

आईसी - 32

स्वास्थ्य बीमा

(बीमा एजेंट के लिए शिक्षण सामग्री)

आभार

यह पाठ्यक्रम इनके सहयोग से तैयार किया गया है

सी डैक

आर.के. सिन्हा



भारतीय बीमा संस्थान

INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

जी ब्लॉक, प्लॉट न. सी-46,

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

स्वास्थ्य बीमा

(बीमा एजेंट के लिए शिक्षण सामग्री)

आईसी - 32

संस्करण का वर्ष: 2015

सभी अधिकार सुरक्षित

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

यह पाठ्यक्रम पूरी तरह से भारतीय बीमा संस्थान की स्वास्थ्य बीमा एजेंटों की परीक्षाओं में बैठने वाले उम्मीदवारों के अध्ययन के प्रयोजन से तैयार किया गया है और यह आईआरडीएआई द्वारा अनुमोदित सिलेबस पर आधारित है। यह कानूनी बहसों को शामिल करने वाले विवादों या बातों के मामले में व्याख्या या समाधान प्रस्तुत करने के लिए नहीं है।

प्रकाशक: पी. वेणुगोपाल, महासचिव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉक, प्लॉट सी-46, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व) मुंबई – 400 051 और मुद्रण स्थल -

विषय सूची

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
1	बीमा का परिचय	1
2	स्वास्थ्य बीमा का परिचय	17
3	बीमा के सिद्धांत	37
4	बीमा दस्तावेज़	52
5	स्वास्थ्य बीमा उत्पाद	79
6	स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन	141
7	स्वास्थ्य बीमा दावे	169
8	स्वास्थ्य बीमा बिक्री प्रक्रिया	219
9	ग्राहक सेवा और ग्राहक के हितों का संरक्षण	244
10	बीमा एजेंसी के वैधानिक और नियामक पहलू	286
11	स्वास्थ्य बीमा में कैरियर की संभावनाएं	317

अध्याय 1

बीमा का परिचय

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य बीमा की मूल बातों, जोखिम प्रबंधन और आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका से अवगत कराना है। इसके अलावा आप यह भी जानेंगे कि बीमा अप्रत्याशित घटनाओं के समय कैसे मदद करता है और कैसे बीमा सामाजिक सुरक्षा सुनिश्चित करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

अध्ययन के परिणाम

- A. बीमा क्या है?
- B. जोखिम और पूर्तिग
- C. जोखिम प्रबंधित करने के विभिन्न तरीके
- D. जोखिम की लागत - बीमा कब करें
- E. आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका
- F. बीमा और सामाजिक सुरक्षा

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. बीमा कैसे काम करता है, इसे समझना।
2. जोखिम की अवधारणा को स्पष्ट करना।
3. जोखिम प्रबंधन के तरीकों का मूल्यांकन करना।
4. आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका पर चर्चा करना।
5. सामाजिक सुरक्षा में बीमा की भूमिका के बारे में जानना।

A. बीमा क्या है?

इस दुनिया में शायद मौत को छोड़कर सब कुछ अनिश्चित है। यहां भी मृत्यु कब होगी यह अनिश्चित है। हम कोई भी अखबार खोलते हैं तो हमें मकानों और कारखानों में आग लगने, रेल दुर्घटनाओं, पूरे समुदाय को नष्ट कर डालने वाले बाढ़ या भूकंप के समाचार देखने को मिलते हैं, जो लोगों के लिए व्यक्तिगत और आर्थिक दोनों तरह के नुकसान का कारण बनते हैं। हम दुर्घटनाओं और बीमारियों के कारण लोगों की अचानक मृत्यु होने के बारे में सुनते हैं, इनमें से कुछ बहुत कम उम्र के होते हैं।

क्यों इस तरह की घटनाएं हमें चिंतित और भयभीत करती हैं?

इसके कारण सरल हैं।

- ✓ सबसे पहले तो वे अप्रत्याशित होते हैं; अगर हम किसी घटना की अपेक्षा और पूर्वानुमान कर सकते हैं तो हम इसके लिए तैयारी कर सकते हैं।
- ✓ दूसरे, इस तरह की अप्रत्याशित और दुर्भाग्यपूर्ण घटनाएं अक्सर आर्थिक नुकसान और गहरे दुःख का कारण बनती हैं।
- ✓ तीसरा, हमें नहीं पता है कि कौन इस तरह के नुकसान से प्रभावित होगा।
- ✓ चौथा, हम नहीं जानते हैं कि इस तरह के नुकसान कितने गंभीर होंगे।

एक समुदाय साझा करने और आपसी सहयोग की एक प्रणाली के माध्यम से इस तरह की घटनाओं से प्रभावित होने वाले व्यक्तियों की सहायता के लिए आगे आ सकता है।

हम साझा करने और आपसी सहयोग की एक प्रणाली कैसे बना सकते हैं?

