स्पष्टता लाने के प्रयोजन से आवश्यक हैं। इस अध्याय में इस प्रस्ताव चरण में शामिल विभिन्न दस्तावेजों और उनके महत्व के बारे में जानेंगे। हम जिन दस्तावेजों पर विचार करेंगे उनमें शामिल हैं -

i. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

ii. प्रस्ताव प्रपत्र

iii. एजेंट की रिपोर्ट

iv. चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट

v. नैतिक जोखिम की रिपोर्ट

vi. आयु का प्रमाण

vi. अपने ग्राहक को जानिए (केवाईसी) दस्तावेज़

अध्ययन के परिणाम

क. जीवन बीमा - प्रस्ताव चरण का दस्तावेजीकरण

क. जीवन बीमा - प्रस्ताव चरण का दस्तावेजीकरण

1. **विवरण पुस्तिका** (**प्रोस्पेक्टस**)

परिभाषा

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) में पॉलिसी की खरीद के संबंध में एक संभावित पॉलिसीधारक द्वारा एक सूचित निर्णय लेने के लिए आवश्यक सभी तथ्य शामिल होने चाहिए।

जीवन बीमा कंपनी द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले प्रोस्पेक्टस में इसकी प्रत्येक बीमा योजना के अंतर्गत निम्नलिखित बातों का उल्लेख होना चाहिए:

i. नियम एवं शर्तें

ii. लाभों का दायरा - गारंटीकृत और ग़ैर-गारंटीकृत

iii. अधिकार

iv. अपवाद

v. योजना सहभागी है या गैर-सहभागी

प्रोस्पेक्टस एक परिचयात्मक दस्तावेज की तरह है जो कंपनी के उत्पादों से परिचित होने में संभावित पॉलिसीधारक की मदद करता है।

2. **प्रस्ताव प्रपत्र** (**प्रपोजल फॉर्म**)

बीमा पॉलिसी बीमा कंपनी और पॉलिसीधारक के बीच किये जाने वाली एक कानूनी संविदा है। जैसा कि किसी भी संविदा के लिए आवश्यक होता है, इसमें एक प्रस्ताव और इसकी स्वीकृति होती है। प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर "प्रस्ताव प्रपत्र" के रूप में जाना जाता है। प्रस्ताव प्रपत्र में उल्लिखित सभी तथ्य दोनों पक्षों पर बाध्यकारी होते हैं और इसकी विषय-वस्तुयों को समझने में रही विफलता दावा निपटान की स्थिति में प्रतिकूल परिणामों का कारण बन सकती है।

परिभाषा

प्रस्ताव प्रपत्र को आईआरडीए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) अधिनियम, 2002 के तहत इस प्रकार परिभाषित किया गया है:

"इसका अर्थ है बीमा के लिए प्रस्तावक द्वारा भरा जाने वाला एक ऐसा प्रपत्र जिसमें किसी जोखिम के संबंध में बीमा कंपनी के लिए आवश्यक समस्त वास्तविक जानकारी प्रस्तुत की जाएगी जो जोखिम को लेने के लिए, बीमा कंपनी को यह तय करने में सक्षम बनाएगा कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या इनकार, और जोखिम को स्वीकार किए जाने की स्थिति में प्रदान किए जाने वाले कवर की दरें, नियम और शर्तें क्या होंगी।"

इन विनियमों के प्रयोजन के लिए "सामग्री" का मतलब और इसमें बीमा कंपनी द्वारा कवर किए जाने वाले जोखिम के बीमालेखन के संदर्भ में सभी महत्वपूर्ण, आवश्यक और प्रासंगिक जानकारी शामिल होगी।

महत्वपूर्ण

जहां आईआरडीए ने प्रस्ताव प्रपत्र को परिभाषित किया, प्रपत्र के डिजाइन और सामग्री को बीमा कंपनी के विवेक पर खुला छोड़ दिया गया। तथापि, पॉलिसीधारकों, बिचौलियों, लोकपाल और बीमा कंपनियों से प्राप्त प्रतिक्रिया के आधार पर आईआरडीए ने प्रपत्र और प्रस्ताव प्रपत्र की सामग्री को मानकीकृत करना आवश्यक समझा।

आईआरडीए ने आईआरडीए (जीवन बीमा के लिए मानक प्रस्ताव प्रपत्र) विनियम, 2013 जारी किया है। हालांकि आईआरडीए ने डिजाइन और सामग्री निर्धारित कर दी है, इसने अतिरिक्त जानकारी प्राप्त करने के लिए बीमा कंपनियों को लचीलापन प्रदान किया है। प्रस्ताव प्रपत्र में न केवल प्रस्तावक और प्रस्तावित जीवन बीमाधारक के लिए बल्कि उस बिचौलिए के लिए भी विस्तृत निर्देश शामिल हैं जो पॉलिसी लेकर आता है और प्रपत्र को भरने में सहायता करता है।

3. एजेंट की रिपोर्ट

एजेंट प्राथमिक बीमांकनकर्ता है। जोखिम मूल्यांकन के लिए प्रासंगिक, पॉलिसीधारक के बारे में सभी तथ्यों और विवरणों का खुलासा एजेंट द्वारा उसकी रिपोर्ट में किया जाना आवश्यक है।

स्वास्थ्य, आदतों, पेशा, आय की बातों और परिवार के विवरण का रिपोर्ट में उल्लेख किया जाना आवश्यक है।

4. **चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट**

कई मामलों में, बीमायोग्य जीवन की एक ऐसे चिकित्सक द्वारा चिकित्सकीय जांच करानी होती है जो बीमा कंपनी द्वारा पैनलबद्ध है। ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं से संबंधित विवरण चिकित्सक द्वारा अपनी रिपोर्ट में दर्ज और उल्लेख किए जाते हैं जिसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहते हैं।

हमें यह ध्यान रखना चाहिए कि कई प्रस्तावों का बीमालेखन और बीमा के लिए स्वीकृति चिकित्सा जांच की मांग किए बिना होती है। इन्हें गैर-चिकित्सा मामलों के रूप में जाना जाता है। चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट की आवश्यकता आमतौर पर उस समय होती है जब गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन के तहत प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जा सकता है क्योंकि प्रस्तावित राशि या प्रस्तावित जीवन की आयु अधिक है या कुछ ऐसे लक्षण हैं जिनका खुलासा प्रस्ताव में किया गया है जो एक चिकित्सा परीक्षक की जांच और रिपोर्ट की मांग करते हैं।

इससे बीमा कंपनी के बीमांकनकर्ता को बीमायोग्य जीवन की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति का एक ब्यौरा मिल जाता है।

5. **नैतिक खतरे की रिपोर्ट**

जीवन बीमा एक व्यक्ति और बीमा कंपनी के बीच को जाने वाली एक संविदा है जो एक उल्लिखित धनराशि का भुगतान करता है अगर पॉलिसी की अवधि के दौरान कवर किए गए व्यक्ति की मौत हो जाती है तो जब आप जीवन बीमा खरीदते हैं, आपको आवेदन भरने और शारीरिक परीक्षा के लिए प्रस्तुत करने सहित कई बीमांकन प्रक्रियाओं का अध्ययन कर लेना चाहिए। जोखिम को प्रभावित करने वाला एक कारक, जिसकी बीमाकर्ताओं को तलाश होती है, उसे नैतिक खतरा कहा जाता है।

परिभाषा

नैतिक खतरे में यह संभावना रहती है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के परिणामस्वरूप ग्राहक का व्यवहार बदल सकता है और इस तरह के बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी।

उदाहरण

जॉन डो ने हाल ही में एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी.है। फिर उसने एक ऐसे स्थान पर स्कीइंग अभियान पर जाने का फैसला किया जिसके बारे में पृथ्वी पर सबसे खतरनाक स्कीइंग स्थलों में से एक होने की सूचना मिली थी। अतीत में उसने इस तरह के अभियानों में जाने से इनकार कर दिया था।

जीवन बीमा कंपनियां ऐसे व्यक्तियों द्वारा जीवन बीमा की खरीद से मुनाफ़ा कमाने की कोशिश करने की संभावना के विरूद्ध सुरक्षा चाहती हैं जो अपनी स्वयं की जिंदगी या अन्य व्यक्ति की जिंदगी ख़त्म करने जैसे माध्यमों को अपनाते हैं। इसलिए जीवन बीमांकनकर्ता ऐसे किसी भी कारक की तलाश करते हैं जो इस तरह के जोखिम का सुराग दे सकता है।

इस प्रयोजन के लिए, कंपनी को बीमा कंपनी के किसी अधिकारी द्वारा नैतिक खतरा रिपोर्ट प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता हो सकती है। इस रिपोर्ट के पूरा होने से पहले रिपोर्टिंग अधिकारी को प्रस्तावक की पहचान के बारे में अपने आपको संतुष्ट कर लेना चाहिए। उसे रिपोर्ट पूरी करने से पहले प्राथमिकता के आधार पर उस व्यक्ति से उसके निवासस्थान पर जाकर मिलना चाहिए। रिपोर्टिंग अधिकारी को बीमायोग्य जीवन के स्वास्थ्य और आदतों, पेशा, आय, सामाजिक पृष्ठभूमि और वित्तीय स्थिति आदि के बारे में स्वतंत्र पूछताछ करनी चाहिए।

6. आयु का प्रमाण

हमने पहले ही देखा है कि जीवन बीमा में मर्त्यता का जोखिम उम्र के साथ बढ़ता जाता है। इसलिए उम्र वह कारक है जिसका उपयोग बीमा कंपनियां बीमायोग्य जीवन की जोखिम प्रोफाइल निर्धारित करने में करती हैं। तदनुसार प्रत्येक आयु वर्ग के लिए एक प्रीमियम शुल्क लिया जाता है। इस प्रकार उम्र के प्रमाण के एक उचित दस्तावेज़ की जांच करके सही उम्र का सत्यापन करना जीवन बीमा में महत्व रखता है।

उम्र के वैध प्रमाण मानक या गैर-मानक हो सकते हैं।

क) आयु के मानक प्रमाण

आयु के मानक प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेज इस प्रकार हैंः

- ✓ स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र
- ✓ नगर निगम के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र
- ✓ पासपोर्ट
- ✓ पैन कार्ड
- ✓ सेवा रजिस्टर
- ✓ नामकरण प्रमाणपत्र
- ✓ पारिवारिक इतिहास से निकाला गया प्रमाणित निष्कर्ष अगर इसमें जन्म तिथि अंकित है
- ✓ रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान पत्र
- ✓ रोमन कैथोलिक चर्च द्वारा जारी विवाह प्रमाणपत्र

ख) आयु के गैर-मानक प्रमाण

जब उपरोक्त की तरह आयु के मानक प्रमाण उपलब्ध नहीं होते हैं तो जीवन बीमा कंपनी एक गैर-मानक आयु प्रमाण प्रस्तुत करने की अनुमति दे सकती है। गैर-मानक आयु प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेज हैं:

- ✓ कुंडली
- ✓ राशन कार्ड
- ✓ स्वयं-घोषणा के माध्यम से एक शपथपत्र
- ✓ ग्राम पंचायत का प्रमाणपत्र

चित्र 1: मान्य आयु प्रमाण

वैध आयु प्रमाण

मानम आयु प्रमाण

- **स्कूल या कॉलेज प्रमाणपत्र**
- **पासपोर्ट**
- **पैन कार्ड**
- **सेवा रजीस्टर**
- **नामकरण प्रमाण पत्र**
- **परिवारिक इतिहास से निकाला गया प्रमाणित निष्कर्ष अगर उसमें जन्मतिथि अंकित हो**
- **रक्षा कर्मचारियों के मामले में पहचान पत्र**
- **रोमन कैथोलिक चर्च द्वारा जारी किया गया विवाह प्रमाण पत्र**

आयु के गैर-मानक प्रमाण

- **कुंडली**
- **राशन कार्ड**
- **स्वयं-घोषणा के माध्यम से एक शपथपत्र**
- **ग्राम पंचायत का प्रमाणपत्र**

7. एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग (एएमएल)

परिभाषा

मनी लॉन्ड्रिंग (काले धन को वैध करना) अवैध पैसे के अवैध मूल को छुपा कर इसे अर्थव्यवस्था में लाने की प्रक्रिया है ताकि यह कानूनी तौर पर हासिल किया गया प्रतीत हो

सके। भारत सरकार ने मनी लॉन्ड्रिंग की गतिविधियों पर लगाम लगाने के लिए पीएमएलए, 2002 की शुरुआत की थी।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम (पीएमएलए), 2002 काले धन को वैध करने वाली गतिविधियों को नियंत्रित करने के लिए और मनी लॉन्ड्रिंग से प्राप्त की गयी संपत्ति की जब्ती का प्रावधान करने के लिए 2005 से प्रभाव में आया।यह मनी लॉन्ड्रिंग का उल्लेख एक ऐसे अपराध के रूप में करता है जो तीन से सात वर्ष के कठोर कारावास और 5 लाख रुपए तक के जुर्माने के साथ दंडनीय है।

प्रत्येक बीमा कंपनी को एक एएमएल नीति रखना और तदनुसार आईआरडीए के पास इसकी एक प्रति दर्ज कराना आवश्यक है। एएमएल कार्यक्रम में निम्न बातें शामिल होनी चाहिएः

i. आंतरिक नीतियां, प्रक्रियाएं और नियंत्रण
ii. एक प्रमुख अनुपालन अधिकारी की नियुक्ति
iii. एएमएल उपायों पर एजेंटों की भर्ती और प्रशिक्षण
iv. आंतरिक लेखा-परीक्षा/नियंत्रण

8. **अपने ग्राहक को जानें (केवाईसी)**

"अपने ग्राहक को जानें" किसी व्यवसाय द्वारा अपने ग्राहकों की पहचान सत्यापित करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रिया है।बैंक और बीमा कंपनियां पहचान की चोरी, वित्तीय धोखाधड़ी और काले धन को वैध करने के प्रयासों को रोकने के लिए तेजी से अपने ग्राहकों से विस्तृत जानकारी की मांग कर रही हैं।

केवाईसी दिशानिर्देशों का उद्देश्य आपराधिक तत्वों द्वारा काले धन को वैध करने वाली गतिविधियों के लिए वित्तीय संस्थानों का इस्तेमाल किए जाने से रोकना है।

इसलिए बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने की आवश्यकता होती है।

एजेंटों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि प्रस्तावक केवाईसी प्रक्रिया के भाग के रूप में निम्नलिखित के साथ प्रस्ताव प्रपत्र प्रस्तुत करते हैंः

i. फोटोग्राफ

ii. आयु का प्रमाण
iii. पते का प्रमाण - ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, टेलीफोन बिल, बिजली बिल, बैंक पासबुक आदि
iv. पहचान का प्रमाण - ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, मतदाता पहचान पत्र, पैन कार्ड, आदि
v. उच्च मूल्य के लेनदेनों के मामले में आय प्रमाण संबंधी दस्तावेज

9. **फ्री-लुक अवधि**

मान लीजिए कि किसी व्यक्ति ने एक नई जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी और पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त किया, इसकी जांच पर उसे पता चलता है कि नियम और शर्तें उसकी चाहत के अनुरूप नहीं हैं।

वह क्या कर सकता/ती है?

आईआरडीए ने अपने विनियमों में उपभोक्ता-अनुकूल एक प्रावधान बनाया है जो इस समस्या का ख्याल रखता है। इसने एक प्रावधान किया है जिसे "फ्री-लुक अवधि" या "कूलिंग अवधि" कहा जाता है।

इस अवधि के दौरान, अगर किसी पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और इसे रखना नहीं चाहता है तो वह निम्नलिखित शर्तों के अधीन इसे वापस कर सकता है और अपने पैसे वापस प्राप्त कर सकता है:

i. वह पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर इस विकल्प का प्रयोग कर सकता है
ii. उसे लिखित रूप में कंपनी को बताना होगा
iii. प्रीमियम की धनवापसी को कवर की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम, चिकित्सा जांच और स्टांप ड्यूटी शुल्क पर बीमा कंपनी द्वारा किए गए खर्चों के समझ समायोजित किया जाएगा

यह फ्री-लुक अवधि एक विशेषाधिकार के रूप में जीवन बीमा पॉलिसीधारकों के लिए उपलब्ध है। पॉलिसीधारक पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने की तारीख से पंद्रह दिनों की अवधि के दौरान इस विकल्प का प्रयोग कर सकते हैं।

स्व-परीक्षण 1

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

I. स्वतंत्र मूल्यांकन

II. फ्री-लुक

III. निरस्तीकरण

III. फ्री ट्रायल

सारांश

- विवरण पुस्तिका (प्रास्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।
- प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर "प्रस्ताव प्रपत्र" के रूप में जाना जाता है।
- स्वास्थ्य की बातों, आदतों और पेशे, आय और परिवार का विवरण एजेंट की रिपोर्ट में एजेंट द्वारा उल्लिखित होना जाना चाहिए।
- ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं से संबंधित विवरण चिकित्सक द्वारा अपनी रिपोर्ट में दर्ज और उल्लेख किए जाते हैं जिसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहा जाता है।
- नैतिक खतरा यह संभावना दर्शाता है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के परिणामस्वरूप ग्राहक का व्यवहार बदल सकता है और इस तरह के बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी।
- मानक आयु प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेजों में स्कूल या कॉलेज के प्रमाणपत्र, नगरपालिका रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र अदि शामिल हैं।
- प्रत्येक बीमा कंपनी को एक एएमएल नीति रखना और तदनुसार आईआरडीए के पास इसकी एक प्रति उपलब्ध कराना आवश्यक है। एएमएल कार्यक्रम में आंतरिक नीतियां, प्रक्रियाएं और नियंत्रण तथा एक प्रमुख अनुपालन अधिकारी की नियुक्ति शामिल होनी चाहिए।
- बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने की आवश्यकता होती है। पते का प्रमाण, पैन कार्ड और फोटोग्राफ जैसे केवाईसी दस्तावेजों को केवाईसी प्रक्रिया के एक भाग के रूप में एकत्र किया जाना आवश्यक है।

प्रमुख शब्द

1. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)
2. प्रस्ताव प्रपत्र
3. नैतिक खतरा
4. मानक और गैर-मानक आयु प्रमाण
5. एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग
6. अपने ग्राहक को जानिए (केवाईसी)
7. फ्री-लुक अवधि

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

फ्री-लुक अवधि के दौरान, अगर पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और इसे नहीं रखना चाहता है तो वह इसे लौटा कर पैसे वापस प्राप्त कर सकता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से मानक आयु प्रमाण का कौन सा एक उदाहरण है?

I. राशन कार्ड

II. कुंडली

III. पासपोर्ट

IV. ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र

प्रश्न 2

इनमें से किसे नैतिक खतरा के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है?

I. बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ जाना

II. बीमा की खरीद से पहले जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ जाना

III. बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार में कमी

IV. बीमित होने के बाद आपराधिक गतिविधियों में संलग्न होना

प्रश्न 3

निम्नलिखित में से किसकी चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट में जांच की जाएगी?

I. प्रस्तावक का भावनात्मक व्यवहार

II. ऊंचाई, वजन और रक्तचाप

III. सामाजिक स्थिति

IV. सच्चाई

प्रश्न 4

____________ बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

I. प्रस्ताव प्रपत्र

II. प्रस्ताव उद्धरण

III. सूचना डॉकेट

IV. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

प्रश्न 5

प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर ____________ के रूप में जाना जाता है।

I. आवेदन प्रपत्र

II. प्रस्ताव प्रपत्र

III. पंजीकरण फॉर्म

IV. सदस्यता फॉर्म

उत्तर 6

नीचे दिए गए आयु प्रमाण दस्तावेजों में से उस विकल्प की पहचान करें जिसे बीमा कंपनियों द्वारा गैर-मानक के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

I. स्कूल प्रमाणपत्र

II. रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान पत्र

III. राशन कार्ड

IV. नामकरण प्रमाणपत्र

प्रश्न 7

मनी लॉन्ड्रिंग __________ धन को अर्थव्यवस्था में लाने की एक प्रक्रिया है जिसमें इसके ___________ मूल को छुपाया जाता है ताकि यह कानूनी तौर पर हासिल किया गया प्रतीत हो सके।

I. अवैध, अवैध

II. वैध, वैध

III. अवैध, वैध

IV. वैध, अवैध

प्रश्न 8

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी से संतुष्ट नहीं है तो वह फ्री-लुक अवधि के भीतर यानी पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त करने के __________ के भीतर पॉलिसी को वापस लौटा सकता है।

I. 60 दिन

II. 45 दिन

III. 30 दिन

IV. 15 दिन

प्रश्न 9

फ्री-लुक अवधि के दौरान पॉलिसीधारक द्वारा वापस लौटायी गयी पॉलिसी के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. बीमा कंपनी प्रीमियम का 100% वापस करेगी

II. बीमा कंपनी प्रीमियम का 50% वापस करेगी

III. बीमा कंपनी कवर की अवधि, चिकित्सा जांच के खर्चों और स्टांप शुल्क प्रभार के संबंध में आनुपातिक जोखिम प्रीमियम के लिए समायोजन करने के बाद प्रीमियम वापस करेगी।

IV. बीमा कंपनी संपूर्ण प्रीमियम को जब्त कर लेगी

प्रश्न 10

इनमें से कौन सा वैध पते का प्रमाण नहीं है?

I. पैन कार्ड

II. मतदाता पहचान पत्र

III. बैंक पासबुक

IV. ड्राइविंग लाइसेंस

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

पासपोर्ट मानक आयु प्रमाण का एक उदाहरण है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ने को नैतिक खतरे के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

ऊंचाई, वजन और रक्तचाप कुछ ऐसी बातों में शामिल हैं जिनकी चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट में जांच की जाएगी।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक ऐसा औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आमतौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के रूप में जाना जाता है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

राशन कार्ड को गैर-मानक आयु प्रमाण के रूप में वर्गीकृत किया जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प I है।

मनी लॉन्ड्रिंग अवैध धन को अर्थव्यवस्था में लाने की एक प्रक्रिया है जिसमें इसके अवैध मूल को छुपाया जाता है ताकि यह कानूनी तौर पर हासिल किया गया प्रतीत हो सके।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी से संतुष्ट नहीं है तो वह फ्री-लुक अवधि के भीतर यानी पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर पॉलिसी को वापस कर सकता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

फ्री-लुक अवधि के दौरान पॉलिसीधारक द्वारा वापस की गयी पॉलिसी के संबंध में बीमा कंपनी कवर की अवधि, चिकित्सा जांच के खर्चों और स्टांप शुल्क प्रभार के संबंध में आनुपातिक जोखिम प्रीमियम के लिए समायोजन करने के बाद प्रीमियम वापस करेगी।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

पैन कार्ड

वैध पते का प्रमाण नहीं है।

अध्याय 12

दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरण: ।

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम किसी प्रस्ताव के जीवन बीमा पॉलिसी बनने में सहयक विभिन्न दस्तावेजों के बारे में चर्चा करेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. पॉलिसी चरण का दस्तावेजीकरण

क. पॉलिसी चरण का दस्तावेजीकरण

1. प्रथम प्रीमियम रसीद

कोई बीमा संविदा तब शुरू होता है जब जीवन बीमा कंपनी प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है। एफपीआर इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गया है।

प्रथम प्रीमियम रसीद में निम्नलिखित जानकारी शामिल होती है:

i. जीवन बीमाधारक व्यक्ति का नाम और पता

ii. पॉलिसी नंबर

iii. भुगतान की गयी प्रीमियम राशि

iv. प्रीमियम भुगतान की विधि और आवृत्ति

v. प्रीमियम भुगतान की अगली नियत तिथि

vi. जोखिम प्रारंभ होने की तिथि

vii. पॉलिसी की अंतिम परिपक्वता तिथि

viii. अंतिम प्रीमियम भुगतान की तिथि

ix. बीमा राशि

एफपीआर जारी करने के बाद बीमा कंपनी प्रस्तावक से आगे के प्रीमियम प्राप्त होने पर ही प्रीमियम रसीदें जारी करेगी। इन रसीदों को नवीकरण प्रीमियम रसीदों (आरपीआर) के रूप में जाना जाता है। आरपीआर प्रीमियम भुगतान से संबंधित किसी भी विवाद की स्थिति में भुगतान के प्रमाण के रूप में कार्य करता है।

2. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी दस्तावेज बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज है। यह बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच सम्पन्न संविदा का साक्ष्य है। यह अपने आपमें एक संविदा नहीं है। अगर पॉलिसीधारक से पॉलिसी दस्तावेज खो जाता है तो यह बीमा संविदा को प्रभावित नहीं करता है। बीमा कंपनी संविदा में कोई भी बदलाव किए बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी।

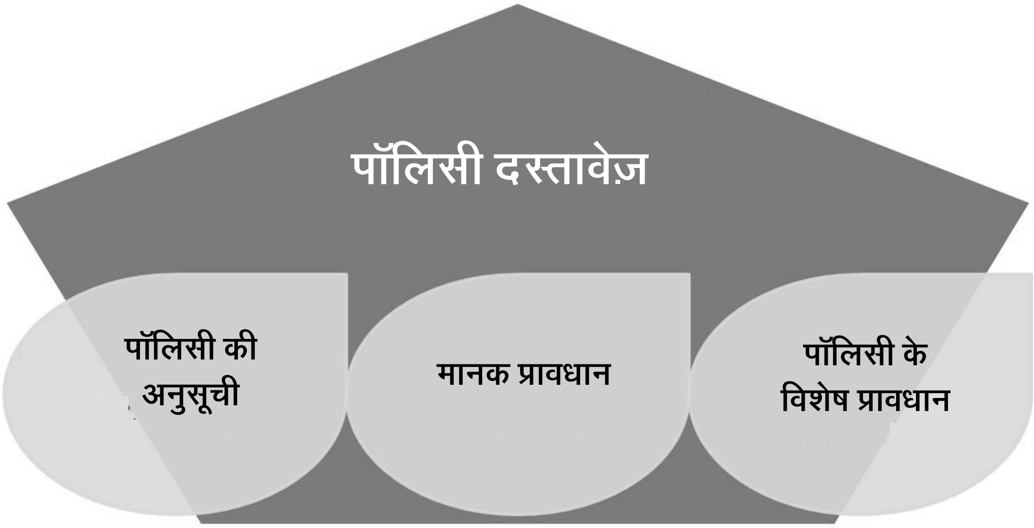
पॉलिसी दस्तावेज एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार टिकट लगे होने चाहिए।

मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के आमतौर पर तीन भाग होते हैं:

क) पॉलिसी अनुसूची

पॉलिसी अनुसूची पहला भाग बनती है। यह आम तौर पर पॉलिसी के मुख पृष्ठ पर पायी जाती है। जीवन बीमा संविदा की अनुसूचियां आमतौर पर एक समान होंगी। इनमें सामान्यतः निम्नलिखित जानकारी शामिल रहती है:

चित्र 1: पॉलिसी दस्तावेज़ के घटक



i. बीमा कंपनी का नाम

ii. विशेष पॉलिसी के लिए कुछ विशिष्ट विवरण जैसे:

- ✓ पॉलिसी मालिक का नाम और पता
- ✓ जन्म तिथि और पिछले जन्मदिन पर उम्र
- ✓ योजना और पॉलिसी संविदा की अवधि
- ✓ बीमा राशि

✓ प्रीमियम राशि
✓ प्रीमियम भुगतान अवधि
✓ प्रारंभ होने की तिथि, परिपक्वता तिथि और अंतिम प्रीमियम की देय तिथि
✓ पॉलिसी लाभ सहित या लाभ रहित है
✓ नामिती का नाम
✓ प्रीमियम भुगतान विधि - वार्षिक; अर्धवार्षिक; तिमाही; मासिक; वेतन से कटौती के माध्यम से
✓ पॉलिसी नंबर - जो पॉलिसी संविदा की विशिष्ट पहचान संख्या है

iii. बीमा कंपनी का भुगतान करने का वादा। यह बीमा संविदा की मूल विषयवस्तु है।

iv. प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का हस्ताक्षर और पॉलिसी स्टांप

v. स्थानीय बीमा लोकपाल का पता

ख) मानक प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज का दूसरा घटक पॉलिसी के मानक प्रावधानों से संबंधइत रहता है जो आम तौर पर सभी जीवन बीमा संविदाओं में शामिल होते हैं जब तक कि इन्हें विशेष रूप से अपवर्जितन किया गया हो। इनमें से कुछ प्रावधान अवधि, एकल प्रीमियम या गैर-सहभागी (मुनाफों में) पॉलिसियों जैसे संविदाओं के कुछ प्रकारों के मामले में लागू नहीं हो सकते हैं। ये मानक प्रावधान संविदा के तहत लागू अधिकारों और विशेषाधिकारों तथा अन्य शर्तों को परिभाषित करते हैं।

ग) पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज के तीसरे भाग में पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधानों शामिल होते हैं जो व्यक्तिगत पॉलिसी संविदा के लिए विशिष्ट होते हैं। ये दस्तावेज़ के सामने वाले भाग में मुद्रित हो सकते हैं या एक अनुलग्रक के रूप में अलग से सम्मिलित किए जा सकते हैं।

जहां अनुग्रह के दिन या चूक के मामले में गैर-जब्ती जैसे पॉलिसी के मानक प्रावधान अक्सर वैधानिक रूप से संविदा के तहत किए जाते हैं, विशिष्ट प्रावधान आम तौर पर बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच विशेष अनुबंध से जुड़े होते हैं।

उदाहरण

एक ऐसी महिला जो संविदा लिखने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत को प्रतिबंधित करने संबंधी क्लॉज।

विस्तृत प्रावधानों का उल्लेख अध्याय 13 में किया गया है।

स्व-परीक्षण 2

प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) क्या दर्शाती है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. फ्री-लुक अवधि समाप्त हो गयी है

II. यह इस बात का एक साक्ष्य है की पॉलिसी संविदा शुरू हो गयी है

III. पॉलिसी को अब रद्द नहीं किया जा सकता है

IV. पॉलिसी ने एक निश्चित नकद मूल्य प्राप्त कर लिया है

सारांश

- एक कोई बीमा संविदा शुरू होती है जब जीवन बीमा कंपनी प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है।एफपीआर इस बात का एक साक्ष्य है की पॉलिसी संविदा शुरू हो गयी है।
- पॉलिसी दस्तावेज बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज है।यह बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच हुई संविदा का साक्ष्य है।
- मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के आमतौर पर तीन भाग होते हैं - पॉलिसी अनुसूची, मानक प्रावधान और पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान।

प्रमुख शब्द

1. प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर)
2. पॉलिसी दस्तावेज़
3. पॉलिसी की अनुसूची
4. मानक प्रावधान
5. विशेष प्रावधान

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एफपीआर इस बात का साक्ष्य है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गया है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

निम्नलिखित दस्तावेजों में से कौन सा विकल्प बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच हुई संविदा का साक्ष्य है?

I. प्रस्ताव प्रपत्र

II. पॉलिसी दस्तावेज़

III. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

IV. दावा प्रपत्र

प्रश्न 2

अगर एक निश्चित पॉलिसी दस्तावेज के विवरण के लिए जटिल भाषा का प्रयोग किया जाता है और इससे कोई अस्पष्टता उत्पन्न होती है तो इसे आम तौर पर कैसे समझा जाएगा?

I. बीमाधारक के पक्ष में

II. बीमा कंपनी के पक्ष में

III. पॉलिसी को अमान्य घोषित कर दिया जाएगा और बीमा कंपनी को ब्याज के साथ बीमाधारक को प्रीमियम वापस करने के लिए कहा जाएगा

IV. पॉलिसी को अमान्य घोषित कर दिया जाएगा और बीमा कंपनी को किसी भी ब्याज के बिना बीमाधारक को प्रीमियम वापस करने के लिए कहा जाएगा

प्रश्न 3

उस विकल्प का चयन करें जो पॉलिसी दस्तावेज़ का सबसे अच्छा वर्णन करता है।

I. यह बीमा संविदा का साक्ष्य है

II. यह कंपनी से बीमा पॉलिसी खरीदने में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा व्यक्त की गयी रुचि का साक्ष्य है

III. यह बैंक, ब्रोकर और अन्य संस्था जैसे चैनल भागीदारों के साथ काम करते समय बीमा कंपनी द्वारा पालन की जाने वाली नीति (प्रक्रियाओं) का प्रमाण है

IV. यह प्रथम प्रीमियम के भुगतान पर बीमा कंपनी द्वारा जारी की गयी एक पावती पर्ची है

प्रश्न 4

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. प्रस्ताव प्रपत्र की स्वीकृति इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गया है

II. प्रीमियम की स्वीकृति इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी शुरू हो गयी है

III. प्रथम प्रीमियम रसीद इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गया है

IV. प्रीमियम उद्धरण इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गया है

प्रश्न 5

प्रथम प्रीमियम की प्राप्ति बाद बीमा कंपनी उसे आगे प्राप्त होने वाले प्रीमियमों के लिए __________ जारी करेगी।

I. पुनर्जीवन प्रीमियम रसीद

II. पुनरुद्धार प्रीमियम रसीद

III. पुनःस्थापन प्रीमियम रसीद

IV. नवीकरण प्रीमियम रसीद

उत्तर 6

अगर बीमित व्यक्ति मूल जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ खो देता है तो क्या होगा?

I. बीमा कंपनी संविदा में कोई भी बदलाव के बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी

II. बीमा अनुबंध समाप्त हो जाएगा

III. बीमा कंपनी जीवन बीमाधारक व्यक्ति की वर्तमान स्वास्थ्य घोषणाओं के आधार पर नए नियमों और शर्तों के साथ एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी

IV. बीमा कंपनी अनुबंध में कोई भी बदलाव किये बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी लेकिन ऐसा केवल एक अदालत के आदेश के बाद होगा।

प्रश्न 7

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. पॉलिसी दस्तावेज़ पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए लेकिन भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार टिकट लगे होने की जरूरत नहीं है

II. पॉलिसी दस्तावेज़ पर एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के टिकट लगे होने चाहिए

III. पॉलिसी दस्तावेज़ पर एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की जरूरत नहीं है लेकिन इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार टिकट लगे होने चाहिए

IV. पॉलिसी दस्तावेज़ पर न तो सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की जरूरत है और ना ही अनिवार्य रूप से इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार टिकट लगे होने चाहिए

प्रश्न 8

इनमें से कौन एक मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ का पहला भाग बनता है?

I. पॉलिसी अनुसूची

II. मानक प्रावधान

III. पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान

IV. दावा प्रक्रिया

प्रश्न 9

किसी मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज में मानक प्रावधानों वाले अनुभाग में निम्नलिखित में से किसकी जानकारी होगी?

I. प्रारंभ होने की तिथि, परिपक्वता तिथि और अंतिम प्रीमियम की देय तिथि

II. नामिती का नाम

III. अधिकार और विशेषाधिकार तथा अन्य शर्तें जो संविदा के तहत लागू होती हैं

IV. प्रधिकृत हस्ताक्षरी को हस्ताक्षर और पॉलिसी स्टांप

प्रश्न 10

"एक ऐसी महिला जो अनुबंध लिखने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत को प्रतिबंधित करने का एक क्लॉज" मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के कौन से खंड में शामिल किया जाएगा?

I. पॉलिसी अनुसूची

II. सामान्य प्रावधान

III. मानक प्रावधान

IV. पॉलिसी के विशेष प्रावधान

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच सम्पन्न संविदा का एक साक्ष्य है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

अगर निश्चित पॉलिसी दस्तावेज के विवरण के लिए जटिल भाषा का प्रयोग किया जाता है और इससे कोई अस्पष्टता उत्पन्न हुई है तो इसे आम तौर पर बीमाधारक के पक्ष में समझा जाएगा।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा संविदा का प्रमाण होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

प्रथम प्रीमियम रसीद इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी संविदा शुरू हो गयी है।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

प्रथम प्रीमियम के बाद बीमा कंपनी को आगे प्राप्त होने वाले प्रीमियमों के लिए कंपनी नवीकरण प्रीमियम रसीद जारी करेगी।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

अगर बीमाधारक व्यक्ति मूल जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज खो देता है तो बीमा कंपनी संविदा में कोई भी बदलाव किए बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

पॉलिसी दस्तावेज पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किये होने चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार टिकट लगे होने चाहिए।

उत्तर 8

सही विकल्प I है।

पॉलिसी अनुसूची मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज का पहला भाग बनता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

बीमा पॉलिसी दस्तावेज के मानक प्रावधानों वाले खंड में अधिकारों और विशेषाधिकारों तथा अन्य शर्तों की जानकारी शामिल होगी जो संविदा के तहत लागू होते हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

"एक ऐसी महिला जो अनुबंध लिखने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत को प्रतिबंधित करने का क्लॉज"मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के "पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान" वाले खंड में शामिल किया जाएगा।

अध्याय 13

दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरण: ॥

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम पॉलिसी दस्तावेज़ में शामिल किये जाने वाले प्रावधानों के बारे में चर्चा करेंगे। इस अध्याय जिन प्रावधानों के बारे में चर्चा की गयी है उनमें अनुग्रह अवधि, पॉलिसी की चूक और गैर-जब्ती आदि से संबंधित कुछ महत्वपूर्ण प्रावधान शामिल हैं।

अध्ययन परिणाम

क. पॉलिसी की शर्तें और विशेषाधिकार

क. पॉलिसी की शर्तें और विशेषाधिकार

1. **अनुग्रह अवधि**

प्रत्येक जीवन बीमा संविदा इस शर्त पर मृत्यु लाभ का भुगतान करने का वचन देती है कि प्रीमियम का भुगतान समय पर किया गया है और पॉलिसी प्रभावी रही में है। "अनुग्रह अवधि" क्लॉज प्रीमियम देय होने के बाद इसका भुगतान करने के लिए पॉलिसीधारक को एक अतिरिक्त समयावधि प्रदान करता है।

महत्वपूर्ण

अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई एक महीने या 31 दिनों की होती है। अनुग्रह के दिनों की गणना प्रीमियम भुगतान के लिए नियत तिथि के बाद अगले दिन से की जा सकती है। यह प्रावधान पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के दौरान चालू हालत में रखने में सक्षम बनाता है, जो अन्यथा प्रीमियम का भुगतान न होने के कारण व्यपगत हो गयी होती।

यद्यापि प्रीमियम देय बने रहते हैं और अगर इस अवधि के दौरान पॉलिसीधारक की मौत हो जाती है तो बीमा कंपनी मृत्यु लाभ से प्रीमियम को घटा सकती है। अगर अनुग्रह अवधि समाप्त होने के बाद भी प्रीमियम का भुगतान नहीं होता है तो पॉलिसी को व्यपगत माना जाएगा और कंपनी मृत्यु लाभ का भुगतान करने के दायित्व के अधीन नहीं है। केवल देय राशि ही, जो कुछ भी लागू हो, गैर-जब्ती प्रावधानों के तहत है। एक अर्थ में, इस प्रकार अनुग्रह अवधि के दौरान बीमाधारक को मुफ्त में बीमा प्राप्त हुआ कहा जा सकता है।

2. **चूक और पुनःस्थापन / पुनर्जीवन**

हमने पहले ही देखा है कि तो यदि अनुग्रह के दिनों के दौरान भी प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है। किसी पॉलिसी को व्यपगत हालत में होना कहा जा सकता है अच्छी खबर यह है कि व्यावहारिक रूप से सभी स्थायी जीवन बीमा संविदाएं एक व्यपगत पॉलिसी के पुनःस्थापन (पुनर्जीवन) की अनुमति देती हैं।

परिभाषा

पुनःस्थापन वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा कोई जीवन बीमा कंपनी किसी ऐसी पॉलिसी को वापस चालू हालत में लाती है जिसे या तो प्रीमियमों का भुगतान न होने के कारण समाप्त कर दिया गया है या किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत जारी रखा गया है।

तथापि, पॉलिसी का पुनरुद्धार बीमाधारक का बिना शर्त अधिकार नहीं हो सकता। इसे केवल कुछ शर्तों के तहत पूरा किया जा सकता है:

i. बीमा कंपनी के लिए जोखिम में कोई वृद्धि नहीं: किसी पॉलिसी के पुनरुद्धार का परिणाम बीमा कंपनी के लिए जोखिम में वृद्धि नहीं हो सकता है।

ii. संचिती का निर्माण: पॉलिसीधारक को ऐसी प्रीमियम राशियों का भुगतान ब्याज के साथ करना होगा जो उसी संचिती के निर्माण का कारण बनेगा जो पॉलिसी व्यपगत नहीं होने की स्थिति में इसने संचित किया होता।

iii. विशेष समयावधि के भीतर पुनरुद्धार आवेदन: पॉलिसी मालिक को ऐसे पुनःस्थापन के प्रावधान में उल्लिखित समयसीमा के भीतर पुनर्जीवन का आवेदन पूरा करना होगा। भारत में पॉलिसी का पुनर्जीवन व्यपगत होने की तिथि से एक विशेष समयावधि जैसे पांच वर्ष के भीतर प्रभावी किया जाना चाहिए।

iv. बीमा योग्यता जारी रखने का संतोषजनक प्रमाण: बीमाधारक को बीमा योग्यता जारी रखने का संतोषजनक प्रमाण बीमा कंपनी के समक्ष प्रस्तुत करना होगा। न केवल उसका स्वास्थ्य संतोषजनक होना चाहिए बल्कि वित्तीय आय और नैतिकता जैसे अन्य कारकों में बहुत खराबी नहीं होनी चाहिए।

v. अतिदेय प्रीमियमों का ब्याज के साथ भुगतान: पॉलिसी मालिक को प्रत्येक प्रीमियम की देय तिथि से ब्याज के साथ सभी अतिदेय प्रीमियमों का भुगतान करना आवश्यक है।

vi. बकाया ऋण का भुगतान: बीमाधारक को किसी भी बकाया पॉलिसी ऋण का भुगतान करना होगा या किसी भी मौजूदा ऋणग्रस्तता को बहाल करना होगा।

उपरोक्त शर्तों में संभवतः सबसे महत्वपूर्ण वह है जिसके लिए पुनरुद्धार पर बीमा योग्यता के प्रमाण की आवश्यकता होती है। किस प्रकार के प्रमाण की मांग की जाएगी यह प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसी की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा। अगर पॉलिसी एक बहुत छोटी सी समयावधि के लिए व्यपगत अवस्था में रही है तो बीमा कंपनी बीमा योग्यता के किसी प्रमाण के बिना पॉलिसी को बहाल कर सकती है या उसे बीमाधारक से सिर्फ एक सरल बयान की आवश्यकता हो सकती है कि वह अच्छी स्वास्थ्य स्थिति में है।

तथापि कंपनी को चिकित्सा परीक्षा या कुछ निश्चित परिस्थितियों में बीमा योग्यता के अन्य प्रमाण की आवश्यकता हो सकती है:

i. एक, जहां अनुग्रह अवधि लंबे समय से समाप्त हो गयी है और पॉलिसी जैसे लगभग एक वर्ष से व्यपगत स्थिति में है।
ii. दूसरी परिस्थिति वह है जहां बीमा कंपनी के पास यह संदेह करने का कारण है कि स्वास्थ्य या अन्य समस्या मौजूद हो सकती है। नए चिकित्सा परीक्षण भी आवश्यक हो सकते हैं अगर पॉलिसी की बीमा राशि या अंकित राशि बड़ी है।

चूंकि पुनर्जीवन के लिए पॉलिसीधारक को इस प्रयोजन की एक बड़ी धनराशि (पिछले बकाया प्रीमियम और ब्याज) का भुगतान करने की आवश्यकता हो सकती है, प्रत्येक पॉलिसीधारक को यह तय करना होगा कि क्या मूल पॉलिसी को पुनर्जीवित करना अधिक लाभकारी होगा या एक नई पॉलिसी खरीदना। पुनर्जीवन अक्सर अधिक फायदेमंद होता है क्योंकि नई पॉलिसी खरीदने के लिए पुनरुद्धार की तिथि को बीमाधारक से वर्तमान आयु के आधार पर उच्च प्रीमियम दर की मांग की जाएगी।

क) पॉलिसी पुनर्जीवन के उपाय

आइए अब हम कुछ ऐसे तरीकों पर नज़र डालें जिनके माध्यम से पॉलिसी पुनर्जीवन का काम पूरा किया जा सकता है। आम तौर पर कोई व्यक्ति एक व्यपगत पॉलिसी को पुनर्जीवित कर सकता है अगर पुनर्जीवन पहले बकाया प्रीमियम की तिथि से एक निश्चित अवधि (जैसे 5 वर्ष) के भीतर किया जाता है।

i. सामान्य पुनर्जीवन

पुनर्जीवन का सरलतम रूप वह है जिसमें ब्याज के साथ प्रीमियम की बकाया राशि का भुगतान किया जाना शामिल है। इसे सामान्य पुनर्जीवन कहा गया है और यह पॉलिसी के समर्पण मूल्य हासिल कर लेने पर किया जाता है। बीमा कंपनी अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा या बीमा योग्यता के कुछ अन्य प्रमाण जैसे चिकित्सा परीक्षा की मांग भी कर सकती है।

ii. विशेष पुनर्जीवन

जब पॉलिसी तीन वर्ष से कम समय तक चली है और इसने समर्पण मूल्य हासिल नहीं किया है (यानी संचित भंडार या नगद मूल्य नगण्य है) लेकिन चूक की अवधि बड़ी है तो हम क्या करते हैं? जैसे कि पॉलिसी पहले बकाया प्रीमियम की तिथि से एक वर्ष या इससे अधिक की अवधि के बाद पुनर्जीवन के लिए आती है।

इसे पुनर्जीवित करने का एक तरीका विशेष पुनर्जीवन नामक एक योजना के माध्यम से है (जो उदाहरण के लिए भारत की एलआईसी में प्रचलित है)। यहां यद्यपि यह एक नयी पॉलिसी जारी किये जाने के समान है जिसकी प्रारंभ होने की तिथि व्यपगत पॉलिसी शुरू होने की मूल तिथि के दो वर्षों के भीतर है। परिपक्वता तिथि मूल निर्धारित अवधि से अधिक नहीं होगी जैसा कि पॉलिसी लेने के समय में कुछ जीवन बीमाओं पर लागू होता है।

उदाहरण

अगर मूल पॉलिसी 40 वर्ष की उम्र में ली गयी थी और शुरू होने की नई तिथि 42 वर्ष है तो पॉलिसी की अवधि उन पॉलिसियों के लिए अब बीस वर्ष से घट कर 18 वर्ष हो जाएगी जिनके लिए यह आवश्यक है कि अवधि 60 वर्ष की उम्र में समाप्त होनी चाहिए। पुराने और नए प्रीमियम के बीच अंतर का भुगतान ब्याज के साथ किया जाना चाहिए।

iii. ऋण सह पुनर्जीवन

पुनर्जीवन के लिए एक तीसरा दृष्टिकोण भी एलआईसी तथा अन्य कंपनियों के पास उपलब्ध है जो ऋण सह पुनर्जीवन का है। यह सिर्फ एक पुनर्जीवन नहीं है बल्कि इसमें दो लेनदेन शामिल हैं:

✓ साथ-साथ एक ऋण प्रदान करना और

✓ पॉलिसी का पुनर्जीवन

प्रीमियम की बकाया राशियों और ब्याज की गणना सामान्य पुनर्जीवन के मामले के समान की जाती है। पुनर्जीवन की तिथि को पॉलिसी के तहत व्यक्ति जो ऋण प्राप्त करने के योग्य होता है उसका निर्धारण भी किया जाता है। इस ऋण का उपयोग पुनर्जीवन के प्रयोजनों के लिए प्रतिफल राशि के रूप किया जा सकता है। अगर प्रीमियम और ब्याज की बकाया राशियों की दिशा में समायोजन के बाद कोई शेष राशि बच जाती है तो यह पॉलिसी धारक को देय होती है। बेशक, ऋण सह पुनर्जीवन की सुविधा की अनुमति केवल उन पॉलिसियों के लिए होगी जिसने पुनर्जीवन की तिथि तक समर्पण मूल्य प्राप्त कर लिया है।

iv. **किश्त पुनर्जीवन**

अंत में हम किश्त पुनर्जीवन पर आते हैं जिसकी अनुमति उस स्थिति में दी जाती है जब पॉलिसीधारक एकमुश्त राशि में प्रीमियम की बकाया राशियों का भुगतान करने में सक्षम नहीं होता है और न ही पॉलिसी को विशेष पुनर्जीवन योजना के तहत पुनर्जीवित किया जा सकता है। इस तरह के मामले में प्रीमियम के बकाया राशियों की गणना सामान्य तरीके से की जाएगी जैसा कि सामान्य पुनर्जीवन योजना के तहत होता है।