मान लीजिए कि एक गांव में 100 परिवार रहते हैं। 10 वर्षों की एक अवधि के दौरान यह देखा जाता है कि औसत 5 परिवारों में से किसी न किसी को एक विशेष वर्ष में अस्पताल में भर्ती किया गया है।

अगले वर्ष कौन से 5 परिवार प्रभावित होंगे? यह कोई नहीं जानता। क्या 5 से अधिक परिवार प्रभावित हो सकते हैं? यह भी कोई नहीं जानता। यही अनिश्चितता है।

हालांकि वे एक दूसरे की मदद करने के लिए पारस्परिकता की अवधारणा का उपयोग कर सकते हैं। पारस्परिकता और संसाधनों की पूलिंग (जिसे बीमा कहते हैं) की यह अवधारणा उनकी सहायता कर सकती है।

एक ग्रामीण गांव में कई व्यक्तियों से पैसे इकट्ठा कर सकता है जिन्हें यह भय है कि अस्पताल में भर्ती होने के कारण उनको नुकसान उठाना पड़ सकता है।

इस प्रकार ग्रामीण एक कोष बनाता है जिससे वास्तव में नुकसान का सामना करने वाले लोगों को मुआवजा दिया जाता है।

खर्चों का हिसाब करने के बाद किसी भी अधिशेष या घाटे को उस ग्रामीण द्वारा रख लिया जाता है जो सुविधा प्रदान करता है।

अधिशेष के कुछ हिस्से को मुनाफे के रूप में लिया जाता है और कुछ हिस्से को असामान्य दावा वर्षों के लिए एक रिज़र्व के रूप में देखा जाता है क्योंकि इस बात की कोई गारंटी नहीं है कि अन्य वर्षों में 5 से अधिक परिवार प्रभावित नहीं होंगे।

हालांकि यह जितना सरल प्रतीत होता है उतना सरल नहीं है क्योंकि हमें कुछ बातों पर विचार करना होता है।

- a) क्या लोग इस तरह का एक आम कोष बनाने के लिए अपनी गाढ़ी कमाई के पैसे को बांटने के लिए सहमत होंगे?
- b) वे यह कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं कि उनके योगदानों को वास्तव में वांछित उद्देश्य के लिए इस्तेमाल किया जाता है?
- c) उनको यह कैसे पता चलेगा कि क्या वे बहुत अधिक या बहुत कम भुगतान कर रहे हैं?

निश्चित रूप से किसी भरोसेमंद और सक्षम व्यक्ति को यह प्रक्रिया शुरू करने और व्यवस्थित करने तथा इस प्रयोजन के लिए समुदाय के सदस्यों को एक साथ लाने की जरूरत होगी। उस 'किसी व्यक्ति' को बीमाकर्ता के रूप में जाना जाता है जो पूल में प्रत्येक व्यक्ति द्वारा आवश्यक रूप से किए जाने वाले योगदान को तय करता है और नुकसान उठाने वालों को भुगतान करने की व्यवस्था करता है। इसके अलावा बीमाकर्ता को व्यक्तियों और समुदाय का विश्वास भी जीतना होगा। अंतिम दो सवालों और कुछ अन्य सवालों पर ध्यान देने के लिए इस तरह के बीमाकर्ताओं पर किसी प्राधिकरण द्वारा निगरानी किए जाने की भी जरूरत होगी।

परिभाषा

इस प्रकार बीमा को नुकसान भुगताने वाले कुछ दुर्भाग्यपूर्ण लोगों के नुकसानों को इसी तरह की अनिश्चित घटनाओं/स्थितियों के दायरे में आने वाले लोगों के बीच बांटने की प्रक्रिया के रूप में परिभाषित किया जा सकता है।

व्याख्यात्मक नोट: आधुनिक व्यापार की स्थापना संपत्ति के स्वामित्व के सिद्धांत पर की गयी थी। जब कोई संपत्ति नुकसान या क्षति जैसी एक निश्चित घटना के कारण अपना मूल्य खो देती है तो संपत्ति के मालिक को एक आर्थिक नुकसान भुगताना पड़ता है।