भुगतान की विधि के आधार पर (तिमाही या छमाही) जीवन बीमाधारक को एक छमाही या दो तिमाही प्रीमियमों का भुगतान करना पड़ सकता है। फिर शेष बकाया राशियों के भुगतान को इस प्रकार फैला दिया जाएगा ताकि इसे भविष्य के प्रीमियमों के साथ, वर्तमान पॉलिसी वर्षगांठ के वर्ष और उसके बाद दो पूर्ण पॉलिसी वर्षगांठों सहित दो वर्ष या अधिक की अवधि के दौरान, प्रीमियम देय तिथियों को भुगतान किया जा सके।एक शर्त यह लगाई जा सकती है कि पुनर्जीवन के समय पॉलिसी के तहत कोई बकाया ऋण नहीं होना चाहिए।

महत्वपूर्ण

व्यपगत पॉलिसियों का पुनर्जीवन एक महत्वपूर्ण सेवा कार्य है जिसे जीवन बीमा कंपनियां सक्रिय रूप से प्रोत्साहित करना चाहती हैं क्योंकि व्यपगत अवस्था की पॉलिसियां बीमा कंपनी या पॉलिसीधारक किसी के लिए अच्छी नहीं होती हैं।

3. **गैर-जब्ती के प्रावधान**

भारतीय बीमा अधिनियम (धारा 113) के तहत महत्वपूर्ण प्रावधानों में से एक प्रावधान वह है जो पॉलिसीधारक के लिए कुछ लाभों के संचयन की अनुमति देता है, इसके बावजूद कि वह आगे प्रीमियमों का भुगतान करके अपनी पॉलिसियों को पूर्ण प्रभावी रखने में असमर्थ है। यहां यह तर्क लागू होता है कि पॉलिसीधारक का पॉलिसी के तहत संचित नकद मूल्य के लिए एक दावा होता है।

इसलिए भारत का कानून यह प्रावधान करता है कि अगर कम से कम तीन लगातार वर्षों के लिए प्रीमियम भुगतान किया गया है तो ऐसी स्थिति में एक गारंटीकृत समर्पण मूल्य होगा। अगर पॉलिसी का समर्पण नहीं किया गया तो यह कम चुकता मूल्य के साथ एक पॉलिसी के रूप में बनी रहेगी। पॉलिसी के प्रावधान आम तौर पर क़ानून की आवश्यकता से अधिक उदार समर्पण मूल्य का प्रावधान करते हैं।

क) समर्पण मूल्य

जीवन बीमा कंपनियों के पास आमतौर पर एक चार्ट होता है जो विभिन्न समयों पर समर्पण मूल्यों और समर्पण मूल्यों की गणना के लिए इस्तेमाल की जाने वाली विधि को सूचीबद्ध करता है। यह सूत्र बीमा के प्रकार और योजना, पॉलिसी की उम्र और पॉलिसी प्रीमियम भुगतान अवधि की लंबाई को ध्यान में रखता है। समर्पण पर व्यक्ति को हाथ में मिलने वाली नकदी की वास्तविक राशि पॉलिसी में निर्धारित समर्पण मूल्य राशि से अलग हो सकती है।

इसका कारण यह है कि चुकता आधिक्य, बोनस या लाभांश संचय, अग्रिम प्रीमियम भुगतान या प्रीमियमों में अंतराल, पॉलिसी ऋण आदि के परिणामस्वरूप उपार्जित नकद समर्पण मूल्य से जोड़ या घटाव हो सकता है। पॉलिसीधारक को अंततः एक शुद्ध समर्पण मूल्य प्राप्त होता है।समर्पण मूल्य चुकता मूल्य का एक प्रतिशत होता है।

समर्पण मूल्य प्रीमियम भुगतान के एक प्रतिशत के रूप में निकलता है जिसे गारंटीकृत समर्पण मूल्य कहा जाता है।

ख) पॉलिसी ऋण

नकद मूल्य जमा करने वाली जीवन बीमा पॉलिसियों में पॉलिसीधारक को ऋण के लिए जमानत के रूप में पॉलिसी के नकद मूल्य का उपयोग करके बीमा कंपनी से पैसे उधार लेने

का अधिकार प्रदान करने का प्रावधान है। पॉलिसी ऋण आमतौर पर पॉलिसी के समर्पण मूल्य के एक निर्धारित, प्रतिशत (जैसे ९०%) तक सीमित होता है। ध्यान दें कि पॉलिसीधारक अपने स्वयं के खाते से उधार लेता है। अगर पॉलिसी का समर्पण कर दिया गया था, तो उसे उस राशि को प्राप्त करने के लिए पात्र होना चाहिए था।

उस मामले में हालांकि बीमा भी समाप्त हो गया होता। बजाय इसके पॉलिसी ऋण लेकर पॉलिसीधारक अपना फ़ायदा बनाए रखने और इसका उपयोग करने में भी सक्षम होता है। ऋण बीमा को जीवित रखते हुए ऋण नगदी फंडों की पहुंच प्रदान करता है। ऋण वह है जिसे आप ऐसे ग्राहक को लेने की सिफारिश करेंगे जिसे तत्काल धन की जरूरत है, लेकिन आप उसे अपना ग्राहक बनाए रखना चाहेंगे।

पॉलिसी ऋण दो संदर्भों में एक साधारण व्यावसायिक ऋण से अलग होता है:

पॉलिसी ऋण	**व्यावसायिक ऋण**
ऋण चुकाने के लिए कोई कानूनी बाध्यता नहीं: पॉलिसी मालिक कानूनी तौर पर ऋण चुकाने के लिए बाध्य नहीं है। वह अपनी पसंद से किसी भी समय पूर्ण या आंशिक ऋण की अदायगी कर सकता है। अगर ऋण चुकाया नहीं गया है तो बीमा कंपनी पॉलिसी के देय लाभ से बकाया ऋण की राशि (भुगतान नहीं की गयी) और ब्याज की कटौती करती है।	व्यावसायिक ऋण एक लेनदार-देनदार संबंध बनाता है जिसमें ऋणकर्ता ऋणदाता को ऋण चुकाने के लिए कानूनी तौर पर बाध्य होता है।
किसी क्रेडिट जांच की आवश्यकता नहीं है: चूंकि बीमा कंपनी वास्तव में पॉलिसीधारक को अपना स्वयं का धन उधार नहीं देती है, इसे ऋणकर्ता पर क्रेडिट जांच कराने की आवश्यकता नहीं है जब वह ऋण के लिए आवेदन करता है।बीमा कंपनी को केवल यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि ऋण पात्रता राशि (एसवी का ९०% जैसा कि ऊपर बताया गया है) से अधिक नहीं है।	ऋणदाता ऋणकर्ता पर एक संपूर्ण क्रेडिट या साख की जांच करता है

बीमा कंपनी नीतिगत मामले के रूप में बेशक समय-समय पर ऐसे ऋणों के नियमों और शर्तों के बारे में फैसला करने का अधिकार सुरक्षित रखती है। चूंकि ऋण जमानत के रूप में रखी पॉलिसी पर प्रदान किया जाता है, पॉलिसी बीमा कंपनी के पक्ष में समनुदेशत की जानी चाहिए। जहां पॉलिसीधारक ने बीमाधारक की मृत्यु की स्थिति में धनराशि प्राप्त करने के लिए किसी व्यक्ति को नामित किया है, इस नामांकन को पॉलिसी के परवर्ती समुनदेशन द्वारा रद्द नहीं किया जाएगा।

पॉलिसी में नामिती का अधिकार बीमा कंपनी के हित की सीमा तक प्रभावित होगा।

उदाहरण

अर्जुन ने एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी जिसमें पॉलिसी के अंतर्गत देय कुल मृत्यु दावा 2.5 लाख रुपए था। पॉलिसी के अंतर्गत अर्जुन के कुल बकाया ऋण और ब्याज की राशि 1.5 लाख रुपए है।

इसलिए अर्जुन की मृत्यु की स्थिति में नामिती 1 लाख रुपए की शेष राशि प्राप्त करने का पात्र होगा।

बीमा कंपनियां आमतौर पर पॉलिसी ऋणों पर ब्याज वसूलती हैं जो अर्द्ध-वार्षिक या वार्षिक रूप में देय होते हैं। अगर ब्याज शुल्कों का भुगतान नहीं किया जाता है तो ये पॉलिसी ऋण का हिस्सा बन जाते हैं और बकाया ऋण में शामिल कर लिए जाते हैं।

जब तक प्रीमियमों का भुगतान समय पर किया जाता है और पॉलिसी चालू हालत में होती है, संचित नकद मूल्य आमतौर पर ऋण और ब्याज शुल्कों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त से अधिक होगा। लेकिन अगर पॉलिसी व्यपगत स्थिति में रही है और आगे कोई नया प्रीमियम नहीं आ रहा है तो एक ऐसी स्थिति उत्पन्न हो सकती है जहां बकाया ऋण की राशि जोड़ कर बकाया ब्याज (कुल ऋण) पॉलिसी के नकद मूल्य की राशि से अधिक हो जाता है।

जाहिर तौर पर बीमा कंपनी ऐसी स्थिति की अनुमति नहीं दे सकती है। ऐसी स्थिति से काफी पहले बीमा कंपनियां आम तौर पर परिसमापन नामक कार्रवाई करती हैं। बीमा कंपनी द्वारा परिसमापन की कार्रवाई का सहारा लिए जाने से पहले पॉलिसीधारक को नोटिस दिया जाएगा। पॉलिसी समाप्त हो जाती है और उपलब्ध नकद मूल्य को बकाया ऋण और ब्याज के

समक्ष समायोजित किया जाता है। इसके बाद बची कोई भी अतिरिक्त राशि पॉलिसीधारक को भुगतान की जा सकती है।

4. **पॉलिसी के विशेष प्रावधान और पृष्ठांकन**

क) **नामांकन**

i. नामांकन वह प्रक्रिया है जहां जीवन बीमाधारक उस व्यक्ति के नाम का प्रस्ताव करता है जिसे उसकी मृत्यु के बाद बीमा कंपनी द्वारा देय बीमा राशि का भुगतान किया जाना चाहिए।

ii. जीवन बीमाधारक एक या एक से अधिक व्यक्तियों को नामितियों के रूप में नामांकित कर सकता है।

iii. नामिती वैध उन्मेयन के हकदार होते हैं और उन्हें इसका अधिकार देने वाले व्यक्ति की ओर से एक न्यासी के रूप में इस धनराशि को रखना होता है।

iv. नामांकन पॉलिसी खरीदे जाते समय या बाद में किया जा सकता है।

v. बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के तहत, अपने स्वयं के जीवन पर पॉलिसी रखने वाला धारक उस व्यक्ति या व्यक्तियों को नामित कर सकता है जिसे जिन्हें उसकी मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी द्वारा सुरक्षित धनराशि का भुगतान किया जाएगा।

पॉलिसी में एक अन्य पृष्ठांकन करके नामांकन को बदला जा सकता है।

महत्वपूर्ण

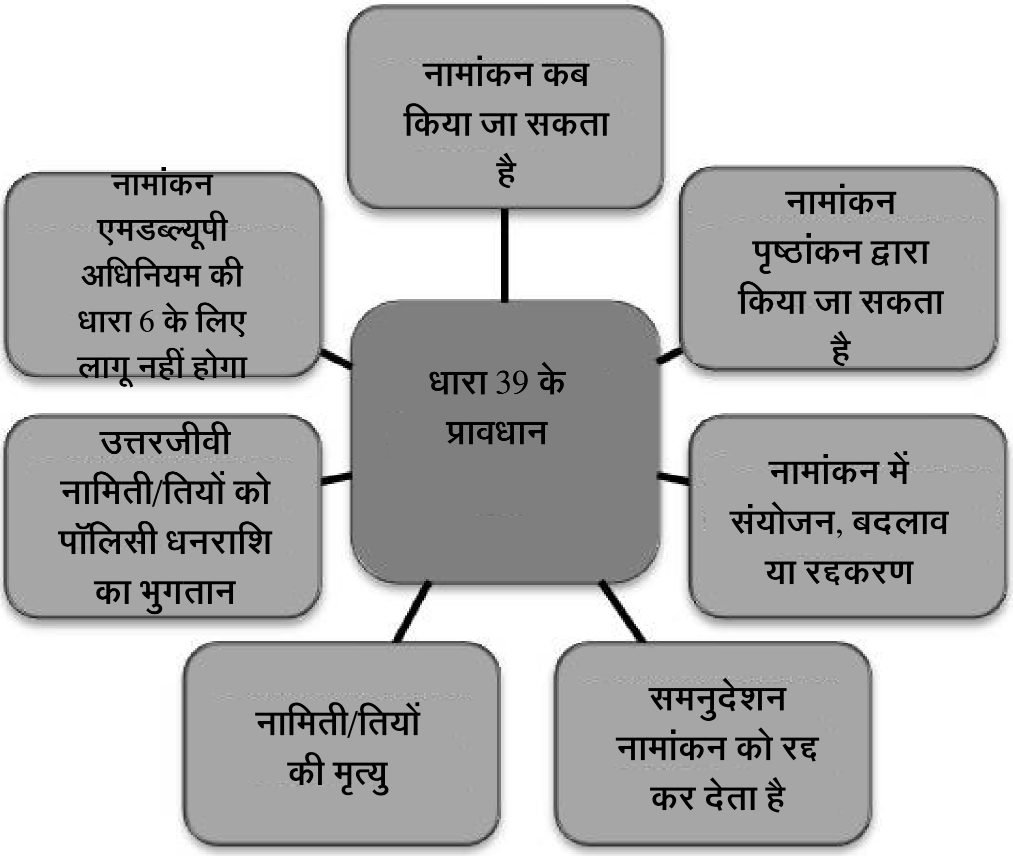
नामांकन केवल जीवन बीमाधारक व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी की धनराशि प्राप्त करने का अधिकार नामांकित व्यक्ति को देता है। नामिती का संपूर्ण (या आंशिक) दावे पर कोई अधिकार नहीं होता है।

जहां नामिती नाबालिग होता है, पॉलिसीधारक को किसी व्यक्ति को नियुक्त करने की जरुरत पड़ती है। नियुक्त व्यक्ति को एक नियुक्त व्यक्ति के रूप में कार्य करने के संबंध में अपनी सहमति दिखाने के लिए पॉलिसी दस्तावेज पर हस्ताक्षर करने की जरूरत है। जब नामिती वयस्कता की उम्र पर पहुंच जाता है नियुक्त व्यक्ति अपनी यह स्थिति खो देता है। जीवन बीमाधारक किसी भी समय नियुक्त व्यक्ति को बदल सकता है। अगर कोई नियुक्त व्यक्ति निर्दिष्ट नहीं है

और नामिती अवयस्क है तो जीवन बीमाधारक की मृत्यु हो जाने पर मृत्यु दावे का पॉलिसीधारक के कानूनी वारिसों को भुगतान किया जाता है।

जहां एक से अधिक नामिती नियुक्त किये जाते हैं, मृत्यु दावा उनको या उत्तरजीवी या उत्तरजीवियों को संयुक्त रूप से देय होगा। प्रत्येक नामिती के लिए कोई विशिष्ट हिस्सा नहीं किया जा सकता है। पॉलिसी शुरू होने के बाद किए गए नामांकन के प्रभावी होने के लिए इनके बारे में बीमा कंपनियों को सूचित किया जाना चाहिए।

चित्र 1: नामांकन से संबंधित प्रावधान



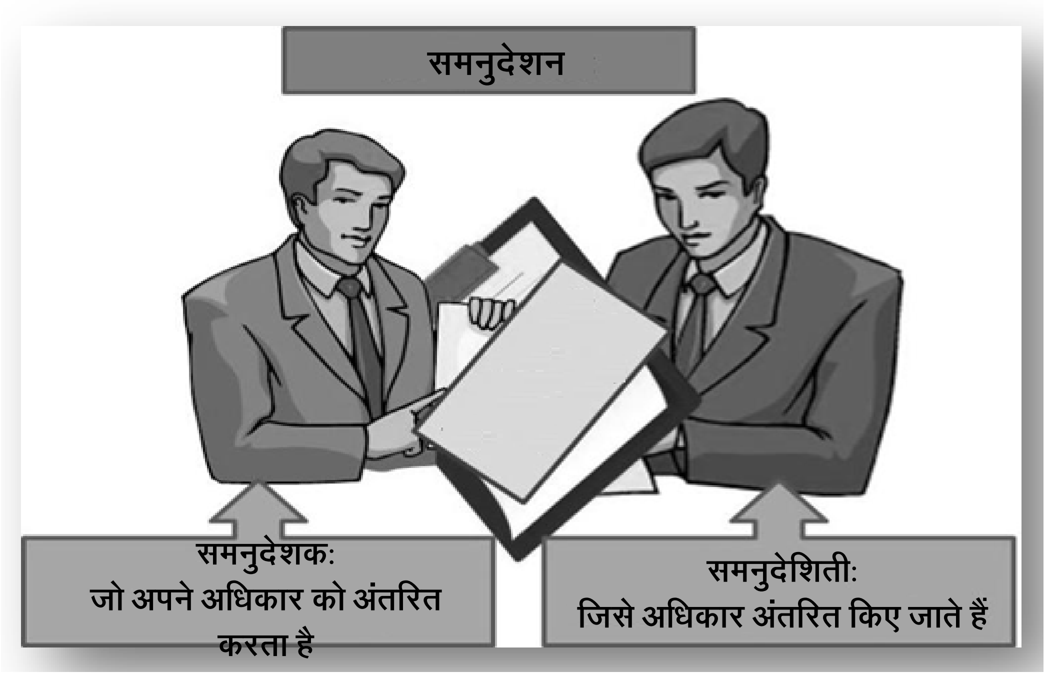
ख) समनुदेशन (असाइनमेंट)

समनुदेशन शब्द का संदर्भ साधारणतया लिखित रुप में सम्पत्ति के अंतरण से होता है जो सम्पत्ति की सुपुर्दगी से होने वाले अंतरण से भिन्न होता है। संपत्ति के स्वामित्व में ऐसी संपत्ति के संबंध में विभिन्न अधिकार शामिल हैं जो एक या एक से अधिक व्यक्तियों में निहित रहते हैं।

समनुदेशन होने पर नामांकन रद्द हो जाता है, सिवाय उस मामले के जब समनुदेशन एक पॉलिसी ऋण के लिए बीमा कंपनी को किया गया होता है।

जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का मतलब पॉलिसी (संपत्ति के रूप में) में अधिकार, स्वामित्व और हित का एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को अंतरण करना है। जो व्यक्ति अधिकारों का अंतरण करता है उसे समनुदेशक कहा जाता है और जो जिस व्यक्ति को संपत्ति अंतरण की जाती है उसे समनुदेशिती कहते हैं।

चित्र 2: समनुदेशन (असाइनमेंट)



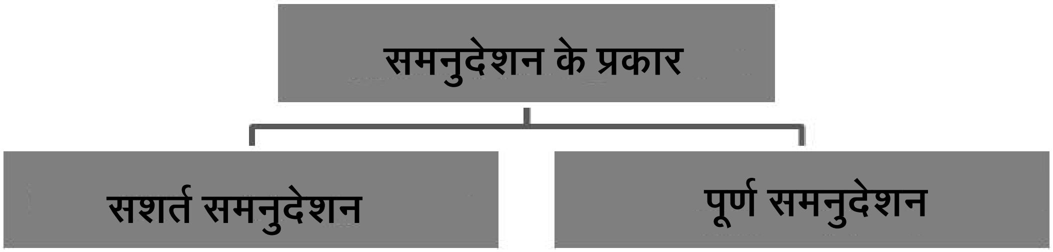
भारत में समनुदेशन बीमा अधिनियम की धारा 38 के द्वारा नियंत्रित होता है। समनुदेशन के निष्पादन पर समनुदेशिती को सौंपी गयी संपत्ति के संबंध में सभी अधिकार, स्वाभित्व और हित

प्राप्त होते हैं और वह इस प्रावधान के अधीन पॉलिसी का मालिक बन जाता है यह इस शर्त के अधीन होता है कि समनुदेशिती के पास समनुदेशक की तुलना में बेहतर अधिकार नहीं हो सकता है।

यह अंतिम प्रावधान बहुत महत्वपूर्ण है। इसका सीधे तौर पर यह मतलब है कि समनुदेशिती एक ऐसा दावा प्राप्त करने का पात्र नहीं होगा जिसे किसी कारण से बीमा किए जाने से इनकार कर दिया गया था। समनुदेशन के लिए पार्टियों को संविदा निष्पादित करने के लिए सक्षम होना आवश्यक है और वे कानूनी अयोग्यताओं के अधीन नहीं होने चाहिए।

समनुदेशन दो प्रकार के होते हैं।

चित्र 3: समनुदेशन के प्रकार



सशर्त समनुदेशन	पूर्ण समनुदेशन
सशर्त समनुदेशन में यह प्रावधान रहता है कि जीवन बीमाधारक के परिपक्वता की तिथि तक जीवित रहने पर या समनुदेशिती की मौत होने पर पॉलिसी उसके पास वापस चली जाएगी।	पूर्ण समनुदेशन में यह प्रावधान है कि पॉलिसी में समनुदेशक के सभी अधिकार, स्वामित्व और हित किसी भी स्थिति में समनुदेशक या उसकी संपत्ति में प्रत्यावर्तन के बिना समनुदेशिती को अंतरित कर दिए जाते हैं। इस प्रकार पॉलिसी पूरी तरह से समनुदेशिती के पास रहती है। समनुदेशिती समनुदेशक की सहमति के बिना अपने मनपसंद तरीके से पॉलिसी के साथ व्यवहार कर सकता है।

पूर्ण समनुदेशन ज्यादातर कई व्यावसायिक परिस्थितियों में देखा जाता है जहां पॉलिसी को सामान्यतः पॉलिसीधारक द्वारा लिए गए किसी ऋण के विरुद्ध बंधक रखा जाता है, जैसे कि आवास ऋण।

वैध समनुदेशन की शर्तें

आइए, अब हम कुछ उन शर्तों पर नज़र डालते हैं जो एक वैध समनुदेशन के लिए अनिवार्य हैं।

i. सबसे पहले इसे क्रियान्वित करने वाले व्यक्ति (समनुदेशक) के पास सौंपी जा रही पॉलिसी के लिए पूर्ण अधिकार और स्वमित्व या समनुदेशन योग्य हित होना चाहिए।

ii. दूसरे, यह आवश्यक है कि समनुदेशन मूल्यवान प्रतिफल द्वारा समर्थित होना चाहिए जिसमें प्रेम और स्नेह शामिल हो सकता है।

iii. तीसरा, यह अनिवार्य है कि समनुदेशन किसी भी लागू कानून के खिलाफ नहीं होना चाहिए है। उदाहरण के लिए, किसी दूसरे देश में रहने वाले विदेशी नागरिक को पॉलिसी का समनुदेशन विनिमय नियंत्रण विनियमों का उल्लंघन हो सकता है।

iv. समनुदेशिती दूसरा समनुदेशन कर सकता है लेकिन नामांकन नहीं कर सकता है क्योंकि समनुदेशिती बीमित व्यक्ति नहीं होता है।

समनुदेशन लिखित रुप में होना चाहिए और कम से कम एक गवाह द्वारा हस्ताक्षरित और अभिप्रमाणित किया जाना चाहिए। स्वामित्व के अंतरण का तथ्य पॉलिसी पर एक पृष्ठांकन के रूप में विशेष रूप से निर्धारित किया गया होना चाहिए। यह भी आवश्यक है कि पॉलिसीधारक को समनुदेशन की सूचना बीमा कंपनी को देनी चाहिए।

जब तक कि इस प्रकार की सूचना लिखित रूप में बीमा कंपनी को प्राप्त नहीं हो जाती है, समनुदेशिती का पॉलिसी में किसी भी प्रकार के स्वामित्व का अधिकार नहीं होगा।

पृष्ठांकन के लिए पॉलिसी दस्तावेज और सूचना प्राप्त होने पर जीवन बीमा कंपनी समनुदेशन को प्रभावी और पंजीकृत कर सकती है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि समनुदेशन को पंजीकृत करते समय कंपनी कोई जिम्मेदारी नहीं लेती है या इसकी वैधता अथवा कानूनी प्रभाव के बारे में कोई राय व्यक्त नहीं करती है। जीवन बीमा कंपनी के बही-खातों में दर्ज समनुदेशन की तिथि वह तिथि होगी जब समनुदेशन और उसकी सूचना इसके संबंधित

अधिकारी को प्राप्त हुई है। अगर सूचना और समनुदेशन अलग-अलग तिथियों को प्राप्त होते हैं तो बाद में मिलने वाले विकल्प को पंजीकरण की तिथि माना जाएगा।

समनुदेशिती पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान पॉलिसीधारक / जीवन बीमा धारक को पॉलिसी में हित का पुनः-समनुदेशन कर सकता है। ऐसे पुनः-समनुदेशन पर पॉलिसीधारक/जीवनबीमाधारक को दावे के शीघ्र निपटान के लिए एक नया नामांकन या समनुदेशन करने की सलाह दी जा सकती है। फिर, सशर्त समनुदेशन के मामले में पॉलिसी का टाइटल समनुदेशिती की मृत्यु की स्थिति में जीवन बीमाधारक व्यक्ति के पास वापस चला जाएगा।दूसरी ओर, अगर समनुदेशन पूर्ण था तो टाइटल मृतक समनुदेशिती की सम्पदा के पास चला जाएगा।

चित्र 4: बीमा पॉलिसियों के समनुदेशन से संबंधित प्रावधान

नामांकन बनाम समनुदेशन

अंतर का आधार	नामांकन	समनुदेशन
नामांकन या समनुदेशन क्या है?	नामांकन मृत्यु दावा प्राप्त करने के लिए किसी व्यक्ति की नियुक्ति की प्रक्रिया है।	समनुदेशन बीमा पॉलिसी के स्वामित्व का अंतरण किसी अन्य व्यक्ति या संस्था को करने की प्रक्रिया है।
नामांकन या समनुदेशन कब किया जा सकता है?	नामांकन प्रस्ताव के समय या पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद किया जा सकता है।	समनुदेशन केवल पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद ही किया जा सकता है।
नामांकन या समनुदेशन कौन कर सकता है?	नामांकन केवल जीवन बीमा धारक द्वारा उसके अपने जीवन की पॉलिसी पर किया जा सकता है।	समनुदेशन पॉलिसी के मालिक द्वारा, या तो जीवन बीमाधारक द्वारा अगर वह पॉलिसीधारक है या समनुदेशिती द्वारा किया जा सकता है।
यह कहां लागू होता है?	यह केवल वहां लागू होता है जहां बीमा अधिनियम, 1938 लागू होता है।	यह संपत्ति के हस्तांतरण से संबंधित सम्बद्ध देश के कानून के अनुसार दुनिया भर में लागू होता है।
क्या पॉलिसीधारक पॉलिसी पर नियंत्रण बनाए रखता है?	पॉलिसीधारक पॉलिसी पर स्वामित्व और नियंत्रण बनाए रखता है और नामिती के पास पॉलिसी के तहत मुकदमा करने का कोई अधिकार नहीं होता है।	पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत अधिकार, स्वामित्व और हित खो देता है जब तक कि पुनः-समनुदेशन नहीं किया जाता है और समनुदेशिती के पास पॉलिसी के तहत मुकदमा करने का अधिकार रहता है।
क्या गवाह की आवश्यकता	गवाह की आवश्यकता नहीं	गवाह अनिवार्य है।

है?	है।	
क्या उन्हें कोई अधिकार मिलता है?	नामिती का पॉलिसी पर कोई अधिकार नहीं है।	समनुदेशिती को पॉलिसी पर पूरा अधिकार होता है और यहां तक कि पॉलिसी के तहत मुकदमा भी कर सकता है।
क्या इसे रद्द किया जा सकता है?	नामांकन पॉलिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय रद्द या निरस्त किया जा सकता है।	समनुदेशन एक बार हो जाने के बाद इसे रद्द नहीं किया जा सकता है, लेकिन पुनः-समनुदेशन किया जा सकता है।
नाबालिग के मामले में:	अगर नामिती एक नाबालिग है, तो किसी व्यक्ति की नियुक्ति की जानी चाहिए।	अगर समनुदेशिती एक नाबालिग है तो एक अभिभावक नियुक्त किया जाना चाहिए।
नामिती या समनुदेशिती की मृत्यु की स्थिति में क्या होता है?	नामिती की मृत्यु के मामले में पॉलिसी के अधिकार पॉलिसीधारक या उसके कानूनी वारिसों के पास वापस चले जाते हैं।	सशर्त समनुदेशिती की मृत्यु के मामले में पॉलिसी पर अधिकार समनुदेशन की शर्तों के अनुसार जीवन बीमाधारक के पास वापस चले जाते हैं। पूर्ण समनुदेशिती की मृत्यु के मामले में उसके कानूनी वारिस पॉलिसी के हकदार होते हैं।
जीवन बीमा धारक की मृत्यु के बाद और मृत्यु दावे के भुगतान से पहले नामिती या	अगर मृत्यु दावे के निपटान से पहले नामिती की मौत हो जाती है तो मृत्यु दावा जीवन	अगर निपटान से पहले समनुदेशिती की मौत हो जाती है तो पॉलिसी की राशि

समनुदेशिती की मृत्यु हो जाने के मामले में क्या होता है?	बीमाधारक के कानूनी वारिसों को देय होगा।	समनुदेशिती के कानूनी वारिसों को देय होती है, न कि जीवन बीमाधारक को, जो समनुदेशक है।
क्या लेनदार पॉलिसी की कुर्की करा सकते हैं?	लेनदार उस बीमा पॉलिसी की कुर्की कर सकते हैं जिस पर कोई नामांकन किया गया है।	लेनदार पॉलिसी की कुर्की नहीं करा सकते हैं जब तक कि समनुदेशन को लेनदारों को धोखा देने के इरादे से किया गया नहीं दिखाया जाता है।

ग) डुप्लिकेट पॉलिसी

जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज केवल एक वादे या वचन का साक्ष्य होता है। पॉलिसी दस्तावेज का खोना या नष्ट होना किसी भी तरीके से कंपनी को संविदा के तहत अपने दायित्व से मुक्त नहीं करता है। जीवन बीमा कंपनियों के पास आमतौर पर पॉलिसी दस्तावेज के खोने के मामले में अपनाई जाने वाली मानक प्रक्रिया होती है।

आमतौर पर कार्यालय यह देखने के लिए मामले की जांच करता है कि क्या कथित नुकसान पर संदेह करने का कोई कारण है। इस बात का संतोषजनक साक्ष्य प्रस्तुत करने की आवश्यकता हो सकती है कि पॉलिसी खो गयी है और इसे किसी अन्य तरीके से नहीं देखा गया है। आमतौर पर दावेदार द्वारा ज़मानत के साथ या इसके बिना एक क्षतिपूर्ति बांड प्रस्तुत करने पर इसका निपटारा किया जा सकता है।

अगर भुगतान शीघ्र देय होता है और भुगतान की जाने वाली राशि बहुत अधिक है तो कार्यालय इस बात पर भी जोर दे सकता है कि व्यापक रूप से प्रसारित किसी राष्ट्रीय अखबार में इसके खोने की सूचना देते हुए एक विज्ञापन निकाला जाए। इस बात से आश्वस्त हो जाने पर कि किसी अन्य व्यक्ति से कोई आपत्ति नहीं है, एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी की जा सकती है।

घ) बदलाव/परिवर्तन

पॉलिसीधारक पॉलिसी के नियमों और शर्तों में बदलाव करने की मांग कर सकता है। बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों की सहमति के अधीन ऐसे बदलाव करने का प्रावधान है। आमतौर पर पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान परिवर्तनों की अनुमति नहीं दी जाती, लिकिन प्रीमियम भुगतान की विधि या महत्वपूर्ण किस्म के परिवर्तन किये जा सकते हैं जैसं कि -

- ✓ नाम या पते में परिवर्तन;
- ✓ उम्र अधिक या कम साबित होने पर इसे फिर से दर्ज कराना
- ✓ दोहरे दुर्घटना लाभ या स्थायी विकलांगता लाभ आदि प्रदान करने के अनुरोध

बाद के वर्षों में बदलाव की अनुमति दी जा सकती है। इसमें से कुछ बदलाव पॉलिसी पर या एक अलग कागज़ पर एक उपयुक्त पृष्ठांकन करके प्रभावी किए जा सकते हैं। अन्य बदलाव, जिनके लिए पॉलिसी की शर्तों में वास्तविक परिवर्तन की आवश्यकता पड़ती है, मौजूदा पॉलिसियों को रद्द करते हुए नई पॉलिसियां जारी की जा सकती हैं।

कुछ मुख्य प्रकार के अनुमत बदलाव इस प्रकार हैं -

i.बीमा की कुछ श्रेणियों या अवधि में बदलाव [जहां जोखिम में वृद्धि नहीं हुई है]
ii. बीमा राशि में कमी
iii. प्रीमियम भुगतान की विधि में बदलाव
iv. पॉलिसी प्रारंभ होने की तिथि में बदलाव
v. पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करना
vi. अतिरिक्त प्रीमियम या प्रतिबंधात्मक क्लॉज का हटाया जाना
vi. मुनाफा रहित से मुनाफ़ा सहित योजना में परिवर्तन
viii. नाम में सुधार
ix. दावे के भुगतान के लिए निपटान का विकल्प और दोहरा दुर्घटना लाभ प्रदान करना

इन बदलावों में आम तौर पर जोखिम में वृद्धि शामिल नहीं है। पॉलिसियों में अन्य बदलाव भी होते हैं जिनकी अनुमति नहीं है। ये ऐसे बदलाव हो सकते हैं जिनका प्रभाव प्रीमियम को कम करना है। इनके उदाहरण हैं, प्रीमियम भुगतान अवधि को बढ़ाना; मुनाफ़ा सहित से मुनाफ़ा

रहित योजनाओं में बदलाव; बीमा की एक श्रेणी से दूसरी श्रेणी में बदलाव, जहां यह जोखिम को बढ़ा देता है; और बीमा राशि में वृद्धि।

हर जगह बीमा कंपनियों को आम तौर पर अपने पॉलिसी दस्तावेजों की वास्तविक बातों का चयन करने की अनुमति दी जाती है, लेकिन इनको मंजूरी के लिए नियामक के समक्ष प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता हो सकती है।

स्व-परीक्षण 1

किन परिस्थितियों में पॉलिसीधारक को एक नियुक्त व्यक्ति की नियुक्ति करने की आवश्यकता होगी?

I. बीमाधारक नाबालिग होने पर

II. नामिती एक नाबालिग है

III. पॉलिसीधारक की मानसिक स्थिति ठीक नहीं है

IV. पॉलिसीधारक विवाहित नहीं है

सारांश

- अनुग्रह अवधि क्लॉज प्रीमियम देय होने के बाद इसका भुगतान करने के लिए पॉलिसीधारक को एक अतिरिक्त समयावधि प्रदान करता है।
- पुनःस्थापन वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा जीवन बीमा कंपनी एक ऐसी पॉलिसी को वापस चालू हालत में लाती है जो या तो प्रीमियम भुगतान न होने के कारण समाप्त हो गयी है या जिसे किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत बरकरार रखा गया है।
- पॉलिसी ऋण दो संदर्भों में एक सामान्य व्यावसायिक ऋण से अलग होता है, पहला, पॉलिसी मालिक कानूनी तौर पर ऋण चुकाने के लिए बाध्य नहीं होता है और बीमा कंपनी को बीमा धारक की साख जांच कराने की जरूरत नहीं है।
- नामांकन वह है जहां जीवन बीमाधारक उस व्यक्ति(यों) के नाम का प्रस्ताव करता है जिसेयजिन्हें उसकी मृत्यु के बाद बीमा कंपनी द्वारा बीमा राशि का भुगतान किया जाना चाहिए।
- जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का अर्थ है पॉलिसी में अधिकार, स्वामित्व या हित (संपत्ति के रूप में) का एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को अंतरित करने अक कार्य। वह व्यक्ति जो अधिकारों का अंतरित करता है उसे समनुदेशक कहा जाता है और जिस व्यक्ति को संपत्ति अंतरित की जाती है उसे समनुदेशिती कहते हैं।
- बदलाव बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों की सहमति के अधीन होता है। आम तौर पर कुछ साधारण बातों को छोड़कर, पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान बदलाव की अनुमति नहीं दी जा सकती है।

प्रमुख शब्द

1. अनुग्रह अवधि
2. पॉलिसी की चूक
3. पॉलिसी पुनर्जीवन
4. समर्पण मूल्य
5. नामांकन
6. समनुदेशन

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

जहां नामिती नाबालिग है, पॉलिसीधारक को एक नियुक्त व्यक्ति नियुक्त करने की जरूरत होती है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन नामांकन के संबंध में गलत है?

I. अगर पॉलिसी ऋण के बदले में बीमा कंपनी को समनुदेशित की गई हो तो पॉलिसी नामांकन रद्द नहीं किया जा सकता है

II. नामांकन पॉलिसी खरीद के समय या बाद में किया जा सकता है

III. पॉलिसी में पृष्ठांकन करके नामांकन को बदला जा सकता है

IV. नामिती का संपूर्ण दावे पर पूरा अधिकार होता है

प्रश्न 2

पॉलिसी के अंतर्गत गारंटीकृत समर्पण मूल्य प्राप्त करने के लिए, कानून के अनुसार कब तक के लिए प्रीमियम भुगतान किया जाना चाहिए?

I. प्रीमियम का कम से कम लगातार 2 वर्षों के लिए भुगतान किया जाना चाहिए

II. प्रीमियम का कम से कम 3 लगातार वर्षों के लिए भुगतान किया जाना चाहिए

III. प्रीमियम का कम से कम 4 लगातार वर्षों के लिए भुगतान किया जाना चाहिए

IV. प्रीमियम का कम से कम 5 लगातार वर्षों के लिए भुगतान किया जाना चाहिए

प्रश्न 3

किसी पॉलिसी को कब व्यपगत समझा जाता है?

I. अगर देय तिथि को प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है

II. अगर देय तिथि से पहले प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है

III. अगर अनुग्रह के दिनों में भी प्रीमियम भुगतान नहीं किया गया है

IV. अगर पॉलिसी का समर्पण कर दिया गया है

प्रश्न 4

नीचे दिया गया कौन सा कथन बीमा पॉलिसी की अनुग्रह अवधि के संबंध में सही है?

I. अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई एक महीना है

II. अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई 30 दिन है

III. अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई एक महीने या 30 दिन है

IV. अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई एक महीने या 31 दिन है

प्रश्न 5

अगर पॉलिसीधारक नियत तिथि तक प्रीमियम भुगतान नहीं करता है और अनुग्रह अवधि के दौरान मर जाता तो ऐसे में क्या होगा?

I. बीमा कंपनी नियत तिथि तक प्रीमियम भुगतान न होने के कारण पॉलिसी को अमान्य करने पर विचार करेगी और इसलिए दावे को अस्वीकार कर देगी

II. बीमा कंपनी दावे का भुगतान करेगी और पिछले बकाया प्रीमियम को माफ कर देगी

III. बीमा कंपनी बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी

IV. बीमा कंपनी ब्याज के साथ बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी, ब्याज बैंक की बचत ब्याज दर से 2% अधिक प्रभारित करते हुए में लिया जाएगा

उत्तर 6

व्यपगत पॉलिसी के पुनर्जीवन के समय, नीचे दिए गए कौन से पहलू को बीमा कंपनी द्वारा सबसे महत्वपूर्ण माना जाता है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. पुनर्जीवन के समय बीमा योग्यता का साक्ष्य

II. पॉलिसी का पुनर्जीवन जो बीमा कंपनी के लिए जोखिम में वृद्धि का कारण बनेगा

III. ब्याज के साथ बकाया प्रीमियमों का भुगतान

IV. बीमाधारक एक निर्धारित समय सीमा के भीतर पुनर्जीवन का आवेदन प्रस्तुत करता है

प्रश्न 7

बीमा पॉलिसी के लिए बीमा अधिनियम, 1938 की ____________ के तहत नामांकन की अनुमति दी जाती है।

I. धारा 10

II. धारा 38

III. धारा 39

IV. धारा 45

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन ऐसी किस पॉलिसी के संबंध में गलत है जिसके विरुद्ध बीमा कंपनी से ऋण लिया गया है?

I. पॉलिसी को बीमा कंपनी के पक्ष में समनुदेशित करना होगा

II. ऐसी पॉलिसी का बीमा कंपनी के पक्ष में नामांकन पॉलिसी के समनुदेशन के कारण रद्द हो जाएगा

III. नामिती का अधिकार पॉलिसी में बीमा कंपनी के हित की सीमा तक प्रभावित होगा

IV. पॉलिसी ऋण आम तौर पर पॉलिसी के समर्पण मूल्य के एक निश्चित प्रतिशतांक तक सीमित रहता है

प्रश्न 9

नीचे दिया गया कौन सा कथन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन के संबंध में गलत है?

I. पूर्ण समनुदेशन के मामले में, समनुदेशिती की मौत की स्थिति में पॉलिसी का अधिकार मृतक समनुदेशिती की सम्पदा के पक्ष में चला जाएगा

II. जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का अर्थ है पॉलिसी में अधिकार, स्वामित्व और हित (संपत्ति के रूप में) को एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति के पक्ष में अंतरित करना।

III. पॉलिसीधारक द्वारा समनुदेशन की सूचना बीमा कंपनी को दिया जाना आवश्यक है

IV. पूर्ण समनुदेशन के मामले में, पॉलिसी परिपक्वता तक पूरी तरह से समनुदेशिती के अधिकार में रहती है, सिवाय पॉलिसी अवधि के दौरान बीमाधारक की मृतु के मामले के, जहां पॉलिसी बीमाधारक के लाभार्थियों के पास वापस चली जाती है

प्रश्न 10

बीमा कंपनी द्वारा इनमें से कौन से बदलाव की अनुमति दी जाएगी?

I. पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करना

II. प्रीमियम भुगतान अवधि को बढ़ाना

III. पॉलिसी को मुनाफ़ा सहित से मुनाफ़ा रहित में बदलना

IV. बीमा राशि में वृद्धि

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प IV है।

किसी नामिती का संपूर्ण (या आंशिक) दावे पर कोई अधिकार नहीं रहता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

पॉलिसी के अंतर्गत गारंटीकृत समर्पण मूल्य प्राप्त करने के लिए कम से कम लगातार 3 वर्षों के लिए प्रीमियम भुगतान किया जाना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

अगर अनुग्रह के दिनों में भी प्रीमियम भुगतान नहीं किया गया है तो पॉलिसी को व्यपगत समझा जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

अनुग्रह अवधि की मानक लंबाई एक महीने या 31 दिन है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

अगर पॉलिसीधारक नियत तिथि तक प्रीमियम भुगतान नहीं करता है और अनुग्रह अवधि के दौरान मर जाता है तो बीमा कंपनी बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

किसी व्यपगत पॉलिसी के पुनर्जीवन के दौरान, पुनर्जीवन के समय बीमायोग्यता के साक्ष्य को बीमा कंपनी द्वारा सबसे महत्वपूर्ण पहलू माना जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

बीमा पॉलिसी के लिए बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 39 के तहत नामांकन की अनुमति दी जाती है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

विकल्प II गलत है।

किसी ऐसी पॉलिसी के संबंध में जिसके समक्ष बीमा कंपनी से एक ऋण लिया गया है, बीमा कंपनी के पक्ष में पॉलिसी का समनुदेशन होने के कारण नामांकन रद्द नहीं होगा।

उत्तर 9

सही विकल्प IV है।

विकल्प IV गलत है।

पूर्ण समनुदेशन के मामले में पॉलिसी परिपक्वता तक पूरी तरह से समनुदेशिती के अधिकार में होती है। पॉलिसी अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी बीमाधारक के लाभार्थियों को वापस नहीं होगी। समनुदेशिती पॉलिसी के लाभों का हकदार होगा।

उत्तर 10

सही विकल्प I है।

पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करने वाले बदलाव की अनुमति दी जाती है।

अध्याय 14

बीमालेखन (जोखिम अंकन)

अध्याय परिचय

जीवन बीमा एजेंट का काम किसी संभावित ग्राहक से प्रस्ताव प्राप्त कर लिए जाने पर ही समाप्त नहीं हो जाता है। प्रस्ताव को बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार भी किया जाना चाहिए और इसे एक पॉलिसी बनना चाहिए।

वास्तव में हर जीवन बीमा प्रस्ताव को एक प्रवेश द्वार से गुजरना पड़ता है जहां जीवन बीमा कंपनी यह तय करती है कि प्रस्ताव को स्वीकार किया जाए या नहीं और यदि हां, तो किन शर्तों पर। इस अध्याय में हम बीमालेखन की प्रक्रिया और इस प्रक्रिया में शामिल तत्वों के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त करेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. बीमालेखन - मूल अवधारणाएं

ख. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन

ग. चिकित्सकीय बीमालेखन

क. 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 या बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना

ii. जोखिमों का वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना

परिभाषा

जोखिमों का चयन शब्द जीवन बीमा के हर प्रस्ताव का मूल्यांकन उसमें मौजूद जोखिम के स्तर के संदर्भ में करने और फिर यह करने की प्रक्रिया को दर्शाता है कि बीमा प्रदान किया जाए या नहीं और यदि हां तो किन शर्तों पर।

प्रतिकूल-चयन ऐसे लोगों की प्रवृत्ति है जो यह संदेह करते या जानते हैं कि उनके नुकसान का सामना करने की संभावना अधिक है, बेसब्री से बीमा की मांग करना और इस प्रक्रिया में लाभ प्राप्त करना।

उदाहरण

अगर जीवन बीमा कंपनियां उन लोगों के बारे में चयनशील ना हों जिन्हें वे बीमा उपलब्ध कराती हैं, तो इस बात की संभावना बनी रहती है कि दिल की समस्या या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों वाले लोग, जिनके लंबे जीवन की अपेक्षा नहीं की जाती है, बीमा खरीदने की कोशिश करेंगे।

दूसरे शब्दों में, अगर बीमा कंपनी ने चयन का प्रयास नहीं किया तो यह विपरीत चयन हो जाएगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान उठाना पड़ेगा।

---

2. **जोखिमों के बीच समानता**

आइए अब हम जोखिमों के बीच समानता पर विचार करें। "समानता" शब्द का मतलब है ऐसे आवेदक जो एक समान स्तर के जोखिम के दायरे में आते हैं उनको एक ही प्रीमियम श्रेणी में रखा जाना चाहिए।हमने पहले देख चुके हैं कि कैसे जीवन बीमा कंपनियां लिया जाने वाला प्रीमियम निर्धारित करने के लिए मर्त्यता तालिका का उपयोग करती हैं। यह तालिका मानक

जीवनों या औसत जोखिमों के मर्त्यता अनुभव को दर्शाती है। इनमें जीवन बीमा लेने का प्रस्ताव करने वाले लोगों की विशाल संख्या शामिल हैं।

क) जोखिम वर्गीकरण

समानता को आगे बढ़ाने के लिए बीमालेखक जोखिम वर्गीकरण नामक एक प्रक्रिया में संलग्न होते हैं यानी अलग-अलग जीवनों को वर्गीकृत किया जाता है और उनमें मौजूद जोखिमों के स्तरों के आधार पर उनको विभिन्न जोखिम श्रेणियों में बांटा जाता है। ऐसी चार जोखिम श्रेणियां होती हैं।

चित्र 1: जोखिम वर्गीकरण

i. मानक जीवन

इनमें ऐसे जीवन शामिल हैं जिनकी अनुमानित मर्त्यता, मर्त्यता तालिका में दर्शाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

ii. वरीयताप्राप्त जोखिम

ये ऐसे जोखिम हैं जिनकी अनुमानित मर्त्यता मानक जीवनों की तुलना में काफी कम होती है और इसलिए इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. अवमानक जीवन

ये ऐसे जीवन होते हैं जिनकी अनुमानित मर्त्यता औसत या मानक जीवनों की तुलना में अधिक है, लेकिन फिर भी बीमायोग्य माने जाते हैं। इनको उच्च (या अतिरिक्त) प्रीमियम के साथ या कुछ प्रतिबंधों के अधीन बीमा के लिए स्वीकार किया जा सकता है।

iv. अस्वीकृत जीवन

ये ऐसे जीवन हैं जिनकी दुर्बलता और अनुमानित अतिरिक्त मर्त्यता इतनी अधिक होती है कि इनको एक किफायती लागत पर बीमा कवरेज प्रदान नहीं किया जा सकता है। कभी-कभी किसी व्यक्ति के प्रस्ताव को भी अस्थायी तौर पर अस्वीकार किया जा सकता है अगर वह हाल में किसी चिकित्सकीय घटना जैसे ऑपरेशन के दायरे में रहा है।

3. **चयन प्रक्रिया**

यह कहा जा सकता है कि बीमालेखन या चयन प्रक्रिया दो स्तरों पर पूरी होती है**:**

✓ क्षेत्र स्तर पर

✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर

चित्र 2: **बीमालेखन या चयन प्रक्रिय**

क) क्षेत्रीय या प्राथमिक स्तर

फील्ड स्तरीय बीमालेखन को प्राथमिक बीमालेखन के रूप में भी जाना जा सकता है। इसमें किसी एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी एकत्र करना शामिल है जो यह तय करेगा कि क्या आवेदक बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह बीमायोग्य जीवन को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

कई बीमा कंपनियों को यह आवश्यकता हो सकती है कि एजेंट एक विवरण या गोपनीय रिपोर्ट भर कर जिसमें प्रस्तावित जीवन के संबंध में एजेंट द्वारा विशेष जानकारी, विचार और सिफारिशें प्रदान किए जाने की मांग की जाती है।

इसी प्रकार की एक रिपोर्ट, जिसे नैतिक खतरे संबंधी की रिपोर्ट कहा गया है, की मांग भी जीवन बीमा कंपनी के कर्मचारी से की जा सकती है। इन रिपोर्टों में आमतौर पर प्रस्तावित जीवन का पेशा, आय, वित्तीय स्थिति और प्रतिष्ठा को कवर किया जाता है।

धोखाधड़ी निगरानी और प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट की भूमिका

जोखिम चयन के संबंध में अधिकांश निर्णय उन तथ्यों पर निर्भर करता है जिनका खुलासा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक द्वारा किया जाता है। बीमालेखन विभाग में बैठे एक बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल हो सकता है कि क्या ये तथ्य कहीं असत्य तो नहीं हैं और धोखा देने के इरादे से या जानबूझकर धोखापूर्ण तरीके से गलतबयानी तो नहीं की गयी है।

यहां एजेंट एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात का पता लगाने के लिए सबसे अच्छी स्थिति में होता है कि प्रस्तुत किए गए तथ्य सही हैं, चूंकि एजेंट का प्रस्तावित जीवन के साथ सीधा और व्यक्तिगत संपर्क होता है और इसलिए वह इस बात की निगरानी कर सकता है कि क्या गुमराह करने के इरादे से जानबूझकर कोई गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी तो नहीं की गयी है।

ख) बीमालेखन विभाग स्तर

बीमालेखन का दूसरा स्तर विभाग या कार्यालय स्तर है। इसमें विशेषज्ञ और ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जो इस तरह के काम में कुशल होते हैं और जो जीवन बीमा प्रस्ताव स्वीकार करने और उसकी शर्तें तय करने के मामले में सभी प्रासंगिक आंकड़ों पर विचार करते हैं।

4. **बीमालेखन की विधियां**

चित्र 3: बीमालेखन की विधियां

बीमालेखन की विधियां

- **निर्णय विधि**
- **संख्यात्मक विधि**

बीमालेखक इस प्रयोजन के लिए दो प्रकार की विधियों का प्रयोग कर सकते हैं:

निर्णय विधि	संख्यात्मक विधि
इस विधि में व्यक्तिपरक निर्णय का प्रयोग किया जाता है, ख़ास तौर पर तब जब एक जटिल मामले पर निर्णय लेना होता है।	इस विधि में बीमालेखक सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारकों के लिए ऋणात्मक अंक) के लिए धनात्मक दर-निर्धारण अंक देते हैं।
उदाहरण: यह तय करना कि क्या ऐसे किसी व्यक्ति को बीमा दिया जाएगा जिसे तीव्र मधुमेह है और किन शर्तों पर।	
ऐसी स्थितियों में, विभाग एक मेडिकल चिकित्सक की विशेषज्ञ राय प्राप्त कर सकता है जिसे चिकित्सा रेफरी भी कहा जाता है।	इस प्रकार दिये गये अंकों की कुल संख्या यह तय करेगी कि इसे कितनी अतिरिक्त मर्त्यता रेटिंग (जिसे ईएमआर भी कहा जाता है) दी गयी है। ईएमआर जितना अधिक होगा, जीवन उतना ही अवमानक होगा। अगर ईएमआर बहुत अधिक हुआ तो बीमा देने से मना भी किया जा सकता है।

बीमालेखन निर्णय

चित्र 4: बीमालेखन निर्णय

आइए, अब हम बीमालेखन के लिए प्रस्तावित किसी जीवन के संबंध में बीमालेखक द्वारा लिए जाने वाले विभिन्न निर्णयों पर विचार करें।

क) सामान्य दरों (ओआर) पर स्वीकृति सबसे आम निर्णय है।इस रेटिंग से पता चलता है कि जोखिम को एक साधारण या मानक जीवन के लिए लागू होने वाली प्रीमियम की समान दर पर स्वीकार किया गया है।

ख) आधिक्य सहित स्वीकारणः यह अवमानक जोखिमों की बड़ी संख्या से निपटने का सबसे आम तरीका है।इसमें प्रीमियम की सारणीबद्ध दर पर एक अतिरिक्त शुल्क लेना शामिल है।

ग) बीमा राशि पर पुनर्ग्रहणाधिकार (लियन) सहित स्वीकारणः पुनर्ग्रहणाधिकार एक प्रकार का धारण है जिसका प्रयोग जीवन बीमा कंपनी उस लाभ की राशि पर कर सकती है (आंशिक या पूर्ण रूप में) जो दावे की स्थिति में इसे भुगतान करनी पड़ती है।

उदाहरण: यह उस स्थिति में लगाया जा सकता है जब बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन टीबी जैसी कुछ बीमारियों से पीड़ित रहा है और इससे अब छुटकारा पाया है। पुनर्ग्रहणाधिकार का मतलब है कि अगर जीवन बीमाधारक की मौत एक निर्दिष्ट अवधि के भीतर (उदाहरण के लिए फिर से टीबी होना) एक निर्दिष्ट कारण से हो जाती है तो केवल मृत्यु लाभ की कम की गयी राशि ही देय हो सकती है।

घ) प्रतिबंधात्मक क्लॉज सहित स्वीकारणः कुछ प्रकार के खतरों के लिए एक प्रतिबंधक क्लॉज लागू किया जा सकता है जो कुछ निश्चित परिस्थितियों में मृत्यु होने की स्थिति में मृत्यु लाभ को सीमित करता है।

इसका उदाहरण गर्भवती महिलाओं के मामले में लगाया जाने वाला एक गर्भावस्था क्लॉज है जो मान लीजिए कि प्रसव से तीन महीने के भीतर होने वाली गर्भावस्था से संबंधित मौतों की स्थिति में देय बीमा को सीमित करता है।

च) नकारण या स्थगनः अंत में, जीवन बीमा का बीमालेखक बीमा के प्रस्ताव को अस्वीकार या इनकार करने का फैसला कर सकता है।यह कुछ ऐसी स्वास्थ्य / अन्य विशेषताएं मौजूद होने की स्थिति में होगा जो इस कदर प्रतिकूल हैं कि वे जोखिम की घटनाओं को काफी हद तक बढ़ा देती हैं।

उदाहरणः वह व्यक्ति जो कैंसर से ग्रस्त है और ठीक होने की बहुत कम संभावना है, नकारण के लिए उम्मीदवार होगा।

इसी प्रकार कुछ मामलों में जोखिम की स्वीकृति को उस समय तक स्थगित करना विवेकपूर्ण हो सकता है जब तक कि स्थिति में सुधार नहीं होता है और वह अधिक अनुकूल नहीं बन जाता है।

उदाहरण

एक ऐसी महिला जिसने हाल ही में गर्भाशय का ऑपरेशन कराया है, उसके जीवन पर बीमा की अनुमति दिए जाने से पहले कुछ महीनों के लिए प्रतीक्षा करने को कहा जा सकता है ताकि ऑपरेशन के बाद उत्पन्न होने वाली कोई भी जटिलता समाप्त हो जाए।

स्व-परीक्षण 1

निम्नलिखित में से कौन से मामले को जीवन बीमा कंपनी द्वारा नकारने या स्थगित किए जाने की संभावना है?

I. 18 वर्षीय स्वस्थ व्यक्ति

II. एक मोटा व्यक्ति

III. एड्स से पीड़ित व्यक्ति

IV. गृहिणी जिसकी अपनी कोई आय नहीं है

ख. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन

1. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन

बहुसंख्यक में जीवन बीमा प्रस्तावों को आम तौर पर बीमा योग्य जीवन की जांच करने के लिए चिकित्सा परीक्षा कराए बिना ही बीमा के लिए चयनित किया जा सकता है। ऐसे मामलों को गैर-चिकित्सा प्रस्तावों के रूप में जाना जाता है।

गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन का मामला इस निष्कर्ष में निहित है कि चिकित्सकीय परीक्षण केवल एक छोटे अनुपात (जैसे एक का दसवां हिस्सा) में प्रतिकूल विशेषताओं को सामने लाते हैं। बाकी जानकारी का पता प्रस्ताव या प्रस्तावित जीवन के अवकाश के रिकॉर्डों और अन्य दस्तावेजों में दिए गए जवाबों से चल सकता है।

किसी योग्य चिकित्सक द्वारा चिकित्सा परीक्षण कराने के लिए चिकित्सक को फीस का भुगतान करने की आवश्यकता होगी। वह खर्च जिसे इस तरह का परीक्षण नहीं करके बचाया

जा सकता है, उस नुकसान की तुलना में बहुत अधिक पाया गया है जिसका सामना जीवन बीमा कंपनी को चिकित्सा परीक्षण को दरकिनार करने के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाले अतिरिक्त मृत्यु दावों के कारण करना पड़ सकता है। इसलिए जीवन बीमा कंपनियों ने चिकित्सा परीक्षा पर जोर दिए बिना बीमा देने की प्रथा को अपनाया है।

2. **गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन की शर्तें**

तथापि, गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन कुछ शर्तों का पालन किए जाने की मांग करता है।

i. सबसे पहले महिलाओं की केवल कुछ श्रेणियां जैसे कामकाजी महिलाएं इसके लिए पात्र हो सकती हैं।

ii. बीमा राशि पर ऊपरी सीमा लगाई जा सकती है।उदाहरण के लिए, पांच लाख से अधिक की बीमा राशि के किसी भी मामले को चिकित्सा जांच के अध्यधीन किया जा सकता है।

iii. प्रवेश हेतु आयु सीमा लगाई जा सकती है - उदाहरण के लिए, 40 या 45 वर्ष से अधिक की उम्र वाले किसी भी व्यक्ति को अनिवार्य रूप से एक चिकित्सा परीक्षण करवाना चाहिए।

iv. बीमा की कुछ योजनाओं के संबंध में प्रतिबंध लगाए जाते हैं - उदाहरण के लिए, मीयादी बीमा की अनुमति गैर-चिकित्सा श्रेणी में नहीं दी जा सकती है।

v. बीमा की अधिकतम अवधि बीस वर्ष/60 वर्ष की उम्र तक सीमित की जा सकती है।

vi. जीवन की श्रेणीः गैर-चिकित्सा बीमा की अनुमति कुछ विशिष्ट श्रेणी के व्यक्तियों को भी दी जा सकती है, उदाहरण के लिए, गैर-चिकित्सा विशेष प्रतिष्ठित कंपनियों के कर्मचारियों - एक वर्ष की सेवा पूरी करने वालों को प्रदान किया जाता है। इन कंपनियों के पास अवकाश के उचित रिकॉर्ड होते हैं और ये समय-समय पर चिकित्सा परीक्षण भी करवाते रहते हैं ताकि कर्मचारी की चिकित्सा स्थिति को आसानी से सत्यापित किया जा सके।

3. **बीमालेखन में रेटिंग के कारक**

रेटिंग या दर-निर्धारण कारक वित्तीय स्थिति, जीवन शैली, आदत, पारिवारिक इतिहास, स्वास्थ्य का व्यक्तिगत इतिहास और संभावित बीमाधारक के जीवन में अन्य व्यक्तिगत परिस्थितियों से संबंधित विभिन्न पहलुओं को दर्शाते हैं जो खतरा उत्पन्न कर सकते हैं और जोखिम को बढ़ा सकते हैं। बीमालेखन में इन खतरों और इनके संभावित प्रभाव की पहचान करना और तदनुसार जोखिम को वर्गीकृत करना शामिल है।

आइए हम समझें कि कैसे व्यक्तिगत जीवन के लक्षणों का प्रभाव जोखिम पर पड़ सकता है। मोटे तौर पर इन्हें दो भागों में विभाजित किया जा सकता है - ऐसे लक्षण जो नैतिक खतरे में योगदान करते हैं और ऐसे लक्षण जो शारीरिक [चिकित्सकीय] खतरों को बढ़ाते हैं। तदनुसार जीवन बीमा कंपनियां अक्सर अपने बीमालेखन को श्रेणियों में विभाजित करती हैं। आय, पेशा, जीवन शैली और आदत जैसे कारक नैतिक खतरे में योगदान करते हैं, इनका आकलन वित्तीय बीमालेखन के भाग के एक रूप में किया जाता है जबकि स्वास्थ्य के चिकित्सा पहलुओं का मूल्यांकन चिकित्सकीय बीमालेखन के रूप में किया जाता है।

क) महिला बीमा

महिलाएं आम तौर पर पुरुषों की तुलना में अधिक दीर्घायु वाली होती हैं। तथापि, उनको नैतिक खतरे के संबंध में कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ सकता है। इसका कारण यह है कि भारतीय समाज में कई महिलाएं अभी भी पुरुष वर्चस्व और सामाजिक शोषण की चपेट में हैं। दहेज हत्या जैसी बुराइयां आज भी प्रचलित हैं। महिलाओं के दीर्घायु होने को प्रभावित करने वाला दूसरा कारक गर्भावस्था से जुड़ी समस्याओं से उत्पन्न हो सकता है।

महिलाओं की बीमायोग्यता बीमा की जरूरत और प्रीमियमों का भुगतान करने की क्षमता से नियंत्रित होती है। इसलिए बीमा कंपनियां केवल उन महिलाओं के लिए संपूर्ण बीमा प्रदान करने का फैसला कर सकती हैं जो अपनी खुद की आय अर्जित करती हैं, और अन्य श्रेणियों की महिलाओं पर सीमाएं लगा सकती हैं। इसी प्रकार गर्भवती महिलाओं पर कुछ शर्तें लगाई जा सकती हैं।

ख) नाबालिग (अवयस्क)

नाबालिगों का अपना कोई संविदा करने का अधिकार नहीं होता है। इसलिए किसी नाबालिग के जीवन पर कोई प्रस्ताव किसी अन्य व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जाना चाहिए जो माता/पिता या कानूनी अभिभावक के रूप में नाबालिग से संबंधित है। बीमा की जरूरत का पता लगाना आवश्यक होगा क्योंकि नाबालिगों की आम तौर पर अपनी खुद की कोई अर्जित आय नहीं होती है।

नाबालिगों के लिए बीमा पर विचार करते समय आम तौर पर तीन शर्तों की मांग की जाएगी:

i. क्या उनके पास एक अच्छी तरह से विकसित शारीरिक ढांचा है

   शारीरिक ढांचे का खराब विकास कुपोषण या अन्य स्वास्थ्य समस्याओं का एक परिणाम हो सकता है जो गंभीर जोखिमों को जन्म देते हैं।

ii. उचित पारिवारिक इतिहास और व्यक्तिगत इतिहास

   अगर यहां प्रतिकूल संकेतक हैं तो ये जोखिम को जन्म दे सकते हैं।

iii. क्या परिवार पर्याप्त रूप से बीमित है

   नाबालिगों का बीमा करने की प्रथा आम तौर पर बीमा की संस्कृति वाले परिवारों द्वारा अपनाई जाती है। इसलिए एक ऐसे बच्चे के जीवन पर कोई प्रस्ताव प्राप्त होने पर व्यक्ति को सतर्क रहने की जरूरत होगी जहां माता-पिता बीमित नहीं है। बीमालेखक को यह पता लगाने की जरूरत होगी कि माता-पिता का इस तरह का बीमा क्यों नहीं लिया गया है। बीमा की राशि भी माता/पिता से जुड़ी होती है।

ग) बड़ी बीमा राशियां

यदि बीमा की राशि प्रस्तावित बीमाधारक की वार्षिक आय के सापेक्ष बहुत बड़ी है तो बीमालेखक को सावधान रहने की जरूरत है। आमतौर पर बीमा राशि व्यक्ति की वार्षिक आय का लगभग दस से बारह गुणा माना जा सकता है। अगर अनुपात इससे बहुत अधिक है तो यह बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन की संभावना को जन्म देती है।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति की वार्षिक आय 5 लाख रुपए है और वह 3 करोड़ रुपए के बीमा कवर का प्रस्ताव करता है तो यह चिंता के कारण को जन्म देता है।

ऐसे मामलों में आम तौर पर इस संभावना के कारण चिंताएं उत्पन्न हो सकती हैं कि कहीं बीमा की इतनी बड़ी राशि का प्रस्ताव आत्महत्या की प्रत्याशा में या स्वास्थ्य में प्रत्याशित गिरावट के परिणाम स्वरूप तो नहीं किया जा रहा है। इतनी बड़ी रकम का एक तीसरा कारण विक्रय प्रतिनिधि द्वारा गलत तरीके से बीमा बेचे जाने की अत्यधिक संभावना है।

बड़ी बीमा राशि का मतलब आनुपातिक रूप से बड़ा प्रीमियम भी है और यह इस सवाल को जन्म देता है कि क्या इस तरह के प्रीमियम का भुगतान जारी रखा जाएगा। इसलिए आम तौर पर बीमा की राशि को सीमित करना विवेकपूर्ण होगा ताकि देय प्रीमियम मान लीजिए कि व्यक्ति की वार्षिक आय का अधिकतम एक तिहाई हो सके।

घ) आयु

जैसा कि हमने अन्यत्र इस पाठ्यक्रम में देखा है कि मर्त्यता जोखिम का उम्र के साथ निकट का संबंध होता है। बीमालेखक को अधिक उम्र के लोगों के लिए बीमा पर विचार करते समय सावधान रहने की जरूरत है।

उदाहरण

यदि पहली बार 50 वर्ष की उम्र के बाद बीमा का प्रस्ताव किया जा रहा है तो नैतिक खतरे का संदेह करने और यह पूछने की जरूरत है कि इस तरह का बीमा पहले क्यों नहीं कराया गया था।

हमें यह भी ध्यान रखना चाहिए कि हृदय की बीमारी और गुर्दे की विफलता जैसे अपक्षयी रोगों की घटना की संभावनाएं उम्र के साथ बढ़ जाती हैं और अधिक उम्र में तो और भी अधिक हो जाती हैं।

जीवन बीमा कंपनियां कुछ विशेष रिपोर्टों की मांग भी कर सकती हैं जब उच्च बीमा राशि / अधिक उम्र या दोनों के संयोजन के लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाते हैं।

उदाहरण

ऐसी रिपोर्टों के उदाहरण हैं, ईसीजी; ईईजी; सीने का एक्स रे और रक्त शर्करा परीक्षण। ये परीक्षण प्रस्ताव में दिए गए जवाबों की तुलना में प्रस्तावित जीवन के स्वास्थ्य के बारे में गहरी अंतर्दृष्टि का खुलासा कर सकते हैं या एक सामान्य चिकित्सा परीक्षण प्रदान कर सकते हैं।

बीमालेखन प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण भाग उम्र के प्रमाण की पुष्टि करने के बाद उम्र की स्वीकारोक्ति है। आयु प्रमाण दो प्रकार के होते हैं -

✓ मानक

✓ अवमानक

मानक आयु प्रमाण आम तौर पर किसी सार्वजनिक प्राधिकारी द्वारा जारी किए जाते हैं। इसके उदाहरण हैं -

✓ जन्म प्रमापत्र जो नगरपालिका या अन्य सरकारी निकाय द्वारा जारी किया जाता है;

✓ विद्यालय परित्याग प्रमाणपत्र;

✓ पासपोर्ट; और

✓ नियोक्ता का प्रमाणपत्र

जहां इस तरह के प्रमाण उपलब्ध नहीं हैं, प्रस्तावक को अवमानक आयु प्रमाण लाने के लिए कहा जा सकता है। अवमानक आयु प्रमाण के उदाहरण हैं, कुंडली; स्वयं घोषणा

यदि मानक आयु प्रमाण उपलब्ध न हो तो है, अवमानक आयु प्रमाण को आसानी से स्वीकार नहीं किया जाना चाहिए। अक्सर जीवन बीमा कंपनियां बीमा की योजना, बीमा की अवधि; अधिकतम परिपक्वता आयु और अधिकतम बीमा राशि के संबंध में कुछ प्रतिबंध लगा सकती हैं।

च) नैतिक खतरा

नैतिक खतरा उस समय मौजूद होना कहा जा सकता है जब कुछ परिस्थितियां या किसी व्यक्ति की वित्तीय स्थिति, जीवन शैली और आदतों, प्रतिष्ठा और मानसिक स्वास्थ्य की

विशेषताएं यह संकेत देती हैं कि वह जानबूझकर ऐसे कार्यों में संलग्न है जो जोखिम को बढ़ाते हैं। कई ऐसे कारक हो सकते हैं जो इस तरह के नैतिक खतरे के बारे में बता सकते हैं।

उदाहरण

जब कोई प्रस्ताव प्रस्तावित बीमाकृत के निवास स्थान से काफी दूर स्थित किसी शाखा में प्रस्तुत किया जाता है।

चिकित्सा परीक्षण अन्यत्र किया जाता है जबकि योग्य चिकित्सा परीक्षक व्यक्ति के निवास स्थान के पास उपलब्ध ही है।

एक तीसरा मामला वह है जब कोई प्रस्ताव स्पष्ट बीमा योग्य हित नहीं रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर किया जाता है, या जब नामिती प्रस्तावित जीवन का कोई निकटवर्ती आश्रित नहीं है।

ऐसे प्रत्येक मामले में एक पूछताछ की जा सकती है। अंत में, जब एजेंट का जीवन बीमाधारक व्यक्ति से संबंध, एजेंसी प्रबंधक / विकास अधिकारी जैसे किसी शाखा अधिकारी से नैतिक खतरा रिपोर्ट की मांग की जा सकती है।

छ) व्यवसाय

व्यावसायिक जोखिम निम्नलिखित तीन स्रोतों में से किसी एक से उत्पन्न हो सकते हैं:

✓ दुर्घटना
✓ स्वास्थ्य जोखिम
✓ नैतिक खतरा

चित्र 5: व्यावसायिक जोखिमों के स्रोत

i. कुछ काम ऐसे होते हैं जो किसी व्यक्ति को दुर्घटना के प्रति उद्भाषित करते हैं और इसलिए दुर्घटना जोखिम उत्पन्न होते हैं। इस श्रेणी में अनेक प्रकार के काम आते हैं - जैसे सर्कस के कलाकार, मचान पर काम करने वाले कर्मी, विध्वंस विशेषज्ञ और फिल्म के स्टंट कलाकार।

ii. स्वास्थ्य जोखिम उस स्थिति में उत्पन्न होते हैं जब कार्यों की प्रकृति इस प्रकार की है जो चिकित्सकीय दुर्बलता की संभावना को जन्म देते हैं। स्वास्थ्य जोखिम विभिन्न प्रकार होते हैं।

- ✓ रिक्शा चलाने जैसे कुछ कार्यों में काफी शारीरिक दबाव शामिल होता है और यह श्वसन प्रणाली को प्रभावित करता है।
- ✓ दूसरी स्थिति वह है जहां व्यक्ति हानिकारक पदार्थों के संपर्क में हो सकता है जैसे खनन धूल या कैंसरकारी पदार्थ (जो कैंसर का कारण बनते हैं) जैसे रसायन और परमाणु विकिरण।
- ✓ एक तीसरे प्रकार का जोखिम उच्च दबाव वाले वातावरण जैसे भूमिगत सुरंग या गहरे समुद्र के कारण उत्पन्न होता है जो तीव्र डीकंप्रेशन वाली बीमारी का कारण बन सकते हैं।

✓ अंत में, कुछ कार्य की परिस्थितियां (एक बीपीओ में तंग हालत में और कंप्यूटर से चिपककर बैठना या बहुत अधिक शोर वाले वातावरण में काम करना) लंबे समय में शरीर के कुछ अंगों की कार्यप्रणाली को दुर्बल कर सकती हैं।

iii. नैतिक खतरा उस स्थिति में उत्पन्न हो सकता है जब किसी कार्य में आपराधिक तत्वों या नशीली दवाओं और शराब से निकटता होती है या इनकी ओर झुकाव रहता है।इसके उदाहरण में नाइट क्लब का कोई डांसर या शराब के बार में शराब परोसने वाला व्यक्ति या आपराधिक लिंक होने के लिए संदिग्ध किसी कारोबारी का अंगरक्षक शामिल है।फिर सुपरस्टार मनोरंजक जैसे कुछ व्यक्तियों के कार्य प्रोफाइल उनको मादक नशीली जीवन शैली की ओर धकेलते हैं जिसका परिणाम कभी-कभी दर्दनाक अंत के रूप में सामने आता है।

जहां कहीं भी व्यवसाय खतरनाक सूचीबद्ध कार्यों की श्रेणियों में आता है, बीमा के आवेदक को आम तौर पर एक व्यावसायिक प्रश्नावली भरना आवश्यक होता है जिसमें कार्य, इसमें शामिल कर्तव्यों और जोखिमों के विशेष विवरण की मांग की जाती है। एक सामान्य आधिक्य के रूप में व्यवसाय के लिए भी रेटिंग लगाई जा सकती है (उदाहरण के लिए, दो रुपए प्रति हजार बीमा राशि)। इस तरह के अतिरिक्त को कम या समाप्त किया जा सकता है जब बीमाधारक के व्यवसाय में बदलाव होता है।

ज) जीवन शैली और आदतें

जीवन शैली और आदतें ऐसी शर्तें हैं जो व्यक्तिगत लक्षणों की एक व्यापक श्रेणी को कवर करती हैं। आम तौर पर एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट और नैतिक जोखिम की रिपोर्टों में इस बात का उल्लेख होने की अपेक्षा की जाती है कि क्या इनमें से कोई भी लक्षण व्यक्ति की जीवन शैली में मौजूद है जो जोखिम के दायरे में होने का संकेत देते हैं। विशेष रूप से तीन लक्षण महत्वपूर्ण हैं:

i. **धूम्रपान और तंबाकू का प्रयोग**: यह बात अब अच्छी तरह से मान ली गयी है कि तंबाकू का प्रयोग न केवल अपने आप में एक जोखिम है, बल्कि यह अन्य चिकित्सकीय जोखिम को बढ़ाने में योगदान देता है। आज कंपनियां धूम्रपान करने वालों और धूम्रपान नहीं करने वालों के लिए अलग-अलग दरें वसूल करती हैं जहां धूम्रपान करने वालों को बहुत अधिक प्रीमियम भुगतान करना पड़ता है। गुटखा

और पान मसाला जैसे तम्बाकू के उपयोग के अन्य रूप भी प्रतिकूल मर्त्यता रेटिंग को आकर्षित कर सकते हैं।

ii. **शराब**: मामूली मात्रा में और कभी-कभी शराब पीना एक जोखिम नहीं है। यह कई देशों में सामाजिक जीवन का एक स्वीकार्य हिस्सा भी है। तथापि, जब जब एक लंबे समय तक अत्यधिक मात्रा में इसका सेवन किया जाता है तो इसका मर्त्यता जोखिम पर बड़ा प्रभाव पड़ सकता है। लंबे समय तक बहुत अधिक शराब का सेवन यकृत के कामकाज को ख़राब और पाचन तंत्र को प्रभावित कर सकता है। यह मानसिक विकारों को भी जन्म दे सकता है।

शराबखोरी की आदत दुर्घटना, हिंसा और पारिवारिक उत्पीड़न, अवसाद और आत्महत्या के साथ भी जुड़ी हुई है। जहां प्रस्ताव प्रपत्र से शराब के प्रयोग का संकेत मिलता है, बीमालेखक अधिक जानकारी की मांग कर सकता है और उपयोग की मात्रा तथा ऐसी किसी भी जटिलता के आधार पर मामले पर निर्णय ले सकता है जो इसके परिणाम स्वरूप होने का संकेत देती है।

iii. **मादक द्रव्यों का दुरुपयोग**: मादक द्रव्यों का सेवन ड्रग्स या नशीले पदार्थों, शामक औषधियों और इसी तरह के अन्य उत्तेजक जैसे विभिन्न प्रकार के पदार्थों के उपयोग को दर्शाता है।इनमें से कुछ गैरकानूनी भी हैं और इनका उपयोग आपराधिक स्वभाव और नैतिक खतरे को इंगित करता है। जहां मादक द्रव्यों के सेवन का संदेह होता है, बीमालेखक को दुरूपयोग की जांच करने के लिए कई परीक्षणों की मांग करने की आवश्यकता हो सकती है। ऐसे मामलों में अक्सर बीमा को अस्वीकार किया जाता है।

स्व-परीक्षण 2

निम्नलिखित में से कौन नैतिक जोखिम का एक उदाहरण है?

I. स्टंट करने के दौरान स्टंट कलाकार की मौत हो जाती है

II. अत्यधिक मात्रा में शराब पीने वाला व्यक्ति क्योंकि वह पीने में अभ्यस्त है

III. प्रीमियम भुगतानों में चूक करने वाला बीमाधारक

ग. चिकित्सा बीमालेखन

1. चिकित्सा बीमालेखन

आइए, अब हम कुछ ऐसे चिकित्सा कारकों पर विचार करें जो किसी बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करेंगे। इनका मूल्यांकन आम तौर पर चिकित्सा बीमांकन के माध्यम से किया जाता है। इनके लिए अक्सर एक चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट की मांग की जा सकती है। आइए, अब हम जांच किए जाने वाले कुछ कारकों पर नज़र डालें।

चित्र 6: बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करने वाले चिकित्सा कारक

क) पारिवारिक इतिहास

मर्त्यता जोखिम पर पारिवारिक इतिहास के प्रभाव का अध्ययन तीन दृष्टिकोणों से किया गया है।

i. **आनुवंशिकता**: कुछ बीमारियां एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी जैसे पिता से बच्चे में जा सकती हैं।

ii. **परिवार का औसत जीवनकाल**: यदि हृदय की बीमारी या कैंसर जैसी कुछ बीमारियों के कारण माता-पिता की शीघ्र मौत हो जाती है तो यह एक सूचक हो सकता है कि संतान भी लंबे समय तक जीवित नहीं रहेगी।

iii. **पारिवारिक वातावरण**: तीसरा, व्यक्ति जिस माहौल में रहता है वह संक्रमण और अन्य जोखिमों का कारण बन सकता है।

इसलिए जीवन बीमा कंपनियां प्रतिकूल पारिवारिक इतिहास रखने वाले व्यक्तियों के मामलों को देखते समय सावधान रहती हैं। वे अन्य रिपोर्टों की मांग कर सकती हैं और ऐसे मामलों में अतिरिक्त मर्त्यता रेटिंग लगा सकती हैं।

ख) व्यक्तिगत इतिहास

व्यक्तिगत इतिहास मानव शरीर की विभिन्न प्रणालियों की अतीत की दुर्बलताओं को दर्शाता है जिनका सामना बीमायोग्य जीवन को करना पड़ा है। जीवन बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र में आम तौर पर सवालों का एक सेट होता है जिसमें यह पूछताछ की जाती है कि क्या बीमायोग्य जीवन इनमें से किसी के लिए उपचार की प्रक्रिया में रहा है।

इस तरह की समस्याओं का पता चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट या मांगी गयी किसी विशेष रिपोर्ट से भी चल सकता है। प्रमुख प्रकार की घातक बीमारियों में शामिल हैं -

i. हृदयवाहिनी की बीमारियां जो हृदय और रक्त प्रणाली को प्रभावित करती हैं - जैसे दिल का दौरा, स्ट्रोक और रक्तस्राव

ii. श्वसन तंत्र की बीमारियां जैसे तपेदिक

iii. कोशिकाओं का अत्यधिक उत्पादन और जनन - जो घातक ट्यूमर का कारण बनता है, जिसे कैंसर भी कहा जाता है

iv. गुर्दे की प्रणाली की बीमारियां जिनमें गुर्दे और अन्य मूत्र संबंधी भाग शामिल हैं, जो गुर्दे की विफलता और मौत का कारण बन सकती हैं।

v. अंतःस्रावी प्रणाली की दुर्बलताएं, जिनमें से सबसे मशहूर है मधुमेह। यह रक्त प्रवाह में शर्करा (या ग्लूकोज) के उपापचय के लिए पर्याप्त इंसुलिन उत्पन्न करने की शरीर की अक्षमता से उत्पन्न होती है।

vi. पाचन तंत्र की बीमारियां जैसे गैस्ट्रिक अल्सर और यकृत की सिरोसिस।

vii. तंत्रिका तंत्र की बीमारियां

ग) व्यक्तिगत लक्षण

ये भी रोग की प्रवृत्ति के महत्वपूर्ण संकेतक हो सकते हैं।

i. **शारीरिक गठन (बिल्ड)**

उदाहरण के लिए, व्यक्ति के शारीरिक गठन में उसकी ऊंचाई, वजन, छाती और पेट का घेरा शामिल हैं। निर्दिष्ट उम्र और ऊंचाई के लिए एक निर्धारित किया गया मानक वजन उपलब्ध है और अगर वजन इस मानक की वजन की तुलना में बहुत अधिक या कम है तो हम कह सकते हैं कि व्यक्ति अधिक वजन या कम वजन वाला है।

इसी प्रकार, यह अपेक्षा की जाती है कि एक सामान्य व्यक्ति द्वारा अपने सीने को कम से कम चार सेंटीमीटर फुलाया जाना चाहिए और पेट का घेरा व्यक्ति के फुलाये गये सीने की तुलना में अधिक नहीं होना चाहिए।

ii. **रक्तचाप**

दूसरा संकेतक व्यक्ति का रक्तचाप है। इसके दो माप होते हैं -

- ✓ सिस्टोलिक
- ✓ डायस्टोलिक

उम्र को देखते हुए सामान्य रक्तचाप की रीडिंग पर पहुंचने का एक प्रमुख नियम इस प्रकार है -

सिस्टोलिक के लिए: यह 115 + उम्र का 2/5 है।

डायस्टोलिक के लिए: यह 75 + उम्र का 1/5 है।

इस प्रकार अगर उम्र 40 वर्ष है तो सामान्य रक्तचाप सिस्टोलिक 131 और डायस्टोलिक 83 होना चाहिए।

जब वास्तविक रीडिंग उपरोक्त मानों की तुलना में बहुत अधिक होती है तो हम कहते हैं कि व्यक्ति को उच्च रक्तचाप या हाइपरटेंशन की समस्या है। जब यह बहुत कम होता

है तो इसे निम्न रक्तचाप यानी हाइपोटेंशन कहा जाता है। हाइपरटेंशन के गंभीर परिणाम हो सकते हैं।

रक्त वाहिनियों में प्रवाहित होने वाले रक्त के दबाव का पता दिल की धड़कन (पल्स रेट) से भी चल सकता है। पल्स रेट में 50 से 90 बीट प्रति मिनट की भिन्नता हो सकती है जहां औसत 72 है।

iii. **मूत्र - विशिष्ट गुरुत्वाकर्षण**

अंत में, व्यक्ति के मूत्र के विशिष्ट गुरुत्वाकर्षण की रीडिंग से मूत्र प्रणाली में विद्यमान विभिन्न लवण के बीच संतुलन इंगित कर सकते हैं. इससे प्रणाली में किसी भी खराबी का संकेत मिल जाता है।

स्व-परीक्षण 3

चिकित्सा बीमालेखन में आनुवंशिकता इतिहास को महत्व क्यों दिया जाता है?

I. अमीर माता-पिता के बच्चे स्वस्थ होते हैं

II. कुछ बीमारियां माता-पिता से संतानों में जा सकती हैं

III. गरीब माता-पिता के बच्चे कुपोषण के शिकार होते हैं

IV. पारिवारिक परिवेश एक महत्वपूर्ण कारक होता है

सारांश

- समानता की शुरुआत करने के दृष्टि से, बीमालेखक पहले जोखिम वर्गीकरण करता है जहां व्यक्तिगत जीवनों को उनके जोखिमों के स्तर के आधार पर विभिन्न जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत और आबंटित किया जाता है।
- यह कहा जा सकता है कि बीमालेखन या चयन प्रक्रिया दो स्तरों में पूरी होती है:

  ✓ फील्ड स्तर पर और

  ✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर
- बीमा प्रस्तावों के बीमालेखन के लिए बीमालेखन की निर्णय विधि या संख्यात्मक विधि का व्यापक रूप से प्रयोग किया जाता है।
- बीमालेखकों द्वारा लिए जाने वाले बीमालेखन निर्णयों में मानक दरों पर मानक जोखिम की स्वीकृति या अवमानक जोखिम के लिए अतिरिक्त शुल्क वसूल करना शामिल है। कभी-कभी बीमा राशि पर पुनर्ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकृति दी जाती है. जहां जोखिम बड़ा होता है, प्रस्ताव को अस्वीकार या स्थगित कर दिया जाता है।
- एक बड़ी संख्या में जीवन बीमा प्रस्तावों को बीमा के लिए चयन आमतौर पर बीमा प्रस्तावक की बीमा योग्यता की जांच करने के लिए चिकित्सा परीक्षण करवाए बिना किया जा सकता है\ ऐसे मामलों को गैर-चिकित्सा प्रस्तावों के रूप में जाना जाता है।
- गैर-चिकित्सा बीमालेखन के कुछ रेटिंग कारकों में शामिल हैं -

  ✓ आयु

  ✓ बड़ी बीमा राशि

  ✓ नैतिक खतरा आदि
- चिकित्सा बीमालेखन में विचार किए जाने वाले कुछ कारकों में शामिल हैं -

  ✓ पारिवारिक इतिहास,

  ✓ आनुवंशिकता और व्यक्तिगत इतिहास आदि

प्रमुख शब्द

1. बीमालेखन
2. मानक जीवन
3. गैर-चिकित्सा बीमालेखन
4. रेटिंग कारक
5. चिकित्सा बीमालेखन
6. प्रतिकूल चयन

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

एड्स से पीड़ित व्यक्ति को जीवन बीमा कवर से इनकार किए जाने की सबसे अधिक संभावना रहती है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

अत्यधइक मात्रा में शराब पीने वाला व्यक्ति क्योंकि पीने में अभ्यस्त हो चुका होता है, इसलिए वह है, नैतिक जोखिम का एक उदाहरण है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

कुछ बीमारियां माता-पिता से संतानों में जा सकती हैं और इसलिए चिकित्सा बीमालेखन में आनुवंशिक इतिहास पर विचार किया जाना चाहिए।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से कौन सा विकल्प बीमा कंपनी में बीमालेखक की भूमिका को दर्शाता है?

I. दावा संसाधन

II. जोखिमों की स्वीकार्यता संबंधी निर्णय लेना

III. उत्पाद डिजाइन आर्किटेक्ट

IV. ग्राहक सम्पर्क प्रबंधक

प्रश्न 2

इनमें से कौन सा बीमालेखन निर्णय नहीं है?

I. मानक दरों पर जोखिम स्वीकृति

II. जोखिम का अस्वीकरण

III. जोखिम का स्थगन

IV. दावा नकारण

प्रश्न 3

इनमें से कौन एक मानक आयु प्रमाण नहीं है?

I. पासपोर्ट

II. विद्यालय स्थानांतरण प्रमाणपत्र

III. कुंडली

IV. जन्म प्रमाणपत्र

प्रश्न 4

इनमें से कौन सी स्थिति व्यक्ति की बीमा योग्यता को नकारात्मक रूप से प्रभावित करेगी?

I. दैनिक व्यायाम

II. प्रतिबंधित मादक द्रव्यों का सेवन

III. आलसी स्वभाव

IV. दीर्घसूची स्वभाव

प्रश्न 5

बीमालेखन की कौन सी विधि के तहत बीमालेखक सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों के लिए धनात्मक दर-निर्धारण अंक आवंटित करता है (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारक के लिए नकारात्मक अंक)?

I. निर्णय

II. मनमानी

III. संख्यात्मक दर-निर्धारण

IV. एकल चरण

उत्तर 6

जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत, _______________ में ऐसे जीवन शामिल हैं जिनकी अनुमानित मर्त्यता, मर्त्यता तालिका में दिखाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

I. मानक जीवन

II. वरीयताप्राप्त जोखिम

III. अवमानक जीवन

IV. नकारे गये जीवन

प्रश्न 7

अमृता गर्भवती है। उसने एक मीयादी बीमा आवरण के लिए आवेदन किया है। नीचे दिया गया कौन सा विकल्प बीमालेखक द्वारा अमृता को बीमा उपलब्ध कराने के लिए सबसे अच्छा विकल्प होगा?सबसे अधिक संभावित विकल्प चुनें।

I. सामान्य दरों पर स्वीकृति

II. अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकृति

III. प्रस्ताव को अस्वीकार करना

IV. प्रतिबंधात्मक क्लॉज के साथ स्वीकृति

प्रश्न 8

निम्नलिखित में से वह कौन सा बीमा प्रस्ताव है जिसकी गैर चिकित्यकीय बीमालेखन के अंतर्गत पात्र होने की संभावना कम है?

I. सविता, उम्र 26 वर्ष, सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में एक आईटी कंपनी में कार्यरत

II. महेश, उम्र 50 वर्ष, एक कोयले की खान में कार्यरत

III. सतीश, उम्र 28 वर्ष, एक बैंक में कार्यरत और जिसने 1 करोड़ रुपए के बीमा आवरण के लिए आवेदन किया है

IV. प्रवीण, उम्र 30 वर्ष, एक डिपार्टमेंटल स्टोर में कार्यरत और 10 वर्ष की अवधि वाली बंदोबस्ती बीमा योजना के लिए आवेदन किया है

प्रश्न 9

शीना तीव्र मधुमेह से पीड़ित है। उसने एक बीमा योजना के लिए आवेदन किया है। इस मामले में बीमालेखक द्वारा बीमालेखन के लिए ________________ का उपयोग किए जाने की सबसे अधिक संभावना है। सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. निर्णय विधि

II. संख्यात्मक विधि

III. उपरोक्त में से कोई भी विधि क्योंकि मधुमेह जैसी बीमारी बीमालेखन प्रक्रिया में प्रमुख भूमिका नहीं निभाती है

IV. उपरोक्त में से कोई भी विधि नहीं क्योंकि मधुमेह के मामलों को सीधे नकार दिया जाता है

प्रश्न 10

संतोष ने मीयादी बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन किया है। उसकी अनुमानित मर्त्यता मानक जीवनों की तुलना में काफी कम है और इसलिए उससे कम प्रीमियम लिया जा सकता है। जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत संतोष को _______________ के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

I. मानक जीवन

II. वरीयदाप्राप्त जोखिम

III. अवमानक जीवन

IV. नकारे गये जीवन

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बीमालेखक जोखिमों की स्वीकार्यता का निर्णय लेता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

दावा अस्वीकृति बीमालेखन संबंधी निर्णय नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

कुंडली मानक आयु प्रमाण नहीं है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

प्रतिबंधित मादक द्रव्यों का सेवन व्यक्ति की बीमा योग्यता को नकारात्मक रूप से प्रभावित करेगा।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

बीमालेखन की संख्यात्मक दर-निर्धारण विधि सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों के लिए सकारात्मक दर-निर्धारण अंक प्रदान करती है (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारक के लिए ऋणात्मक अंक)।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत मानक जीवन में ऐसे जीवन शामिल होते हैं जिनकी अनुमानित मर्त्यता, मर्त्यता तालिका में दिखाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

उत्तर 7

सही विकल्प IV है।

अमृता के मामले में, उसकी गर्भावस्था पर विचार करते हुए सबसे अच्छा विकल्प यही है कि बीमालेखक एक प्रतिबंधात्मक क्लॉज के साथ अमृता को बीमा उपलब्ध कराने का विकल्प चुन सकता है। यह प्रतिबंधक क्लॉज मान लीजिए कि प्रसव के तीन महीने के भीतर होने वाली गर्भावस्था से संबंधित मृत्यु की स्थिति में बीमा भुगतान को सीमित करने वाला हो सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

महेश के बीमा प्रस्ताव को गैर-चिकित्सा बीमालेखन के तहत अर्हता प्राप्त करने की संभावना नहीं है क्योंकि उसकी उम्र अधिक (50 वर्ष) और उसका व्यवसाय सॉफ्टवेयर, बैंकिंग उद्योग आदि जैसे अन्य व्यवसायों की तुलना में अधिक जोखिमपूर्ण है।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

शीना जैसी तीव्र मधुमेह से पीड़ित महिला के जटिल मामले पर निर्णय लेते समय बीमालेखक बीमालेखन की निर्णय विधि का प्रयोग करेगा।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

जोखिम वर्गीकरण के तहत संतोष को वरीयताप्राप्त जोखिम के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

अध्याय 15

जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान

अध्याय परिचय

यह अध्याय दावे की अवधारणा और दावा निधारित करने की प्रक्रिया समझाता है। तत्पश्चात इस अध्याय में दावों के प्रकार को समझाया गया है। अंत में आपको यह जानने को मिलेगा कि मृत्यु संबंधी दावे के लिए कौन-कौन से प्रपत्र प्रस्तुत करने पड़ते हैं। इसके साथ ही, यदि बीमाकर्ता ने किसी दांबे को नकार दिया हो तो ऐसे में लाभार्थी के हित संरक्षण हेतु कौन से सुरक्षा उपाय (निर्विवादिता क्लॉज तथा पॉलिसीधारक हित संरक्षण विनिमय)उपलब्ध हैं, बशर्ते बीमाधारक की ओर से किसी महत्त्वपूर्ण जानकारी न छिपाई गई हो, इसके बारे में भी आपको जानकारी मिलेगी।

अध्ययन परिणाम

क. दावा प्रकार और दावा प्रक्रिया

क. दावा प्रकार और दावा प्रक्रिया

1. दावे की अवधारणा

बीमा कंपनी और बीमा पॉलिसी की वास्तविक परीक्षा उस समय होती है जब पॉलिसी दावा बन जाती है। जीवन बीमा के सही मूल्य का पता दावा निपटान के तौर तरीकों और लाभों के भुगतान से चलता है।

परिभाषा

दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट अपना वचन को पूरा करना चाहिए।

जीवन बीमा संविदा के अंतर्गत दावा बीमा संविदा के तहत आवरित की गयी एक या एक से अधिक घटनाओं से संचालित होता है। तथापि, कुछ दावों में संविदा जारी रहता है, दूसरों में संविदा समाप्त हो जाता है।

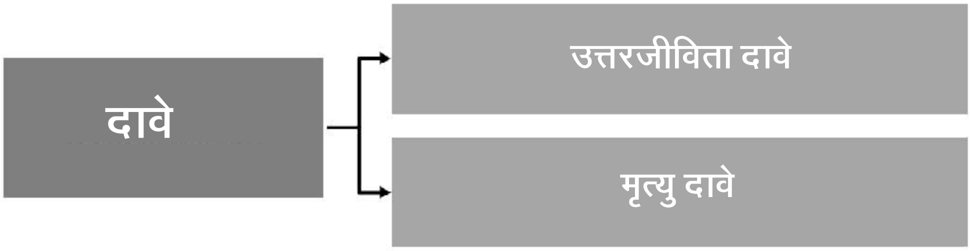
चित्र 1: जोखिम की घटना और दावा

दावे दो प्रकार के हो सकते हैं:

i. जीवन बीमाधारक व्यक्ति के जीवित रहने पर भी उत्तरजीविता दावे देय होते हैं और

ii. मृत्यु दावा

चित्र 2: दावों के प्रकार दावे हो सकते हैं



जहां मृत्यु दावा केवल जीवन बीमाधारक व्यक्ति की मृत्यु होने पर ही उत्पन्न होता है, वहीं उत्तरजीविता दावे एक या एक से अधिक घटनाओं के कारण उत्पन्न हो सकते हैं।

उदाहरण

उत्तरजीविता दावों को जन्म देने वाली घटनाओं के उदाहरण हैं:

i. पॉलिसी की परिपक्वता;

ii. मनी बैक पॉलिसी के तहत एक मुकाम पर पहुंचने पर देय किस्त;

iii. आरोहक लाभ के रूप में पॉलिसी के तहत कवर की गयी गंभीर बीमारियां;

iv. पॉलिसीधारक या समनुदेशिती द्वारा पॉलिसी का समर्पण।

2. **यहा पता लगाना कि क्या दावे की घटना घटित हुई है**

i. उत्तरजीविता दावे के भुगतान के लिए बीमा कंपनी को यह पता लगाना होता है कि घटना पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार हुई है।

ii. परिपक्वता दावे और मनी-बैक की किस्त आसानी से निर्धारित किए जाते हैं क्योंकि ये संविदा की शुरुआत में ही निर्धारित की गयी तिथियों पर आधारित होते हैं।

उदाहरण के लिए, परिपक्वता की तिथि और मनी बैक पॉलिसी के तहत भुगतान किए जाने वाले उत्तरजीविता लाभों की किश्तों की तिथियां संविदा तैयार करते समय स्पष्ट रूप से निर्धारित कर दी जाती हैं।

iii. समर्पण मूल्य भुगतान अन्य दावा भुगतानों से अलग हैं। अन्य दावों के विपरीत, यहां घटना पॉलिसीधारक या समनुदेशिती द्वारा संविदा रद्द करने और संविदा के तहत उसे देय राशि के आहरण के निर्णय से संचालित होती है। समर्पण भुगतान में आमतौर पर समय से पहले किये जाने वाले आहरण हेतु अर्थदंड शामिल होगा और इसलिए यह पूर्ण दावे का भुगतान किए जाने की स्थिति में देय राशि की तुलना में कम रहेगा।

iv. गंभीर बीमारी के दावों का पता पॉलिसीधारक द्वारा अपने दावे के समर्थन में प्रदान किए गए चिकित्सा और अन्य रिकॉर्डों के आधार पर लगाया जाता है।