हालांकि अगर इसी तरह की संपत्ति के कई ऐसे मालिकों से छोटे-छोटे योगदानों से एक आम कोष बनाया जाता है तो इस राशि को कुछ दुर्भाग्यपूर्ण लोगों द्वारा उठाए गए नुकसान की भरपाई करने के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है।

सरल शब्दों में, जोखिम या एक निश्चित आर्थिक नुकसान का सामने करने की संभावना और इसके परिणाम को बीमा की प्रणाली के माध्यम से एक व्यक्ति से कई लोगों में स्थानांतरित किया जा सकता है।

B. जोखिम और पूलिंग

अब हम संपत्ति, आपदा, जोखिम, पूलिंग और जोखिम प्रबंधन जैसी कुछ बुनियादी अवधारणाओं को समझने की कोशिश करें जिनका अक्सर बीमा व्यवसाय में प्रयोग किया जाता है।

- कोई **संपत्ति** भौतिक (जैसे एक कार या एक भवन) या अभौतिक (जैसे नाम और साख) हो सकती है या यह व्यक्तिगत (जैसे व्यक्ति की आंखें, हाथ-पैर और स्वास्थ्य सहित व्यक्ति के शरीर के अन्य पहलू) हो सकती है।
- संपत्ति का मूल्य एक निश्चित घटना के घटित होने पर कम हो सकता है। नुकसान की इस संभावना को **जोखिम** के रूप में जाना जाता है।
- वह घटना जो इस जोखिम (जैसे आग, बाढ़, भूकंप या कोई दुर्घटना या बीमारी) का कारण हो सकती है, उसे **जोखिम** के रूप में जाना जाता है।
- और अंत में आता है **पूलिंग** का सिद्धांत। इसमें विभिन्न व्यक्तियों से अनेक व्यक्तिगत योगदानों (जिसे प्रीमियम के रूप में जाना जाता है) को इकट्ठा करना शामिल है। इन लोगों के पास कमोवेश एक जैसी संपत्तियां होती हैं जो एक समान जोखिम के दायरे में आती हैं।
- निधियों के इस पूल का उपयोग ऐसे कुछ लोगों को **मुआवजा** देने में किया जाता है जो आपदा के कारण होने वाले नुकसानों का सामना कर सकते हैं।
- निधियों की पूलिंग और कुछ दुर्भाग्यशाली लोगों को मुआवजा देने की इस प्रक्रिया को बीमाकर्ता नामक एक संस्था के माध्यम से संचालित किया जाता है।
- बीमाकर्ता योजना में भाग लेने के इच्छुक प्रत्येक व्यक्ति के साथ एक बीमा अनुबंध में प्रवेश करता है। प्रत्येक प्रतिभागी को बीमाधारक के रूप में जाना जाता है।

बीमा और जोखिम का बोझ

जोखिम का बोझ उन लागतों, नुकसानों और अक्षमताओं को दर्शाता है जो एक निर्दिष्ट नुकसान की स्थिति/घटना के दायरे में आने के परिणाम स्वरूप व्यक्ति को सहन करना पड़ता है।

व्यक्ति दो प्रकार के जोखिम के बोझ को सहन करता है:

- ✓ प्राथमिक
- ✓ द्वितीयक

a) जोखिम का प्राथमिक बोझ

जोखिम का प्राथमिक बोझ ऐसे नुकसान हैं जो वास्तव में शुद्ध जोखिम की घटनाओं के परिणाम स्वरूप व्यक्तियों, परिवारों या व्यावसायिक इकाइयों को उठाना पड़ता है। इस तरह के नुकसान अक्सर प्रत्यक्ष और मापने योग्य होते हैं और बीमा के द्वारा आसानी से क्षतिपूरित किए जा सकते हैं।

उदाहरण

जब कोई कारखाना आग से नष्ट हो जाता है, क्षतिग्रस्त या नष्ट हुए सामानों के वास्तविक मूल्य का अनुमान लगाया जा सकता है और नुकसान उठाने वाले लोगों को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

इसी प्रकार, अगर किसी व्यक्ति को अचानक दिल का दौरा पड़ जाता है और उसे हृदय की सर्जरी से गुजरना पड़ता है तो इसकी चिकित्सकीय लागत ज्ञात होती है और इसे क्षतिपूरित किया जा सकता है।