जटिलता ऐसी पॉलिसी के मामले में उत्पन्न होती है जिसमें गंभीर बीमारी वाला दावा आरोहक शामिल होता है और ऐसी पॉलिसी का समनुदेशन किया गया होता है। गंभीर बीमारी लाभ का उद्देश्य पॉलिसीधारक को ऐसी बीमारी की स्थिति में अपने खर्चों का हिसाब चुकाने में सक्षम बनाना है। अगर इस पॉलिसी का समनुदेशन किया गया होगा, तो सभी लाभ समनुदेशिती को देय होंगे। हालांकि यह कानूनी तौर पर सही है, लेकिन इससे वांछित उद्देश्य पूरा नहीं हो सकता। ऐसी स्थिति से बचने के लिए, पॉलिसीधारकों को उन लाभों की सीमा के बारे में शिक्षित करना महत्वपूर्ण है जिनका वे एक सशर्त समनुदेशन के माध्यम से समनुदेशन कर सकते हैं।

परिपक्वता या मृत्यु दावा या समर्पण संविदा के तहत बीमा कवर की समाप्ति का कारण बनता है और आगे कोई बीमा कवर उपलब्ध नहीं होता है।इस बात से कोई फर्क नहीं पड़ता कि वास्तव में दावे का भुगतान किया गया है या नहीं। दावे का भुगतान न होना संविदा के तहत बीमा कवर जारी रहने का आश्वासन नहीं देता है।

3. दावों के प्रकार

पॉलिसी की अवधि के दौरान निम्नलिखित भुगतान उभर सकते हैं:

क) उत्तरजीविता लाभों का भुगतान

पॉलिसी अवधि के दौरान निर्दिष्ट समय पर बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को आवधिक भुगतान किए जाते हैं। पॉलिसी बांड पॉलिसीधारक को वापस कर दिया जाता है जिसमें प्रत्येक उत्तरजीविता लाभ की किस्त के बाद किए गए भुगतानों का पृष्ठांकन शामिल होता है।

ख) पॉलिसी का समर्पण

पॉलिसीधारक अपनी पॉलिसी को समय से पहले बंद करने का विकल्प चुनता है। यह पॉलिसी संविदा का एक स्वैच्छिक समापन है। पॉलिसी का समर्पण केवल तभी किया जा सकता है जब इसने एक चुकता मूल्य अर्जित कर लिया हो। बीमाधारक को देय राशि समर्पण मूल्य आम तौर पर प्रीमियम भुगतानों का एक प्रतिशतांक होता है। यहां न्यूनतम गारंटीकृत समर्पण मूल्य (जीएसवी) भी होता है, लेकिन बीमाधारक को भुगतान किया जाने वाला वास्तविक समर्पण मूल्य जीएसवी से अधिक होता है।

ग) आरोहक लाभ

निर्धारित नियम और शर्तों के अनुसार किसी निर्दिष्ट घटना के घटित होने पर बीमा कंपनी द्वारा आरोहक (राइडर) के तहत भुगतान किया जाता है।

गंभीर बीमारी वाले आरोहक के तहत, किसी गंभीर बीमारी का इलाज किए जाने की स्थिति में शर्तों के अनुसार एक निर्धारित राशि का भुगतान किया जाता है ऐसी बीमारी बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट गंभीर बीमारियों की सूची में शामिल की गयी होनी चाहिए।

अस्पताल देखभाल आरोहक के तहत, बीमा कंपनी नियम और शर्तों के अधीन बीमाधारक के अस्पताल में भर्ती किए जाने की स्थिति में उपचार की लागतों का भुगतान करती है।

आरोहक भुगतान किए जाने के बाद भी पॉलिसी संविदा जारी रहता है।

बीमा संविदा में निर्दिष्ट पॉलिसी अवधि के अंत में निम्नलिखित दावा भुगतान किए जाते हैं।

घ) परिपक्वता दावा

इस तरह के दावों में बीमा कंपनी अवधि के अंत में बीमाधारक को एक निर्धारित राशि का भुगतान करने का वचन देती है, अगर बीमाधारक योजना की पूरी अवधि में जीवित रहता है। इसे परिपक्वता दावे के रूप में जाना जाता है।

i. सहभागी योजनाः किसी सहभागी योजना के अंतर्गत परिपक्वता दावे के रूप में देय राशि संचयी बोनस सहित बीमाकृत राशि होती है इसमें से बकाया रहा प्रीमियम तथा पॉलिसी के समझ लिया गया ऋण ब्याज सहित कम कर दिया जाता है।

ii. प्रीमियम/वापसी (आरओपी) योजनाः कुछ मामलों में पॉलिसी की चालू अवधि में भुगतान किए गए प्रीमियम पॉलिसी परिपक्व होने पर वापस कर दिए जाते हैं।

iii. यूनिट लिंक्ड बीमा योजना (यूलिप): यूलिप के मामले में, बीमा कंपनी परिपक्वता दावे के रूप में फंड मूल्य का भुगतान करती है।

iv. मनी-बैक योजना: मनी-बैक पॉलिसी के मामले में बीमा कंपनी परिपक्वता दावे में से पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान प्राप्त उत्तरजीविता लाभ को घटाकर भुगतान करती है।

दावे का भुगतान किए जाने के बाद बीमा संविदा समाप्त हो जाता है।

च) मृत्यु दावा

अगर बीमाधारक की मृत्यु, आकस्मिक रूप से या अन्यथा, पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान हो जाती है तो बीमा कंपनी बीमा राशि के साथ-साथ संचित बोनसों का भुगतान करती है। अगर सहभागी रही है, तो पॉलिसी के बकाया ऋण और प्रीमियम तथा उस पर ब्याज घटाकर भुगतान किया जाता है। यह मृत्यु दावा है जिसका भुगतान नामिती या समनुदेशिती या कानूनी वारिस को, चाहे जो भी परिस्थिति हो, किया जाता है। मृत्यु दावा मृत्यु के परिणाम स्वरूप संविदा की समाप्ति का द्योतक है।

मृत्यु दावा हो सकता है:

- ✓ शीघ्र (तीन वर्ष से कम पॉलिसी की अवधि) या
- ✓ गैर-शीघ्र (तीन वर्ष से अधिक)

नामिती या समनुदेशिती या कानूनी वारिस को मृत्यु का कारण, तिथि और स्थान के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना होता है।

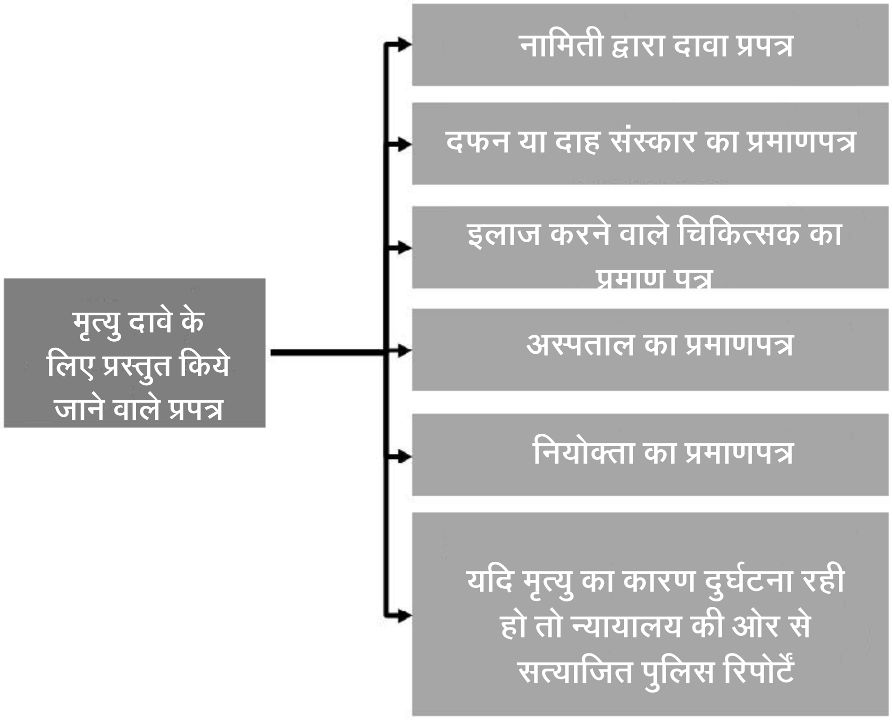
i. मृत्यु के दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले प्रपत्र

दावा दस्तावेज

दावे की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए लाभार्थी द्वारा निम्नलिखित प्रपत्र बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए जाते हैं:

- ✓ नामिती का दावा प्रपत्र
- ✓ दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र
- ✓ इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र
- ✓ अस्पताल का प्रमाणपत्र
- ✓ नियोक्ता का प्रमाणपत्र
- ✓ पुलिस की रिपोर्ट की अदालत द्वारा प्रमाणित प्रतियां जैसे प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), तहकीकात की रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट, अंतिम रिपोर्ट जो दुर्घटना से मृत्यु के मामले में आवश्यक होते हैं।
- ✓ मृत्यु के प्रमाण के रूप में नगर निगम के अधिकारियों आदि द्वारा जारी किया गया मृत्यु प्रमाणपत्र।

चित्र 3: मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले प्रपत्र



ii. मृत्यु दावे का नकारण

मृत्यु दावे का भुगतान या उसे नकारा जा सकता है। दावे पर कार्रवाई करते समय अगर बीमा कंपनी को पता चलता है कि प्रस्तावक ने कोई गलत बयान दिया था या पॉलिसी के लिए प्रासंगिक महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपाया था तो संविदा अमान्य हो जाता है। पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाते हैं।

iii. धारा 45: निर्विवादिता क्लॉज

तथापि, यह दंड बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के अधीन है।

महत्वपूर्ण

धारा 45 कहती है:

जीवन बीमा की किसी भी पॉलिसी पर इसे प्रभावी किए जाने की तिथि से दो वर्ष समाप्त होने के बाद इस आधार पर बीमा कंपनी द्वारा कोई सवाल नहीं उठाया जा सकता है कि पॉलिसी जारी करने का कारण बनने वाले प्रस्ताव में या चिकित्सा अधिकारी, या रेफरी, या बीमाधारक के मित्र की किसी भी रिपोर्ट में, या किसी भी अन्य दस्तावेज़ में दिया गया बयान असत्य या झूठा था, जब तक बीमा कंपनी यह सिद्ध नहीं करती है कि इस तरह का बयान एक तथ्यात्मक विषय या छुपाए गए तथ्यों पर था जिसमें इसका खुलासा किया जाना अनिवार्य था और यह कि यह पॉलिसीधारक द्वारा जानबूझकर किया गया था और कि यह बयान देते समय पॉलिसीधारक को जानकारी थी कि बयान गलत था या कि इसने उन महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपाया था जिनका खुलासा किया जाना अनिवार्य था।

स्पष्टीकरण:

अगर किसी पॉलिसीधारक ने पॉलिसी जारी किए जाने से 2 वर्ष तक किसी भी समय महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपा लिया है तो बीमा कंपनी प्रस्तावपत्र में दिये गये गलत महत्वपूर्ण तथ्यों के आधार पर उसे नकार सकती है।

2-वर्ष की अवधि ग्राहक के लिए प्रतीक्षा करके पता लगाने की अवधि है। इस अवधि के बाद बीमा कंपनी को यह साबित करना होगा कि पॉलिसीधारक ने धोखाधड़ीपूर्ण बयान दिया था और वास्तविक तथ्यों को छुपाया था और उसे मालूम था कि दिए गए बयान गलत थे। केवल

सबूत प्राप्त करने के बाद ही बीमा कंपनी 2-वर्ष की अवधि के बाद किसी पॉलिसी को अस्वीकृत कर सकती है।

iv. मृत्यु की संभावना (धारणा)

कभी-कभी किसी व्यक्ति को गुमशुदा बताया जाता है और उसके ठौर-ठिकाने के बारे में कोई जानकारी नहीं होती है। भारतीय साक्ष्य अधिनियम ऐसे मामलों में मृत्यु की संभावना का प्रावधान करता है यदि सात वर्षों तक उसके बारे में कुछ भी पता नहीं चलता है। यदि नामिती या उत्तराधिकारी यह दावा करते हैं कि जीवन बीमाधारक व्यक्ति लापता है और उसे मृत मान लिया जाना चाहिए, तो बीमा कंपनियां किसी सक्षम न्यायालय से आदेश प्राप्त करने पर जोर डालती हैं। अदालत द्वारा मृत्यु की संभावना का आदेश मिलने पर प्रीमियम का भुगतान किया जाना आवश्यक है। बीमा कंपनियां रियायत के रूप में सात वर्ष की अवधि के दौरान देय प्रीमियम को माफ कर सकती हैं।

4. **जीवन बीमा पॉलिसी के लिए दावा प्रक्रिया**

आईआरडीए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के प्रावधान इस प्रकार हैं:

विनियम 8: जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावों की कार्यप्रणाली

i. जीवन बीमा पॉलिसी प्राथमिक दस्तावेजों की मांग करेगी जो आमतौर पर दावे के समर्थन में किसी दावेदार द्वारा प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

ii. जीवन बीमा कंपनी दावा प्राप्त होने पर कोई भी देरी किए बिना दावे पर कार्रवाई करेगी। कोई भी सवाल या अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता, संभव सीमा तक, दावे की प्राप्ति के 15 दिनों की अवधि के भीतर, सभी एक साथ उठाए जाएंगे, न कि अलग-अलग करके।

iii. जीवन बीमा पॉलिसी के तहत किसी भी दावे का भुगतान किया जाएगा या उस पर कोई विवाद सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों के भीतर, सभी प्रासंगिक कारण देते हुए उठाया जाएगा। तथापि, जहां किसी दावे की परिस्थितियां बीमा कंपनी की राय में जांच की मांग करती हैं, यह इस तरह की जांच की सूचना देगी और इसे जल्द से जल्द पूरी कराएगी। जहां बीमा कंपनी की राय में किसी दावे की परिस्थितियां जांच की मांग करती हैं, वह किसी भी मामले में

दावा दर्ज करने के समय से अधिक से अधिक 6 महीनों के भीतर, जल्द से जल्द इस तरह की जांच शुरू करेगी और इसे पूरा कराएगी।

iv. अधिनियम की धारा 47 के प्रावधानों के अधीन रहते हुए, जहां कोई दावा भुगतान के लिए तैयार है लेकिन आदाता की समुचित पहचान के किसी भी कारण से इसका भुगतान नहीं किया जा सकता है, जीवन बीमा कंपनी आदाता के लाभ के लिए इस राशि को अपने पास रखेगी और इस तरह की राशि किसी अनुसूचित बैंक के पास बचत बैंक खाते पर लागू दर पर ब्याज अर्जित करेगी (सभी कागजात और जानकारी प्रस्तुत करने के 30 दिनों के बाद से प्रभावी)।

v. जहां उप-विनियम (iv) द्वारा कवर किए गए कारणों के अलावा किसी अन्य वजह से बीमा कंपनी की ओर से दावे पर कार्रवाई करने में देरी हो रही हो, जीवन बीमा कंपनी दावा राशि पर इसके द्वारा दावे की समीक्षा किए जाने वाले वित्तीय वर्ष की शुरुआत में प्रचलित बैंक दर से 2% अधिक की दर पर ब्याज का भुगतान करेगी।

5. एजेंट की भूमिका

एजेंट सही तरीके से दावा प्रपत्र को भरने और बीमा कंपनी के कार्यालय में इनको जमा करने में सहायता करते हुए नामिती/कानूनी वारिस या लाभार्थी को हर संभव सेवा प्रदान करेगा।

इस तरह की स्थिति से दायित्वों के निर्वहन के अलावा सद्भावना भी उत्पन्न होती है जिससे एजेंट के लिए मृतक के परिवार से भविष्य में व्यवसाय या संदर्भ प्राप्त करने के लिए पर्याप्त अवसर मिलते हैं।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन दावे की अवधारणा का सबसे अच्छी तरह वर्णन करता है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. दावा एक अनुरोध है कि बीमा कंपनी को संविदा में निर्दिष्ट वचन को पूरा करना चाहिए।

II. दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को संविदा में निर्दिष्ट वचन को पूरा करना चाहिए

III. दावा एक मांग है कि बीमाधारक को समझौते में निर्दिष्ट प्रतिबद्धता को पूरा करना चाहिए

IV. दावा एक अनुरोध है कि बीमाधारक को समझौते में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए

सारांश

- दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को संविदा में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए।
- कोई दावा उत्तरजीविता दावा या मृत्यु दावा हो सकता है। जहां मृत्यु दावा जीवन बीमाधारक व्यक्ति की मृत्यु होने पर ही उत्पन्न होता है, वहीं उत्तरजीविता दावे एक या एक से अधिक घटनाओं की वजह से हो सकते हैं।
- उत्तरजीविता दावे के भुगतान के लिए बीमा कंपनी को यह पता लगाना होता है कि घटना पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार हुई है।
- निम्नलिखित भुगतान पॉलिसी की अवधि के दौरान हो सकते हैं:
    - ✓ उत्तरजीविता लाभ का भुगतान
    - ✓ पॉलिसी का समर्पण
    - ✓ आरोहक लाभ
    - ✓ परिपक्वता दावा
    - ✓ मृत्यु दावा
- बीमा अधिनियम की धारा 45 (निर्विवादिता क्लॉज) बीमा कंपनी द्वारा दावे के नकारण से बीमाधारक की रक्षा करता है, बशर्ते कि पॉलिसी ने दो वर्ष पूरे कर लिए हों और बीमाधारक ने किसी भी तथ्यात्मक जानकारी को नहीं छुपाया हो।
- आईआरडीए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के तहत, आईआरडीए ने दावों के मामले में बीमाधारक या लाभार्थी की सुरक्षा / बचाव के लिए विनियम निर्धारित किए हैं।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को संविदा में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

नीचे पॉलिसियों की एक सूची दी गई है। कौन सी पॉलिसी के तहत आवधिक भुगतानों के रूप में दावा भुगतान किया जाता है, पहचान करें।

I. मनी-बैक पॉलिसी

II. यूनिट लिंक्ड बीमा पॉलिसी

III. प्रीमियम पॉलिसी की वापसी

IV. मीयादी बीमा पॉलिसी

प्रश्न 2

महेश ने गंभीर बीमारी आरोहक के साथ एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी है। उसने करण के पक्ष में पॉलिसी का पूर्ण समनुदेशन किया है। महेश को दिल का दौरा पड़ता है और गंभीर बीमारी आरोहक के तहत 50,000 रुपए का एक दावा उत्पन्न होता है। इस मामले में भुगतान किसे किया जाएगा?

I. महेश

II. करण

III. भुगतान महेश और करण के बीच समान रूप से बांट दिया जाएगा

IV. दोनों में से कोई नहीं, क्योंकि महेश को दिल का दौरा पड़ा है लेकिन पॉलिसी करण के पक्ष में समनुदेशित है

प्रश्न 3

एक कार दुर्घटना में प्रवीण की मृत्यु हो गई। लाभार्थी मृत्यु दावे के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करता है। नीचे दिया गया कौन सा दस्तावेज एक अतिरिक्त दस्तावेज है जो स्वाभाविक मौत की तुलना में दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है?

I. दफ़न या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र

II. इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र

III. नियोक्ता का प्रमाणपत्र

IV. तहकीकात की रिपोर्ट

प्रश्न 4

नीचे दिए गए कौन से मृत्यु दावे को एक शीघ्र मृत्यु दावा माना जाएगा?

I. अगर पॉलिसी अवधि के तीन वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।

II. अगर पॉलिसी अवधि के पांच वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।

III. अगर पॉलिसी अवधि के सात वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।

IV. अगर पॉलिसी अवधि के दस वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।

प्रश्न 5

नीचे कुछ ऐसी घटनाएं दी गयी हैं जो उत्तरजीविता दावों को जन्म देंगी। पहचान करें, नीचे दिया गया कौन सा कथन असत्य है?

I. मीयादी बीमा पॉलिसी की परिपक्वता पर दावों का भुगतान

II. मनी बैक पॉलिसी के तहत किसी मुकाम पर पहुंचने पर देय एक किस्त

III. आरोहक-लाभ के रूप में पॉलिसी के तहत कवर की गयी गंभीर बीमारियों के लिए दावे का भुगतान

IV. पॉलिसीधारक द्वारा बंदोबस्ती पॉलिसी के समर्पण पर किये जाने वाले समर्पण मूल्य का भुगतान

प्रश्न 6

एक निश्चित मुकाम पर पहुंचने पर मनी बैक पॉलिसी के तहत किए गए भुगतान को किस प्रकार के दावे में वर्गीकृत किया जाएगा?

I. मृत्यु दावा

II. परिपक्वता दावा

III. आवधिक उत्तरजीविता दावा

IV. समर्पण दावा

प्रश्न 7

शंकर ने एक 10 वर्षीय यूनिट लिंक्ड बीमा योजना खरीदी है। अगर पॉलिसी परिपक्व होने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है तो इनमें से क्या भुगतान किया जाएगा?

I. बीमा राशि या फंड मूल्य जो भी कम हो

II. बीमा राशि या फंड मूल्य जो भी अधिक हो

III. भुगतान किए गए प्रीमियम बैंक की बचत जमा राशि की तुलना में 2% अधिक ब्याज की दर के साथ वापस किए जाएंगे

IV. समर्पण मूल्य

प्रश्न 8

दावों के वर्गीकरण (शीघ्र या गैर-शीघ्र) के आधार पर बेमेल विकल्प को चुनें।

I. मीयादी बीमा योजना खरीदने के 6 महीने बाद राम्या की मृत्यु हो जाती है

II. मीयादी बीमा योजना खरीदने के डेढ़ वर्ष बाद मनोज की मृत्यु हो जाती है

III. मीयादी बीमा योजना खरीदने के ढ़ाई वर्ष बाद डेविड की मृत्यु हो जाती है

IV. मीयादी बीमा योजना खरीदने के साढ़े पांच वर्ष बाद प्रवीण की मृत्यु हो जाती है

प्रश्न 9

नीचे जीवन बीमाधारक की मृत्यु की स्थिति में सभी लाभार्थियों द्वारा सामान्य मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए गए दस्तावेजों की एक सूची दी गयी है। बेमेल विकल्प को चुनें जो केवल दुर्घटना मृत्यु के मामले में अतिरिक्त दस्तावेज के रूप में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

I. तहकीकात की रिपोर्ट

II. दावा प्रपत्र

III. दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र

IV. अस्पताल का प्रमाणपत्र

प्रश्न 10

आईआरडीए (पॉलिसीधारकों का हित संरक्षण) विनियम, 2002 के अनुसार, जीवन बीमा पॉलिसी के तहत दावे का भुगतान या उस पर विवाद सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से ___________ के भीतर उठाया जाएगा।

I. 7 दिन

II. 15 दिन

III. 30 दिन

IV. 45 दिन

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

एक मनी बैक पॉलिसी के मामले में दावा भुगतान आवधिक भुगतान के रूप में किया जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

इस मामले में 50,000 रुपए का पूरा भुगतान करण को किया जाएगा क्योंकि पॉलिसी का समनुदेशन एक पूर्ण आधार पर करण के पक्ष में किया गया है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

नामिती द्वारा दावा प्रपत्र, दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र, इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र, अस्पताल का प्रमाणपत्र, नियोक्ता का प्रमाणपत्र आदि जैसे दस्तावेज़ स्वाभाविक मौत के साथ-साथ दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), तहकीकात की रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट, अंतिम रिपोर्ट आदि अतिरिक्त दस्तावेज हैं जिन्हें स्वाभाविक मृत्यु की तुलना में दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

अगर पॉलिसी अवधि के तीन वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु दावे को शीघ्र दावे के रूप में देखा जाएगा।

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

विकल्प I गलत है। मीयादी बीमा पॉलिसी की परिपक्वता पर कोई दावा भुगतान नहीं होता है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

निश्चित मुकाम पर पहुंचने पर मनी-बैक पॉलिसी के तहत किए गए भुगतान को आवधिक उत्तरजीविता दावे के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

अगर यूलिप पॉलिसी की परिपक्वता से पहले शंकर की मौत हो जाती है तो बीमा राशि या फंड मूल्य, जो भी अधिक हो, का भुगतान किया जाएगा।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

विकल्प IV बेमेल विकल्प है क्योंकि इसे एक गैर-शीघ्र दावे के रूप में देखा जाएगा।विकल्प I, II और III को शीघ्र दावों के रूप में देखा जाएगा।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

तहकीकात की रिपोर्ट दुर्घटना से होने वाली मृत्यु के मामले में अतिरिक्त दस्तावेज के रूप में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।दावा प्रपत्र, दफन या दाह संस्कार प्रमाणपत्र, अस्पताल का प्रमाणपत्र जैसे अन्य दस्तावेजों को जीवन बीमाधारक व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में सभी लाभार्थियों द्वारा प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

आईआरडीए (पॉलिसीधारकों का हित संरक्षण) विनियम, 2002 के अनुसार, किसी जीवन बीमा पॉलिसी के तहत किसी दावे का भुगतान या उस पर विवाद सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों के भीतर उठाया जाएगा।

अध्याय 16

विनियामक पहलू

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य आपको बीमा विनियमों के महत्व को समझाना है। यह अध्याय किसी बीमा एजेंट की कानूनी स्थिति के बारे में भी समझाता है। आप सामान्यतः एजेंटों के लिए; और ख़ास तौर पर बीमा एजेंटों के लिए लागू विभिन्न नियमों और विनियमों को भी जानेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. बीमा विनियम और नियामक ढांचा

ख. बीमा एजेंटों पर लागू विनियम और आचार संहिता

क. बीमा विनियम और नियामक ढांचा

1. बीमा विनियमों का महत्व

बीमा एजेंट को यह बात हमेशा ध्यान में रखनी चाहिए कि वह एक वादा या वचन बेच रहा है कि यदि कोई विपत्ति आती है तो बीमा कंपनी एक निश्चित धनराशि का भुगतान करेगी। बीमाकृत व्यक्ति को निस्संदेह खरीदे जाने वाले बीमा के बारे में कई चिंताएं होंगी।

बीमाधारक की कुछ आम चिंताएं इस प्रकार होंगीः

i. क्या बीमा वैध है?

ii. क्या बीमा एजेंट कानून द्वारा मान्यता प्राप्त हैं?

iii. क्या बीमा कंपनियां विनियमित हैं या उनका पर्यवेक्षण किया जाता हैं?

iv. क्या बीमाकर्ता द्वारा मुझे दिया गया दस्तावेज़ कानूनी रूप से वैध है?

v. अगर कोई नुकसान घटित होता है तो क्या बीमा कंपनी मुझे पैसे का भुगतान करेंगे?

vi. क्या वे मुझे देय पूरी धनराशि का भुगतान करेंगे?

vii. अगर मुझे दावा नहीं मिलता है तो क्या मैं उनके द्वारा मुझे दिए गए दस्तावेजों के आधार पर अदालत जा सकता हूं?

viii. क्या बीमा अनुबंध में कोई छिपें हुए प्रावधान भी हैं न जिसे बीमा कंपनी मुझे दावे का भुगतान करने से बच सकती है?

ix. क्या मुझे अपना दावा भुगतान पाने के लिए किसी जटिल प्रक्रिया से गुजरना होगा?

2. बीमा विनियमों की आवश्यकता क्यों होती है?

बीमा विविनियमन का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की रक्षा करना है। पॉलिसीधारक ने पैसे देकर बीमा पॉलिसी खरीदी है। उसे यह आश्वासन मिलना चाहिए कि उसने जो बीमा पॉलिसी खरीदी है, बीमा कंपनी उसका सम्मान करेगी।

i. सबसे पहले, किसी बीमाधारक को यह बात समझनी चाहिए कि बीमा भारतीय संविदा अधिनियम और देश के अन्य कानूनों के प्रावधानों के अनुपालन में एक पूर्णतः वैध संविदा है।

ii. सरकार अपनी कानूनी और न्यायिक प्रणाली के माध्यम से देश के अपने सभी नागरिकों और सभी संस्थाओं की रक्षा करने के कर्तव्य से बंधी है।

iii. आईआरडीए द्वारा बनाए गए विनियम यह सुनिश्चित करने के लिए हैं कि बीमा कंपनियां अपने द्वारा की गई संविदाओं का सम्मान करने के लिए आर्थिक रूप से मजबूत संगठन के रूप में विद्यमान हैं। आईआरडीए कंपनियों के पंजीकरण के बाद से लगातार उनको विनियमित करती हैं और उनकी निवेश, लेखांकन जैसी सभी प्रमुख गतिविधियों की निगरानी करती है।

सूचना

अर्थव्यवस्था के विशेष क्षेत्रों में सरकार इन क्षेत्रों को विनियमित करने के लिए संस्थाएं बनाती है। इस प्रकार हमारे पास बैंकों को विनियमित करने के लिए भारतीय रिजर्व बैंक (आरबीआई) जैसी संस्था और पूंजी बाजार को विनियमित करने के लिए भारतीय प्रतिभूति एवं विनिमय बोर्ड (सेबी) जैसी संस्था है।

इसी प्रकार, बीमा क्षेत्र को विनियमित करने के लिए सरकार ने 1938 में बीमा अधिनियम बनाया जिसमें उद्योग को बदलावों के प्रति प्रासंगिक बनाने के लिए समय-समय पर संशोधन किये गये। बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) अधिनियम, 1999 ने आईआरडीए को बीमा उद्योग को विनियमित करने के प्रयोजन से एक स्वतंत्र प्राधिकरण बनाया।

बीमा पॉलिसी की सभी शब्दोवलियों, दरों और बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए दस्तावेजों की जांच-पड़ताल और अनुमोदन आईआरडीए द्वारा किया जाता है। बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए विज्ञापन भी विनियमित होते हैं।

दावों के शीघ्र निपटान के बारे में दिशानिर्देश, कंपनी में और आईआरडीए स्तर पर शिकायतों का समाधान करने के लिए हर कंपनी में और आईआरडीए स्तर पर शिकायत निपटान प्रणाली मौजूद है।

आईआरडीए ने यह सुनिश्चित करने के लिए निर्देश जारी किए हैं कि बीमा कंपनी देश के ग्रामीण क्षेत्रों और आबादी के कमजोर वर्गों को महत्वपूर्ण कवरेज प्रदान करने की दिशा में इन क्षेत्रों को अपना लक्ष्य बनाती है।

बीमा पॉलिसियां बेचने और इनकी सेवा प्रदान करने से जुड़े सभी लोग अर्थात एजेंट, कॉर्पोरेट एजेंट, ब्रोकर, सर्वेक्षक, तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) और बीमा कंपनियों को विभिन्न नियमों के अनुसार आईआरडीए द्वारा लाइसेंस दिए जाने के साथ-साथ विनियमित भी किया जाता है।

चित्र 1: आईआरडीए द्वारा विनियमित संस्थाएं

3. भारत में बीमा नियामक ढांचा

बीमा अधिनियम, 1938 और बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 भारत में बीमा विनियमों का आधार हैं। देश में कुछ अन्य कानून भी हैं जो प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से बीमा कारोबार पर लागू होते हैं।

क) **बीमा अधिनियम**, 1938

बीमा अधिनियम, 1938 भारत में बीमा व्यवसाय को नियंत्रित करने वाला देश का बुनियादी बीमा क़ानून है। इसे बीमा कंपनियों की गतिविधियों पर प्रभावी नियंत्रण के लिए व्यापक प्रावधानों के साथ बीमित व्यक्तियों के हितों की रक्षा करने के लिए बनाया गया था और यह 1 जुलाई, 1939 से प्रभावी हुआ था। अधिनियम के कानूनी प्रावधानों को मजबूत करने के लिए समय-समय पर इस अधिनियम में संशोधन किए जाते रहे हैं।

बीमा अधिनियम 1938 में बीमा कंपनियों की गतिविधियों की निगरानी और नियंत्रण संबंधी प्रावधान शामिल हैं। इस अधिनियम की कुछ महत्वपूर्ण धाराएं नीचे सूचीबद्ध की गई हैं:

i. बीमा कंपनियों का पंजीकरण और पंजीकरणों का नवीकरण (धारा 3 और 70)
ii. कंपनी के लिए पर्याप्त पूंजी रखने और शोधन क्षमता बनाए रखने की आवश्यकता (धारा 64वी)
iii. यह बाध्यता कि बीमा कंपनियों की परिसम्पतियों का निवेश केवल इसके लिए निर्धारित मानदंडों के अनुसार ही किया जाना चाहिए (धारा 27 और 85)
iv. लेखा-परीक्षा कराने और नियामक को रिटर्न जमा करने की आवश्यकता (धारा 28)
v. ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्रों के प्रति बीमा कर्ताओं के दायित्व (धारा 32बी और 32सी)
vi. पॉलिसियों के समनुदेशन और हस्तांतरण तथा नामांकन के लिए नियम (धारा 38 और 39)
vii. प्रबंधन व्यय पर सीमाएं (धारा 40)
viii. एजेंटों को लाइसेंस देना और उनके पारिश्रमिक (धारा 40-44)
ix. भारत में बीमा पॉलिसी लेने, नवीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन के रूप में छूट के प्रयोग पर निषेध (धारा 41)
x. बीमा कंपनियों की शोधन क्षमता (वित्तीय सामर्थ्य) जो पॉलिसीधारकों के प्रति उनकी सभी प्रतिबद्धताओं को पूरा करती हैं (64वी)

xi. प्रीमियम का अग्रिम भुगतान (धारा 64वीबी)

xii. नुकसानों के सर्वेक्षण की जरूरत (धारा 64यूएम)

ख) बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999

बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) की स्थापना वर्ष 2000 में संसद के एक अधिनियम (अर्थात् बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999) द्वारा बीमा उद्योग को विनियमित और विकसित करने के लिए एक स्वतंत्र प्राधिकरण के रूप में की गयी थी।

महत्वपूर्ण

आईआरडीए अधिनियम की प्रस्तावना में कहा गया है किः

"बीमा पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करने, विनियमित करने, बढ़ावा देने और बीमा उद्योग का सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करने के लिए और इसके साथ जुड़े या इससे प्रासंगिक मामलों के लिए एक प्राधिकरण की स्थापना का प्रावधान करने वाला एक अधिनियम।"

आईआरडीए ने बीमा कंपनियों और बिचौलियों दोनों पर पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करने के लिए दायित्व तय करने वाले विनियम निर्धारित किए हैं।

ये विनियम बीमा कंपनियों के दायित्व निर्धारित करते हैंः

i. बिक्री के समय,

ii. पॉलिसी की सेवा प्रदान करने की दिशा में,

iii. दावों की सेवा प्रदान करने के लिए,

iv. खर्चों पर नियंत्रण, निवेश और

v. पॉलिसीधारकों के लिए प्रतिबद्धताओं को पूरा करने की वित्तीय सामर्थ्य

ग) अन्य क़ानून

इसके अलावा, भारत में बीमा कारोबार देश के विभिन्न अधिनियमों / कानूनों से जुड़ा हुआ है, जिनमें से कुछ नीचे सूचीबद्ध हैं:

i. कर्मकार क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923 (2010 में कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम के रूप में संशोधित और पुनर्नामित)

ii. कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948

iii. जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956

iv. निक्षेप बीमा और प्रत्यय गारंटी निगम अधिनियम, 1961

v. मरीन बीमा अधिनियम, 1963

vi. निर्यात ऋण गारंटी निगम अधिनियम, 1964

vii. साधारण बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) अधिनियम, 1972

viii. साधारण बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) संशोधन अधिनियम, 2002

ix. मोटर वाहन अधिनियम, 1988

x. जनदायित्व बीमा अधिनियम, 1991

इन सामान्य कानूनों के अलावा आईआरडीए द्वारा समय-समय पर बीमा व्यवसाय के संचालन और पॉलिसीधारकों की सुरक्षा से संबंधित मामलों पर कई विनियम, आदेश और नियम जारी किए गए हैं।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य बीमा कंपनियों की रक्षा करना है

II. बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की रक्षा करना है

III. बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य बीमा बिचौलियों की रक्षा करना है

IV. बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य सरकार की रक्षा करना है

ख. बीमा एजेंटों पर लागू विनियम और आचार संहिता

I. बीमा एजेंटों पर लागू विनियम

बीमा अधिनियम, 1938 (धारा 42) के अनुसार बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए किसी व्यक्ति के पास लाइसेंस होना चाहिए। आईआरडीए लाइसेंस जारी करने और एजेंटों की भर्ती से संबंधित अन्य मामलों को देखता है। इन विनियमों का पालन प्रक्रिया कें सभी चरणों में किया जाना चाहिए।

बीमा अधिनियम, 1938 और बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) अधिनियम, 1999 में उल्लिखित एजेंटों से संबंधित कुछ महत्वपूर्ण प्रावधानों की चर्चा नीचे की जा रही है।

क) बीमा अधिनियम, 1938

महत्वपूर्ण

बीमा एजेंट को धारा 42 के अंतर्गत लाइसेंस प्राप्त होना चाहिए। इस धारा के तहत, बीमा एजेंट "बीमा पॉलिसियां मांगने या प्राप्त करने के साथ-साथ इनको बनाए रखने, नवीकरण या पुनर्जीवित करने की अपनी सेवाओं के प्रतिफल में कमीशन या अन्य पारिश्रमिक के माध्यम से" भुगतान प्राप्त करता है या प्राप्त करने की सहमति व्यक्त करता है।

एजेंट व्यक्तिगत एजेंट या कॉर्पोरेट एजेंट हो सकता है।व्यक्तिगत एजेंट बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने वाला व्यक्ति है जबकि कॉर्पोरेट एजेंट बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने के अलावा अन्य व्यक्ति है। आईआरडीए ने विभिन्न प्रकार के एजेंटों के लिए अलग-अलग विनियम जारी किए हैं।

एक एजेंट को "जीवन" या "साधारण" या दोनों प्रकार का बीमा करने के लिए लाइसेंस जारी किया जा सकता है। जीवन बीमा कंपनी और साधारण बीमा कंपनी दोनों के लिए एजेंट के रूप में कार्य करने का लाइसेंस रखने वाले बीमा एजेंट को समग्र (कम्पोजिट) बीमा एजेंट कहा जाता है।

ख) स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के लिए एजेंट

आईआरडीए द्वारा एक स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी के उत्पादों का वितरण करने के लिए इच्छुक जीवन बीमा एजेंटों के लिए अनिवार्य आईसी-34 प्रमाणन की आवश्यकता को छोड़ देने का निर्णय लिया गया है।

आईसी-33 प्रमाणन के आधार पर अपने उत्पादों को बेचने के लिए जीवन बीमा एजेंटों को समग्र एजेंटों में परिवर्तित करने के इच्छुक स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां ऐसे एजेंटों को स्वास्थ्य बीमा विषय पर एक आंतरिक प्रशिक्षण कार्यक्रम की प्रक्रिया से गुजारने के बाद ऐसा कर सकती हैं, इस प्रशिक्षण कार्यक्रम में स्वास्थय बीमा की मूल बातों, स्वास्थ्य बीमा शब्दावली और उत्पाद आदि को 25 घंटे की एक न्यूनतम प्रशिक्षण अवधि में कवर किया जाएगा। तथापि, इस तरह के समग्र एजेंटों को आईसी-34 प्रमाणीकरण पूरा किए बिना अन्य गैर-जीवन बीमा कंपनी को अपने लाइसेंस के सामान्य भाग को हस्तांतरित करने की अनुमति नहीं दी जाएगी।

इसके अलावा आईआरडीए द्वारा स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को अपने उत्पादों का वितरण करने के लिए अन्य जीवन और/या गैर-जीवन बीमा कंपनियों के एजेंटों, कॉर्पोरेट एजेंटों की सेवाओं का लाभ उठाने की अनुमति देने का भी फैसला किया गया है, बशर्ते ऐसे एजेंट और कॉर्पोरेट एजेंट 25 घंटे के प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरते हैं।

तथापि, जीवन और/या गैर-जीवन बीमा कंपनी का कोई भी एजेंट, कॉर्पोरेट एजेंट एक से अधिक स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी को अपनी सेवाओं की पेशकश नहीं करेगा।

आईआरडीए इस तथ्य से भी परिचित है कि भारतीय कृषि बीमा निगम (एआईसी) फसल बीमा उपलब्ध कराने के कार्य में संलग्न है जहां देश की किसी भी जिप्सा कंपनी की गतिविधियों के साथ कोई हितों का टकराव या प्रतिस्पर्धा नहीं है। इसलिए इसने अन्य गैर-जीवन बीमा कंपनियों के एजेंटों और कॉरपोरेट एजेंटों की सेवाओं का उपयोग करके कृषि बीमा कंपनी को अपने खुद के उत्पादों को वितरित करने की अनुमति देने का फैसला किया है। अपनी सेवाओं की पेशकश करने के इच्छुक एजेंट और कॉरपोरेट एजेंट अपनी पैरेंट साधारण बीमा कंपनी से प्राप्त "अनापत्ति प्रमाणपत्र"

प्रस्तुत करेंगे और उनको अपने उत्पादों के वितरण के लिए एआईसी के साथ अपने आपको नामांकित करेंगे।

एक ऐसी स्थिति उत्पन्न हो सकती है जहां कोई एजेंट या कॉर्पोरेट एजेंट तीन गैर-जीवन बीमा कंपनियों के लिए काम करता है। इसलिए, ऐसे सभी मामलों में ये एजेंट अपनी संबंधित पैरेंट बीमा कंपनियों द्वारा निर्धारित व्यवसाय की न्यूनतम आवश्यकताएं पूरी तरह से प्राप्त करेंगे। अगर वे अपने पैरेंट बीमा कंपनियों द्वारा निर्धारित न्यूनतम व्यावसायिक आवश्यकताओं को प्राप्त करने में विफल रहते हैं तो वे अपना लाइसेंस ऐसी किसी बीमा कंपनी को हस्तांतरित करने की मांग नहीं कर सकते जिसे वे बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी को एजेंटों के लाइसेंसों के हस्तांतरण पर समय-समय पर जारी किए गए नियमों और दिशानिर्देशों की शर्तों के अनुसार अपनी सेवाएं प्रदान कर रहे हैं।

बीमा अधिनियम, 1938 बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए व्यक्ति के पास एक लाइसेंस होना अनिवार्य बनाता है। बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकार (बीमा एजेंटों की लाइसेंसिंग) विनियम, 2000 और बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकार (बीमा एजेंटों की लाइसेंसिंग) (संशोधन) विनियम, 2002 एजेंटों को लाइसेंस देने से संबंधित विस्तृत प्रावधान करता है। ये आईआरडीए की वेबसाइट www.irdaindia.gov.in पर उपलब्ध हैं।

महत्वपूर्ण

प्रतिकूल चयन (एंटी-सेलेक्शन)

यह उन आवेदकों के लिए बीमा कंपनी की स्वीकार्यता को दर्शाता है जो सामान्य से अधिक जोखिम (या बीमा के लिए अयोग्य) पर हैं लेकिन अपनी वास्तविक हालत या स्थिति के बारे में जानकारी को छुपाते/गलत जानकारी देते हैं। इनके आवेदन की स्वीकृति बीमा कंपनियों पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है क्योंकि आमतौर पर बीमा प्रीमियमों की गणना पॉलिसीधारकों के सामान्य या औसत परिस्थितियों में होने (जैसे अच्छी स्वास्थ्य स्थिति में होना / गैर-खतरनाक वातावरण में कार्यरत) के आधार पर की जाती है।

एजेंट बीमा कंपनियों का प्रतिनिधित्व करते हैं और बीमा कंपनी तथा बीमाधारक के बीच मुख्य कड़ी के रूप में काम करते हैं। उनकी भूमिका ग्राहकों को सही उत्पादों की सिफारिश करना है जो ग्राहकों की जरूरतों को पूरा करते हैं। साथ ही साथ, उन्हें बीमित जोखिम को यथोचित तरीके से समझ कर बीमा कंपनी के हित में कार्य करना चाहिए ताकि बीमा कंपनी के किसी प्रतिकूल चयन से बचाया जा सके।

---

2. बीमा एजेंटों की लाइसेंस प्रक्रिया को नियंत्रित करने वाले नियम

बीमा एजेंटों को लाइसेंस जारी करने और नवीकरण से संबंधित नियम और लाइसेंस प्राप्त करने की प्रक्रियाएं बीमा अधिनियम और विनियमों में उल्लिखित हैं जिन्हें यहा संक्षेप में बताया गया है:

क) आवेदक की योग्यताएं

आवेदक के पास किसी भी मान्यताप्राप्त बोर्ड/संस्थान द्वारा संचालित 12वीं कक्षा या समकक्ष परीक्षा में उत्तीर्ण होने की न्यूनतम योग्यता होनी चाहिए, जहां आवेदक पिछली जनगणना के अनुसार पांच हजार या इससे अधिक की आबादी वाले स्थान में रहता है, और किसी अन्य स्थान में रहने वाले आवेदक को किसी मान्यताप्राप्त बोर्ड/संस्थान से 10वीं कक्षा या समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण होना चाहिए।

ख) आवेदक की अयोग्यताएं

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42 उप-धारा (4) के अनुसार कुछ ऐसी शर्तें हैं जो किसी आवेदक को अयोग्य घोषित करती हैं।

लाइसेंस के आवेदक को अयोग्य घोषित किया जाता है अगर वह:

i. एक नाबालिग है

ii. मानसिक स्थिति ठीक नहीं है

iii. सक्षम क्षेत्राधिकार की एक अदालत द्वारा आपराधिक गबन या आपराधिक विश्वासघात/धोखाधड़ी/जालसाजी/ऐसा कोई भी अपराध करने के लिए उकसाने/प्रयास करने का दोषी पाया गया है।

iv. बीमा कंपनी या बीमित व्यक्ति के विरुद्ध कोई भी धोखाधड़ी, बेईमानी या गलतबयानी करने या इसमें जानबूझकर भाग लेने का दोषी पाया गया है।

v. (एक व्यक्ति के मामले में) जिसके पास अपेक्षित योग्यताएं और अधिक से अधिक बारह महीने की अवधि का व्यावहारिक प्रशिक्षण नहीं है, जैसा कि प्राधिकरण द्वारा बनाए गए विनियमों द्वारा निर्दिष्ट हो सकता है।

vi. (एक कंपनी या फर्म के मामले में, अगर निदेशक/भागीदार/मुख्य कार्यकारी अधिकारी/अन्य नामित कर्मचारी है) जिसके पास अपेक्षित योग्यता और व्यावहारिक प्रशिक्षण नहीं है और निर्धारित परीक्षा उत्तीर्ण नहीं की है।

vii. आईआरडीए द्वारा बनाए गए विनियमों में निर्दिष्ट आचार संहिता का उल्लंघन करता है

ग) व्यावहारिक प्रशिक्षण

i. एजेंसी लाइसेंस के लिए पहली बार आवेदन करने वाले व्यक्ति को आईआरडीए अनुमोदित संस्था से जीवन या साधारण बीमा कारोबार में कम से कम पचास घंटे का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया हुआ होना चाहिए, यह अवधि दो से तीन हफ़्तों तक हो सकता है।

ii. समग्र बीमा या कम्पोजिट एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए पहली बार लाइसेंस की मांग करने वाले आवेदक को आईआरडीए द्वारा अनुमोदित संस्था से जीवन और साधारण बीमा कारोबार में कम से कम पचहत्तर घंटे का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया हुआ होना चाहिए, जो दो से तीन हफ़्तों तक हो सकता है।

iii. जहां आवेदकः

- ✓ भारतीय बीमा संस्थान का एसोसिएट / फेलो है,
- ✓ भारतीय सनदी लेखाकार संस्थान का एसोसिएट / फेलो है,
- ✓ भारतीय लागत एवं निर्माण लेखाकार संस्थान का एसोसिएट / फेलो है,
- ✓ भारतीय कंपनी सचिव संस्थान का एसोसिएट / फेलो है,
- ✓ भारतीय बीमांकिक सोसायटी का एसोसिएट / फेलो है,

- ✓ किसी भी राज्य सरकार या केंद्र सरकार द्वारा मान्यताप्राप्त किसी संस्थान / विश्वविद्यालय का व्यवसाय प्रबंधन स्नातकोत्तर (एमबीए); या
- ✓ किसी भी राज्य सरकार या केंद्र सरकार द्वारा मान्यताप्राप्त संस्थान / विश्वविद्यालय से विपणन में कोई भी व्यवसायिक योग्यता रखने वाला व्यक्ति है और किती अनुमोदित संस्थान से कम से कम पच्चीस घंटे का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया है।

घ) परीक्षा

आवेदक ने जीवन या साधारण बीमा व्यवसाय, या दोनों में, जैसा भी मामला हो, भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई, या किसी भी अन्य परीक्षा संस्था द्वारा संचालित भर्ती-पूर्व परीक्षा उत्तीर्ण की हुई होनी चाहिए।

च) देय शुल्क

बीमा एजेंट या समग्र बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए लाइसेंस जारी करने / नवीकरण के लिए प्राधिकरण को देय शुल्क दो सौ पचास रुपए या समय-समय पर संशोधित किए गए अनुसार होगा।

छ) एजेंट के लाइसेंस के लिए लागू प्रक्रिया

i. लाइसेंस देने की प्रक्रिया आमतौर पर बीमा कंपनी द्वारा व्यावहारिक प्रशिक्षण के लिए उम्मीदवार को प्रायोजित करने के साथ शुरू होती है।

ii. अनिवार्य प्रशिक्षण पूरा होने पर आवेदक को एक लिखित परीक्षा से गुजरने के लिए निर्धारित प्रारूप में आवेदन करना चाहिए।

iii. अपनी लिखित परीक्षा उत्तीर्ण करने पर आवेदक प्रायोजित करने वाली बीमा कंपनी के "नामित व्यक्ति" के पास एक आवेदन करेगा।

"नामित व्यक्ति" का मतलब आम तौर पर मार्केटिंग गतिविधियों का प्रभारी एक अधिकारी होता है जो बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट और विनियमों के तहत लाइसेंस जारी करने या नवीकृत करने के लिए प्राधिकरण द्वारा अधिकृत किया गया होता है।

प्राधिकरण को आवेदन शुल्क के भुगतान के प्रमाण के साथ-साथ उपरोक्त सभी आवश्यकताओं को पूरा करने के आधार पर नामित व्यक्ति पहचान पत्र के साथ साथ लाइसेंस जारी करेगा। लाइसेंस 3 वर्षों की अवधि के लिए वैध रहता है जब तक कि इसे समाप्त या समर्पित नहीं किया जाता है।

लाइसेंस के किसी भी नवीकरण के लिए एजेंट को जीवन या साधारण बीमा संस्थान में 25 घंटों के अतिरिक्त प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरने की जरूरत है, अगर नामित व्यक्ति इस विविनियमन के तहत लाइसेंस देने या नवीकृत करने से मना करता है, तो इसके लिए वह आवेदक को कारण बताएगा।

'नामित व्यक्ति' को लाइसेंस हेतु आवेदन निर्धारित प्रपत्र में दिया जाना चाहिए।

- ✓ अगर आवेदक एक व्यक्ति है तो आवेदन प्रपत्र आईआरडीए-एजेंट-वीए में होना चाहिए
- ✓ अगर आवेदक एक फर्म / कंपनी है तो आवेदन प्रपत्र आईआरडीए-एजेंट-वीसी में होना चाहिए

समग्र बीमा एजेंट बनने के लिए दो अलग-अलग आवेदन प्रस्तुत करने होंगे। जारी किया गया लाइसेंस आवेदक को एक जीवन बीमा कंपनी या एक साधारण बीमा कंपनी या दोनों, जैसा भी मामला हो, के रूप में कार्य करने का अधिकार देता है।

ज) लाइसेंस रद्द करना

यदि बीमा एजेंट लाइसेंस की प्रभावी अवधि के दौरान किसी भी समय, विनियमों में उल्लिखित किसी भी प्रकार की अयोग्यता का शिकार होता है तो उसे नामित व्यक्ति बीमा एजेंट का लाइसेंस रद्द कर सकता है और जारी किया गया लाइसेंस तथा पहचान पत्र वापस ले सकता है।

नामित व्यक्ति बीमा एजेंट का लाइसेंस रद्द कर सकता है

झ) डुप्लिकेट लाइसेंस जारी करना

प्राधिकरण डुप्लीकेट लाइसेंस जारी कर सकता है या किसी खोए हुए, नष्ट या विकृत लाइसेंस को पचास रुपए का शुल्क भुगतान करने पर बदल सकता है।

3. **एजेंटों की आचार संहिता**

आईआरडीए के विनियम यह निर्धारित करते हैं कि बीमा एजेंट के रूप में लाइसेंस रखने वाला हर व्यक्ति नीचे निर्दिष्ट आचार संहिता का पालन करेगाः

i. **हर बीमा एजेंट यह करेगा** -

क) अपने आपकी और वह जिस बीमा कंपनी का एक एजेंट है उसकी पहचान कराएगा;

ख) मांगे जाने पर संभावित ग्राहक को अपना लाइसेंस दिखाएगा;

ग) अपनी बीमा कंपनी द्वारा बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पादों के संबंध में आवश्यक जानकारी को सावधानीपूर्वक समझाएगा और एक विशेष बीमा योजना की सिफारिश करते समय संभावित ग्राहक की जरूरतों को ध्यान में रखेगा;

घ) प्रस्तावक द्वारा पूछे जाने पर, बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन के पैमाने के बारे में बताएगा;

च) बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा लिए जाने वाले प्रीमियम की जानकारी देगा;

छ) संभावित ग्राहक को बीमा कंपनी के लिए प्रस्ताव प्रपत्र में आवश्यक जानकारी की प्रकृति के बारे में और एक बीमा संविदा की खरीद में तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण के महत्व को समझाएगा;

ज) बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए जाने वाले हर प्रस्ताव के साथ संभावित ग्राहक की किसी भी प्रतिकूल आदत या आय की विसंगति और कोई भी वास्तविक तथ्य जो प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में बीमा कंपनी के बीमालेखन निर्णय पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है, प्रस्तावक के बारे में सभी तरह की यथोचित पूछताछ करके एक रिपोर्ट (जो "बीमा एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट" कहलाती है) के रूप में बीमा कंपनी की जानकारी में लाएगा;

झ) बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति के बारे में प्रस्तावक को तुरंत सूचित करेगा;

ट) बीमा कंपनी के पास प्रस्ताव प्रपत्र फ़ाइल करने के समय आवश्यक दस्तावेज; और प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा बाद में मांगे गए अन्य दस्तावेज प्राप्त करेगा;

ठ) बीमा कंपनी द्वारा दावों के निपटान के लिए आवश्यकताओं के अनुपालन में पॉलिसीधारकों या दावेदारों या लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

ड) प्रत्येक पॉलिसीधारक को नामांकन या समनुदेशन या पते में परिवर्तन या विकल्पों के प्रयोग की सलाह देगा, जैसा भी मामला हो, और जहां कहीं भी आवश्यक हो, इस संबंध में आवश्यक सहायता की पेशकश करेगा।

ii. **कोई भी बीमा एजेंट यह नहीं करेगा** -

क) वैध लाइसेंस रखे बिना बीमा कारोबार की मांग या खरीद;

ख) प्रस्ताव प्रपत्र में किसी भी तथ्यात्मक जानकारी में चूक करने के लिए संभावित ग्राहक को प्रेरित करना;

ग) प्रस्ताव की स्वीकृति के लिए बीमा कंपनी को प्रस्तुत किये जाने वाले प्रस्ताव प्रपत्र या दस्तावेजों में गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए संभावित ग्राहक को उकसाना;

घ) प्रस्तावक के साथ अभद्र तरीके से व्यवहार करना;

च) किसी अन्य बीमा एजेंट द्वारा लाए गए किसी भी प्रस्ताव में हस्तक्षेप करना;

छ) अपनी बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, नियमों और शर्तों से अलग पेशकश करना;

ज) बीमा संविदा के तहत लाभार्थी से आय का एक हिस्सा मांगना या प्राप्त करना;

झ) पॉलिसीधारक को मौजूदा पॉलिसी समाप्त करने और इस तरह के समापन की तिथि से तीन वर्ष के भीतर अपना एक नया प्रस्ताव लेने के लिए दबाव डालना;

ट) कॉर्पोरेट एजेंट के मामले में बीमा व्यवसाय का एक ऐसा पोर्टफोलियो रखना जिसके तहत एक व्यक्ति (जो एक व्यक्ति नहीं है) या एक संगठन या संगठनों के एक समूह से प्राप्त प्रीमियम किसी भी वर्ष के कुल प्राप्त प्रीमियम के पचास प्रतिशत से अधिक है;

ठ) बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए नए लाइसेंस हेतु आवेदन करना, अगर उसका लाइसेंस पहले नामित व्यक्ति द्वारा रद्द कर दिया गया था और इस तरह रद्द किये जाने की तिथि से पांच वर्ष की अवधि समाप्त नही हुई है;

ड) किसी भी बीमा कंपनी का निदेशक होना या रहना;

iii. **हर बीमा एजेंट यह करेगा** -

अपने माध्यम से पहले से प्राप्त बीमा व्यवसाय के संरक्षण के दृष्टिकोण से; पॉलिसीधारक को मौखिक या लिखित सूचना देकर, निर्धारित समय के भीतर पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम का प्रेषण सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास करेगा। इसका मतलब एजेंट यह सुनिश्चित करेगा कि नवीकरण पर प्रीमियम का भुगतान पहले से कर दिया जाता है या अन्यथा बीमा कंपनी द्वारा जोखिम को स्वीकार नहीं किया जाएगा।

4. **रियायतों पर प्रतिबंध**

किसी भी बिचौलिए को किसी भी व्यक्ति को पॉलिसी लेने के लिए उकसाने की अनुमति नहीं है। इसलिए बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 41 में बीमा एजेंट के लिए एक महत्वपूर्ण खंड है। यह निम्नानुसार है:

महत्वपूर्ण

बीमा अधिनियम, 1938 **की धारा** 41

"41. (1) कोई भी व्यक्ति भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने या नवीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन के रूप में, प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से, देय कमीशन के पूर्ण या आंशिक भाग की कोई भी छूट या पॉलिसी में निर्दिष्ट प्रीमियम पर कोई भी रियायत की अनुमति या अनुमति की पेशकश नहीं करेगा, न ही पॉलिसी लेने या नवीकृत करने या जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति कोई भी रियायत स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो बीमा कंपनी की प्रकाशित विवरणिओं या तालिकाओं के अनुरूप अनुमत हो सकती है;

बशर्ते किसी बीमा एजेंट द्वारा अपने स्वयं के जीवन पर स्वयं के द्वारा ली गयी जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में कमीशन की स्वीकृति को इस उप-धारा के अर्थ में प्रीमियम छूट की

स्वीकृति नहीं समझा जाएगा अगर इस तरह की स्वीकृति के समय बीमा एजेंट यह तय करने वाली निर्धारित शर्तों को पूरा करता है कि वह बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त एक विश्वसनीय एजेंट रहा है।"

"41. (2) इस अनुच्छेद के प्रावधानों का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति जुर्माने के साथ दंडनीय होगा जिसे पांच सौ रुपए तक बढ़ाया जा सकता है।" यह कहता है कि एक एजेंट बीमा कंपनी द्वारा अनुमत मामले को छोड़कर, पॉलिसीधारक को प्रलोभन के रूप में प्रीमियम पर किसी भी छूट की पेशकश नहीं कर सकता है।

स्व-परीक्षण 2

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. अगर एजेंट लाइसेंस खो देता है तो कोई डुप्लिकेट लाइसेंस जारी नहीं किया जाता है। एजेंट को नवीकरण के समय तक प्रतीक्षा करनी पड़ती है जब दूसरी प्रति जारी की जाती है।

II. अगर एजेंट लाइसेंस खो देता है तो प्राधिकरण डुप्लिकेट लाइसेंस निःशुल्क जारी कर सकता है।

III. अगर एजेंट लाइसेंस खो देता है तो प्राधिकरण केवल एक प्राथमिकी दर्ज होने और 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि के बाद ही डुप्लिकेट लाइसेंस जारी कर सकता है।

IV. अगर एजेंट लाइसेंस खो देता है तो प्राधिकरण पचास रुपए का शुल्क भुगतान करने पर एक डुप्लिकेट लाइसेंस जारी कर सकता है।

सारांश

- बीमा एजेंट को हमेशा यह बात ध्यान में रखनी चाहिए कि वह एक वादा या वचन बेच रहा है जिसके अनुसार कोई दुर्घटना घटित होने पर बीमा कंपनी एक निश्चित धनराशि का भुगतान करेगी।
- बीमा विनियमों का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की सुरक्षा करना है।
- बीमा अधिनियम 1938 और बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 बीमा विविनियमन का बुनियादी ढांचा बनाते हैं।
- बीमा अधिनियम 1938 में बीमा कंपनियों की गतिविधियों की निगरानी और नियंत्रण के लिए प्रावधान किया गया है।
- बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) की स्थापना वर्ष 2000 में बीमा उद्योग को विनियमित और विकसित करने के लिए एक स्वतंत्र प्राधिकरण के रूप में की गयी थी।
- आईआरडीए ने बीमा कंपनियों और बिचौलियों दोनों पर दायित्व अधिरोपित करते हुए पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करने के लिए विनियम निर्धारित किए हैं।
- एजेंट व्यक्तिगत एजेंट या एक कॉर्पोरेट एजेंट हो सकता है।
- एजेंट बनने के लिए प्रस्तावक के पास न्यूनतम निर्धारित शैक्षणिक योग्यता होनी चाहिए, निर्धारित व्यावहारिक प्रशिक्षण से गुजरना चाहिए और निर्धारित शुल्क का भुगतान करके निर्धारित परीक्षा में बैठना चाहिए।
- आईआरडीए के विनियम यह तय करते हैं कि बीमा एजेंट के रूप में लाइसेंस रखने वाला हर व्यक्ति निर्दिष्ट आचार संहिता का पालन करेगा।
- किसी भी बिचौलिए को किसी भी व्यक्ति को बीमा लेने के लिए प्रेरित करने की अनुमति नहीं है।

प्रमुख शब्द

1. व्यक्तिगत एजेंट

2. कॉर्पोरेट एजेंट

3. समग्र बीमा एजेंट

4. छूट/रियायत

5. बिचौलिए

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की सुरक्षा करना है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

अगर एजेंट लाइसेंस खो देता है तो प्राधिकरण पचास रुपए का शुल्क भुगतान करने पर एक डुप्लिकेट लाइसेंस जारी कर सकता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

बीमा एजेंट बनने के लिए आवेदक ________ घंटे का प्रशिक्षण पूरा करेगा।

I. 50

II. 100

III. 30

IV. 25

प्रश्न 2

बीमा एजेंट ______________ का प्रतिनिधित्व करता है।

I. बीमा कंपनी

II. उप-एजेंट

II. सह-एजेंट

IV. ब्रोकर

प्रश्न 3

बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए लाइसेंस ______________ द्वारा जारी किया जाता है।

I. साधारण बीमा निगम (जीआईसी)

II. बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए)

III. भारतीय स्टेट बैंक (एसबीआई)

IV. डाकघर

प्रश्न 4

एजेंट का लाइसेंस ______________ नवीकृत किया जाएगा।

I. प्रत्येक वर्ष

II. 5 वर्षों के बाद

III. 3 वर्षों के बाद

IV. 15 वर्षों के बाद

प्रश्न 5

असत्य कथन को पहचानें। बीमा एजेंट को ______________ चाहिए।

I. ग्राहक द्वारा पूछे जाने पर कमीशन का पैमाना बताना

II. छूट के माध्यम से कमीशन को बांटना

III. मांगे जाने पर अपना लाइसेंस दिखाना

IV. लिया जाने वाला प्रीमियम बताना

प्रश्न 6

बीमा एजेंट या समग्र बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के संबंध में लाइसेंस जारी / नवीकृत करने के लिए प्राधिकरण को देय शुल्क _________ है।

I. 250

II. 150

III. 520

IV. 100

प्रश्न 7

प्राधिकरण एक डुप्लिकेट लाइसेंस जारी कर सकता है अगर यह _______________ है।

I. खो गया

II. नष्ट

III. विकृत

III. उपरोक्त सभी

प्रश्न 8

अगर किसी एजेंट को आपराधिक हेराफेरी का दोषी पाया जाता है तो नामित व्यक्ति _______________ करेगा।

I. लाइसेंस रद्द करेगा

II. डुप्लिकेट लाइसेंस जारी

III. मौजूदा लाइसेंस को नवीकृत

IV. एजेंट से कुछ शुल्क लेगा

प्रश्न 9

बीमा एजेंट के लिए आवश्यक न्यूनतम योग्यता _________ उत्तीर्ण है।

I. स्नातक

II. दसवीं

III. स्नातकोत्तर

IV. सातवीं

प्रश्न 10

______________ एक से अधिक जीवन बीमा कंपनी या साधारण बीमा कंपनी या दोनों के साथ बीमा लेनदेन काम कर सकता है।

I. एजेंट

II. सर्वेक्षक

III. समग्र एजेंट

IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

बीमा एजेंट बनने के लिए आवेदक 50 घंटे का प्रशिक्षण पूरा करेगा।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

बीमा एजेंट बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

एक बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए लाइसेंस बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण द्वारा जारी किया जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

एजेंट का लाइसेंस 3 वर्षों के बाद नवीकृत किया जाएगा।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

एक बीमा एजेंट को छूट के माध्यम से कमीशन नहीं बांटना चाहिए।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

बीमा एजेंट या समग्र बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के संबंध में लाइसेंस जारी / नवीकृत करने के लिए प्राधिकरण को देय शुल्क 250 रुपए है।

उत्तर 7

सही विकल्प IV है।

प्राधिकरण डुप्लिकेट लाइसेंस जारी कर सकता है अगर वह खो गया, नष्ट या विकृत हो गया है।

उत्तर 8

सही विकल्प I है।

अगर कोई एजेंट आपराधिक हेराफेरी का दोषी पाया जाता है तो नामित व्यक्ति लाइसेंस को रद्द कर देगा।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

बीमा एजेंट के लिए आवश्यक न्यूनतम योग्यता दसवीं कक्षा उत्तीर्ण है।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

समग्र एजेंट एक से अधिक जीवन बीमा कंपनी या साधारण बीमा कंपनी या दोनों के साथ काम कर सकता है।

अध्याय 17

कैरियर के रूप में जीवन बीमा एजेंसी

अध्याय परिचय

पिछले अध्यायों में हमने विनियम सहित जीवन बीमा के विभिन्न पहलुओं को देखा है। इस अध्याय में हम कैरियर के रूप में जीवन बीमा एजेंसी के बारे में चर्चा करेंगे। हम एजेंसी कैरियर की संभावनाओं, एजेंट की भूमिका और एक अच्छा एजेंट होने की आवश्यकताओं पर भी विचार करेंगे।

अध्ययन परिणाम

क. बीमा के चैनल

ख. जीवन बीमा एजेंसी व्यवसाय

ग. एजेंटों की भर्ती, प्रशिक्षण और लाइसेंस देने की प्रक्रिया

क. बीमा के चैनल

1. एजेंट किसे कहते है?

परिभाषा

एजेंट और प्रधान (प्रिंसिपल)

भारतीय संविदा अधिनियम की धारा 182 के अनुसार, एजेंट किसी अन्य व्यक्ति के लिए कोई कार्य करने के लिए या किसी तीसरे व्यक्ति के साथ काम करने में दूसरे व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने के लिए नियुक्त व्यक्ति होता है।

वह व्यक्ति जिसके लिए इस तरह का कार्य किया जाता है या जिसका प्रतिनिधित्व किया जाता है उसे प्रधान (प्रिंसिपल) कहा जाता है।

परिभाषा

बीमा एजेंट

बीमा अधिनियम के अनुसार, एजेंट वह व्यक्ति होता है जिसे अधिनियम की धारा 42 के तहत लाइसेंस प्राप्त है, बीमा के लिए विक्रेता के रूप में अधिकृत है, और जिसे व्यवसाय मांगने, प्राप्त करने या बनाए रखने के लिए कमीशन का भुगतान किया जाता है।

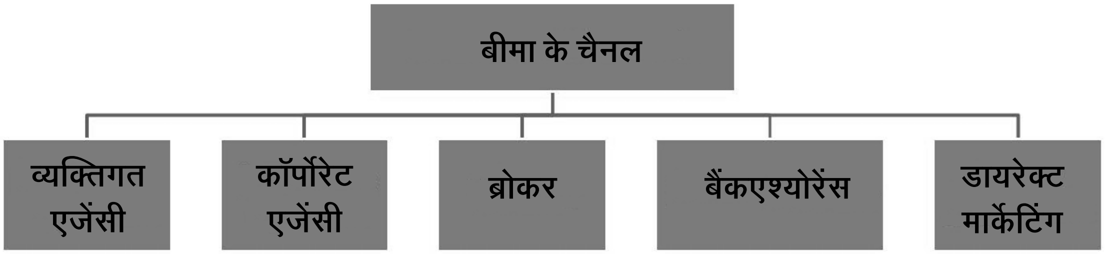
जब हम भारत में एजेंट की बात करते हैं तो इसका मतलब एक संबद्ध एजेंट से है - वह व्यक्ति जिसे क़ानून द्वारा केवल एक जीवन बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने और इसके उत्पादों को बेचने की अनुमति दी गयी है।

ऐसा देखा जा सकता है कि एजेंट एक मध्यस्थ है जो जीवन बीमा कंपनी और ग्राहक के बीच आता है।

2. बीमा के चैनल

कुछ वर्ष पहले तक एजेंसी चैनल केवल वह होता था जो प्रचलन में था। आज अन्य चैनलों की एक श्रृंखला मौजूद है। इनमें से कुछ चैनलों और इनके कामकाज के तरीकों को जानना उपयोगी होगा।

चित्र 1: बीमा के चैनल



क) कॉर्पोरेट एजेंसी

यह व्यक्तिगत एजेंसी मॉडल का एक भिन्न रूप है। यहां एक कॉर्पोरेट संस्था जिसके पास ग्राहकों का अपना सेट होता है, उन तक पहुंचने और बीमा उत्पाद बेचने की कोशिश करता है। आईआरडीए के विनियम स्पष्ट रूप से यह अनिवार्य बनाते हैं कि "संस्था" को एक प्रधान अधिकारी और प्रशिक्षित कार्यबल के साथ एक अलग इकाई गठित करने की जरूरत है जो नियामक द्वारा मान्यताप्राप्त किसी संस्थान से अनिवार्य प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरा है।

ख) ब्रोकर

एजेंट और ब्रोकर दोनों मध्यस्थ हैं जो बीमा कंपनी और ग्राहक के बीच संवाद करते हैं। तथापि, दोनों के बीच एक अंतर है।

बीमा एजेंट	ब्रोकर
बीमा एजेंट आम तौर पर बीमा कंपनी का एक प्रतिनिधि है और वह एजेंट-प्रिंसिपल संबंध से नियंत्रित होता है। एजेंट का प्राथमिक संबंध और जवाबदेही बीमा कंपनी के प्रति है, बीमा खरीदार के प्रति नहीं।	बीमा ब्रोकर बीमाधारक का प्रतिनिधित्व करता है और आम तौर पर उसके पास किसी भी एक बीमा कंपनी को विशेष रूप से सेवा प्रदान करने का कोई संविदात्मक समझौता नहीं होता है।
एजेंट से ईमानदारी से अपनी कंपनी का प्रतिनिधित्व करने और कंपनी की उत्पाद श्रृंखला में जो कुछ भी उपलब्ध है उसे ग्राहक को	बीमा ब्रोकर से सही उत्पाद और कंपनी चुनते समय ग्राहक के हितों का प्रतिनिधित्व करने की अपेक्षा की जाती है

उपलब्ध कराने की अपेक्षा की जाती है।	जो ग्राहक की विशेष जरूरतों के लिए सबसे उपयुक्त होगा।

ग) बैंकाश्योरेंस

"बैंकाश्योरेंस" शब्द एक समान ग्राहक या ग्राहक आधार को बीमा उत्पादों के वितरण के लिए बैंकों और बीमा कंपनियों के बीच हुए सहयोग को दर्शाता है। यह विश्व स्तर पर एक महत्वपूर्ण वितरण चैनल के रूप में उभरा है और परिचालन लागत तथा प्रभावशीलता के संदर्भ में अन्य चैनलों पर इसके द्वारा लाभों की पेशकश करने के कारण अपेक्षाकृत कम समय में आगे बढ़ गया है। यह बैंकों के लिए सुलभ व्यापक उपभोक्ता नेटवर्क की वजह से संभव हुआ है। बैंकाश्योरेंस आज कई यूरोपीय देशों में जीवन बीमा उत्पादों के लिए मुख्य वितरण चैनल है।

भारत में दो व्यापक बैंकाश्योरेंस मॉडल हैं।

i. एक वह जहां बैंक एक बीमा कंपनी का कॉर्पोरेट एजेंट बन जाता है और बीमा उत्पादों को बेचने के लिए इसके ग्राहक आधार का लाभ उठाता है। इस मामले में बैंक के कर्मचारी बीमा कंपनी के उत्पादों को बेचने का कार्यभार लेते हैं।

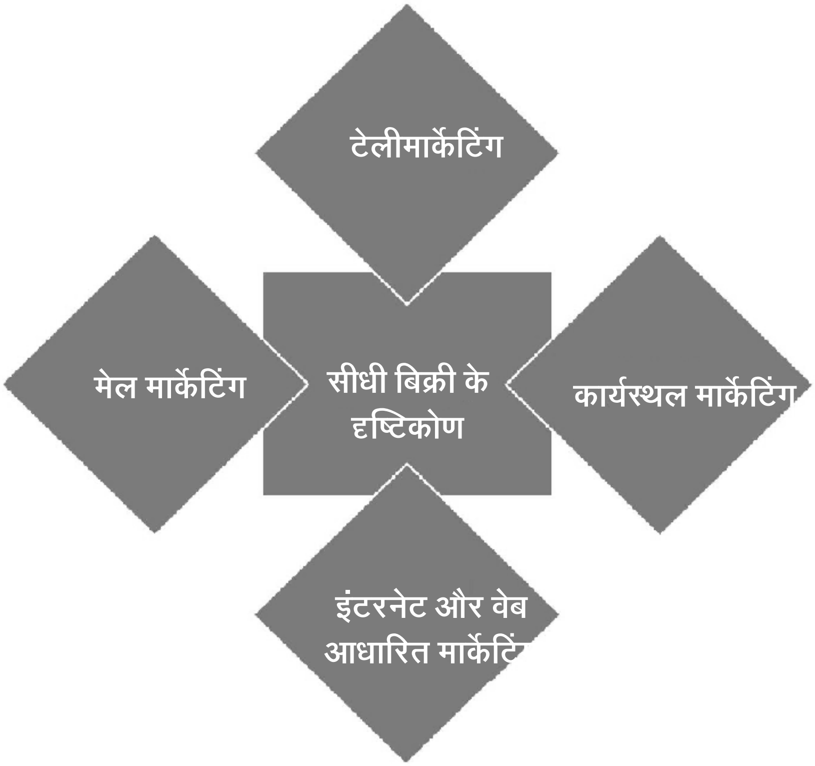
ii. एक रेफरल मॉडल, जहां बैंक अपने डेटाबेस के साथ बीमा कंपनी की सहायता करता है, जबकि बीमा उत्पादों की बिक्री बीमा कंपनी द्वारा की जाती है।

बैंकाश्योरेंस भारत में कुछ निजी जीवन बीमा कंपनियों के लिए बिक्री के एक पसंदीदा चैनल के रूप में काफी रफ्तार पकड़ ली है और एजेंसी चैनल के लिए एक मजबूत विकल्प है।

घ) सीधी बिक्री (डायरेक्ट मार्केटिंग)

यहां कंपनी के कर्मचारियों से निर्मित अपने बिक्री बल के माध्यम से कंपनी सीधे ग्राहकों तक पहुंचती है। इनको अपनी बिक्री निष्पादन के आधार पर नियमित वेतन और प्रोत्साहन मिल सकते है।

चित्र 2: सीधी बिक्री के दृष्टिकोण



सीधी बिक्री (डायरेक्ट मार्केटिंग) में विभिन्न दृष्टिकोण शामिल हो सकते हैं जैसे

i. टेलीमार्केटिंग (उदाहरण के लिए, कॉल सेंटर के माध्यम से);

ii. मेल मार्केटिंग;

iii. इंटरनेट और वेब आधारित मार्केटिंग और

iv. कार्यस्थल से मार्केटिंग

यहां जीवन बीमा कंपनी किसी मध्यस्थ के माध्यम से न जाकर संभावित ग्राहक के साथ सीधे तौर पर संवाद करती है और व्यवसाय की मांग करती है।

बिक्री के अनेकों वैकल्पिक चैनलों की मौजूदगी ने निस्संदेह बाज़ार को अधिक प्रतिस्पर्धी और चुनौतीपूर्ण बना दिया है। फिर भी, बिक्री में दक्षता हासिल करने वाले और अपने ग्राहकों के

साथ अच्छा संबंध बनाने वाले जीवन बीमा एजेंटों का लगातार प्रगति करना और अपने व्यवसाय में नई ऊंचाइयों हासिल करना जारी है।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन असत्य है?

I. व्यक्तिगत बीमा एजेंट बीमा कंपनी का एक प्रतिनिधि है और एजेंट-प्रिंसिपल संबंध से नियंत्रित होता है।

II. व्यक्तिगत बीमा एजेंट का प्राथमिक संबंध और जवाबदेही बीमा खरीदार के प्रति होता है, बीमा कंपनी के लिए नहीं।

III. बीमा ब्रोकर, जो बीमाधारक का प्रतिनिधित्व करता है का आमतौर पर किसी भी एक बीमा कंपनी को विशेष रूप से सेवा प्रदान करने के लिए कोई संविदात्मक समझौता नहीं होता है।

IV. बीमा ब्रोकर से सही उत्पाद और कंपनी चुनते समय ग्राहक के हितों का प्रतिनिधित्व करने की अपेक्षा की जाती है जो ग्राहक की विशेष जरूरतों के लिए सबसे अधिक अनुकूल है।

ख. जीवन बीमा एजेंसी व्यवसाय

1. जीवन बीमा में एजेंसी कैरियर के फायदे

जीवन बीमा में बिक्री व्यवसाय की प्रकृति दूसरों से काफी अलग किस्म की होती है। अन्य उत्पादों के विपरीत जीवन बीमा अमूर्त है। व्यक्ति को अक्सर संभावित ग्राहक के मन में एक जरूरत उत्पन्न करनी होती है और उसे जीवन बीमा खरीदने के लिए प्रेरित करना होता है। इसमें अवधारणा बिक्री का एक बहुत ही उच्च स्तर शामिल होता है और इसलिए जीवन बीमा के बिक्री प्रतिनिधि आमतौर पर सबसे निपुण बिक्री पेशेवरों में से एक माने जाते हैं। चूंकि उनको कमीशन के माध्यम से पारिश्रमिक दिया जाता है, एजेंट की आय अर्जित करने की कोई सीमा नहीं है। एजेंट जो भी प्रीमियम आय उत्पन्न करता है उसी आधार पर सीमा तय की जाती है।

उच्च आय अर्जित करने की गुंजाइश के अलावा एक बीमा एजेंट जबरदस्त कार्य संतुष्टि और सम्मान प्राप्त करता है अगर उसका काम नैतिक और व्यावसायिक तरीके से पूरा किया जाता है। पुरस्कार और सम्मान को निम्नानुसार सूचीबद्ध किया जा सकता है:

i. एक जानकार कर्मी और व्यावसायिक के रूप में समाज में मान्यता मिलना।

ii. आसपास के लोगों की कुछ सबसे महत्वपूर्ण समस्याओं का समाधान प्रदान करने में सक्षम होना काफी सामाजिक महत्व की बात है जिसका फ़ायदा जीवन बीमा एजेंट उठाते हैं।किसी आपदा से प्रभावित लोगों को आर्थिक रूप से सहायता करने में कारगर भूमिका निभाने से सामाजिक प्रतिष्ठा मिलती है।

    ऐसे कितने काम इस कदर महान होते हैं जो अपनी रोजी-रोटी कमाने वाले व्यक्ति की मौत से अनाथ हुए किसी परिवार की मदद करके या किसी व्यक्ति को उसके बुढ़ापे के लिए व्यवस्था करने में सहायक बन कर पूरे किए जाते हैं?

iii. लोगों को उनकी मृत्यु या बुढ़ापे की जरूरतों या किसी दुर्घटना या किसी बीमारी को कवर करने या परिवार की अन्य जरूरतों को पूरा करने के लिए सही पॉलिसी लेने की सलाह देकर उनकी मदद करने में सक्षम होना जीवन बीमा एजेंटों के लिए काफी निजी संतोष की बात हो सकती है।

iv. एजेंट कई ग्राहकों के साथ काम करते हैं और अपनी बातचीत के दौरान सीखते रहते हैं। वे एक समयावधि में कई विशेषज्ञों के साथ काम करके आसानी से कई क्षेत्रों में काफी जानकार बन जाते हैं।इससे भी अधिक महत्वपूर्ण है कि वे अलग-अलग प्रकार के लोगों के साथ काम करने, मानवीय भावनाओं को समझने और संवाद करने तथा विभिन्न प्रकार के लोगों को एक साथ लाने में सक्षम होने के नाते काफी निपुण बन सकते हैं। इस प्रकार उनके पास विशाल समुदाय निर्माता बनने की संभावना हो सकती है।

v. अंत में, जीवन बीमा एजेंसी कुछ गिने-चुने व्यवसायों में से एक है जहां व्यक्ति उद्यमी बन सकता है - यह कुछ वित्तीय निवेश की मांग करता है। व्यवसाय स्थापित करने के लिए कोई बड़ी शिक्षा या तकनीकी योग्यता की आवश्यकता नहीं होती है। व्यक्ति अपने आपमें दक्ष होता है और अपना खुद का नियोक्ता बन कर आजादी का अनुभव करता है। बेशक इस आजादी के साथ काफी जिम्मेदारी आती है और एक सफल जीवन बीमा एजेंट अक्सर अपनी व्यावसायिक सलाह की गुणवत्ता; प्रेरित करने के विश्वास और स्वयं द्वारा बनायी गयी गहरी मित्रता और संबंधों से अपने आसपास एक ब्रांड बना लेता है।

2. **बीमा एजेंटों के अनन्य फायदे**

बीमा एजेंटों को अपने स्वयं के कैरियर की महत्वाकांक्षा के अनुसार काम करने के अनन्य फायदे होते हैं:

i. अगर कोई एजेंट एक नियमित कमीशन आय चाहता है तो वह एक निश्चित संख्या में संभावित ग्राहकों से या नवीनकरण के लिए एक निश्चित संख्या में मौजूदा ग्राहकों से मिलेगा।

ii. अगर वह अधिक कमीशन कमाना चाहता है, वह अपनी प्रगति की भूख के आधार पर अपने प्रयासों को आगे बढ़ाएगा। वह अपनी प्राथमिकताओं के आधार पर कुछ महीनों में अधिक सक्रिय रहने और अन्य महीनों में कम सक्रिय होने का फैसला कर सकता है।

iii. अगर उसके पास बिक्री की भूख है तो वह जीवन बीमा, बैंकिंग आदि क्षेत्रों के साथ तालमेल कायम करने में सक्षम हो सकता है।

व्यक्ति अपने स्वयं के कैरियर की महत्वाकांक्षाओं के अनुसार काम करके जो कार्य-जीवन का संतुलन प्राप्त कर सकता है, बीमा एजेंटों के लिए यह एक विशेष लाभ है।

3. **जीवन बीमा एजेंसी व्यवसाय में कामयाबी की आवश्यकताएं**

आइए, अब हम थोड़ा इस दिशा में ध्यान केंद्रित करें कि किस प्रकार के गुण या लक्षण एक बीमा एजेंट या सलाहकार के रूप में जीवन में कामयाबी के लिए योगदान करते हैं।

चित्र 3: **जीवन बीमा एजेंसी के पेशे में कामयाबी के लिए आवश्यकताएं**

क) पेट में भूख (आग)

संभवतः सबसे महत्वपूर्ण आवश्यकता वह है जिसे हम 'पेट की आग' कहते हैं। इस व्यवसाय में बने रहना मुश्किल है जब तक कि व्यक्ति के पास उत्कृष्टता प्राप्त करने और इस प्रक्रिया में अपनी वित्तीय स्थिति को काफी बेहतर करने की भारी भूख नहीं है। बिक्री में कुछ भी मुफ्त में हासिल नहीं होता है। सफलता की एक कीमत होती है और व्यक्ति यह मूल्य तभी चुका सकता है जब उसके भीतर पर्याप्त आग हो।

अंदर की इस भूख का उद्यमशीलता की भावना के साथ करीबी संबंध है - यह अपने कार्य को एक रोमांचक साहसिक कार्य के रूप में देखने और एक कार्य के परिवेश की दिशा में सोचने की व्यक्ति की क्षमता है जहां केवल एक ही प्रकार की कार्य संतुष्टि परिणाम प्राप्त करने की योग्यता से आती है और परिणाम आसानी से नहीं आता है। कुछ हद तक अनिश्चितता के साथ जीने की क्षमता एक ऐसी पृष्ठभूमि से आ सकती है जहां कार्य और जीवन चुनौतीपूर्ण था और भोजन का हर निवाला बड़ी मुश्किल से अर्जित करना पड़ता था। लेकिन जरूरी नहीं कि यह बात हमेशा सच हो।

ख) अपनी सकारात्मक छवि

जब तक कि व्यक्ति अंदर से अच्छा महसूस नहीं करता है, दूसरों को अपनी ओर आकर्षित करना मुश्किल है। ऐसे लोगों का प्रोफाइल लें जिनके साथ "मिलजुल कर रहना मुश्किल" माना जाता है - शत्रुतापूर्ण, आडंबरपूर्ण, नकारात्मक, हमेशा बहाने बनाने वाले, शिकायत करने वाले.... सूची लंबी हो सकती है - इन सबके बीच आपको ऐसा व्यक्ति भी मिल जाएगा जो असुरक्षित और अधूरा महसूस करता है।

यह असुरक्षा कई कारकों से आती है - जैसे

i. अपनी तुलना दूसरों के साथ करने और इसके परिणामस्वरूप दूसरों से हीन महसूस करने की प्रवृत्ति;

ii. दूसरों की नज़रों में अच्छा दिखने का जुनून;

iii. अपने आपको काफी गंभीरता से लेना और

iv. अपनी स्वयं की छवि पर थोड़ी सा आंच आने पर परेशान हो जाना।

उपरोक्त सभी प्रमुख कारणों में से एक है अहंकार की भावना से भरपूर और अपने आप से तथा अपनी चिंताओं से कुंठित होना। इस तरह के व्यक्ति का लंबे समय तक बने रहना और बिक्री में सतत् निष्पादन करना मुश्किल है।

ग) आत्मप्रेरित होना

आप कितने आत्मप्रेरित और दूसरों से स्वतंत्र हैं। स्टीफन कोवे ने अपनी लोकप्रिय और निर्णायक रचना, "द सेवन हैबिट्स ऑफ हाइली इफेक्टिव पीपुल" में इसे पहली आदत बनाया था - उन्होंने इसे "बाहर से अंदर के दृष्टिकोण" के विपरीत "भीतर से बाहर का दृष्टिकोण" बताया।

संक्षेप में, यह वही जगह है जहां व्यक्ति के जीवन के नियंत्रण का केंद्र और भाग्य रहता है - अपने बाहर या अपने भीतर। कोवे के अनुसार, अप्रभावी लोग आम तौर पर अपने साथ घटित सभी घटनाओं के लिए "वहीं - आसपास मौजूद - किसी व्यक्ति" पर जिम्मेदारी तय करने की कोशिश करते हैं।इस मानसिकता के लोग ऐसी कार्य व्यवस्था में ठीक हो सकते हैं जहां वे दूसरों के नेतृत्व और निगरानी में काम करते हैं। कोई भी एजेंट इस तरह के दृष्टिकोण के साथ बहुत आगे नहीं बढ़ सकता है।

घ) लोगों के साथ संबंध बनाने और संवाद करने की क्षमता

एक उत्कृष्ट उत्पादक होने के लिए व्यक्ति को ऐसे लोगों के साथ जुड़ना होगा जो उसके संभावित ग्राहक हैं। ये अक्सर बहुत अमीर और अहंकारी व्यक्ति, खुश करने में मुश्किल और रौबदार स्वभाव के व्यक्ति हो सकते हैं। लोगों से जुड़ने और उनके साथ संबंध बनाने की क्षमता एक महान उपहार है। यह दूसरों की भावनाओं को महसूस करने और दूसरों के दिलों में जगह बनाने की मांग करता है। साथ ही, व्यक्ति किसी की भावनाओं को आहत करने और अपनी कारोबारी भावना का परिचय देने का प्रयास नहीं कर सकता है।

अंतर्मुखी होने से भी काम नहीं चलेगा। आखिरकार पूरा कारोबार दूसरों तक पहुंचने, दोस्त बनाने और लोगों को प्रभावित करने से संबंधित है। कोई बिक्री प्रतिनिधि केवल तभी कामयाब होता है जब वह अपने स्नेह और सेवा को अधिक से अधिक लोगों तक पहुंचाने में सफल होता है। लगभग हर व्यक्ति एक दोस्त होना चाहिए। साथ ही साथ, व्यक्ति को उस

स्थिति में निराश नही होना चाहिए जव लोग उसकी बात का जवाब न दें या कि सीधे ही ना कह दें ।

केस अध्ययन

1964 में, "एक अच्छा विक्रेता कैसे बन सकते हैं" विषय पर एक दिलचस्प अध्ययन हार्वर्ड बिजनेस रिव्यू में प्रकाशित हुआ था।लेखक डेविड मेयर और हरबर्ट एम. ग्रीनबर्ग सात वर्षों तक इस क्षेत्र की गहन शोध के बाद एक दिलचस्प जानकारी लेकर आए थे।

उन्होंने पाया कि एक अच्छे विक्रेता में दो बुनियादी गुण होने चाहिएः परानुभूति और जिजीविषा।

i. परानुभूति कोई भी उत्पाद या सेवा बेचने में सक्षम होने के लिए दूसरे व्यक्ति के समान महसूस करने की क्षमता है।एक बिक्री प्रतिनिधि को ग्राहक के मन में चल रही बातों के प्रति अधिक संवेदनशील होने और उसके दृष्टिकोण को अपनाने तथा तदनुसार संवाद करने की जरूरत होती है।

ii. जिजीविषा बिक्री के लिए बिक्री प्रतिनिधि की तीव्र उत्कंठा और प्रयास को दर्शाता है, न केवल धन अर्जित करने के लिए बल्कि इसलिए मी कि यह एक निजी जरूरत है जिसे व्यक्ति को पूरा करना है।

दूसरे शब्दों में, महान विक्रेताओं में आम तौर पर उत्कृष्टता प्राप्त करने और इस प्रक्रिया में अपनी वित्तीय स्थिति में सुधार करने की तेज भूख होती है। इसके अलावा उनमें एक उद्यमशीलता की भावना भी होती है - अपने काम को एक रोमांचक साहसिक कार्य के रूप में देखने और काम के एक ऐसे परिवेश की ओर देखने की इच्छा जहां सुरक्षा परिणाम हासिल करने की क्षमता से आती है। उनमें लोगों के साथ संबंध बनाने और जुड़ने की क्षमता भी होती है। वे दूसरों के साथ नेटवर्किंग करने, दोस्त बनाने और उन्हें प्रभावित करने में सहज होते हैं।

4. नैतिकता और बाजार व्यवहार

नैतिकता (ethics) प्राचीन यूनानी शब्द इथोस से निकला है जिसका मतलब है रिवाज और आदतें। लोकप्रिय भाषा में, नैतिकता (ethics) शब्द का प्रयोग नैतिक रूप से सही आचरण के लिए सिद्धांतों के एक सेट को निरूपित करने में किया जाता है।एक नैतिक व्यक्ति वह है

जिसके पास चरित्र है, जो सिद्धांतों पर जीता है और नैतिक रूप से सही आचरण का प्रदर्शन करता है। इसका अनिवार्य रूप से मतलब अपने अधिकारों के अनुरूप कार्य करना नहीं बल्कि यह सुनिश्चित करना है कि व्यक्ति सही काम कर रहा है। कार्यस्थल पर इसका मतलब ग्राहकों और अन्य सभी सहयोगियों के साथ अपने सभी कामकाज में ईमानदारी और निष्ठा के साथ कार्य करना है।

क) सुनहरे नियम (गोल्डन रूल)

नैतिकता के स्वर्ण नियम कई धार्मिक उपदेशों में देखे जाते हैं। इसके कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं:

i. हिंदू धर्मः "अच्छे लोग यह विचार करते हुए आगे बढ़ते हैं कि जो दूसरों के लिए उत्तम है वही उसके लिए भी उत्तम है।"(हितोपदेश, हिंदू धर्म)।"

ii. यहूदी धर्मः "आपको अपनी तरह अपने पड़ोसी का सम्मान करना चाहिए। (लेविटिकस 19:18, यहूदी धर्म)"

iii. ईसाई धर्मः "दूसरों के साथ वही व्यवहार करें जो आप दूसरों से करने की अपेक्षा रखते हैं। (मैथ्यू 07:12, ईसाई धर्म)"

iv. बौद्ध धर्मः जो बात आपको कष्ट देती है उससे दूसरों को कष्ट ना दें। (उदानवर्ग 5:18, बौद्ध धर्म)"

v. कन्फ्यूशीवादः जो व्यवहार आप अपने साथ किया जाना पसंद नहीं करते हैं, दूसरों के साथ ना करें। (एनालेक्ट्स 15:23, कन्फ्यूशीवाद)"

vi. इस्लामः आपमें से कोई भी आस्तिक नहीं है जब तक कि वह अपने भाई से वैसा प्रेम नहीं करता है जो वह अपने आपसे अपेक्षा रखता है।(परंपराएं, इस्लाम)"

ख) कार्य में नैतिकता

कुछ बहुत ही बुनियादी नैतिक सिद्धांत जिनका पालन किया जाना चाहिएः

- ✓ भला करें और नुकसान पहुंचाने से बचें
- ✓ निष्पक्ष रहें

✓ अपनी बात पर कायम रहें

✓ अपने आपके प्रति ईमानदार बनें

याद रखें, हमारा हर कार्य छः संघटकों के लिए एक दायित्व बन जाता है:

✓ प्रस्तावक

✓ कंपनी

✓ व्यवसाय

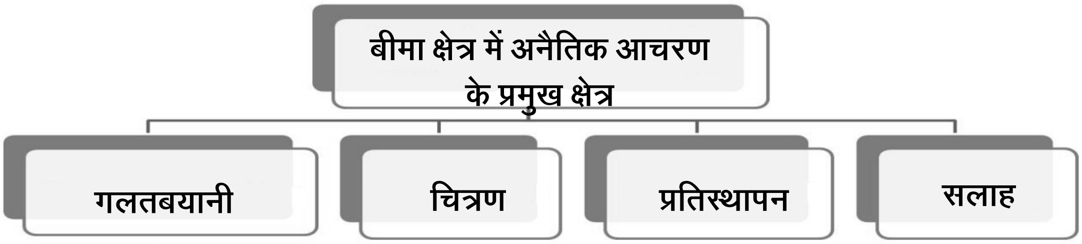
✓ संबद्ध व्यावसायिक

✓ स्वयं और हमसे संबंधित अन्य लोग और

✓ समाज और इसके क़ानून

किसी भी जीवन बीमा या अन्य वित्तीय सेवा कंपनी की सफलता के लिए एक महत्वपूर्ण तत्व बीमा और वित्तीय बाजार में व्यावसायिक प्रथाओं और बाजार संहिता के उच्च मानकों के प्रति मजबूत प्रतिबद्धता होता है।

चित्र 4: **बीमा क्षेत्र में अनैतिक आचरण के प्रमुख क्षेत्र**



बीमा क्षेत्र में अनैतिक व्यवहार के चार प्रमुख क्षेत्रों की पहचान की गई है:

i. गलतबयानी

ii. चित्रण

iii. प्रतिस्थापन और

iv. सलाह

आइए हम इनमें से प्रत्येक को देखें -

i. गलत बयानी: किसी चीज को दूसरी तरह से प्रस्तुत करना

बीमा के लिए किसी भी विज्ञापन को अनुचित माना जाता है अगर यह उत्पाद की पहचान बीमा के रूप में करने में विफल रहता है और यह कंपनी तथा उसके एजेंटों द्वारा जारी किये जाने वाले विज्ञापनों के लिए लागू होता है। एजेंट को बिक्री के समय नियमों का पालन करना होता है जैसे बीमा उत्पाद के सही लाभों और विशेषताओं को समझाना। विनियम कहता है कि बीमा के लाभों का दायरा संभावित ग्राहक को दिखाई जाने वाली विवरणिका में स्पष्ट रूप से उल्लिखित होना चाहिए।

ii. वर्णन (चित्रण)