इसके अलावा कुछ अप्रत्यक्ष नुकसान भी हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, आग से व्यवसाय का संचालन बाधित हो सकता है और यह मुनाफे के नुकसान का कारण बन सकता है जिसका अनुमान लगाया जा सकता है और इस तरह का नुकसान उठाने वाले लोगों को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

इसी प्रकार, अगर कोई व्यक्ति अपने दिल के दौरों की वजह से काम पर जाने और दैनिक मजदूरी कमाने की अपनी क्षमता गंवा देता है तो यह एक अप्रत्यक्ष नुकसान है।

मान लीजिए कि ऐसी कोई घटना नहीं घटती है और कोई नुकसान नहीं होता है। क्या इसका मतलब यह है कि जोखिम के दायरे में आने वाले लोगों पर कोई बोझ नहीं होता है? इसका उत्तर यह है कि प्राथमिक बोझ के अलावा व्यक्ति जोखिम का एक द्वितीयक बोझ भी वहन करता है।

b) जोखिम का द्वितीयक बोझ

जोखिम के द्वितीयक बोझ में ऐसी लागतें और दबाव शामिल हैं जो सिर्फ इस तथ्य के कारण व्यक्ति को वहन करना पड़ता है कि वह एक नुकसान की स्थिति के दायरे में आता है। उक्त घटना घटित नहीं होने पर भी इस प्रकार के बोझ को वहन करना ही पड़ता है। आइए अब हम इनमें से कुछ बोझों को समझने की कोशिश करें:

उदाहरण

सबसे पहले, भय और चिंता की वजह से **शारीरिक और मानसिक तनाव होता है**। चिंता एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में भिन्न हो सकती है लेकिन यह मौजूद रहती है और तनाव उत्पन्न कर सकती है और व्यक्ति की खुशहाली को प्रभावित करती है।

दूसरा, जब व्यक्ति इस बात को लेकर अनिश्चित रहता है कि नुकसान घटित होगा या नहीं, इस तरह की संभावित घटना को पूरा करने के लिए वह एक कोष बना सकता है। व्यावहारिक रूप से, लोग इस तरह की राशियों को अलग करके रखने और ऐसे कोष का प्रबंधन करने में सक्षम नहीं होते हैं।

एक बीमा कंपनी को जोखिम का हस्तांतरण करके बीमाधारक के लिए (i) मन की शांति का आनंद

लेना, (ii) धन का निवेश करना जिसे अन्यथा एक रिज़र्व के रूप में अलग रखा गया होता, और (iii) अपने व्यवसाय को अधिक प्रभावी ढंग से नियोजित करना संभव हो जाता है। इन्हीं कारणों से बीमा की जरूरत होती है।

C. जोखिम प्रबंधित करने के विभिन्न तरीके

दूसरा सवाल व्यक्ति यह पूछ सकता है कि क्या बीमा सभी प्रकार की जोखिम की स्थितियों का एकमात्र समाधान है।

सवाल का जवाब है 'नहीं'।

बीमा केवल व्यक्तियों द्वारा जोखिम से निपटने के तरीकों में से एक है। जोखिमों से निपटने के कुछ अन्य तरीकों की व्याख्या नीचे की गयी है:

1. जोखिम से बचाव

एक नुकसान की स्थिति से परहेज कर जोखिम को नियंत्रित करने को "जोखिम से बचाव" के रूप में जाना जाता है। इस प्रकार व्यक्ति ऐसी किसी भी गतिविधि से बचने के लिए कोशिश कर सकता है जो उसे नुकसान के दायरे में ला सकता है।

उदाहरण

व्यक्ति सीधे तौर पर एक दुर्घटना घटित होने के डर से घर के बाहर कदम नहीं रख कर जोखिम से परहेज कर सकता है या विदेश में बीमार पड़ने के डर से बिलकुल भी यात्रा नहीं कर सकता है या निर्माण का ठेका किसी बाहरी व्यक्ति को देकर निर्माण के कुछ जोखिमों को वहन करने से इनकार कर सकता है।

लेकिन जोखिम से बचाव जोखिम से निबटने का एक नकारात्मक तरीका है। व्यक्तिगत और सामाजिक प्रगति नहीं हो सकती है जब तक कि लोग ऐसी गतिविधियों में शामिल नहीं होते हैं जिनमें कुछ जोखिम उठाने की आवश्यकता होती है। इस तरह की गतिविधियों से परहेज करके व्यक्ति और समाज उन लाभों को गंवा देंगे जो ऐसी जोखिम उठाने वाली गतिविधियां प्रदान कर सकती हैं।