सभी कंपनियां बिक्री का वर्णन उपलब्ध कराने के लिए एक मानक प्रारूप का पालन करती हैं। संभावित आय के संबंध में दो परिदृश्यों के साथ वर्णन उपलब्ध कराना अनिवार्य है, एक आशावादी और एक रूढ़िवादी। केवल एक परिदृश्य प्रस्तुत करना और यह बताना कि जो वर्णन दिया गया है सही होगा, अनैतिक माना जाता है। यूलिप संबंधी 2008 के आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार, पॉलिसीधारक को प्रस्ताव प्रपत्र के साथ-साथ व्यावसायिक वर्णन पर भी हस्ताक्षर करना चाहिए।

iii. प्रतिस्थापन

समर्पण, राशि में कमी, कम चुकता बीमा में परिवर्तन, विस्तारित अवधि के बीमा में परिवर्तन, नई पॉलिसी खरीदने के लिए पॉलिसी ऋण लेना, नई योजना खरीदने के लिए मौजूदा योजना से 25% से अधिक का आहरण या एक नई पॉलिसी खरीदने के लिए मौजूदा पॉलिसी में चूक सामान्यतः पॉलिसीधारक के सर्वोत्तम हित में नहीं होता है।

iv. सलाह

अगर आप एक वकील या सीए नहीं हैं तो कोई भी कानूनी या कर संबंधी सलाह ना दें ।

गलत हाथों में बेचना और इसके परिणाम

हाल के वर्षों में गलत हाथों में बेचने के मुद्दे को काफी महत्व मिला है और यह काफी कड़े विरोध का विषय रहा है। ऐसा आंशिक रूप से बाजार व्यवहार की समस्याओं के संबंध में उद्योग में उत्पन्न होने वाले आत्मविश्वास के संकट की वजह से है।

गलत हाथों में बिक्री के कई रूप हो सकते हैं - जैसे कि पॉलिसियां खरीदार की जरूरतों या उसकी जोखिम उठाने की क्षमता पर उचित ध्यान दिए बिना बेची जा रही हैं; प्राप्त होने वाले लाभों के बारे में वर्णन यह बताए बिना किया जाता है कि वास्तव में ग्राहक को कितनी लागत/मूल्य चुकानी पड़ेगी; निवेश लिंक्ड पॉलिसियों के लाभों का वर्णन किया जाता है लेकिन ग्राहक को यह नहीं बताया जाता है कि लाभ गारंटीकृत नहीं हैं बल्कि बीमा कंपनी के निवेश निष्पादन पर निर्भर करते हैं।

गलत हाथों में बेचने के कई प्रभाव है जो सभी प्रतिभागियों के लिए प्रतिकूल होते हैं। कंपनियों और पूरे उद्योग को बदनामी मिलती है और यह व्यवसाय के नुकसान और विकास की कमी में दिखाई देता है। गलत हाथों में बेचने वाले एजेंट और अन्य बिक्री प्रतिनिधि देर-सबेर बाजार में अपनी विश्वसनीयता खो देते हैं क्योंकि इन लोगों के साथ कड़वे अनुभव रखने वाले ग्राहक दूसरों के पास उनकी बुराई करते हैं। अंत में सामान्यतः ग्राहकों का विश्वास खोने का परिणाम होता है जीवन बीमा में अब ऐसा उत्पाद नहीं रह जाना जिसे लोग खरीदना चाहते हैं। इसके गंभीर सामाजिक परिणाम हो सकते हैं क्योंकि इसके परिणामस्वरूप लोगों का एक बड़ा वर्ग बीमा से इनकार कर देता है जबकि उसको इसके लाभों की जरूरत थी।

ग) नैतिक आचार संहिता

यहां संभवतः बीमा बाजार मानक एसोसिएशन (आईएमएसए) के कुछ सिद्धांतों को प्रस्तुत करना प्रासंगिक होगाः

सिद्धांत 1	ईमानदारी और निष्पक्षता के उच्च मानकों के अनुसार व्यवसाय संचालन करने और उन्हीं परिस्थितियों में अपने ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में यह अपने आप पर लागू होगा या इसकी मांग करेगा।
सिद्धांत 2	सक्षम और ग्राहक केंद्रित बिक्री और सेवा प्रदान करना।
सिद्धांत 3	सक्रिय और निष्पक्ष प्रतिस्पर्धा में संलग्न होना।

सिद्धांत 4	ऐसे विज्ञापन और बिक्री सामग्री प्रदान करना जो उद्देश्य और ईमानदारी के मामले में स्पष्ट और सामग्री के मामले में निष्पक्ष है।
सिद्धांत 5	ग्राहकों की शिकायतों और विवादों के निष्पक्ष और शीघ्र निपटान की व्यवस्था करना।
सिद्धांत 6	पर्यवेक्षण और समीक्षा की एक ऐसी व्यवस्था बनाए रखना जो बाजार के नैतिक आचरण के इन सिद्धांतों का अनुपालन करके प्राप्त करने के लिए तैयार किया गया है।

घ) एजेंटों के लिए आईआरडीए की नैतिकता और बाजार व्यवहार संहिता

आइए, हम एजेंटों के लिए आईआरडीए द्वारा निर्धारित नैतिकता और बाजार व्यवहार संहिता पर एक नजर डालते हैं। ये नीचे सूचीबद्ध हैं।

हर बीमा एजेंट यह करेगा -

i. अपने आपकी और जिस बीमा कंपनी का बीमा एजेंट है उसकी पहचान कराएगा;

ii. मांगे जाने पर संभावित ग्राहक को अपना लाइसेंस दिखाएगा;

iii. अपनी बीमा कंपनी द्वारा बिक्री के लिए उपलब्ध कराए गए बीमा उत्पादों के संबंध में अपेक्षित जानकारी का प्रसार करेगा और एक विशेष बीमा योजना की सिफारिश करते समय संभावित ग्राहक की जरूरतों पर ध्यान देगा;

iv. संभावित ग्राहक द्वारा पूछे जाने पर, बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन का खुलासा करेगा;

v. बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा लिया जाने वाला प्रीमियम बताएगा;

iv. बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में आवश्यक जानकारी की प्रकृति और बीमा संविदा की खरीद में तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण के महत्व के बारे में संभावित ग्राहक को समझाएगा;

vi. बीमा कंपनी को प्रस्तुत किये जाने वाले हर प्रस्ताव के साथ एक रिपोर्ट (जिसे बीमा एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट कहा जाता है) के रूप में संभावित ग्राहक की किसी प्रतिकूल आदत या

आय की असंगतता और ऐसे किसी भी वास्तविक तथ्य के बारे में, जो प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में बीमा कंपनी के बीमालेखन निर्णय पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है, संभावित ग्राहक के बारे में सभी यथोचित पूछताछ करके बीमा कंपनी को सूचित करेगा;

viii. बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति के बारे में प्रस्तावक को तुरंत सूचित करेगा;

ix. बीमा कंपनी के पास प्रस्ताव प्रपत्र फ़ाइल करने के समय अपेक्षित दस्तावेज; और प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा बाद में मांगे जाने वाले अन्य दस्तावेज उपलब्ध करेगा;

x. बीमा कंपनी द्वारा दावों के निपटान के लिए आवश्यकताओं के अनुपालन में पॉलिसीधारक या दावेदारों या लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

xi. हर व्यक्तिगत पॉलिसीधारक को नामांकन या समनुदेशन या पते में परिवर्तन या विकल्पों के प्रयोग, जैसा भी मामला हो, की सलाह देगा और जहां कहीं भी आवश्यक हो, इस संबंध में आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

कोई भी बीमा एजेंट यह नहीं करेगा

i. वैध लाइसेंस रखे बिना बीमा व्यवसाय मांगना या प्राप्त करना;

ii. प्रस्ताव प्रपत्र में किसी भी तथ्यात्मक जानकारी में चूक करने के लिए प्रस्तावक को प्रेरित करना;

iii. प्रस्ताव की स्वीकृति के लिए बीमा कंपनी को प्रस्तुत किये जाने वाले प्रस्ताव प्रपत्र या दस्तावेजों में गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए प्रस्तावक को प्रेरित करना;

iv. प्रस्तावक के साथ अभद्र तरीके से व्यवहार करना;

v. किसी भी अन्य बीमा एजेंट द्वारा लाए गए किसी भी प्रस्ताव में हस्तक्षेप करना;

vi. अपनी बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, नियमों और शर्तों की अलग पेशकश करना;

vii. बीमा संविदा के तहत लाभार्थी से आय का एक हिस्सा मांगना या प्राप्त करना;

viii. मौजूदा पॉलिसी को समाप्त करने और इस तरह के समापन की तिथि से तीन वर्ष के भीतर उससे एक नया प्रस्ताव कराने के लिए पॉलिसीधारक पर दबाव डालना;

ix. बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के संबंध में नए लाइसेंस के लिए आवेदन करना, अगर उसके लाइसेंस को नामित व्यक्ति द्वारा पहले रद्द कर दिया गया था, और ऐसे रद्द करने की तिथि से पांच वर्ष की अवधि नहीं बीती है;

x. किसी बीमा कंपनी का निदेशक बनना या होना;

हर बीमा एजेंट स्वयं के माध्यम से पहले से प्राप्त बीमा व्यवसाय के संरक्षण के दृष्टिकोण के साथ, पॉलिसीधारक को मौखिक रूप से या लिखित में सूचना देकर निर्धारित समय के भीतर पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम का प्रेषण सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास करेगा।

5. **व्यावसायिकता**

व्यावसायिकता का क्या मतलब है?

परिभाषा
वेबस्टर की डिक्शनरी व्यावसायिकता (प्रोफेशनलिज्म) शब्द का दो तरीके से प्रयोग करता है:

i. एक, लाभ या आजीविका के लिए किसी व्यवहार को अपनाना

ii. दूसरा अर्थ आचरण, उद्देश्य या गुणों के संदर्भ में है जो किसी व्यवहार या व्यावसायिक व्यक्ति की पहचान होती है या कराती है।

आइए, हम दूसरी परिभाषा को अधिक बारीकी से देखें।

क) व्यावसायिक व्यक्तियों के लक्षण

अगर हम चिकित्सक वकील या चार्टर्ड एकाउंटेंट जैसे कुछ व्यावसायिक व्यक्तियों को देखें, जिनसे हम नियमित रूप से मिलते रहते हैं, तो इनमें हमें कुछ विशिष्ट लक्षण दिखाई देंगे:

i. सबसे पहले यह कि इन्हें शिक्षा की एक व्यापक प्रक्रिया के माध्यम से योग्यता प्राप्त हुई है और इनके पास सुव्यवस्थित ढंग से प्राप्त पर्याप्त जानकारी होती है।

ii. दूसरे, हम देखेंगे कि वे अपने कामों से एक उच्चस्तरीय तकनीकी कौशल प्राप्त करते हैं।वे अभ्यास के कुछ स्वीकृत नियमों का पालन करते हैं जो उस व्यवसाय में वर्षों के अनुभव से वैज्ञानिक तरीके से प्राप्त किए गए हैं। यद्यपि चिकित्सकों और सर्जनों में कौशल के विभिन्न स्तर मौजूद हो सकते हैं, वे एक जांची-परखी प्रक्रिया को अपनाते हैं जो उद्देश्यपरक है।

iii. तीसरे, वे उच्चस्तरीय नैतिक मानकों का पालन करते हैं।विशेष रूप से इसका मतलब ग्राहकों के हितों को अपने हितों से ऊपर रखना और नैतिक रूप से सही आचरण तथा व्यवहार का पालन करना है।

iv. व्यावसायिकता की चौथी विशेषता आजीवन सीखने और निरंतर व्यावसायिक विकास के लिए एक प्रतिबद्धता है। कई व्यवसायों में आमतौर पर ऐसी पेशेवर संस्थाएं या संघ होते हैं जिनका गठन व्यवसाय के हितों को बढ़ावा देने के साथ-साथ अपने सदस्यों को अपनी जानकारी में निरंतर सुधार करने और अपने कौशल को बढ़ाने में सहायता करने और सक्षम बनाने के लिए किया गया है।

स्व-परीक्षण 2

1964 में, हार्वर्ड बिजनेस रिव्यू ने "एक अच्छा विक्रेता कैसे बनें" विषय पर एक अध्ययन प्रकाशित किया था।लेखक एक रोचक जानकारी लेकर आए थे। उन्होंने पाया कि एक अच्छे विक्रेता में दो बुनियादी गुण होने चाहिए। ये दो गुण कौन से हैं?

I. स्नेह और सफलता के लिए उत्साह

II. धैर्य और समर्थक-सक्रियता

III. परानुभूति एवं जिजीविषा

IV. विकास की भूख और आत्मविश्वास

ग. एजेंटों की भर्ती, प्रशिक्षण और लाइसेंस प्रदान करने की प्रक्रिया

भारत में एजेंटों के संबंध में आईआरडीए के विनियम जीवन बीमा एजेंसी कारोबार में व्यावसायिकता का तत्व लाने के दृष्टिकोण के साथ डिजाइन किए गए हैं। आइए हम इनमें से कुछ पर विचार करें।

1. एजेंट के विनियम

क) एजेंट की लिए अनिवार्य न्यूनतम योग्यता स्तर

विनियामक ने यह निर्धारित किया है कि जीवन बीमा कंपनी के व्यक्तिगत एजेंट के रूप में भर्ती के इच्छुक आवेदक को किसी भी बोर्ड या संस्थान से बारहवीं कक्षा या इसके समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण होना चाहिए। ग्रामीण क्षेत्रों (पिछली जनगणना के अनुसार 5000 से कम आबादी वाले) के मामले में आवेदक को दसवीं या समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण होना चाहिए।

ख) भर्ती से पूर्व व्यावहारिक प्रशिक्षण

जब कोई आवेदक पहली बार लाइसेंस की मांग कर रहा है, उससे जीवन बीमा में (एक अनुमोदित संस्था से) 50 घंटे (समग्र लाइसेंस के लिए आवेदन करने वाले उम्मीदवार के मामले में 75 घंटे) के व्यावहारिक प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरने की अपेक्षा की जाती है। तथापि, अगर आवेदक के पास अतिरिक्त योग्यता है तो व्यावहारिक प्रशिक्षण की आवश्यकता से छूट दी जाती है।

ग) परीक्षा

व्यावहारिक प्रशिक्षण के बाद आवेदक को भारतीय बीमा संस्थान (आईआईआई) या किसी भी अन्य अनुमोदित परीक्षा संस्था द्वारा आयोजित परीक्षा में बैठना आवश्यक है।

घ) लाइसेंस जारी करना

इस बात की पुष्टि करने के बाद कि आवेदक के पास

i. न्यूनतम आवश्यक योग्यता है;

ii. वह व्यावहारिक प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरा था;

iii. परीक्षा उत्तीर्ण की है;

iv. बीमा व्यवसाय मांगने और प्राप्त करने की जानकारी है और

v. पॉलिसीधारकों को आवश्यक सेवा प्रदान करने में सक्षम है,

बीमा कंपनी के नामित अधिकारी आवेदक को लाइसेंस जारी कर सकते हैं

च) नैतिकता और आचार संहिता

एजेंट लगातार नैतिकता और आचार संहिता से बंधा हुआ है।

छ) लाइसेंस का नवीकरण

एजेंट को जारी किया गया लाइसेंस तीन वर्ष के लिए वैध रहता है और इसे नवीकृत किया जाना आवश्यक है। लाइसेंस का नवीकरण किए जाने से पहले आवेदक को एक अनुमोदित संस्थान से 25 घंटे (समग्र लाइसेंस के मामले में 35 घंटे) के नवीनीकरण प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरना होगा।

ज) लाइसेंस रद्द करना

बीमा कंपनी के नामित अधिकारी लाइसेंस को रद्द कर सकते हैं अगर एजेंट किसी प्रकार अयोग्य हो जाता है जैसे :

i. मानसिक स्थिति ठीक न होना;

ii. किसी आपराधिक गबन, विश्वासघात, जालसाजी, धोखाधड़ी आदि का दोषी पाया गया है;

iii. बीमाधारक या बीमा कंपनी के विरुद्ध किसी धोखाधड़ी, बेईमानी या गलतबयानी में शामिल रहा है;

iii. बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 42 की उपधारा (4) में वर्णित किसी भी आचार संहिता आदि का पालन नहीं किया है।

2. व्यक्तिगत एजेंटों की चिरस्थायिता के लिए दिशानिर्देश

परिभाषा

किसी अवधि के दौरान चिरस्थायिता को "अवधि की शुरुआत में कुल चालू पॉलिसियों से अवधि के अंत में बाकी बची चालू पॉलिसियों का अनुपात" के रूप में परिभाषित किया गया है।

दूसरे शब्दों में, चिरस्थायिता व्यपगत हुए बिना या समर्पण किए बिना चालू रहने वाले व्यवसाय का प्रतिशत है। चिरस्थायिता की कमी का मतलब अधिक चूक (व्यपगत) होना और इसके विपरीत है। चिरस्थायिता के अंकों की गणना प्रीमियम के अनुसार और पॉलिसी संख्या के हिसाब से की जा सकती थी।

ऐसा देखा गया है कि बिक्री की गुणवत्ता पॉलिसियों की चिरस्थायिता दर को प्रभावित करती है। अगर बिक्री की गुणवत्ता उच्च या अच्छी है (जिसका मतलब है कि समाधान ग्राहक की जरूरत(तों) के आधार पर उपलब्ध कराया गया है) तो पॉलिसीधारक पॉलिसी को व्यपगत या समर्पण कराना नहीं चाहेगा और अंततः इसकी चिरस्थायिता अधिक और विपरीत स्थिति में इसके विपरीत होगी।

यह सब करते हुए भी एजेंट को कम चिरस्थायिता के लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया गया था और केवल बीमा कंपनी को ही इस कम चिरस्थायिता का आघात सहन करना पड़ता था। तथापि, 1 जुलाई 2014 से प्रभावी होकर जैसे ही चिरस्थायिता संबंधी दिशानिर्देश लागू होते हैं, यह स्थिति बदल जाएगी।

3. मानक प्रस्ताव प्रपत्र

सितंबर 2012 से प्रभावी, सभी जीवन बीमा कंपनियों द्वारा सभी व्यक्तिगत पॉलिसियों के लिए एक मानक प्रस्ताव प्रपत्र अपनाया गया है। यह जून 2012 में आईआरडीए द्वारा जारी किए गए जोखिम दिशानिर्देशों के मसौदे पर आधारित है।

इस मानक प्रस्ताव प्रपत्र में विभिन्न खंड शामिल हैं। संभावित ग्राहकों के विवरण, संभावित ग्राहकों की आवश्यकताएं और उसमें एजेंट की सिफारिश से संबंधित खंड अनिवार्य है। बीमा कंपनियों को भी की गई सिफारिशों के औचित्य के साथ ग्राहक की आवश्यकताओं के विश्लेषण की पर्याप्तता को मापने के लिए एक प्रणाली स्थापित करने की आवश्यकता है।

सूचना

मिलियन डॉलर राउंड टेबल (एमडीआरटी)

1927 में स्थापित, एमडीआरटी एक अंतरराष्ट्रीय स्वतंत्र संस्था है जिसके कई हजार सदस्य हैं और जो 76 देशों में सैकड़ों जीवन बीमा कंपनियों का प्रतिनिधित्व करती है।

एमडीआरटी सदस्यों को अंतरराष्ट्रीय स्तर पर जीवन बीमा और वित्तीय सेवा उद्योग में बिक्री की उत्कृष्टता के मानक के रूप में मान्यता मिलती है - ये ऐसे पेशेवर/सलाहकार हैं जो अनुकरणीय प्रदर्शन और नैतिकता, जानकारी, सेवा और उत्पादकता के उच्च स्तरों पर अपने ग्राहकों को सेवाएं प्रदान करते हैं।

कोई एजेंट एक पेशेवर के रूप में कैसे प्रगति करता है और फिर एजेंसी व्यवसाय में एक चैंपियन बिक्री निर्माता बन कर कैरियर के ग्राफ को ऊपर ले जाता है?

इस सवाल का जवाब जानने के लिए उस भूमिका को समझना आवश्यक है जिसकी एक जीवन बीमा एजेंट द्वारा निभाए जाने की अपेक्षा की जाती है। जब हम "भूमिका" शब्द की बात करते हैं तो इसका अर्थ वह विशेष तरीका है जिससे एजेंट अपने ग्राहक के लिए अपना महत्त्व बढ़ाता है।

हमें याद रखना चाहिए कि ज्यादातर एजेंट उत्पाद बेचते हैं। इनमें से कुछ ही अपने ग्राहकों के लिए एक उत्तम बिक्री अनुभव बनाते हैं।

4. एजेंसी के कार्य

एजेंसी के कार्य में दो विशिष्ट कार्य शामिल होते हैं:

i. ग्राहक के साथ संबंध बनाना - जो विश्वास और भरोसे को प्रेरित करता है।

ii. ग्राहक को विशेषज्ञ वित्तीय सलाह प्रदान करना - जो ग्राहक को सबसे उपयुक्त तरीके से बीमा के लिए उसकी जरूरतों को पूरा करने में सक्षम बनाता है।

एजेंट के विकास के चरण

आइए, हम देखें कि कैसे ये दो कार्य एक एजेंट के कैरियर के पथ पर सफलता की दिशा में आगे बढ़ने और एक चैंपियन विक्रेता बनने के साथ विकसित होते हैं। एजेंट की प्रगति की परिकल्पना वास्तव में तीन चरणों के माध्यम से होने वाली प्रगति के रूप में की जा सकती है।

क) विक्रेता के रूप में

इस चरण में एजेंट के पास व्यक्तिगत संपर्कों का एक दायरा होता है जहां वह एक या दो उत्पादों और इनके लाभों पर जोर देने की कोशिश करता है। वह मोटे तौर पर "दोस्ती करता है" और अपने पास उपलब्ध उत्पादों के लिए ग्राहक जुटाता है। कभी-कभी कौई एजेंट भाग्यशाली होता है - जब संभावित ग्राहक को एक विशेष उत्पाद या समाधान की तलाश होती है या कभी-कभी बीमा एक निजी एहसान के रूप में लिया जा सकता है। कई एजेंट यहां हथियार डाल देते हैं - अस्वीकृति, अनिश्चितता की भावना और आत्मसम्मान की क्षति को सहन करना मुश्किल हो जाता है।

ख) एक सम्मानित पेशेवर सलाहकार या बीमा, व्यक्तिगत वित्तपोषण और जीवनचक्र नियोजन के क्षेत्र में सलाहकार के रूप में।

दूसरा चरण तब शुरू होता है जब एजेंट सिर्फ "हाथ मिलाने" से आगे बढ़ कर "हाथ पकड़ने" तक जाता है। अब वह न केवल अपने पास उपलब्ध उत्पादों को बेचने की कोशिश करता है बल्कि वह ग्राहक की जरूरतों में दिलचस्पी लेने लगाता है - ग्राहक की जरूरतों के बारे में पूछता है और उसे समझने की कोशिश करता है, उत्पादों और सेवाओं की जानकारी का प्रदर्शन करता है और ऐसी वित्तीय सलाह की पेशकश करने में निपुण होता है जो निष्पक्ष और उसके ग्राहक के सर्वोत्तम हित में होता है।

इस चरण में एजेंट ग्राहकों के एक बड़े से बड़े वर्ग के साथ गहरा संबंध स्थापित करना शुरू कर देता है और अपने द्वारा बनाए गए ग्राहकों के वर्ग से नवीकरण कमीशन का एक प्रवाह अर्जित करने लगता है। उत्पादकता काफी बढ़ जाती है क्योंकि अब एजेंट एक उच्च रूपांतरण दर प्राप्त करने (संभावित ग्राहकों को ग्राहकों में बदलने) में सक्षम होता है। आंखें मूंद कर किया गया वर्गीकरण योजना को कारगर बनाने का रास्ता देता है - वह अब विभिन्न प्रकार की व्यक्तिगत और सामुदायिक सेवा और अन्य गतिविधियों में अधिक से अधिक संलग्न होता है, अपनी साख बढ़ाता है और व्यावसायिकता के लिए

प्रतिष्ठा प्राप्त करता है। उसे निरंतर संदर्भ प्राप्त होते हैं और वह एक संपर्क सूत्र बन जाता है जब लोग अपने जीवनचक्र के निवेशों की योजना बनाना चाहते हैं।

ग) सामाजिक उद्यमी के रूप में

तीसरा चरण वह है जब एजेंट प्रगति करके एक प्रकार का उद्यमी बन जाता है - एक ऐसे उद्यम का सीईओ जो बीमा और वित्तीय सलाह देता है तथा अन्य वित्तीय सेवाएं प्रदान करता है। उद्यम ग्राहकों के बड़े वर्ग के साथ एक 360 डिग्री के संबंधों पर उन्नति करता है, और यहां तक कि एक नेटवर्क रखने वाले अन्य उद्यमों / सेवा प्रदाताओं की सेवाएं सुरक्षित करने में ग्राहकों की मदद कर सकता है। नतीजतन सेवा और सहायता प्रणालियों की एक श्रृंखला ग्राहक के दरवाजे तक पहुंचाने में सक्षम होता है - आयकर रिटर्न दाखिल करने से लेकर अवकाश की योजना तैयार करने, वसीयत बनाने और स्वास्थ्य या शिक्षा पर सलाह देने तक। फर्म ग्राहकों के एक बड़े नेटवर्क के साथ आजीवन भागीदारी करते हुए उन्नति करता है।

जब आप जीवन बीमा एजेंसी में अपना कैरियर शुरू करने का फैसला करते हैं, आपको एक दूरदृष्टि के साथ प्रवेश करना चाहिए। आपको इस सवाल से आगे बढ़ना चाहिए कि आप क्या अर्जित कर सकते हैं और यह पूछना चाहिए कि आप कैसे सेवा प्रदान कर सकते हैं और कैसे अपने ग्राहकों की स्थिति में फर्क डाल सकते हैं। अगर आप ऐसे प्रयोजन के साथ आगे बढ़ते हैं, एजेंसी कैरियर में निश्चय ही संतुष्टि और कामयाबी आपके कदम चूमेगी।

स्व-परीक्षण 3

अवधि की शुरुआत में कुल चालू पॉलिसियों से अवधि के अंत में शेष पॉलिसियों के अनुपात को ______________ कहा जाता है।

I. चिरस्थायिता

II. निरंतरता

III. एकरूपता

IV. विश्वसनीयता

सारांश

- बीमा अधिनियम के अनुसार एजेंट वह व्यक्ति होता है जिसे अधिनियम की धारा 42 के तहत लाइसेंस प्राप्त है, बीमा विक्रेता बनने के लिए अधिकृत है और जिसे व्यवसाय की मांग, प्राप्ति और निरंतरता के लिए कमीशन का भुगतान किया जाता है।
- व्यक्तिगत एजेंसी के अलावा बीमा के अन्य चैनलों में शामिल हैं:
  - ✓ कॉरपोरेट एजेंसी
  - ✓ ब्रोकर
  - ✓ बैंकाश्योरेंस
  - ✓ डायरेक्ट मार्केटिंग
- एजेंसी कैरियर के माध्यम से, उच्च आय अर्जित करने की गुंजाइश के अलावा एक बीमा एजेंट जबरदस्त कार्य संतुष्टि और सामाजिक सम्मान भी हासिल कर सकता है अगर उसका काम नैतिक और पेशेवर तरीके से पूरा किया जाता है।
- बीमा एजेंट या सलाहकार के रूप में कैरियर में सफलता दिलाने में योगदान करने वाले गुणों में शामिल हैं:
  - ✓ पेट की भूख (आग)
  - ✓ अपनी सकारात्मक छवि
  - ✓ एक आत्मप्रेरित व्यक्ति बनना
  - ✓ लोगों के साथ संबंध बनाने और संवाद करने की क्षमता
- एक अच्छे विक्रेता में बुनियादी गुण होने चाहिए: परानुभूति और जिजीविषा
- बीमा क्षेत्र में अनैतिक आचरण के चार प्रमुख क्षेत्रों की पहचान की गई है:
  - ✓ गलत बयानी
  - ✓ वर्णन (चित्रण)
  - ✓ प्रतिस्थापन

✓ सलाह

- आईआरडीए ने एजेंटों के लिए एक आचार संहिता और बाजार व्यवहार संहिता निर्धारित की है।
- आईआरडीए ने बीमा एजेंटों की भर्ती, प्रशिक्षण और लाइसेंस देने की प्रक्रिया के लिए विनियम निर्धारित किए हैं।
- सितंबर 2012 से प्रभावी, सभी जीवन बीमा कंपनियों द्वारा सभी व्यक्तिगत पॉलिसियों के लिए एक मानक प्रस्ताव प्रपत्र अपनाया गया है। यह जून 2012 में आईआरडीए द्वारा जारी मसौदा उद्भासन दिशानिर्देशों पर आधारित है।
- एजेंसी कार्य में दो विशिष्ट कार्य शामिल हैं:

✓ ग्राहक के साथ संबंध बनाना - जो विश्वास और भरोसे को प्रेरित करता है

✓ ग्राहकों को विशेषज्ञ वित्तीय सलाह प्रदान करना - जो ग्राहक को सबसे उपयुक्त तरीके से बीमा के लिए उसकी जरूरतों को पूरा करने में सक्षम बनाता है।

प्रमुख शब्द

1. कॉरपोरेट एजेंसी
2. बैंकाश्योरेंस
3. व्यावसायिकता
4. चिरस्थायिता

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

कथन "व्यक्तिगत बीमा एजेंट का प्राथमिक संबंध और जिम्मेदारी बीमा खरीदार के लिए है, बीमा कंपनी के लिए नहीं" गलत है।

सही कथन है "व्यक्तिगत बीमा एजेंट का प्राथमिक संबंध और जिम्मेदारी बीमा कंपनी के लिए है, बीमा खरीदार के लिए नहीं।"

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

एक अच्छे विक्रेता में दो बुनियादी गुण परानुभूति और जिजीविषा होने चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

अवधि की शुरुआत में कुल चालू पॉलिसियों से अवधि के अंत में शेष चालू पॉलिसियों के अनुपात को चिरस्थायिता कहा जाता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

बीमा एजेंट आम तौर पर ____________________ का एक प्रतिनिधि होता है।

I. ग्राहक

II. बीमा कंपनी

III. सरकार

IV. आईआरडीए

प्रश्न 2

डायरेक्ट मार्केटिंग में इनमें से कौन सा शामिल है?

I. टेलीमार्केटिंग

II. बीमा एजेंट

III. बैंकाश्योरेंस

IV. उपरोक्त सभी

प्रश्न 3

"जो बात आपको कष्ट देती है उससे दूसरों को कष्ट ना दें" नैतिकता का यह सुनहरा नियम किस धर्म के उपदेश में दिया गया है?

I. बौद्ध धर्म

II. ईसाई धर्म

III. हिंदू धर्म

IV. यहूदी धर्म

प्रश्न 4

जब कोई आवेदक पहली बार लाइसेंस की मांग कर रहा है, उसे जीवन बीमा में __________ के व्यावहारिक प्रशिक्षण (एक अनुमोदित संस्था से) की प्रक्रिया से गुजरने की अपेक्षा की जाती है।

I. 25 घंटे

II. 50 घंटे

III. 75 घंटे

IV. 100 घंटे

प्रश्न 5

एजेंट को जारी किया गया लाइसेंस ___________ के लिए मान्य है।

I. एक वर्ष

II. दो वर्ष

III. तीन वर्ष

IV. पांच वर्ष

प्रश्न 6

भारतीय संविदा अधिनियम की धारा 182 के अनुसार, ______ किसी अन्य व्यक्ति के लिए कोई भी कार्य करने के लिए या किसी तीसरे व्यक्ति के साथ काम करने में दूसरे व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने के लिए नियुक्त किया गया एक व्यक्ति है।

I. प्रधान अधिकारी

II. प्रॉक्सी

III. मध्यस्थ

IV. एजेंट

प्रश्न 7

बीमा ब्रोकर _________ का प्रतिनिधित्व करता है।

I. बीमा कंपनी

II. बीमाधारक

III. बीमा कंपनियों का एसोसिएशन

IV. ऐसे लोगों का समुदाय जिन्होंने पहले से बीमा लिया है

प्रश्न 8

इनमें से कौन सा विकल्प बीमा बाजार मानक एसोसिएशन (आईएमएसए) सिद्धांतों के सिद्धांत 2 को दर्शाता है?

I. सक्षम और ग्राहक केंद्रित बिक्री और सेवा प्रदान करना।

II. सक्रिय और निष्पक्ष प्रतिस्पर्धा में संलग्न होना।

III. ग्राहकों की शिकायतों और विवादों के निष्पक्ष और शीघ्र निपटान के लिए व्यवस्था करना।

IV. पर्यवेक्षण और समीक्षा की एक व्यवस्था बनाए रखना जिसे नैतिक एवं बाजार व्यवहार संहिता के सिद्धांतों के अनुपालन के लिए यथोचित रूप से डिज़ाइन किया गया है।

प्रश्न 9

समग्र लाइसेंस का नवीकरण किए जाने से पहले आवेदक को एक अनुमोदित संस्था से __________ की नवीकरण प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरना होगा।

I. 25 घंटे

II. 50 घंटे

III. 35 घंटे

IV. 75 घंटे

प्रश्न 10

आईआरडीए ने _________ से चिरस्थायिता पर दिशानिर्देशों को लागू करने का निर्णय लिया है।

I. 1 जुलाई 2011

II. 1 जुलाई 2012

III. 1 जुलाई 2013

IV. 1 जुलाई 2014

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बीमा एजेंट आमतौर पर बीमा कंपनी का एक प्रतिनिधि होता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

डायरेक्ट मार्केटिंग में टेलीमार्केटिंग, मेल मार्केटिंग, इंटरनेट और वेब आधारित मार्केटिंग और कार्यस्थल मार्केटिंग शामिल है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

"जो बात आपको कष्ट देती है उससे दूसरों को कष्ट ना पहुंचाएं"नैतिकता का यह सुनहरा नियम बौद्ध धर्म के शिक्षण में दिया गया है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

जब कोई आवेदक पहली बार लाइसेंस की मांग कर रहा है, उसे जीवन बीमा में (एक अनुमोदित संस्था से) 50 घंटे के व्यावहारिक प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरने की अपेक्षा की जाती है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

एजेंट के लिए जारी किया गया लाइसेंस तीन वर्ष के लिए मान्य है।

उत्तर 6

सही विकल्प IV है।

भारतीय संविदा अधिनियम की धारा 182 के अनुसार, एजेंट वह व्यक्ति है जिसे किसी अन्य व्यक्ति के लिए कोई कार्य करने या किसी तीसरे व्यक्ति के साथ काम करने में दूसरे व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने के लिए नियुक्त किया गया होता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

एक बीमा ब्रोकर बीमाधारक का प्रतिनिधित्व करता है।

उत्तर 8

सही विकल्प I है।

बीमा बाजार के मानक एसोसिएशन (आईएमएसए) के सिद्धांतों का सिद्धांत 2 सक्षम और ग्राहक केंद्रित बिक्री और सेवा प्रदान करने को दर्शाता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

समग्र लाइसेंस नवीकरण किए जाने से पहले आवेदक को एक अनुमोदित संस्था से 35 घंटे के नवीकरण प्रशिक्षण की प्रक्रिया से गुजरना होगा।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

आईआरडीए ने 1 जुलाई 2014 से चिरस्थायिता पर दिशानिर्देशों को लागू करने का निर्णय लिया है।

अध्याय 18

जीवन बीमा बिक्री की प्रक्रिया

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य बिक्री की प्रक्रिया और इसके विभिन्न चरणों के बारे में समझाना है।

अध्ययन परिणाम

क. बिक्री प्रक्रिया

क. बिक्री प्रक्रिया

हममें से हर व्यक्ति लगभग अपने जन्म के दिन से ही बिक्री की प्रक्रिया में जुटा है। हर दिन हम एक दूसरे को अपने पसंदीदा तरीके से चीजों को करने (या नहीं करने) के लिए मनाने, प्रभावित करने और प्रेरित करने का प्रयास करते हैं। तथापि, इसका मतलब यह नहीं है कि हम सभी पेशेवर विक्रेता हैं।

परिभाषा

व्यवसाय के रूप में बिक्री का मतलब किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके व्यावसायिक लेनदेन के लिए राजी करने का कार्य है, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक कमाने के इरादे से पूरा किया जाता है।

इस प्रकार विक्रेता बिक्री से आजीविका अर्जित करने का प्रयास करता है।

बीमा एजेंट ऐसे विक्रेता हैं जो उस बीमा कंपनी द्वारा लिखित बीमा संविदाओं को खरीदने के लिए समुदाय के सदस्यों को प्रेरित करने का प्रयास करते हैं जिनका वे प्रतिनिधित्व करते हैं। बदले में उनको जो पारिश्रमिक मिलता है उसे कमीशन के रूप में जाना जाता है।

चित्र 1: बीमा बिक्री

अन्य उद्योगों और जीवन बीमा में बिक्री के प्रकार

जहां सभी तरह की बिक्री में किसी न किसी को खरीदने के लिए प्रेरित करना शामिल है, बिक्री की प्रक्रिया की प्रकृति अलग-अलग उद्योग में अलग-अलग हो सकती है और यह उत्पाद तथा उद्योग की प्रकृति पर निर्भर करेगा। नतीजतन विक्रेता की भूमिका भी बदल जाती है।

उदाहरण

i. तेज खपत वाली उपभोक्ता वस्तुएं (एफएमसीजी): इनकी बिक्री आम तौर पर बड़े पैमाने पर मॉल और अन्य खुदरा दुकानों के माध्यम से होती है।उदाहरण के लिए, साबुन जैसे उत्पादों का प्रचार मास मीडिया (विशेष रूप से टीवी और अन्य दृश्य मीडिया में विज्ञापन) के माध्यम से किया जाता है और ग्राहक एक खुदरा दुकान (जैसे एक दुकानदार या मॉल) में इनकी मांग करता है।

ii. शोरूम बिक्री: शो रूम में रखी एक कार की कीमत साबुन की एक टिकिया की तुलना में बहुत अधिक होती है और इसे खरीदने का निर्णय लेते समय खरीदार को स्वाभाविक रूप से सावधान रहना चाहिए।विक्रेता संभावित ग्राहक के पास नहीं जाता है बल्कि इसके बजाय संभावित ग्राहक स्वयं शोरूम में जाता है। विक्रेता को संभावित ग्राहक का विश्वास जीतना और कार की खरीद के लिए एक ठोस मामला बनाना होता है। यहां भूमिका अनिवार्य रूप से पूछताछ को एक बिक्री में बदलने की है।

iii. दवाएं और औषधियां: ये आम तौर पर एक चिकित्सक द्वारा निर्धारित किए जाने के बाद दवा की दुकान से खरीदी जाती हैं।दवा कंपनियों के चिकित्सा प्रतिनिधि अपनी कंपनी के उत्पादों को बेचने और उनकी विशेषताओं को बताने के लिए डॉक्टरों की क्लीनिक पर जाते हैं। यहां बिक्री के प्रयासों का लक्ष्य एक चिकित्सा विशेषज्ञ है जो फार्मेसी से इसे खरीदने वाले अंतिम खरीदार के लिए ब्रांड निर्धारित करता है। यहां विक्रेता की भूमिका मूल रूप से एक पेशेवर के साथ जटिल चिकित्सकीय जानकारी साझा करने की है।

iv. व्यवसाय से व्यवसाय (बी2बी बिक्री): यहां ग्राहक एक अन्य कंपनी है।खरीदने का फैसला कई व्यक्तियों द्वारा लिया जा सकता है और आम तौर पर यह निर्णय एक पैनल लेता है। खरीद आम तौर पर एक निविदा निकाल कर की जाती है और चयन का मापदंड निर्धारित और मापने योग्य होता है। निर्णय सावधानी पूर्वक विचार करके और विकल्पों के मूल्यांकन के आधार पर लिए जाते हैं। यहां विक्रेता की भूमिका प्रभावी ढंग से यह प्रदर्शित करने की है कि कैसे उत्पाद और कंपनी खरीद के मापदंड को प्रतिस्पर्धा से बेहतर ढंग से पूरा करती है। इसके लिए प्रस्तुति कौशल, कई दिग्गजों के साथ अच्छे संबंध बनाने और प्रतिक्रिया तथा जानकारी के प्रति संवेदनशील होने की आवश्यकता है जो सौदे को प्राप्त करने में मदद कर सकता है।

दो ऐसी बातें हैं जो जीवन बीमा की बिक्री को अन्य उत्पादों और उद्योगों से अलग करती हैं:

i. सबसे पहले यह कहा जाता है कि "जीवन बीमा बेचा जाता है, खरीदा नहीं जाता"।कई अन्य उत्पादों के मामले में, संभावित ग्राहक को उत्पाद की जरूरत होती है और वह पूछताछ शुरू

करता है। जीवन बीमा के मामले में, आम तौर पर विक्रेता को संभावित ग्राहक के पास जाना पड़ता है और वह खरीदने की जरूरत उत्पन्न करता है।

ii. दूसरा बड़ा अंतर यह है कि कई अन्य उत्पादों के विपरीत जीवन बीमा में व्यक्ति कोई ठोस उत्पाद नहीं बल्कि केवल एक विचार बेचता है - एक वादा जिसे केवल भविष्य में पूरा किया जाएगा।

बीमा विक्रेता की भूमिका इस वादे को बेचने और इसका संबंध संभावित ग्राहक के साथ इस प्रकार जोड़ने की है कि दूर भविष्य में वादे को पूरा करने के बारे में विश्वास और भरोसा जीता जा सके। व्यक्ति दर व्यक्ति, आंख दर आंख बेचने का तत्व संभवतः किसी अन्य व्यवसाय की तुलना में जीवन बीमा में कहीं अधिक है। यह उन कारणों में से एक है कि जीवन बीमा बेचना क्यों मुश्किल माना जाता है। यही कारण है कि दुनिया के कुछ सबसे महानतम और सुविख्यात विक्रेता जीवन बीमा उद्योग में अपने पंख फैलाने में सफल रहे।

बिक्री की प्रक्रिया

बेचना कला और विज्ञान दोनों है। यह इस अर्थ में कला है कि हर विक्रेता अपने संवाद करने के तरीके में अपनी विशिष्ट शैली का प्रयोग करता है, संभावित ग्राहकों के साथ घनिष्ठता और संबंध कायम करता है, तथ्यों का पता लगाने में संलग्न होता है और समाधान प्रस्तुत करता है। क्या इसका मतलब है कि केवल ऐसे कुछ व्यक्ति जिनके पास इस तरह के विशिष्ट कौशल हैं वही सफल हो सकते हैं?

यह सही है कि विक्रेताओं की शैली और कौशल में काफी अंतर हो सकता है और उनकी सफलता की संभावनाएं भिन्न हो सकती हैं। उनमें से कुछ लोग बड़ी संख्या में संभावित ग्राहकों के साथ तेजी से संबंध बनाने और कम समय में उनको कुशलतापूर्वक ग्राहकों में तब्दील करने में सक्षम हो सकते हैं। अन्य लोग धीरे-धीरे सीखने और अधिक धीरे-धीरे कदम बढ़ाने वाले हो सकते हैं। व्यक्ति को यह सच्चाई जानना जरूरी है कि जब तक विफलताओं के बावजूद व्यक्ति अपने हथियार नहीं डालता है या शिथिल नहीं पड़ता है बल्कि अपने पथ पर अग्रसर रहता है, औसत का नियम उसकी सहायता में सामने आएगा।

यह नियम क्या है? इसका मतलब है कि अगर कोई विक्रेता औसतन हर बीस या तीस संपर्क किए गए लोगों में से किसी एक को ग्राहक में तब्दील करने में सक्षम है तो उसे बस एक मानक प्रक्रिया अपनाने और हार माने बिना अधिक से अधिक लोगों से संपर्क करते रहने की जरूरत है। समय के साथ ग्राहक आधार बनना शुरू हो जाएगा। कुछ विक्रेताओं को अन्य की तुलना में लंबा समय लग सकता है लेकिन सफलता सुनिश्चित है। चिरस्थायिता ही कारोबार में कारगर साबित होती है।

यही हमें स्पष्ट रूप से क्रमबद्ध चरणों के साथ एक सुपरिभाषित बिक्री प्रक्रिया का पालन करने के महत्व को समझाता है। आइए हम इन चरणों को रेखांकित करें:

चित्र 2: बिक्री प्रक्रिया

आइए अब हम इनमें से हर प्रक्रिया को कुछ विस्तार में देखें।

चरण I: पूर्वेक्षण यानी संभावनाओं की तलाश (संभावित ग्राहकों की पहचान करना और उनकी एक सूची बनाना)

संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जिनको हम अपने उत्पाद बेच सकते हैं। पूर्वेक्षण यानी संभावनाओं की खोज ऐसे लोगों के नाम एकत्र करने की प्रक्रिया है जिनसे हम एक बिक्री साक्षात्कार सुरक्षित करने के लिए संपर्क कर सकते हैं। लगातार पूर्वेक्षण एक सफल बिक्री कैरियर के लिए पूरी तरह से महत्वपूर्ण है।

विशेष बाजारों को लक्ष्य बनाना कुशल पूर्वेक्षण की कुंजी है जहां हम ऐसे लोगों को बुलाएंगे जिनके एक या एक से अधिक लक्षण एक समान हैं। इन लोगों के साथ मजबूत संबंध बना कर हम उनकी रुचि तुरंत बेचे जाने वाले उत्पादों में जगा सकते हैं जो पूर्वेक्षण की प्रक्रिया को बहुत आसान बना देता है। आइए हम इनमें से कुछ बाजारों पर नजर डालें।

क) तत्काल समूह

किसी व्यक्ति के परिवार और दोस्तों से संपर्क करना सबसे आसान होता है। हम इन लोगों की आवश्यकताओं को जानते हैं और एक अनुकूल आधार पर इनके संपर्क करने में सक्षम होंगे। इसके अलावा उन लोगों से भी संपर्क करना आसान है जिनके साथ हम कारोबार करते हैं; जो खाद्य पदार्थों के दुकानों, कपड़े की दुकानों, बैंक आदि में काम करते हैं। ऐसे अन्य लोगों में हमारे जानने वाले लोग जैसे दोस्त, परिचित व्यक्ति, एक ही संगठन से संबंधित व्यक्ति और इसी प्रकार के लोग शामिल होंगे। संक्षेप में, ये संभावित ग्राहक उस बाजार का हिस्सा बनते हैं जिसे हम विक्रेता का स्वाभाविक बाजार कहते हैं। ये ऐसे लोग है जिनको कम से कम हमें एक साक्षात्कार का मौक़ा देना चाहिए अगर हम इनसे संपर्क करते हैं।

ख) स्वाभाविक बाजार

संपर्क का एक दूसरा स्रोत स्वाभाविक बाजार है। इसमें ऐसे लोग शामिल हैं जो व्यक्ति के रिश्तेदारों, दोस्तों और अन्य परिचितों के तत्काल समूह का हिस्सा नहीं हो सकते हैं लेकिन व्यक्ति इन लोगों के साथ कुछ बातें आम होने के कारण इनके बारे में जानने और इनसे परिचित होने की स्थिति में होता है। अगर हम बस अपने आसपास देखें तो हमें कई ऐसे समूह दिखाई देंगे जो हमारे स्वाभाविक बाजार का हिस्सा बन सकते हैं:

- ✓ एक जाति या समुदाय संघ के सदस्य;
- ✓ एक चर्च मंडली या सत्संग समूह के सदस्य;
- ✓ माता-पिता - शिक्षक संघ (पीटीए) के सदस्य;
- ✓ सांस्कृतिक संघ या मंदिर उत्सव समिति या व्यापार संघ के सदस्य।

ग) प्रभाव के केंद्र (सीओआई)

एक बड़ी संख्या में संभावित ग्राहकों तक पहुंचने का एक तरीका ऐसे लोगों से सहायता लेना है जो प्रत्यक्ष और प्रभावशाली नेता हैं और जिनकी बातों को अन्य लोग महत्त्व देते हैं। हम प्रभाव के केंद्रों - सामुदायिक नेताओं, सामाजिक और राजनीतिक कार्यकर्ताओं, पेशेवर लोगों जैसे चार्टर्ड एकाउंटेंट या वकील या जाने-माने व्यवसायियों की बात कर रहे हैं।

इसका राज यह है कि इस व्यक्ति को एक संतुष्ट ग्राहक के रूप में सुरक्षित करने जिनको आपने अच्छी तरह सेवा प्रदान की है और फिर अन्य नए संभावित ग्राहक ढूंढने में उनकी सहायता मांगने में है। यहां तक कि अगर वह व्यक्ति अभी तक आपका ग्राहक नहीं बना है, फिर भी यह पर्याप्त है कि उसे अन्य लोगों की सहायता करने में आपकी प्रतिबद्धता और जूनून की जानकारी होनी चाहिए और आपकी जानकारी तथा व्यावसायिकता की भावना को लेकर आश्वस्त होना चाहिए। एक अन्य महत्वपूर्ण शर्त है कि वह आपको पसंद करता हो और आपकी मदद करने में उसकी रुचि होनी चाहिए।

घ) संदर्भ, परिचय और अनुशंसा

जिस तरह आप प्रभाव के केंद्र का फायदा उठा सकते हैं, उसी तरह ऐसे अन्य संतुष्ट ग्राहकों और संभावित ग्राहकों की सहायता भी मांग सकते हैं जिन्होंने किसी कारण से आपसे बीमा नहीं खरीदा है या नहीं खरीद सकता हैं, लेकिन फिर भी आपकी प्रतिबद्धता और व्यावसायिकता से आपसे प्रभावित हैं और आपके प्रति अनुकूल झुकाव रखते हैं।

i. संदर्भ (रेफरेंस) एक अन्य संभावित ग्राहक का नाम है जिसे आपके ग्राहक या संभावित ग्राहक या प्रभाव के केंद्र या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा एक लीड के तौर पर दिया गया है जिसे आप अपने समाधानों के साथ सहायता करने में सक्षम हो सकते हैं।

ii. परिचयः एक बेहतर तरीका परिचय की मांग करना हो सकता है।यहां विक्रेता संदर्भित व्यक्ति के लिए एक छोटे से परिचय पत्र या एक टिप्पणी की मांग कर सकता है। आम तौर पर व्यक्ति एक विजिटिंग कार्ड की मांग कर सकता है जिसके पीछे या जिससे संलग्न संदर्भित व्यक्ति को परिचय कराते हुए एक छोटी सी टिप्पणी जोड़ी जा सकती है।

   बेशक परिचय का सबसे अच्छा रूप वह होगा जहां व्यक्ति का हितैषी फोन करता है और उसके संपर्क को यह सूचना देते हुए एजेंट का परिचय कराता है कि वह उस व्यक्ति से शीघ्र ही संपर्क करेगा। व्यक्ति की सफलता की संभावनाएं कई गुणा बढ़ जाएंगी अगर संदर्भित करने वाला व्यक्ति ऐसा व्यक्ति है जिसकी बातों का सम्मान किया जाता है और गंभीरता से लिया जाता है।

iii. अनुशंसा एक प्रकार का बयान है जो व्यक्ति एक संतुष्ट ग्राहक से यह पुष्टि करते हुए मांग सकता है कि उसने विक्रेता के साथ कारोबार किया है और उसकी सेवाओं और समाधानों से काफी संतुष्ट रहा है।यह विक्रेता की पहचान के लिए एक प्रकार की गारंटी है। एक प्रशंसापत्र बहुत प्रासंगिक होगा जब व्यक्ति पेशेवर लोगों के एक समूह के साथ काम कर रहा है जो विक्रेता की व्यावसायिक पहचान के बारे में पर्याप्त प्रमाण चाहते हैं।

च) अन्य सेवा प्रदाता

ऐसे सेवा प्रदाताओं की एक पूरी श्रृंखला है जो हमारे प्रतिस्पर्धी नहीं हैं। इनमें कपड़े धोने वाले लोग, रियल एस्टेट एजेंट, वकील, दुकानदार, डॉक्टर और अन्य लोग शामिल हो सकते हैं जिनकी सेवाओं की नियमित रूप से जरूरत होती है और आम जनता के सदस्यों द्वारा मांग की जाती है। यहां पारस्परिकता का बुनियादी सिद्धांत लागू होता है। एजेंट दूसरे पक्ष की पैरवी करने के लिए सहमत होता है और बदले में अपने आपको प्रचारित और सिफारिश करने के लिए राजी करता है।

अच्छे एजेंट बहुत प्रभावी ढंग से इस स्रोत का उपयोग करते हैं। वास्तव में अगर हमें अपने दूधवाले या धोबी से मिलाना हो तो हम व्यक्ति की सभी बीमा संबंधी जरूरतों के लिए, एक संपर्क नंबर के साथ अमुक-अमुक व्यक्ति से संपर्क करने के लिए कहने वाला एक साइन बोर्ड देख सकते हैं।

छ) सेमिनारों और कार्यक्रमों का आयोजन

यह एक सामूहिक आधार पर बेचने का एक पेशेवर, कारगर तरीका है। हम नए और एक समान मौजूदा ग्राहकों दोनों को आकर्षित करने के लिए इसका इस्तेमाल कर सकते हैं। चूंकि हम पहले से मौजूदा ग्राहकों के साथ काम कर रहे हैं, हम हमेशा उनसे किसी दोस्त या साथी को आमंत्रित करने के लिए कह सकते हैं। सेमिनार के क्षेत्र में विज्ञापन भी संख्या को बढ़ा सकते हैं।

ज) सूचना पत्रक, अखबार, ब्लॉग और वेब आधारित नेटवर्किंग

एक नियमित आधार पर सेमिनारों और कार्यक्रमों का आयोजन करना आसान या व्यावहारिक नहीं भी हो सकता है।

i. ईमेल

एक बड़ी संख्या में संभावित ग्राहकों के मन में अपना संदेश पहुंचाने और उपस्थिति दर्ज कराने का एक अन्य तरीका एक नियमित आधार पर उनको मेल करना या हाथ से भेंट करते हुए जानकारी भेजना है। यह कार्य आज ई-मेल के रूप में लगभग निःशुल्क पूरा किया जा सकता है।

ii. सूचनापत्र (न्यूज़लेटर)

नियमित रूप से संवाद करने का एक अन्य तरीका सूचनापत्र के माध्यम से है। दोनों ही मामलों में प्रयोजन अच्छी जानकारी वाले आलेखों के रूप में विभिन्न विषयों के बारे में पाठकों को सूचित करना है। सूचनापत्र की डिजाइन तैयार करने में आप अपने कुछ महत्वपूर्ण ग्राहकों और संभावित ग्राहकों को शामिल कर सकते हैं, ख़ास तौर पर अगर उनके नेटवर्क के सदस्यों द्वारा उनके विचार मांगे जाते हैं।

iii. निजी वेबसाइट या ब्लॉग

एक अन्य दृष्टिकोण निजी वेबसाइट के रूप में वर्ल्डवाइड वेब पर उपस्थिति दर्ज कराना है। इसके साथ शुरुआत करना थोड़ा महंगा हो सकता है लेकिन यह ऐसे लोगों के एक विस्तृत समूह तक पहुंचने का एक कारगर तरीका है जो आज अपना काफी समय साइबर स्पेस में बिताते हैं।

iv. सोशल नेटवर्किंग साइट

अंत में फेसबुक और अन्य सामाजिक नेटवर्किंग साइटों का विकल्प है जहां आप लगभग दुनिया में कहीं भी लाखों अन्य लोगों तक पहुंच सकते हैं।

ज) कोल्ड कॉलिंग

यह दृष्टिकोण न केवल वित्तीय सेवाओं में बल्कि विभिन्न उद्योगों में कई विक्रेताओं द्वारा प्रयोग किया जाता है। यहां हम अघोषित रूप से लोगों या कंपनियों से संपर्क करते हैं। यह कठिन है और हमें अस्वीकृति को स्वीकार करने में सक्षम होना चाहिए, लेकिन यह नाम एकत्र करने और लोगों से मिलने की एक बहुत ही त्वरित विधि हो सकती है। एक अच्छी संख्या में श्रेष्ठ विक्रेता अपना कुछ समय कोल्ड कॉलिंग में बिताते हैं, सिर्फ इसलिए कि यह एक कारगर तरीका है।

ट) एक संभावित ग्राहक की फाइल

यह सबसे महत्वपूर्ण है कि हम संभावित ग्राहकों की फ़ाइल बनाएं। यह बस एक पुस्तिका या पंजी या डेटाबेस है जिसमें हमारे प्रत्येक संभावित ग्राहक के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी के साथ यह विवरण और तिथि शामिल होती है कि कब संभावित ग्राहक को फोन किया जाए। संभावित ग्राहकों की फ़ाइल हमेशा बदलते रहने वाला साधन है। दैनिक आधार पर लगातार नए नाम जोड़े जाने चाहिए और पुराने नामों को खारिज किया जाना चाहिए अगर व्यक्ति हमारी बिक्री के प्रयासों को महत्व नहीं दे रहा है। हमें यह यकीन होना चाहिए कि हमारे पास हर दिन कॉल करने के लिए पर्याप्त संभावनाएं मौजूद हैं।

चरण II: साक्षात्कार पूर्व संपर्क

प्रत्येक संभावित ग्राहक को संभावनाओं की सूची में शामिल करना और उनसे मुलाक़ात का समय लेना अगला चरण है।

परिभाषा

"योग्य" संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जो

- ✓ बीमा के लिए भुगतान कर सकते हैं,
- ✓ कंपनी की बीमालेखन आवश्यकताओं को पूरा कर सकते हैं
- ✓ जिनको एक या एक से अधिक बीमा उत्पादों की जरूरत है, और
- ✓ जिनसे एक अनुकूल आधार पर संपर्क किया जा सकता है

हमें प्रत्येक नाम के बारे में पर्याप्त सार्थक जानकारी अपनी संभावना-सूची में एकत्र करने की जरूरत है, इससे पहले कि हम उनको कॉल कर सकें। यह प्रक्रिया संभावनाओं को योग्य बनाना कहलाती है।

जहां तक संभव हो सके, अधिक से अधिक प्रासंगिक जानकारी इकट्ठा करना महत्वपूर्ण है ताकि अग्रसक्रिय रूप से यह सुनिश्चित किया जा सके कि व्यक्ति के प्रयास वांछित दिशा में चल रहे हैं।यह हमें संभावित ग्राहक को इस बात के लिए राजी करने में सक्षम बनाता है कि हमारे पास उसकी विशेष जरूरतों को पूरा करने के लिए आवश्यक जानकारी और कौशल मौजूद है जिससे एक अनुकूल प्रभाव पड़ता है।

प्रारंभिक संपर्क एक पत्र के माध्यम से, टेलीफोन द्वारा या आमने-सामने मुलाक़ात के जरिए किया जा सकता है। चाहे जिस विधि का प्रयोग किया जाता है, उद्देश्य एक ही है: संभावित ग्राहक को साक्षात्कार के लिए राजी करना जहां हम उसकी जरूरतों को समझ सकते हैं और बदले में हमारे पास उपलब्ध सेवा के बारे में बताने का एक अवसर प्राप्त कर सकते हैं।

ऐसा करने के लिए हमारे संपर्क से पूर्व के संवाद में निम्न बातें शामिल होनी चाहिए:

- ✓ कुछ ऐसा जो संभावित ग्राहक की रुचि जगाएगा
- ✓ बहुमूल्य सेवा की पेशकश
- ✓ यह स्पष्ट करना कि कोई वादा नहीं किया जा रहा है
- ✓ तीसरे पक्ष के प्रभाव का उपयोग करना, यदि संभव हो तो
- ✓ सकारात्मक प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए विकल्पों का उपयोग
- ✓ निश्चित मुलाक़ात का समय प्राप्त करना

ग्राहक के साथ अपने पहले संपर्क के दौरान यह महत्वपूर्ण है कि हम अपने आपको कुछ इस तरीके से पेश करें जिससे एक सौहार्दपूर्ण वातावरण और कुछ भरोसा उत्पन्न हो और सहज अनुभव हो सके।

3. **चरण III: बिक्री साक्षात्कार: एक जरूरत - कमी का विश्लेषण करना**

साक्षात्कार प्राप्त करने में सफल होने के बाद यह कार्य एक व्यवस्थित और पेशेवर तरीके से पूरा करना महत्वपूर्ण है। पहला कदम एक उचित दृष्टिकोण बनाना है जो स्वतः और सुचारू रूप से बिक्री साक्षात्कार के तथ्य ढूंढने वाले भाग की ओर ले जाता है। इस दृष्टिकोण में मूल रूप से इस दौरान एक परिचयात्मक संवाद करना शामिल है जिसमें से हम संभावित ग्राहक की एक या एक से अधिक जरूरतों की पहचान करने में सक्षम होते हैं और उसे इस बात के लिए राजी करते हैं कि ये बीमा सुरक्षा के लिए महत्वपूर्ण जरूरतें हैं। एक बार जब इन बातों पर आपसी समझौता हो जाता है, व्यक्ति आगे बढ़ सकता है।

जरूरत - कमी के विश्लेषण में हम संभावित ग्राहक की बीमा आवश्यकताओं के बारे में विस्तृत जानकारी एकत्र करने, अपर्याप्त कवरेज वाली संपत्तियों और जोखिमों की पहचान करने और निर्धारित करने की प्रक्रिया से जुड़ते ते हैं। यहां उद्देश्य संभावित ग्राहक के बारे में अधिक से अधिक संभव अतिरिक्त जानकारी एकत्र करना है। यह अतिरिक्त जानकारी अधिक ठोस तरीके से संभावित ग्राहक की विशिष्ट आवश्यकताओं की पहचान करने, उन आवश्यकताओं के समाधान बताने और प्रीमियम भुगतान करने के लिए पैसे की खोज करने में संभावित ग्राहक की मदद करती है।

आवश्यकता-विश्लेषण विधि

आवश्यकता-विश्लेषण विधि में हम निम्नलिखित कार्य करते हैं:

i. परिवार की वर्तमान और भविष्य की आवश्यकताओं का विश्लेषण किया जाता है;
ii. फिर इन आवश्यकताओं के मौद्रिक मूल्य की गणना की जाती है;
iii. इन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए धन की जरूरत और वर्तमान में परिवार के पास उपलब्ध फंड के बीच अंतर का पता लगाया जाता है।

इस अंतर को जोखिम कवर की आवश्यक राशि के रूप में लिया जाता है।

आवश्यकता-विधि परिवार की बाध्यकारी आवश्यकताओं का ध्यान रखती है, जिसमें यह दिखाया जाता है कि कैसे आवश्यकताएं बढ़ने और आय में वृद्धि होने के साथ व्यक्ति के जीवन के विभिन्न चरणों में बीमा को बढ़ाया जा सकता है। हालांकि बीमाधारक की संभावित संपत्ति का आकलन, जिस पर हमने पहले विचार किया था, जब हमने मानव जीवन मूल्य की बात की थी, इसको यहां अनदेखा किया जाता है। तथापि, आवश्यकताओं का दृष्टिकोण बिक्री को आसान बनाता है।

परिवार की आवश्यकताओं को निम्नानुसार समझा जा सकता है:

i. चिकित्सा व्यय, अंतिम संस्कार के खर्चों, उत्तराधिकार/विरासत के खर्चों, बकाया ऋणों आदि के लिए अलग से फंड रखना।

ii. पुनः समायोजन आयः जीवन निर्वाह की स्थितियों में यथोचित समायोजन करने के लिए पर्याप्त समय तक चल सकने वाली आय;

iii. परिवार के लिए आयः बच्चों के स्वावलंबी होने तक;

iv. पति/पत्नी के लिए जीवन भर की आयः बच्चों के आत्मनिर्भर हो जाने के बाद;

v. विशेष आवश्यकताएं: बंधक मुक्ति, आपातकालीन चिकित्सा की आवश्यकताएं, बेटी की शादी और बच्चों की उच्च शिक्षा आदि।

मोटे तौर पर उपरोक्त बातों में निकट भविष्य की सभी आवश्यकताओं को शामिल किया गया है और काफी हद तक वह दायरा निर्धारित करता है जिस पर बीमा विक्रेता ध्यान दे सकता है।

4. **चरण IV: समाधान का डिजाइन तैयार करना**

पिछले चरण को पूरा करने के बाद हमारे पास संभावित ग्राहक के बारे में पर्याप्त जानकारी होनी चाहिए जिसका उपयोग एक ऐसा समाधान डिजाइन करने और बताने में किया जाएगा जो उसकी वित्तीय परिस्थितियों को देखते हुए इस समय उसके लिए सबसे अधिक उपयुक्त होगा। कई मामलों में, ख़ास तौर पर जब समस्याएं और समाधान सामान्य प्रकृति के हों, हम एक समाधान सुझाने और एक साक्षात्कार में बिक्री को पूरा करने की दिशा में आगे बढ़ने में सक्षम होंगे।

अन्य मामलों में, जहां स्थिति अधिक जटिल है, हमें उचित समाधान तैयार करने के लिए कुछ समय अपने कार्यालय में बिताने और फिर संभावित ग्राहक के पास वापस जाकर दूसरे साक्षात्कार में अपना सुझाव देने की आवश्यकता हो सकती है।

अगर हम तथ्य ढूंढने का सत्र रखना और एक ही साक्षात्कार में अपना समाधान प्रस्तुत करना चाहते हैं तो हमें तथ्य ढूंढने के चरण से लेकर समाधान और सुझाव के चरण तक एक पुल बनाने के लिए तैयार रहना चाहिए। इसके लिए संभावित ग्राहक की सबसे महत्वपूर्ण आवश्यकता की पहचान करने, उस आवश्यकता की ओर ध्यान दिलाने और संभावित ग्राहक की ओर से एक सकारात्मक प्रतिक्रिया प्राप्त करने की जरूरत है कि यह वास्तव में उसके मन में एक बहुत ही महत्वपूर्ण आवश्यकता है। फिर हम अपने प्रस्तावक को उसकी समस्या का समाधान प्रस्तुत करने की स्थिति में होंगे।

आमतौर पर व्यक्ति को तथ्य ढूंढने वाला प्रारंभिक साक्षात्कार संभावित ग्राहक की अंकित आवश्यकताओं के लिए उपयुक्त समाधान के साथ जल्द ही लौटने के एक वादे के साथ पूरा करना चाहिए। फिर उसे अपने कार्यालय में वापस लौटना चाहिए जहां वह संभावित ग्राहक की समस्याओं का गहराई से विश्लेषण कर सकता है, इन समस्याओं का एक या एक से अधिक समाधान तैयार कर सकता है, बिक्री को कारगर बनाने वाले अपने प्रस्ताव और सुझाव तैयार करके दूसरे साक्षात्कार के लिए संभावित ग्राहक के साथ मुलाक़ात का समय निर्धारित कर सकता है।

ऐसा कोई विशेष नियम नहीं है जो यह कहता है कि संभावित ग्राहक के साथ कितने साक्षात्कार होने चाहिए। यह अलग-अलग मामले पर निर्भर करेगा। ऐसी परिस्थितियां हो सकती हैं जहां आपको एक संतोषजनक समाधान तैयार करने और उस समाधान को सुनने तथा उस पर विचार करने के लिए संभावित ग्राहक की सहमति पाने के लिए अधिक साक्षात्कार आयोजित करने की आवश्यकता पड़ सकती है।

5. चरण V: समाधान प्रस्तुत करना

अपना समाधान प्रस्तुत करते समय सबसे महत्वपूर्ण बात यह याद रखने की है कि हमें पूरी तरह से तैयार होना चाहिए। अपना प्रस्ताव बनाने से पहले हम संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं की विस्तार से समीक्षा करना, एक अंतिम बार अपने समाधान को ध्यान से देखना और अपनी प्रस्तुति इस प्रकार करने की योजना बनाना चाहेंगे ताकि यह हमारे संभावित ग्राहक की खरीद के आशय को आकर्षित कर सके। हम यह अनुमान भी लगाना चाहेंगे कि संभावित ग्राहक हमारे प्रस्ताव पर क्या सवाल उठा सकता है।

संभावित ग्राहक को अपना प्रस्ताव पेश करने की व्यवस्था एक ऐसे समय और स्थान पर करना आवश्यक है जो बाधाओं और विकर्षणों से मुक्त हो। जब हम अपना समाधान पेश करना शुरू करते हैं तब हमें संभावित ग्राहक को सहज स्थिति में रखना चाहिए, साथ ही यह भी सुनिश्चित करना चाहिए कि वह इसे एक निर्णय लेने के सत्र के रूप में समझ रहा है।

हमें तथ्य ढूंढने के सत्र में प्राप्त सभी आंकड़ों की समीक्षा करते हुए और संभावित ग्राहक की प्रत्येक समस्या को सकारात्मक ढंग से बताते हुए शुरू करना होगा। हमें यह आश्वस्त करना होगा कि हम अपने संभावित ग्राहक को यह समझाने में सक्षम हैं कि हमने उनकी स्थिति की समीक्षा करने में काफी समय लगाया है और हम इस बात से काफी आश्वस्त हैं कि हमारा सुझाव इन समस्याओं के लिए सबसे अच्छा संभव समाधान है। यह बात बहुत महत्वपूर्ण है कि हम अपने सुझाव की प्रत्येक विशेषता को कुछ विशेष लाभ से जोड़ कर प्रस्तुत करें जो संभावित ग्राहक हो इससे प्राप्त होगा, अगर वह हमारे प्रस्ताव को खरीदता है। तकनीकी शब्दों में हमारे पास क्या उपलब्ध है उसके बारे में बताने के बजाय हमें यह समझाना चाहिए कि कैसे प्रस्तावक को अपनी चाहत और जरूरत के अनुरूप लाभ प्राप्त होगा।

6. **चरण VI: आपत्तियों से निपटना (यदि हों तो)**

चित्र 3: आपत्तियों से निपटना

संभावित आपत्तियों की सूची बहुत लंबी है। यह संभावित ग्राहक के व्यस्त होने से लेकर दिलचस्पी नहीं रखने, अपनी आवश्यकता के अनुरूप समस्त बीमा होने, अपने लिए पहले से एक एजेंट होने, पैसे नहीं होने आदि जैसी कुछ भी हो सकती है।

अंत में यह संभावना रहती है कि संभावित ग्राहक आपकी कही सभी बातों से सहमत हो और उसे कोई आपत्ति ना हो, लेकिन वह किसी अन्य व्यक्ति से उत्पाद समाधान खरीदने का फैसला करता है। सभी मामलों में इसका यह मतलब होता है कि संभावित ग्राहक के पास पर्याप्त जानकारी उपलब्ध नहीं है जो आपसे खरीदने का निर्णय लेने में उसकी सहायता कर सके।

अगर संभावित ग्राहक "अभी बहुत व्यस्त" है तो इसका मतलब है कि आपने वह जानकारी उपलब्ध नहीं करायी है जो उसकी रुचि जगा सके या "खरीदने" के लिए उसकी चिंताओं को दूर कर सके।इसी प्रकार "पैसे नहीं हैं" का मतलब हो सकता है कि वह इस बात से पर्याप्त रूप से आश्वश्त नहीं है कि वह बीमा के लिए क्यों और कैसे भुगतान कर सकता है।अगर उसे आप पर भरोसा नहीं है, तो इसका कारण यह है कि आपने उसके संदेहों को दूर करने के लिए पर्याप्त जानकारी उपलब्ध नहीं करायी है।

एक विक्रेता कम से कम इस तथ्य को स्वीकार कर सकता है और यह जिम्मेदारी ले सकता है कि उसने संभावित ग्राहक को उसकी पसंद और चाहत के अनुरूप पर्याप्त जानकारी उपलब्ध नहीं करायी

है और वह देखना चाहेगा कि वह इसके बारे में और क्या कुछ कर सकता है। आपत्ति चाहे जिस प्रकार की भी हो, हम इस दृष्टिकोण के साथ इससे निबट सकते हैं। इसे हमारे और संभावित ग्राहक के बीच युद्ध नहीं समझना चाहिए का है जहां हमारी जीत या हार होगी, बल्कि एक ऐसी चर्चा करना है जिसमें हमारी जानकारी साझा करने की कोशिश उसे हमसे मिलने और बीमा खरीदने के महत्व के बारे में समझाने में मदद मिलेगी।

क) लापाक (LAPAC) के माध्यम से आपत्तियों से निबटना

आपत्तियों से निपटने के सबसे महत्वपूर्ण तकनीकों में से एक है जिसे लापाक (LAPAC) (सुनो, स्वीकार करो, जांच-पड़ताल करो, जवाब दो और पुष्टि करो) के रूप में जाना जाता है।बिक्री की प्रक्रिया के किसी भी चरण में आपत्तियों से निपटने के लिए इस विधि का प्रयोग किया जा सकता है। यह संभावित ग्राहक के दृष्टिकोण का सम्मान करता है, दिखाता है कि हम सुन रहे हैं और संभावित ग्राहक पर आक्रमण करने के बजाय उसे मनाने का काम करता है। आइए हम इसके तत्वों पर नजर डालते हैं:

i. सुनो (सुनना)

सभी कथनों और संकेतों पर सक्रिय रूप से ध्यान दें। यह विशेष रूप से अंतर्निहित चिंता को जानने के लिए महत्वपूर्ण हो जाता है। कभी-कभी मुद्दे को स्पष्ट करने के लिए संभावित ग्राहक को सवालों के साथ सहजता से जांचने की आवश्यकता हो सकती है।

उदाहरण

"पैसा नहीं है" का क्या मतलब है?

✓ क्या इसका मतलब अभी पैसा नहीं है होता है या

✓ क्या इसका मतलब इसे खरीदने के लिए मूल्य बहुत अधिक है होता है या

✓ क्या संभावित ग्राहक को यह नहीं लगता कि पैसे खर्च करने का कोई महत्व जरुर है?

ii. स्वीकार करो

जोर देकर स्वीकार करना महत्वपूर्ण है ताकि संभावित ग्राहक और विक्रेता दोनों एक ही स्तर पर रहें। स्वीकार का संबंध एक अन्य बहुत महत्वपूर्ण कार्य से भी जुड़ा हुआ है अर्थात संभावित ग्राहक के साथ परानुभूति रखना। परानुभूति का मतलब यह नहीं है कि आप दूसरे पक्ष की स्थिति से अनिवार्य रूप से सहमत हैं। बल्कि इसका निश्चित रूप से यह मतलब है कि आप इसे दूसरे व्यक्ति के दृष्टिकोण से देखने और समझने की कोशिश कर रहे हैं।

उदाहरण

एक बार जब आप संभावित ग्राहक की पैसे खर्च करने की अनिच्छा समझने में सक्षम हो जाते हैं, आपको यह बताना चाहिए कि आप उसकी स्थिति को देख और समझ सकते हैं। संभवतः आपने ऐसी स्थिति का सामना किया हो और अपनी ओर से कुछ जानकारी साझा करने से आप दूसरे पक्ष की समस्या के बारे में अपनी समझ का प्रदर्शन कर सकते हैं।

iii. जांच-पड़ताल करो

यह कदम संभावित ग्राहक की चिंता के क्षेत्र के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए है। याद रखें कि अगर संभावित ग्राहक को खरीदने में कोई समस्या है तो उस समस्या या समस्याओं का समाधान स्वयं उसके द्वारा या तो अपनी सोच और मानसिकता में बदलाव करके या अपने कार्यों से किया जाना चाहिए।

उदाहरण

अगर संभावित ग्राहक बहुत अधिक व्यस्त है, तो उसे आपसे मिलने के लिए समय निकालना चाहिए और उसका झुकाव होना चाहिए। अगर पैसे की समस्या है तो उसे इसके लिए तरीके खोजने की जरूरत है।

जांच-पड़ताल से दो बातें हो सकती हैं। अगर यह कार्य परामर्श उन्मुख और दोस्ताना तरीके से किया जाता है तो सहज सवालों का एक सेट संभावित ग्राहक को अपनी चिंताओं का जवाब खोजने की दिशा में मार्गदर्शन कर सकता है। जांच-पड़ताल से आपत्ति का कारण बनने वाली समस्या की स्थिति के बारे में अधिक जानकारी जुटाने में मदद मिल सकती है। इस तरह की जानकारी महत्वपूर्ण हो सकती है और आपत्ति का जवाब देते समय इसे अनदेखा नहीं किया जा सकता है।

iv. जवाब दो

यहां स्पष्ट रूप से सावधान शब्दों में ऐसा जवाब देने की जिम्मेदारी है जो परिस्थिति के अनुकूल हो और संभावित ग्राहक को आश्वस्त करने में सक्षम हो। जवाब उठायी गयी चिंताओं की दिशा में निर्देशित और उनका समाधान करने में कारगर होना चाहिए। जवाब गोलमाल या चिंताओं से ध्यान हटाने की दिशा में नहीं होना चाहिए।

v. **पुष्टि करें**

अंतिम चरण यह पुष्टि करने का है कि क्या संभावित ग्राहक जवाब से संतुष्ट है और क्या उसे कुछ और जानने की आवश्यकता होगी। अगर शारीरिक भाषा और अन्य संकेत आपको यह महसूस कराते हैं कि संभावित ग्राहक पूरी तरह से आश्वस्त नहीं लग रहा है तो आपको वैकल्पिक उपाय बताने की जरूरत हो सकती है जिस पर वह विचार कर सके। पुष्टि होना बहुत महत्वपूर्ण है क्योंकि जब संभावित ग्राहक कह देता है कि अब वह संतुष्ट है, बिक्री पूरी करने की दिशा में आगे बढ़ने की जमीन तैयार हो जाती है।

7. **चरण VII: बिक्री की प्रक्रिया पूरी करना (समापन)**

परिभाषा
समापन संभावित ग्राहक को अभी खरीदने के लिए राजी करने की प्रक्रिया है। सफल समापन की कुंजी संभावित ग्राहक को 'हां' कहने मदद करने में निहित है।

हम प्रस्तुति को संक्षेप में बताते हुए शुरू करते हैं, यह सुनिश्चित करते हैं कि संभावित ग्राहक प्रस्ताव को सही तरीके से समझ रहा है और फिर उसे एक सकारात्मक जवाब के लिए प्रेरित करते हैं। इस स्तर पर हम यह जानते हैं कि संभावित ग्राहक प्रस्ताव को समझता है और एक सकारात्मक मानसिक अवस्था में है, हम निश्चय ही समापन कर सकते हैं।

क) समापन की विधियां

i. निहित सहमति

अक्सर इस्तेमाल किया जाने वाला एक दृष्टिकोण "निहित-सहमति" विधि का है। हम सिर्फ एक सरल सवाल पूछ कर आवेदन भरना शुरू कर सकते हैं जैसे "अब, आपके अंतिम नाम की वर्तनी है __________ ।" अगर संभावित ग्राहक हमें नहीं रोकता है तो बिक्री संभवतः पूरी हो गयी है।

ii. **विकल्पों की पेशकश**

एक अन्य समापन विधि संभावित ग्राहक को दो छोटे फैसलों में से एक विकल्प की पेशकश करना है, जिनमें से कोई एक समापन का कारण बनेगा। उदाहरण के लिए, हम संभावित ग्राहक से पूछ सकते हैं कि वह अपना भुगतान वर्ष में एक बार या वर्ष में दो बार करना पसंद करेगा। यहां एक छोटे दिखाई देने वाले निर्णय के साथ सहमति मानी जाती है।

समापन करते समय यह महत्वपूर्ण है कि संभावित ग्राहक को ऐसी कोई भी चीज खरीदने के लिए भारी दबाव डालने की रणनीति आजमाने की कोशिश नहीं की जानी चाहिए जिसकी वास्तव में कोई आवश्यकता नहीं है या जहां संभावित ग्राहक सुझाए गए विकल्प का खर्च उठाने में सक्षम नहीं है। इस तरह की बिक्री की प्रथाएं अनैतिक मानी जाती हैं।

अन्य मामलों में जहां हम संभावित ग्राहक को सकारात्मक कदम उठाने के लिए राजी कर रहे हैं, हमें यह पता होना चाहिए कि हम वास्तव में संभावित ग्राहक को एक महत्वपूर्ण सेवा दे रहे हैं जिसे वह अंत में स्वीकार करेगा और इसकी सराहना करेगा।

8. **चरण VIII: बिक्री पश्चात सेवा**

आवेदन प्रस्तुत किए जाने और पॉलिसी पूरी किए जाने और सुपुर्द करने के समय के बीच एजेंट की चार सबसे महत्वपूर्ण जिम्मेदारियां यह देखने की हैं किः

i. आवेदन स्पष्ट, पूर्ण और सही है।
ii. यह सुनिश्चित करने में सक्रिय रूप से शामिल होना कि आगे जो भी आवश्यक जांच-पड़ताल होगी, वह सुविधाजनक और समयबद्ध तरीके से पूरी हो जाती है।
iii. लेखाकार या वकील जैसे ग्राहक के सलाहकारों के साथ उसी तरह से व्यवहार किया जाता है जैसे हमारे ग्राहक के साथ व्यवहार होता है और हम उनकी विशेषज्ञता के क्षेत्रों में दखल नहीं देते हैं।
iv. सभी सवालों और अनुरोधों पर सही तरीके से ध्यान दिया जाता है।

9. **चरण IX: पॉलिसी सुपुर्द करना**

पॉलिसी की सुपुर्दगी बीमा बिक्री चक्र में एक बहुत ही महत्वपूर्ण कदम है। यह एजेंट को चार महत्वपूर्ण कार्य करने के अवसर प्रदान करता हैः

i. जरूरत की पुनःबिक्री और पुनःपुष्टि करना
ii. अगली खरीद के बारे में ग्राहक की सोच को जानना
iii. या संदर्भ प्राप्त करना और
iv. प्रतिष्ठा अर्जित करना

क) पॉलिसी सुपुर्दगी की प्रक्रिया

बिक्री प्रक्रिया की तरह ही उचित प्रकार से पॉलिसी की सुपुर्दगी के लिए एक सुव्यवस्थित, चरणबद्ध प्रक्रिया अपनाने की आवश्यकता है जैसेः

i. सटीकता के लिए पूरी पॉलिसी की जांच करें

ii. पॉलिसी और पॉलिसी वॉलेट तैयार करें, यदि उपलब्ध हो तो

iv. मुलाक़ात का समय लेने के लिए ग्राहक को टेलीफोन करें

iv. सुपुर्दगी के साक्षात्कार के लिए अच्छी तरह से तैयारी करें

v. बीमा खरीदने के लिए ग्राहक को बधाई दें

vi. पॉलिसी की विशेषताओं, उपयोगिताओं और लाभों के बारे में समझाएं। सभी लाभों का संबंध परिवार के सदस्यों के नामों, प्रेरक कहानियों आदि का प्रयोग करके ग्राहक की वास्तविक स्थिति के साथ जोड़ें।

vii. अगली बिक्री के लिए ग्राहक को तैयार करें। ग्राहक का ध्यान अभी तक कवर नहीं की गयी जरूरतों की ओर दिलाएं। समय-समय पर इनकी समीक्षा करने की जरूरत के बारे में उसे बताएं।

viii. ग्राहक की सेवा करने के लिए ईमानदारी से संकल्प लें। ग्राहक को बताएं कि हम उनसे नियमित रूप से संपर्क करते रहेंगे और यह कि अगर कोई भी सवाल या समस्या हो तो तुरंत हमें फोन करें।

ix. ग्राहक से दूसरे लोगों का संदर्भ लें।

10. **चरण X: सेवा के लिए प्रतिबद्धता**

एजेंट की ओर से सेवा बिक्री चक्र का एक अभिन्न तत्व है। सेवा की प्रतिबद्धता को पूरा करने के क्रम में अपने ग्राहकों के साथ संपर्क बनाए रखने के लिए एक सुव्यवस्थित कार्यक्रम की जरूरत है। इस तरह के कार्यक्रम में निम्न बातें शामिल रहती हैंः

क) स्पष्ट रूप से बताना

पॉलिसी सुपुर्द करते समय हमें अपने ग्राहक के लिए सेवा का संकल्प लेने की जरूरत है। हमें ग्राहक को यह बताना चाहिए कि हम कम से कम वर्ष में एक बार आपके बीमा कार्यक्रम की

सावधानीपूर्वक समीक्षा करने के लिए कॉल करेंगे। कई अच्छे एजेंट सुपुर्दगी के साक्षात्कार से रवाना होने से पहले इस सेवा कॉल के लिए तिथि तक निर्धारित कर लेते हैं।

ख) निरंतर संपर्क करते रहने का संकल्प

एक अच्छे एजेंट को सालों भर अधिक से अधिक संभव तरीके से ग्राहक के साथ संपर्क में रहना चाहिए। एजेंट जन्मदिन, शादी की वर्षगांठ आदि पर ग्रीटिंग कार्ड भेजना पसंद कर सकता है। एक छोटा सा उपहार समय-समय पर भेजा जा सकता है जो व्यक्तिगत और उपयोगी हो। अखबारों की कतरनें, बीमा संबंधी चीजें, यात्रा की पोस्टकार्ड तस्वीरें, ये सभी एजेंट की विचारशीलता की टोकन हैं और कभी-कभार ग्राहक को भेजे जा सकते हैं।

ग) वार्षिक सेवा समीक्षा की योजना

कम से कम वर्ष में एक बार ग्राहक के साथ वार्षिक सेवा समीक्षा का कार्यक्रम बनाया जाना चाहिए। हमें इस सेवा कॉल का कार्यक्रम काफी पहले बना लेना चाहिए। वार्षिक सेवा समीक्षा के दौरान ग्राहक को यह याद दिलाने के अवसर का फ़ायदा उठाया जा सकता है कि उसने पिछली पॉलिसी उससे क्यों खरीदी थी, ग्राहक की ऐसी किसी भी जरूरत की चर्चा की जा सकती है जो अभी तक पूरी नहीं की गयी है, और अगर उचित हो, ग्राहक को यह सुझाव दिया जा सकता है कि उसकी बाकी आवश्यकताओं को कवर करने के लिए इस समय अतिरिक्त बीमा खरीदा जाना चाहिए।

चिरस्थायिता

उचित बिक्री और सेवा संबंधी अनुवर्ती कार्यवाही के महत्वपूर्ण कारणों में से एक यह सुनिश्चित करना है कि पॉलिसीधारक प्रीमियम के नियमित भुगतान के माध्यम से पॉलिसी को चालू रखता है।

परिभाषा

चिरस्थायिता को किसी निश्चित वर्ष में ऐसी पॉलिसियों के प्रतिशत / भुगतान किए गए प्रीमियमों के आधार पर परिभाषित किया जा सकता है जिन्हें बाद के वर्षों में नवीकृत किया गया है।

ऐसा देखा गया है कि ज्यादातर व्यपगत और नवीकृत नहीं की गयी पॉलिसियों के मामले में ऐसा पहले तीन वर्षों के भीतर किया जाता है। जब पॉलिसियां व्यपगत होती हैं, कंपनी को नुकसान उठाना पड़ता है क्योंकि नया व्यवसाय प्राप्त करते समय खर्च की गयी भारी लागत को वसूला नहीं जा सकता है। इससे भी अधिक महत्वपूर्ण बात है कि कम चिरस्थायिता अक्सर असंतोष और बीमा के साथ बीमाधारक के विश्वास खोने का एक लक्षण है। अगर एजेंट बिक्री के समय और बिक्री के बाद के चरणों

के दौरान अपने ग्राहक का ध्यान नहीं रखता है तो इस तरह का असंतोष जल्द ही एजेंट और उसकी कंपनी दोनों की साख को नुकसान पहुंचने का कारण बन सकता है। इसलिए चिरस्थायिता की दरों पर नजर रखना बहुत ही आवश्यक है क्योंकि यह कंपनी के स्वास्थ्य का एक निश्चित संकेत है।

निरंतर सेवा के महत्व को बहुत अधिक बढ़ा-चढ़ा कर नहीं बताया जा सकता है। यह उच्च चिरस्थायिता की महत्वपूर्ण कुंजियों में से एक है। हमें विशेष रूप से बीमा की बिक्री में हमेशा यह याद रखने की जरूरत है कि जहां हमारा उद्देश्य ग्राहकों को हमेशा एक आवश्यकता आधारित सेवा प्रदान करना है, हमें निरंतर सेवा के प्रति भी प्रतिबद्ध होना चाहिए जिसकी तुलना किसी भी अन्य प्रतिस्पर्धी के साथ नहीं की जा सकती है।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन "प्रशंसापत्र या संस्तुति" का सबसे अच्छा वर्णन करता है?

I. किसी संतुष्ट ग्राहक से प्राप्त सहमति

II. मानक परीक्षण में उत्पाद का परीक्षा परिणाम

III. परीक्षणों की सूची जिनमें किसी उत्पाद को उत्तीर्ण होना चाहिए

IV. किसी उत्पाद का परीक्षण करने के लिए आवश्यक धनराशि

सारांश

- व्यावसायिक के रूप में बिक्री किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके व्यावसायिक लेनदेन को पूरा करने के कार्य को दर्शाता है, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक अर्जित करने के इरादे से पूरा किया जाता है।
- बीमा एजेंट ऐसे विक्रेता हैं जो अपनी बीमा कंपनी द्वारा लिखित बीमा संविदाओं को खरीदने के लिए समुदाय के सदस्यों को प्रेरित करने की कोशिश करते हैं।
- पूर्वेक्षण ऐसे लोगों के नाम एकत्र करने की प्रक्रिया है जिनसे बिक्री साक्षात्कार के लिए संपर्क किया जा सकता है।
- पूर्वेक्षण के लिए लक्ष्य बाजारों में शामिल हैं:
  - ✓ तत्काल समूह
  - ✓ स्वाभाविक बाजार
  - ✓ प्रभाव के केंद्र
  - ✓ संदर्भ, परिचय और प्रशंसापत्र
  - ✓ अन्य सेवा प्रदाता
- समूह के आधार पर बिक्री की व्यावसायिक, कुशल विधि में सेमिनार और कार्यक्रम आयोजित करना शामिल है।
- व्यापक पैमाने पर संभावित ग्राहकों तक पहुंचने के आसान और व्यावहारिक साधनों में ईमेल, अखबार, निजी वेबसाइट या ब्लॉग, सोशल नेटवर्किंग वेबसाइट आदि शामिल हैं।
- "योग्य" संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जो:
  - ✓ बीमा के लिए भुगतान कर सकते हैं,
  - ✓ कंपनी की बीमालेखन आवश्यकताओं को पूरा कर सकते हैं,
  - ✓ जिनके पास बीमा उत्पादों के लिए एक या एक से अधिक की जरूरत है, और
  - ✓ जिनसे अनुकूल आधार पर संपर्क किया जा सकता है
- संभावित ग्राहक के साथ बिक्री साक्षात्कार के दौरान एजेंट को जरूरत-कमी वाला विश्लेषण करना चाहिए।

- जरूरत-कमी के विश्लेषण में हम संभावित ग्राहक की बीमा आवश्यकताओं के बारे में विस्तृत जानकारी एकत्र करने की प्रक्रिया में संलग्न होते हैं ताकि उन संपत्तियों और जोखिमों की पहचान और निर्धारण किया जा सके जिनके लिए कवर अपर्याप्त है।
- सफलतापूर्वक बिक्री साक्षात्कार पूरा करने के बाद एजेंट को संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं के आधार पर समाधान तैयार करना चाहिए और फिर समाधान को उसके समक्ष प्रस्तुत करना चाहिए।
- एजेंट लापाक (सुनो, स्वीकार करो, जांच-पड़ताल करो, जवाब दो और पुष्टि करो) दृष्टिकोण का उपयोग करके ग्राहक को आपत्तियों को निपटा सकता है।
- बिक्री समापन में संभावित ग्राहक को अभी खरीदने के लिए राजी करना शामिल है। समापन करते समय एजेंट "निहित सहमति" विधि का प्रयोग कर सकता है या प्रस्तावक को विकल्प की पेशकश कर सकता है।
- बिक्री समापन करने के बाद एजेंट को बिक्री पूरी करनी चाहिए और पॉलिसी सुपुर्द करनी चाहिए।
- एजेंट की ओर से दी जाने वाली सेवा बिक्री चक्र का एक अभिन्न तत्व है। अपने ग्राहकों के साथ संपर्क बनाए रखने के लिए संरचित कार्यक्रम सेवा की प्रतिबद्धता के लिए आवश्यक है।

प्रमुख शब्द

1. एक व्यवसाय के रूप में बिक्री
2. बिक्री की प्रक्रिया
3. पूर्वेक्षण
4. स्वाभाविक बाजार
5. प्रभाव के केंद्र
6. संदर्भ
7. प्रशंसापत्र
8. योग्य प्रस्तावक
9. जरूरत-कमी वाला विश्लेषण
10. लापाक (सुनो, स्वीकार करो, जांच-पड़ताल करो, जवाब दो और पुष्टि करो)
11. समापन
12. निहित सहमति

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही जवाब I है।

प्रशंसापत्र एक संतुष्ट ग्राहक की सहमति है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

सफल समापन की कुंजी संभावित ग्राहक को __________ कहने में मदद करने में निहित है।

I. नहीं

II. पता नहीं

III. हां

IV. शायद

प्रश्न 2

इनमें से कौन सा बिक्री की प्रक्रिया का हिस्सा नहीं है?

I. पूर्वेक्षण

II. बिक्री साक्षात्कार

III. नुकसान का आकलन

IV. समापन

प्रश्न 3

एक बीमा बिक्री में पूर्वेक्षण ______________ है।

I. ऐसे लोगों के नाम एकत्र करना जिनकी बीमा में रुचि हो सकती है

II. शहर में सभी व्यक्तियों की एक सूची तैयार करना

III. शाखा कार्यालय के सभी पॉलिसीधारकों की सूची बनाना

IV. पड़ोस के सभी एजेंटों की सूची तैयार करना

प्रश्न 4

बीमा के मामले में, जरूरत-कमी वाले विश्लेषण में शामिल है ________________ ।

I. उन क्षेत्रों की पहचान करना जहां संभावित ग्राहक को बीमा सुरक्षा की जरूरत है

II. बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए लोगों की पहचान करना

III. यह पहचान करना कि संभावित ग्राहक के पास कितनी संपत्ति है

IV. संभावित ग्राहकों के गरीबी के स्तर की पहचान करना

प्रश्न 5

कोल्ड कॉलिंग है _____________ ।

I. सर्दियों में ग्राहकों से मिलना

II. ग्राहकों से उस समय मिलना जब वे सर्दी से पीड़ित हैं

III. अघोषित रूप से लोगों से मिलना

IV. आग बुझाए जाने के बाद ग्राहक से मिलना

प्रश्न 6

व्यवसाय के रूप में ____________ किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके व्यावसायिक लेनदेन को पूरा करने के कार्य को दर्शाता है, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक अर्जित करने के इरादे से पूरा किया जाना चाहिए।

I. मार्केटिंग

II. बिक्री

III. विज्ञापन

IV. प्रचार

प्रश्न 7

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. जीवन बीमा बेचा जाता है, खरीदा नहीं जाता

II. जीवन बीमा खरीदा जाता है, बेचा नहीं जाता

III. जीवन बीमा न तो खरीदा जाता है और न ही बेचा जाता है; यह एक जरूरत है और इसलिए हर व्यक्ति द्वारा खरीदा जाना चाहिए

IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. बिक्री एक कला है, विज्ञान नहीं

II. बिक्री एक विज्ञान है, कला नहीं

III. बिक्री न तो एक कला है और न ही एक विज्ञान है

IV. बिक्री कला और विज्ञान दोनों है

प्रश्न 9

बीमा की बिक्री के लिए पूर्वेक्षण करते समय किसी जाति या सामुदायिक संघ के सदस्यों से संपर्क करने को कौन सी श्रेणी के अंतर्गत वर्गीकृत किया जाएगा?

I. तत्काल समूह

II. स्वाभाविक बाजार

III. प्रभाव के केंद्र

IV. संदर्भ और परिचय

प्रश्न 10

एक "योग्य प्रस्तावक" के संबंध में असत्य कथन को पहचानें।

I. एक योग्य प्रस्तावक वह है जो बीमा के लिए भुगतान कर सकता है

II. एक योग्य प्रस्तावक वह है जिससे अनुकूल आधार पर संपर्क किया जा सकता है

III. एक योग्य प्रस्तावक वह है जो शैक्षणिक रूप से बीमा खरीदने के लिए सुयोग्य है

IV. एक योग्य प्रस्तावक वह है जो कंपनी की बीमालेखन संबंधी आवश्यकताओं को पूरा कर सकता है

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

सफल समापन की कुंजी संभावित ग्राहक को "हां" कहने में मदद करने में निहित है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

नुकसान का आकलन बिक्री की प्रक्रिया का हिस्सा नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

बीमा बिक्री में पूर्वेक्षण ऐसे लोगों के नाम एकत्र करना है जिनकी बीमा में रुचि हो सकती है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

जरूरत-कमी वाले विश्लेषण में उन क्षेत्रों की पहचान करना शामिल है जहां संभावित ग्राहक को बीमा सुरक्षा की जरूरत है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

कोल्ड कॉलिंग में अघोषित रूप से लोगों से मिलना शामिल है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

व्यवसाय के रूप में बिक्री किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके व्यावसायिक लेनदेन को पूरा करने के कार्य को दर्शाता है, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक अर्जित करने के इरादे से पूरा किया जाना चाहिए।

उत्तर 7

सही विकल्प I है।

सही कथन है "जीवन बीमा बेचा जाता है, खरीदा नहीं जाता"।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

बिक्री कला और विज्ञान दोनों है।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

बीमा बिक्री के लिए पूर्वेक्षण करते समय किसी जाति या सामुदायिक संघ के सदस्यों से संपर्क करने को स्वाभाविक बाजार की श्रेणी के अंतर्गत वर्गीकृत किया जाएगा।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

विकल्प III गलत है।

बीमा में योग्य सभावित ग्राहकों का चयन करते समय उनकी शैक्षणिक योग्यता की बीमा खरीदने के निर्णय में कोई बड़ी भूमिका नहीं होती है।

अध्याय 19

ग्राहक सेवा

अध्याय परिचय

इस अध्याय में आप ग्राहक सेवा के महत्व को जानेंगे। साथ ही आप ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में एजेंटों की भूमिका के बारे में भी जान पाएंगे। इसके अलावा आप ग्राहक के साथ संवाद करने और संबंध स्थापित करने के तौर-तरीकों को भी समझ पाएंगे।

अध्ययन परिणाम

क. ग्राहक सेवा का महत्व

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

ग. संवाद कौशल

क. ग्राहक सेवा का महत्व

1. **ग्राहक सेवा क्यों**?

किसी भी व्यवसाय के लिए ग्राहक रोजमर्रा का कामकाज उपलब्ध कराते हैं और कोई भी उद्यम उनके साथ उदासीनता से पेश आना नहीं कर सकता है। ग्राहक सेवा और संबंधों की भूमिका अन्य उत्पादों की तुलना में बीमा के मामले में बहुत अधिक महत्वपूर्ण है, क्योंकि बीमा एक सेवा है और वास्तविक वस्तुओं से बहुत अलग होती है।

आइए, हम देखें कि बीमा खरीदना एक कार खरीदने में क्या अंतर है।

कार	**कार का बीमा**
यह एक मूर्त वस्तु है जिसे देखा, चला कर परीक्षण और अनुभव किया जा सकता है।	यह भविष्य में होने वाली किसी अप्रत्याशित दुर्घटना के कारण कार को हुए नुकसान या क्षति के समझ क्षतिपूर्ति करने की एक संविदा है। दुर्भाग्यपूर्ण घटना घटित होने तक बीमा को देखा, छुआ या अनुभव किया नहीं जा सकता है।
कार के खरीदार को खरीद के समय कुछ खुशी मिलने की अपेक्षा की जाती है। यह अनुभव वास्तविक और समझने में आसान है।	बीमा की खरीद तत्काल खुशी की उम्मीद पर आधारित नहीं है, बल्कि यह एक संभाव्य त्रासदी के बारे में डर/चिंता पर आधारित है। किसी भी बीमा ग्राहक के एक ऐसी स्थिति के लिए तत्पर होने की संभावना नहीं है जहां लाभ देय होता है।
कार का निर्माण कारखाने की एसेंबली लाइन में होता है, शोरूम में बेचा जाता है और सड़क पर इस्तेमाल किया जाता है। निर्माण, बिक्री और इस्तेमाल 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 एक 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 सेवा उम्मीद से कम है तो असंतोष का कारण बनता है। अगर सेवा उम्मीदों से अधिक होती है तो ग्राहक को खुशी होगी। इसलिए हर उद्यम का लक्ष्य अपने ग्राहकों को प्रसन्न करना होता है।

2. **सेवा की गुणवत्ता**

एजेंटों सहित जीवन बीमा कंपनियों और उनके कर्मियों के लिए उच्च गुणवत्ता वाली सेवा प्रदान करना और ग्राहक को प्रसन्न करना आवश्यक है।

लेकिन उच्च गुणवत्ता की सेवा क्या है? इसकी विशेषताएं क्या हैं?

सेवा की गुणवत्ता पर एक प्रसिद्ध मॉडल (अर्थात "सर्वक्काल (SERVQUAL)") हमें कुछ अंतर्दृष्टि प्रदान करेगा।यह सेवा की गुणवत्ता के पांच प्रमुख संकेतकों को रेखांकित करती हैः

क) **विश्वसनीयताः** जिस सेवा का वादा किया गया है उसे भरोसे के साथ और सही तरीके से पूरा करने की क्षमता। ज्यादातर ग्राहक विश्वसनीयता को सेवा की गुणवत्ता के पांच आयामों में सबसे अधिक महत्वपूर्ण मानते हैं। यह विश्वास की नींव है।

ख) **जवाबदेहीः** यह ग्राहकों की सहायता करने और ग्राहकों की जरूरतों के लिए त्वरित प्रतिक्रिया प्रदान करने के लिए सेवा कर्मियों की इच्छा और क्षमता को दर्शाता है। इसे सेवा प्रदान करते समय प्रदर्शित गति, सटीकता और प्रवृत्ति जैसे संकेतकों से मापा जा सकता है।

ग) **आश्वासनः** यह जानकारी, योग्यता और सेवा प्रदाताओं की शालीनता और भरोसा तथा विश्वास व्यक्त करने की उनकी क्षमता को दर्शाता है। यह ग्राहक के इस मूल्यांकन से तय होता है कि सेवा कर्मी ने आवश्यकताओं को कितनी अच्छी तरह से समझा है और वह उनको पूरा करने में कितना सक्षम है।

घ) **परानुभूतिः** इसका वर्णन मानवता के रूप में किया गया है। यह ग्राहकों को प्रदान किए गए देखभाल के रवैए और व्यक्तिगत रूप से ध्यान देने में परिलक्षित होता है।

ग) **मूर्त वस्तुएंः** ये भौतिक पर्यावरणीय कारकों का प्रतिनिधित्व करती हैं जिनको ग्राहक देख, सुन और स्पर्श कर सकता है। उदाहरण के लिए, जीवन बीमा कंपनी के कार्यालय में जाने पर व्यक्ति को स्थान, लेआउट, सफाई, व्यवस्था और व्यावसायिकता की भावना को लेकर जो कुछ अनुभव होता है उसका ग्राहक पर व्यापक प्रभाव पड़ सकता है। भौतिक वातावरण विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो जाता है क्योंकि यह वास्तविक सेवा का अनुभव होने से पहले और इसके बाद पहला और स्थायी प्रभाव बनाता है।

3. **ग्राहक सेवा और बीमा**

जीवन बीमा उद्योग के किसी भी प्रमुख बिक्री उत्पादक से पूछें कि वह शीर्ष तक पहुंचने और वहां पर बने रहने में कैसे कामयाब हुआ। आपको एक आम जवाब मिलने की संभावना है कि यह उनके मौजूदा

ग्राहकों का संरक्षण और समर्थन था जिसने उसका व्यवसाय बढ़ाने में उसकी सहायता की। आप यह भी जानेंगे कि उनकी आय का एक बड़ा हिस्सा संविदाओं के नवीकरण के कमीशन से आता है। इसके अलावा उनके ग्राहक नए ग्राहक प्राप्त करने के स्रोत भी होते हैं।

उनकी सफलता का राज क्या है? सबसे अधिक संभावित जवाब अपने ग्राहकों की सेवा करने के प्रति उनकी प्रतिबद्धता है।

ग्राहक को खुश रखना कैसे एजेंट और कंपनी को फ़ायदा पहुंचाता है? इस सवाल का जवाब है, ग्राहक के जीवन मूल्य को देखना उपयोगी होगा।

परिभाषा

ग्राहक के जीवन मूल्य को एक लंबी अवधि तक ग्राहक के साथ एक अच्छा संबंध बनाये रखने से प्राप्त होने वाले कुल आर्थिक लाभ के रूप में परिभाषित किया जा सकता है।

चित्र 1: ग्राहक का जीवन मूल्य

जो एजेंट सेवा प्रदान करता है और ग्राहकों के साथ घनिष्ठ संबंध बनाता है; वह साख और ब्रांड मूल्य बनाता है, जो कारोबार के विस्तार में मदद करता है।

स्व-परीक्षण 1

ग्राहक के जीवन मूल्य का क्या मतलब है?

I. अपने जीवनकाल में ग्राहकों को सेवा प्रदान करते हुए खर्च की गयी कुल रकम

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

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

IV. अधिकतम बीमा जो ग्राहक को दिया जा सकता है

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

आइए अब हम इस बात पर विचार करें कि कैसे एक एजेंट ग्राहक को उत्तम सेवा प्रदान कर सकता है। यह भूमिका बिक्री के चरण पर शुरू होती है और संविदा की संपूर्ण अवधि में जारी रहती है। अब हम संविदा के कुछ महत्वपूर्ण पड़ावों और प्रत्येक चरण में निभाई जाने वाली भूमिका पर नजर डालते हैं।

1. बिक्री के समय - सर्वोत्तम सलाह

सेवा के लिए पहला बिंदु बिक्री का समय है। जीवन बीमा की खरीद में शामिल महत्वपूर्ण मुद्दों में से एक खरीदे जाने वाले बीमा आवरण की मात्रा (बीमा राशि) निर्धारित करना है।

एजेंट वास्तव में अपना कमीशन उस समय अर्जित करना शुरू करता है जब वह मामले पर सर्वोत्तम सलाह देता है। जैसा कि हमने देखा है, जीवन बीमा उत्पादों को व्यक्ति के जीवनकाल के दौरान उत्पन्न होने वाली सुरक्षा और बचत की आवश्यकताओं की एक श्रृंखला को पूरा करने के लिए खरीदा जाता है।

एजेंट को इन आवश्यकताओं को समझने और ऐसे उत्पादों का सुझाव देने में सक्षम होना चाहिए जिनकी लाभ की विशेषताएं इन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सबसे उपयुक्त हैं।

एजेंट की भूमिका एक कोच और साथी के रूप में ग्राहक से संबंध जोड़ना है जो उसके जीवन के आकस्मिक जोखिम का अधिक प्रभावी ढंग से प्रबंधन करने में उसकी मदद करेगा।

दूसरे शब्दों में, किसी बीमा एजेंट की भूमिका एक मामूली विक्रेता की तुलना में कहा अधिक होती है। उसे एक निजी वित्तीय योजनाकार और सलाहकार, बीमालेखक, अनुकूलित समाधानों का एक डिजाइनर और संबंध बढ़ाने वाला व्यक्ति होना चाहिए जो विश्वास जीतने और दीर्घकालिक संबंधों पर कर कामयाबी हासिल करने का प्रयास करता है।

2. **प्रस्ताव चरण**

एजेंट को जीवन बीमा का प्रस्ताव भरने में ग्राहक की सहायता करनी चाहिए। बीमाधारक को उसमें दिए गए बयानों की जिम्मेदारी लेना आवश्यक है।

यह बात बहुत महत्वपूर्ण है कि एजेंट को प्रस्ताव प्रपत्र के प्रत्येक सवाल के जवाब 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 ख़तरे में डाल सकती है।

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

3. **स्वीकृति चरण**

क) प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर)

यह सुनिश्चित करना एजेंट की जिम्मेदारी है कि बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को एफपीआर जारी की जाती है। इस संबंध में तत्परता ग्राहक को यह संदेश देती है कि उसके हित एजेंट और कंपनी के हाथों में सुरक्षित हैं।

ख) पॉलिसी दस्तावेज की सुपुर्दगी

पॉलिसी की सुपुर्दगी एक अन्य प्रमुख अवसर है जो एक एजेंट को ग्राहक के साथ संपर्क बनाने के लिए प्राप्त होता है। अगर कंपनी के नियम व्यक्तिगत रूप से पॉलिसी दस्तावेज़ सुपुर्द किए जाने की अनुमति देते हैं तो दस्तावेज़ को प्राप्त करना और इसे ग्राहक को सौंपना एक अच्छा विचार हो सकता है।

अगर पॉलिसी मेल द्वारा सीधे भेजी जा रही है तो पॉलिसी दस्तावेज भेज दिए जाने की जानकारी होते ही एजेंट को ग्राहक से संपर्क करना चाहिए। यह ग्राहक से मिलने और ऐसी कोई भी बात समझाने का एक अवसर है जो प्राप्त दस्तावेज में स्पष्ट नहीं है। यह पॉलिसी के विभिन्न प्रकार के प्रावधानों और पॉलिसीधारक के उन अधिकारों तथा विशेषाधिकारों को स्पष्ट करने का एक अवसर है जिसका लाभ ग्राहक उठा सकता है। यह कार्य बिक्री से परे सेवा का एक स्तर प्रदान करने की इच्छा को दर्शाता है।

यह मुलाक़ात ग्राहकों की सेवा करने और पूरी सहायता करने की एजेंट की प्रतिबद्धता का वचन देने का एक अवसर है।

अगला तार्किक कदम उसकी पहचान के अन्य व्यक्तियों के नाम और विवरण पूछने का होगा जो संभवतः एजेंट की सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं। अगर ग्राहक स्वयं इन लोगों से संपर्क कर सकता है और उनसे एजेंट का परिचय करा सकता है तो इसका मतलब व्यवसाय में एक बड़ी सफलता हासिल कर ली है।

ग) प्रीमियम भुगतान

एजेंट को देय प्रीमियम के बारे में ग्राहक को याद दिलाने के लिए उसके संपर्क में रहना चाहिए ताकि पॉलिसी व्यपगत ना हो।

ग्राहक को किसी उत्सव या पारिवारिक घटना जैसे किसी अवसर पर शुभकामनाएं देकर समय-समय पर ग्राहक के साथ संपर्क में बने रहने से संबंध मजबूत होते हैं। इसी प्रकार जब किसी तरह की कठिनाई या दुख का क्षण आता है, तो सहायता की पेशकश करके एजेंट यह दर्शाता है कि वह जरूरत पड़ने पर सदैव उपलब्ध है।

4. **दावा निपटान**

दावा निपटान के समय एजेंट को एक महत्वपूर्ण भूमिका निभानी होती है। यह सुनिश्चित करना उसका दायित्व है कि दावे के विवरण की सूचना तुरंत बीमा कंपनी को दी जाती है और प्रक्रिया में तेजी लाने के लिए दावा संबंधी किसी भी आवश्यक जांच-पड़ताल में सहायता प्रदान की जाती है।

5. **अन्य सेवाएं**

एजेंट अपने पॉलिसीधारकों के साथ नियमित संपर्क बना कर पॉलिसीधारक को अन्य सेवाएं प्रदान कर सकता है जैसे तुरंत डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करने की व्यवस्था करना, पॉलिसी ऋण भुगतान, नामांकन में परिवर्तन, समनुदेशन और व्यपगत पॉलिसियों के पुनर्जीवन की सुविधा प्रदान करना।

6. **शिकायत निवारण**

उच्च प्राथमिकता की कार्रवाई का समय वह है जब ग्राहक को कोई शिकायत होती है। याद रखें कि शिकायत के मामले में सेवा में विफलता का मुद्दा (यह बीमा कंपनी के रिकॉर्डों को ठीक करने में होने वाली देरी से लेकर दावा निपटाने में तत्परता की कमी तक कुछ भी हो सकता है) जिसने ग्राहक को व्यथित कर दिया है, कहानी का केवल एक हिस्सा है।

ग्राहक इस तरह की विफलता को लेकर अपनी व्याख्याओं के कारण बहुत अधिक परेशान और व्यथित हो जाता है। ऐसी दो प्रकार की अनुभूतियां और संबंधित भावनाएं हैं जो प्रत्येक सेवा की विफलता के साथ उत्पन्न होती हैं:

- ✓ सबसे पहले अन्याय की एक भावना, धोखा दिए जाने का एहसास होता है।
- ✓ दूसरी भावना अहंकार को चोट पहुंचने की है - जिसमें व्यक्ति को छोटा दिखाने और महसूस कराने का प्रयास किया जाता है।

ग्राहक संबंध में शिकायत एक महत्वपूर्ण "सच्चाई का पल" है; अगर कंपनी इस संबंध में तत्पर होती है तो वास्तव में ग्राहक की विश्वसनीयता में सुधार करने की संभावना है। मानवता इस मामले में महत्वपूर्ण है; ग्राहक यह महसूस करना चाहते हैं कि उनको महत्व दिया जाता है।

अगर आप एक पेशेवर जीवन बीमा सलाहकार हैं तो आप पहले चरण में ऐसी स्थिति आने की अनुमति नहीं देंगे। आप इस मामले को कंपनी के उपयुक्त अधिकारी के पास ले जाएंगे। याद रखें, कंपनी में किसी भी अन्य व्यक्ति के पास ग्राहक की समस्याओं का स्वामित्व नहीं है जितना कि आप स्वयं कर सकते हैं।

शिकायतें/चिंताएं हमें यह प्रदर्शित करने का अवसर प्रदान करती हैं कि हम ग्राहक के हितों का कितना ख्याल रखते हैं। वे वास्तव में ऐसे ठोस स्तंभ हैं जिन पर जीवन बीमा एजेंट की साख और कारोबार की मजबूत इमारत तैयार होती है। हर पॉलिसी दस्तावेज के अंत में, बीमा कंपनियों इस शिकायत की प्रक्रिया का विस्तृत विवरण दिया गया होता है जिसे दस्तावेज के प्रावधानों को समझाते समय ग्राहकों के ध्यान में लाया जाना चाहिए।

बिक्री और सेवा प्रदान करने में मौखिक प्रचार (अच्छा/बुरा) की एक महत्वपूर्ण भूमिका है। याद रखें कि अच्छी सेवा का पुरस्कार 5 अन्य लोगों को सूचित करके प्राप्त होता है जबकि खराब सेवा का कुप्रभाव 20 लोगों तक जाता है।

स्व-परीक्षण 2

किसी ग्राहक के मन में बीमा कंपनी की ओर से दी जाने वाली प्रत्येक सेवा की विफलता के साथ दो प्रकार की भावनाएं और तत्संबंधी एहसास जन्म लेते हैं। ये भावनाएं हैं -

I. दुविधा और परानुभूति
II. बेईमानी और बदला
III. अनभिज्ञता और परानुभूति

ग. संवाद कौशल

1. ग्राहक सेवा में संवाद कौशल

एजेंट या सेवा कर्मचारी को कार्यस्थल में प्रभावशाली निष्पादन करने के लिए जिन सबसे महत्वपूर्ण योग्यताओं की जरूरत होती है उनमें से एक है सुलभ कौशल।

कठिन कौशल के विपरीत - जिसका संबंध एक विशेष प्रकार का कार्य या गतिविधि निष्पादित करने की व्यक्ति की क्षमता के साथ है - सुलभ कौशल कार्यस्थल पर और बाहर दोनों जगह व्यक्ति की अन्य कर्मचारियों और ग्राहकों के साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने की क्षमता से संबंधित है।

संवाद कौशल इन सुलभ कौशलों में सबसे महत्वपूर्ण है।

2. संवाद और ग्राहक संबंध

ग्राहक सेवा संतुष्ट और भरोसेमंद ग्राहक बनाने संबंधी 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 का अनुभव दोनों ही अंततः कंपनी के प्रति ग्राहक की विचारधारा का खाका तैयार।

क) विश्वास बढ़ाने वाले तत्व

स्वस्थ संबंध कैसे बनता है? बेशक इसके केंद्र में विश्वास ही है। साथ ही साथ, अन्य तत्व भी हैं जो विश्वास को सुदृढ़ करते हैं और इसे बढ़ावा देते हैं।

इसे उदाहरण से समझें

चित्र 1: विश्वास या भरोसा

i. **हर संबंध आकर्षण से शुरू होता है**

व्यक्ति को बस पसंद किए जाने की जरूरत है और उसे ग्राहक के साथ तालमेल बनाने में सक्षम होना चाहिए। आकर्षण अक्सर पहली बार के 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। आकर्षण के बिना कोई भी संबंध शायद ही संभव है। एक ऐसे विक्रेता के बारे में विचार करें जिसे पसंद नहीं किया जाता है। क्या आपको वास्तव में ऐसा लगता है कि वह बिक्री के कैरियर में बहुत प्रगति करने में सक्षम होगा?

ii. **संबंध का दूसरा तत्व "उपलब्धता या मौजूदगी" है - जरूरत पड़ने पर उपलब्ध होना।**

इसका सबसे अच्छा उदाहरण शायद एक शादी का है। क्या पत्नी की हर जरूरत के समय पति का उपलब्ध रहना महत्वपूर्ण है? इसी प्रकार एक ग्राहक संबंध में मुद्दा यह है कि क्या जरूरत पड़ने पर कंपनी या उसके प्रतिनिधि उपलब्ध हैं और कैसे। क्या वह पूरी तरह से मौजूद है और ग्राहक की जरूरतों पर ध्यान दे रहा है?

iii. **संवाद**

ऐसे भी उदाहरण हो सकते हैं जब व्यक्ति पूरी तरह से मौजूद न हो और अपने ग्राहक की सभी उम्मीदों के लिए पूरा न्याय कर पाने में असमर्थ हो। फिर भी व्यक्ति मजबूत संबंध बनाए रखने में

सक्षम होता है अगर वह ग्राहक से आश्वस्त करने के तरीके से, पूरी सहानुभूति से बात करता है और जिम्मेदारी की भावना प्रकट करता है।

उपरोक्त सारी बातें - व्यक्ति जो प्रभाव बनाता है या जिस तरीके से वह मौजूद रहता है और बातों पर ध्यान देता है या वह दूसरे व्यक्ति को जो संदेश भेजता है - संवाद के आयाम हैं और अनुशासन तथा कौशल की मांग करते हैं। एक मायने में व्यक्ति जो संवाद करता है वही अंततः उसकी सोच और देखने के तरीके को बताता है।

कंपनियां आज ग्राहक संबंध प्रबंधन पर बहुत जोर देती हैं क्योंकि किसी ग्राहक को बनाए रखने की लागत एक नया ग्राहक प्राप्त करने की लागत की तुलना में बहुत ही कम होती है। ग्राहक संबंध कई स्पर्श बिंदुओं पर होता है जैसे किसी ग्राहक की बीमा संबंधी आवश्यकताओं को समझने, पॉलिसी कवर के बारे में समझाने, प्रपत्र सौंपने के समय। इसलिए इनमें से प्रत्येक बिंदु पर ओं में से प्रत्येक में संबंध मजबूत करने के लिए एजेंट के पास कई अवसर होते हैं.

3. **संवाद की प्रक्रिया**

सभी तरह के संवाद के लिए एक प्रेषक, जो संदेश भेजता है और एक संदेश प्राप्तकर्ता, की आवश्यकता होती है। यह प्रक्रिया तब पूर्ण होती है जब प्राप्तकर्ता को प्रेषक का संदेश समझ में आ गया हो।

संवाद कई रूपों में हो सकता हैः

- ✓ मौखिक,
- ✓ लिखित,
- ✓ गैर-मौखिक और
- ✓ शारीरिक भाषा का प्रयोग करके

यह आमने-सामने, फोन पर या मेल अथवा इंटरनेट से हो सकता है। यह औपचारिक या अनौपचारिक हो सकता है। संदेश सामग्री या स्वरूप या प्रयुक्त मीडिया चाहे जो भी हो, संवाद का अर्थ प्राप्तकर्ता द्वारा संवाद की बातों को समझ लेने से निकलता है।

किसी व्यवसाय के लिए यह चयन करना महत्वपूर्ण है कि निर्दिष्ट प्राप्तकर्ताओं को संदेश कैसे और कब भेजा जाए।

4. **गैर-मौखिक संवाद** (**अशाब्दिक संप्रेषण**)

आइए हम कुछ ऐसी अवधारणाओं को देखें जिनको समझना एजेंट के लिए आवश्यक है।

क) शानदार पहला प्रभाव डालना

हमने पहले ही देखा है कि आकर्षण किसी भी संबंध का पहला स्तंभ है। आप ऐसे व्यक्ति से व्यवसाय पाने की शायद ही उम्मीद कर सकते हैं जो आपको पसंद नहीं करता है। वास्तव में कई लोगों को निर्णय लेने और आपका मूल्यांकन करने के लिए, कुछ ही सेकंडों के लिए, सिर्फ एक नज़र की जरूरत होती है जब आप उससे पहली बार मिलते हैं। आपके बारे में उनकी राय आपकी दिखावट, आपकी शारीरिक भाषा, आपके शिष्टाचार और आपके पहनावे तथा आपकी बोली के तौर-तरीके पर आधारित हो जाती है। याद रखें, पहला प्रभाव लंबे समय तक रहता है।एक अच्छा पहला प्रभाव बनाने के लिए कुछ उपयोगी सुझाव इस प्रकार हैं:

i. **हमेशा समय के पाबंद रहें**। सभी प्रकार की संभावित देरी के लिए लचीलेपन की गुंजाइश रखते हुए कुछ मिनट पहले पहुंचने की योजना बनाएं।

ii. **अपने आपको उचित तरीके** से पेश करें।आपका संभावित ग्राहक, जिससे आप पहली बार मिल रहे हैं, आपको नहीं जानता है और आपकी दिखावट आमतौर पर वह पहला सुराग है जिस पर उसे आगे बढ़ना होता है।

- ✓ क्या आपकी दिखावट पहला उचित प्रभाव बनाने में मदद कर रही है?
- ✓ क्या आपके पहनावे का तरीका इस मीटिंग या अवसर के लिए उपयुक्त है?
- ✓ क्या आपकी सज्ञा साफ़-सुथरी और ठीक-ठाक है - बाल अच्छी तरह से कटे हुए और दाढ़ी बनी हुई, साफ़-सुथरे और कपड़े, स्वच्छ और पर्याप्त मेकअप के साथ।

iii. एक उत्साहजनक, आत्मविश्वास से भरपूर और विजेता की मुस्कान आपको और आपके ग्राहक को एक दूसरे के साथ तुरंत सहज स्थिति में ले आता है।

iv. खुला, आत्मविश्वासी और सकारात्मक होना

- ✓ क्या आपकी शारीरिक भाषा आत्मविश्वास और आत्म-आश्वासन प्रस्तुत करती है?
- ✓ क्या आप सीधे खड़े होकर, मुस्कुराते हुए, आंखों से आंखें मिलाकर, दृढ़तापूर्वक हाथ मिलाते हैं?
- ✓ क्या आप कुछ आलोचना का सामना करने पर या मुलाक़ात अपेक्षा के अनुरूप नहीं होने पर भी सकारात्मक बने रहते हैं?

v. **दूसरे व्यक्ति में दिलचस्पी** - सबसे महत्वपूर्ण बात दूसरे व्यक्ति में वास्तविक दिलचस्पी होने की है।

✓ क्या आप एक व्यक्ति के रूप में ग्राहक को जानने में कुछ समय लेते हैं?

✓ क्या आप उसकी बातों पर ध्यान देते हैं और उनका ख्याल रखते हैं।

✓ क्या अपने ग्राहक के लिए पूरी तरह से मौजूद और उपलब्ध हैं या आपके अधूरे साक्षात्कार के दौरान आपका मोबाइल फोन आपको उलझाता रहता है?

ख) शारीरिक भाषा

शारीरिक भाषा चाल-ढाल, भाव-भंगिमा, चेहरे के भावों को दर्शाती है। हमारे बात करने, चलने-फिरने, बैठने और खड़े होने का तरीका, सभी हमारे बारे में कुछ ना कुछ कहते हैं और बताते हैं कि हमारे अंदर क्या चल रहा है। अक्सर कहा जाता है कि लोग वास्तव में कही गयी बातों का केवल कुछ ही प्रतिशत सुन पाते हैं। हम जो कुछ नहीं कहते हैं वह बहुत अधिक और बहुत प्रभावकारी होता है। स्पष्ट है कि व्यक्ति को अपनी शारीरिक भाषा के प्रति बहुत सावधान रहने की जरूरत है।

i. आत्मविश्वास

आत्मविश्वास और आत्म-आश्वासन का प्रदर्शन करने के लिए यहां कुछ सुझाव दिए गए हैं - जो किसी व्यक्ति को गंभीरता से सुने जाने का प्रभाव देते हैं:

✓ हाव-भाव - कंधों को पीछे की ओर करके सीधे खड़े होना

✓ आंखों से सीधा संपर्क - "मुस्कुराते" चेहरे के साथ

✓ उद्देश्यपूर्ण और सुविचारित भाव-भंगिमाएं

ii. विश्वास (भरोसा)

अक्सर एक विक्रेता की बातों को अनसुना कर दिया जाता है क्योंकि उसके ग्राहक को उस पर भरोसा नहीं है, उसकी शारीरिक भाषा यह आश्वस्त नहीं करती है कि वह अपनी कही गयी बातों को लेकर ईमानदार है। कुछ सामान्य संकेतों के बारे में जानकारी होना महत्वपूर्ण है जो यह संकेत दे सकते हैं कि व्यक्ति कब ईमानदार और भरोसेमंद नहीं है और नीचे दिए गए अनुसार उसके बारे में सचेत रहें:

✓ आंखों से बहुत कम या कोई संपर्क नहीं, या तेजी से आंखें झपकाना

✓ बात करते समय हाथ या उंगलियां व्यक्ति के मुंह के सामने होना

- ✓ व्यक्ति का शरीर प्रत्यक्ष रूप से दूसरे व्यक्ति से दूसरी ओर मुड़ा हुआ है
- ✓ व्यक्ति की धड़कन बढ़ जाती है
- ✓ शरीर का रंग बदलता है; चेहरे या गर्दन का क्षेत्र लाल हो जाता है
- ✓ तेजी से पसीना निकलने लगता है
- ✓ आवाज बदल जाती है जैसे आवाज कम या ज्यादा होना, तुतलाना, गला साफ़ करना
- ✓ बोली - धीमी और साफ़ जहां आवाज की टोन मध्यम और निम्न रखी रहती है

रक्षात्मक और अग्रहणशीलता का संकेत देने वाली कुछ शारीरिक गतिविधियों में निम्नलिखित शामिल हैं:

- ✓ हाथ / बाजुओं के भाव छोटे और व्यक्ति के शरीर के करीब रहते हैं
- ✓ चेहरे पर बहुत कम भाव उभरते हैं
- ✓ शरीर प्रत्यक्ष रूप से आपसे दूसरी ओर मुड़ा हुआ है
- ✓ शरीर के सामने क्रॉस किए हुए हाथ
- ✓ आंखें से बहुत कम संपर्क या नीचे की ओर झुकी हुई आंखें

अगर आपका ग्राहक इनमें से कोई भी भाव व्यक्त करता है, तो शायद यह आपको खुद की जांच करने और इस बात पर अधिक ध्यान देने की जरूरत है कि ग्राहक के मन में क्या चल रहा है।

5. **श्रवण कौशल**

संचार कौशल का तीसरा सेट है सुनने का या श्रवण कौशल, जिसके बारे में व्यक्ति को जानने और समझने की जरूरत है। ये व्यक्तिगत प्रभावशीलता के एक सुप्रसिद्ध सिद्धांत से संचालित होते हैं - "समझे जाने से पहले खुद को समझें"।आप कितनी अच्छी तरह सुनते हैं इसका आपके काम की प्रभावशीलता और दूसरों के साथ आपके संबंधों की गुणवत्ता पर बड़ा प्रभाव पड़ता है। आइए हम सुनने के कुछ सुझावों को देखें।

क) **सक्रिय रूप से सुनना**: जहां हम न केवल शब्दों को सुनने का प्रयास करते हैं बल्कि इससे भी महत्वपूर्ण, दूसरे व्यक्ति द्वारा भेजे गए पूरे संदेश को समझने की कोशिश करते हैं।

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

i. **ध्यान देना**

हमें वक्ता की ओर अपना पूरा ध्यान देने और संदेश को स्वीकार करने की जरूरत है। ध्यान रहे: गैर-मौखिक (अशाब्दिक) संचार भी "बहुत प्रभावकारी" होते हैं। ध्यान देने के कुछ पहलू इस प्रकार हैं:

- ✓ सीधे वक्ता की ओर देखें
- ✓ ध्यान भंग करने वाले विचारों को अलग रखें
- ✓ मानसिक रूप से खंडन करने के लिए तैयार न रहें!
- ✓ सभी बाहरी विकर्षणों से बचें (उदाहरण के लिए, अपने मोबाइल को साइलेंट मोड रखें)
- ✓ वक्ता की शारीरिक भाषा को "सुनें"

ii. यह दिखाना कि आप सुन रहे हैं

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

- ✓ समय-समय पर स्वीकारण में सिर हिलाना और मुस्कुराना
- ✓ खुली और दूसरे को निःसंकोच बोलने की आजादी देने वाली भंगिमा अपनाना
- ✓ हां, और अच्छा, हं-हं जैसी छोटी-छोटी मौखिक टिप्पणी करते रहें जो वक्ता को प्रोत्साहित करती हैं

iii. फीडबैक दें

हम जो कुछ सुनते हैं उसका काफी हिस्सा धारणा, पूर्वाग्रह और विश्वास जैसे हमारे अपने निजी फिल्टरों से नष्ट हो जाता है। एक श्रोता के रूप में हमें इन फिल्टरों के बारे में जानकारी होनी चाहिए और वास्तव में क्या कहा जा रहा है उसे समझने की कोशिश करनी चाहिए।

- ✓ इसके लिए आपको संदेश पर चिंतन करने और जो कुछ कहा गया उसके बारे में सवाल करने की आवश्यकता हो सकती है।
- ✓ प्रतिक्रिया देने का एक अन्य महत्वपूर्ण तरीका वक्ता के शब्दों की संक्षिप्त व्याख्या करना है
- ✓ फिर एक तीसरा तरीका वक्ता को बीच-बीच में रोकने और वक्ता ने जो कुछ कहा है उसका एक सारांश प्रस्तुत करने और उसके समक्ष इसे वापस दोहराने का है।

उदाहरण

स्पष्ट करने के लिए कहनाः मैंने जो कुछ भी सुना है उससे क्या मेरा यह मानना सही है कि आपके पास हमारी कुछ बचत योजनाओं के लाभों को लेकर कुछ सवाल हैं, क्या आप उन्हें स्पष्ट करेंगे?

वक्ता के सटीक शब्दों को संक्षेपित करनाः तो आप यह कह रहे हैं कि "हमारी बचत योजनाएं पर्याप्त रूप से आकर्षक लाभ नहीं दे रही हैं" - क्या मैंने आपकी बातों को सही समझा है?

---

iv. पूर्वाग्रही नहीं होना

सक्रिय रूप से सुनने की सबसे बड़ी बाधाओं में से एक है वक्ता के बारे में पूर्वाग्रही और पक्षपाती होने की हमारी प्रवृत्ति।इसका परिणाम यह है कि श्रोता वक्ता की कही बातों को सुन सकता है लेकिन वह अपने खुद की पक्षपाती व्याख्या के अनुरूप सुनता है कि वक्ता क्या कहना चाहता है।

इस तरह के पूर्वाग्रही दृष्टिकोण से श्रोता इसे समय की बर्बादी समझकर वक्ता को आगे बोलने की अनुमति देने में अनिच्छुक हो सकता है।

इसके परिणामस्वरूप वक्ता को विरोधी तर्कों के साथ रुकावट डालने और खंडन करने जैसी स्थितियों का सामना करना पड़ सकता है, इससे पहले कि वह संदेश को पूरी तरह से समझाने में सफल हो सके।

यह केवल वक्ता को हताश करेगा और संदेश की पूरी समझ को सीमित कर देगा। सक्रिय रूप से सुनने के लिए यह आवश्यक हैः

- ✓ कोई भी सवाल पूछने से पहले वक्ता को प्रत्येक बात खत्म करने की अनुमति देना
- ✓ किसी भी विरोधी तर्क के साथ वक्ता को बाधित नहीं करना

v. उचित प्रतिक्रिया

सक्रिय रूप से सुनने का मतलब सिर्फ वक्ता की कही बातों को सुनना ही नहीं बल्कि उससे कहीं और अधिक है। संवाद केवल तभी पूरा हो सकता है जब श्रोता शब्द या कार्य के माध्यम से किसी न किसी तरह से जवाब देता है।

यह सुनिश्चित करने के लिए कुछ नियमों का पालन किया जाना चाहिए कि वक्ता को नीचा नहीं दिखा जा रहा है बल्कि उसके साथ सम्मान और आदर का बर्ताव किया जा रहा है। इनमें शामिल हैंः

- ✓ अपनी प्रतिक्रिया में खरा, खुला और ईमानदार होना
- ✓ व्यक्ति की राय को सम्मानपूर्वक स्वीकार करना

✓ दूसरे व्यक्ति के साथ वैसा ही आचरण करना जैसा आप अपने साथ किया जाना पसंद करते हैं

vi. परानुभूतिपूर्वक सुनना

परानुभूतिपूर्वक सुनने का मतलब है अपने आपको दूसरे व्यक्ति के स्थान पर रख कर देखना और उसके अनुभव को अपने अनुभव की तरह महसूस करना।

परानुभूति के साथ सुनना उच्चकोटिकी ग्राहक सेवा का एक महत्वपूर्ण पहलू है। यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो जाता है जब दूसरा व्यक्ति शिकायत करने वाला और बहुत तकलीफ में रहा कोई ग्राहक हो।

परानुभूति का मतलब है दूसरे व्यक्ति की बातों को धैर्यपूर्वक और पूरा ध्यान देकर सुनना और उस पर विचार करना, इसके बावजूद कि आप उससे सहमत नहीं हो रहे हैं। वक्ता को स्वीकृति दिखाना महत्वपूर्ण है, अनिवार्य रूप से सहमत होना नहीं। ऐसा बस सिर हिला कर या "मैं समझता हूं" या "मैं देख रहा हूं" जैसे वाक्यांशों का प्रयोग करके किया जा सकता है।

स्व-परीक्षण 3

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

I. अच्छी तरह से ध्यान देना
II. बहुत अधिक पूर्वाग्रही होना
III. परानुभूति के साथ सुनना
IV. उचित प्रतिक्रिया देना

सारांश

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

- सेवा की गुणवत्ता पर एक सुप्रसिद्ध मॉडल (अर्थात "SERVQUAL") हमें कुछ अंतर्दृष्टि प्रदान करेगा।यह सेवा की गुणवत्ता के पांच प्रमुख संकेतकों को रेखांकित करता है:
  - ✓ विश्वसनीयता,
  - ✓ जवाबदेही,
  - ✓ आश्वासन,
  - ✓ परानुभूति और
  - ✓ मूर्त वस्तुएं
- जीवन बीमा उद्योग में अग्रणी बिक्री उत्पादकों की सफलता का रहस्य अपने ग्राहकों की सेवा के लिए रही उनकी प्रतिबद्धता है।
- ग्राहक के जीवन मूल्य को उन आर्थिक लाभों की मात्रा के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो एक लंबी समयावधि में किसी ग्राहक के साथ मजबूत संबंध बनाने से प्राप्त किए जा सकते हैं।
- बीमा एजेंट को निजी वित्तीय योजनाकार और सलाहकार, बीमालेखक, परंपरागत समाधान और संबंध बढ़ाने वाला एक डिजाइनर होना चाहिए जो विश्वास और दीर्घकालिक संबंधों के निर्माण की नींव पर कामयाबी की इमारत बनाता है।
- दावा निपटान के समय एजेंट को एक महत्वपूर्ण भूमिका निभानी पड़ती है। यह सुनिश्चित करना उसका दायित्व है कि दावे की जानकारी के बारे में तुरंत बीमा कंपनी को सूचित किया जाता है और दावा की प्रक्रिया तेज करने के लिए इससे संबंधित किसी भी आवश्यक जांच-पड़ताल में उसे सहायता करनी होती है।
- सुलभ कौशल का संबंध कार्यस्थल पर और बाहर दोनों स्थानों पर अन्य कर्मचारियों और ग्राहकों के साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने की क्षमता से है।
- विश्वास बढ़ाने वाले तत्वों में शामिल हैं:
  - ✓ आकर्षण
  - ✓ मौजूद होना
  - ✓ संचार
- संचार कई रूपों में हो सकता है:

- ✓ मौखिक,
- ✓ लिखित
- ✓ गैर-मौखिक और
- ✓ शारीरिक भाषा का प्रयोग करके

- एजेंट इनके द्वारा ग्राहक पर शानदार पहला प्रभाव डाल सकता हैः
  - ✓ हमेशा समय का पाबंद होना
  - ✓ अपने आपको उचित तरीके से पेश करना
  - ✓ हमेशा उत्साही, आत्मविश्वास से भरपूर और विजेता की मुस्कान रखना
  - ✓ खुला, आत्मविश्वासी और सकारात्मक होना
  - ✓ दूसरे व्यक्ति में वास्तविक दिलचस्पी रखना
- सक्रिय रूप से सुनने में शामिल हैः
  - ✓ ध्यान देना,
  - ✓ यह दिखाना कि आप सुन रहे हैं
  - ✓ प्रतिक्रिया उपलब्ध कराना
  - ✓ पूर्वाग्रही नहीं होना
  - ✓ उचित प्रतिक्रिया देना

प्रमुख शब्द

1. ग्राहक सेवा
2. सेवा की गुणवत्ता
3. सर्वक्काल (SERVQUAL)
4. ग्राहक का जीवन मूल्य
5. सुलभ कौशल
6. संचार

7. शारीरिक भाषा
8. सक्रिय रूप से सुनना
9. परानुभूति के साथ सुनना

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

ग्राहक के साथ दीर्घकालिक संबंध बना कर प्राप्त किए जाने वाले आर्थिक लाभों के योग को ग्राहक के जीवन मूल्य के रूप में जाना जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

ग्राहक के मन में बीमा कंपनी की ओर से प्रत्येक सेवा की विफलता के साथ दो प्रकार की भावनाएं और संबंधित एहसास उभरते हैं। ये भावनाएं हैं: अन्याय की भावना और आहत अहंकार

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

बहुत अधिक पूर्वाग्रही होना सक्रिय रूप से सुनने का एक तत्व नहीं है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

_____________ एक मूर्त वस्तु नहीं है।

I. मकान

II. बीमा

III. मोबाइल फोन

IV. जींस की एक जोड़ी

प्रश्न 2

______________ सेवा की गुणवत्ता का एक सूचक नहीं है।

I. चतुराई

II. विश्वसनीयता

III. परानुभूति

IV. जवाबदेही

प्रश्न 3

ग्राहक संबंध में पहली धारणा बनाई जाती है:

I. आश्वस्त होकर

II. समय का पाबंद होकर

III. दिलचस्पी दिखाकर

IV. समय का पाबंद होकर, दिलचस्पी दिखाकर और आश्वस्त होकर

प्रश्न 4

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 कंपनी के बीच विश्वास बढ़ाने में मदद करता है

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

प्रश्न 5

सक्रिय रूप से सुनने में शामिल है:

I. वक्ता की बातों पर ध्यान देना

II. समय-समय पर हां में सिर हिलाना और मुस्कुराना

III. प्रतिक्रिया देना

IV. वक्ता की बातों पर ध्यान देना, समय-समय पर हां में सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना

प्रश्न 6

___________ जिस सेवा का वादा किया गया है उसे भरोसे के साथ और सही ढंग से पूरा करने की क्षमता को दर्शाता है।

I. विश्वसनीयता

II. जवाबदेही

III. आश्वासन

IV. परानुभूति

प्रश्न 7

_____________ का संबंध कार्यस्थल पर और बाहर दोनों स्थानों पर अन्य कर्मचारियों और ग्राहकों के साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने की क्षमता से है।

I. कठोर कौशल

II. सुलभ कौशल

III. बातचीत का कौशल

IV. सवाल करने का कौशल

प्रश्न 8

इनमें से कौन सा तत्व विश्वास को बढ़ावा देता है?

I. संवाद, सकारात्मकता और मौजूद रहना

II. नम्रता, समर्थन और संवाद

III. आकर्षण, संवाद और मौजूद रहना

IV. समर्थन, सकारात्मकता और आकर्षण

प्रश्न 9

नीचे दिया गया कौन सा सुझाव एक अच्छा पहला प्रभाव बनाने के लिए उपयोगी है?

I. हमेशा समय का पाबंद होना

II. अपने आप को उचित तरीके से पेश करना

III. खुला, आत्मविश्वासी और सकारात्मक होना

IV. उपरोक्त सभी

प्रश्न 10

_____________ ग्राहकों के प्रति देखभाल के रवैए और व्यक्तिगत रूप से ध्यान दिए जाने में परिलक्षित होता है।

I. आश्वासन

II. परानुभूति

III. विश्वसनीयता

IV. जवाबदेही

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बीमा एक मूर्त वस्तु नहीं है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

चतुराई सेवा की गुणवत्ता का सूचक नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

ग्राहक संबंध में पहला प्रभाव आश्वस्त होकर, समय का पाबंद होकर और दिलचस्पी दिखाकर बनाया जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

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

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

सक्रिय रूप से सुनने में वक्ता की बातों पर ध्यान देना, समय-समय पर हां में सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना शामिल है।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

विश्वसनीयता, जिस सेवा का वादा किया गया है उसे भरोसे के साथ और सही ढंग से पूरा करने की क्षमता को दर्शाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

सुलभ कौशल का संबंध कार्यस्थल पर और बाहर दोनों स्थानों पर अन्य कर्मचारियों और ग्राहकों के साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने की क्षमता से है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

आकर्षण, संवाद और मौजूद रहना, विश्वास को बढ़ावा देने वाले तीन तत्व हैं।

उत्तर 9

सही विकल्प IV है।

अच्छा और पहला प्रभाव बनाने के लिए कुछ उपयोगी सुझावों में शामिल हैं: हमेशा समय का पाबंद होना, अपने आपको उचित तरीके से पेश करना, खुला, आत्मविश्वासी और सकारात्मक आदि होना।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

परानुभूति ग्राहकों के प्रति देखभाल के रवैए और व्यक्तिगत रूप से ध्यान दिए जाने में परिलक्षित होती है।

अध्याय 20

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 प्रौद्योगिकी 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।

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

अध्ययन परिणाम

क. शिकायत निवारण प्रणाली – उपभोक्ता न्यायालय, लोकपाल

क. शिकायत निवारण प्रणाली

1. **एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (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 अस्थायी आवास 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 संविदा 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 संविदा 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 किः

- ✓ 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.

क) 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

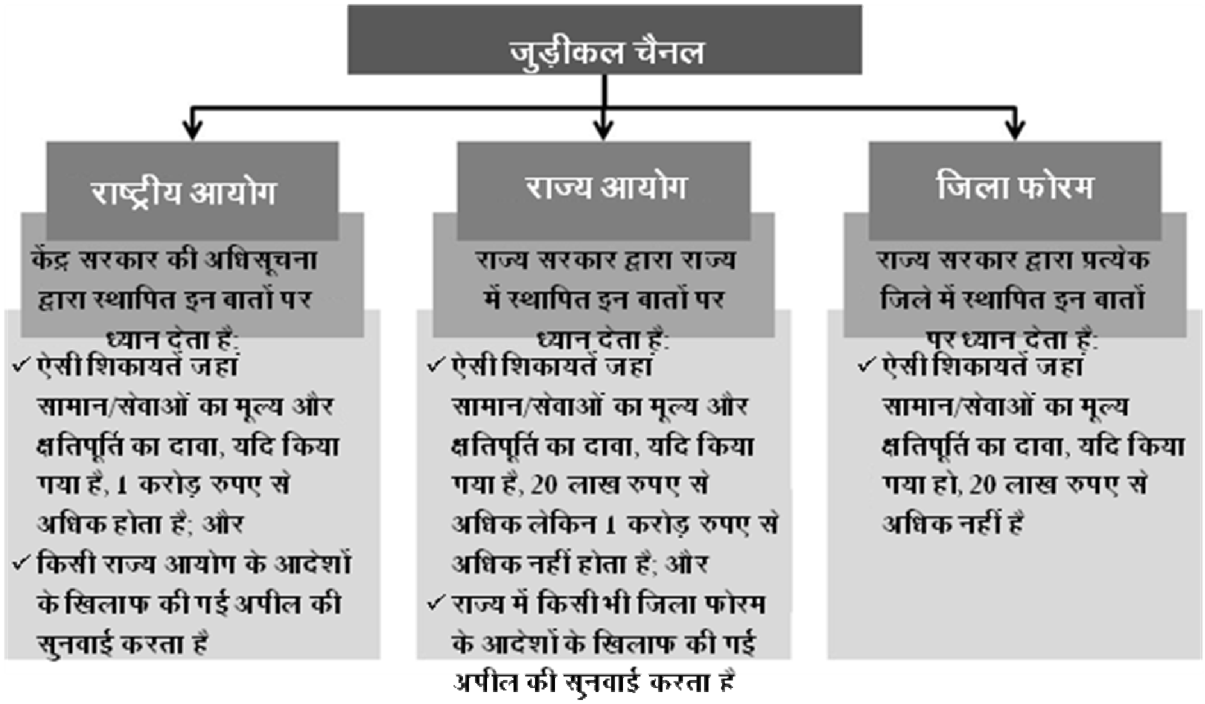
- ✓ इस निवारण प्राधिकरण के पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार रहते है।
- ✓ यह जिला फोरम की अपील पर सुनवाई करता है।
- ✓ इसका मूल अधिकार क्षेत्र भी उन शिकायतों की सुनवाई करना है जहां सामानों/सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति, अगर कोई दावा किया गया है, 20 लाख रुपए से अधिक लेकिन 100 लाख रुपए से अधिक नहीं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



ख) 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।

ग) 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

घ) 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।

क) लोकपाल से शिकायत

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

लोकपाल से शिकायत की जा सकती है अगरः

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले एक लिखित शिकायत की थी और बीमा कंपनी ने यह कदम उठाया थाः

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

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

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

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

ख) लोकपाल की सिफारिशें

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

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

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

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

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

ग) फैसला

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 अधिनिर्णय 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 तर के उपभोक्ता विवादों पर ध्यान देगी?

I. जिला फोरम

II. राज्य आयोग

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-अर्हता 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 का शुल्क भुगतान करने की आवश्यकता है

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

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

IV. मांगी गयी राहत का 10% शुल्क 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।

परिशिष्ट

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. आईएनजी वैश्य 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. डीएलएफ प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस
22. स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ इंश्योरेंस
23. इंडिया फर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस
24. एडलवाइस टोक्यो लाइफ इंश्योरेंस