2. जोखिम प्रतिधारण

व्यक्ति जोखिम के प्रभाव को प्रबंधित करने का प्रयास करता है और जोखिम तथा उसके प्रभाव को सहन करने का फैसला करता है। यह निजी बीमा के रूप में जाना जाता है।

उदाहरण

एक व्यावसायिक प्रतिष्ठान अनुभव के आधार पर यह निर्णय ले सकता है कि उसके पास निश्चित सीमा तक छोटे-छोटे नुकसानों को सहन करने की क्षमता है और जोखिम को अपने पास बनाए रखने का फैसला कर सकता है।

इस प्रकार, एक खुदरा विक्रेता सामानों को अपनी दुकान पर ले जाते समय इस बात को महत्व नहीं दे सकता है कि रिसाव या टाट की बोरियों के फटने से कुछ न कुछ नुकसान होगा और उसे सामानों की

छोटी-छोटी मात्राओं का घाटा उठाना पड़ सकता है लेकिन वह इनका बीमा नहीं करने का फैसला कर सकता है क्योंकि वह इन छोटे नुकसानों को सहन कर सकता है।

3. जोखिम में कमी और नियंत्रण

यह जोखिम से बचाव की तुलना में एक अधिक व्यावहारिक और प्रासंगिक दृष्टिकोण है। इसका मतलब एक नुकसान की घटना की संभावना को कम करने के लिए कदम उठाना और/या इस तरह का नुकसान घटित होने पर इसके प्रभाव की गंभीरता को कम करना है।

घटना की संभावना को कम करने के उपायों को 'नुकसान रोकने' के उपायों के रूप में जाना जाता है जबकि नुकसान की डिग्री को कम करने के उपायों को 'नुकसान में कमी' के रूप में जाना जाता है।

जोखिम प्रतिधारण जिसमें नुकसानों की आवृत्ति और/या आकार को कम करना शामिल है, निम्नलिखित में से एक या अधिक तरीकों से किया जाता है: -

- a) **शिक्षा और प्रशिक्षण**, जैसे कर्मचारियों के लिए नियमित रूप से "आग बुझाने का अभ्यास" करना, या ड्राइवों, ट्रक ऑपरेटरों आदि को पर्याप्त प्रशिक्षण सुनिश्चित करना। एक अन्य उदाहरण स्कूल जाने वाले बच्चों को सड़क सुरक्षा का प्रशिक्षण देना या जंक फूड से परहेज करने के लिए उन्हें शिक्षित करना।
- b) **पर्यावरणीय परिवर्तन**, जैसे "भौतिक" स्थितियों में सुधार करना, उदाहरण, दरवाजों पर बेहतर ताले, खिड़कियों पर छड़ें या शटर, चोरी या आग का अलार्म लगाना। राज्य अपने लोगों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधार के लिए प्रदूषण और शोर के स्तर को कम करने के उपाय कर सकते हैं। मच्छर-रोधी कीटनाशक का नियमित छिड़काव मच्छरों की वजह से होने वाले मलेरिया और डेंगू जैसे रोगों के फैलने से रोकने में मदद करता है।
- c) खतरनाक मशीनरी का उपयोग करते समय और अन्य कार्यों के निष्पादन में एहतियाती उपायों को लागू करना जोखिम की संभावना को कम करने का तरीका है। वेल्डिंग करते समय चश्मों का प्रयोग और मशीनरी के आसपास समुचित घेरा लगाना इसके उदाहरण हैं। एक अन्य उदाहरण एक स्वस्थ जीवनशैली को अपनाना और समुचित तरीके से तथा समय पर भोजन करना जो बीमार पड़ने की घटनाओं को कम करने में सहायक होता है।
- d) **पृथक्करण**, संपत्ति के सामग्रियों को एक स्थान पर जमा करने के बजाय उनको अलग-अलग स्थानों पर फैला देना जोखिम को नियंत्रित करने का एक तरीका है। इसके पीछे विचार यह है कि किसी एक स्थान पर दुर्घटना घटित होने की स्थिति में, सभी चीजों को एक स्थान पर नहीं रख कर इसके प्रभाव को कम किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, कोई व्यक्ति अलग-अलग स्थानों पर अलग-अलग गोदामों में माल का भंडारण करके या इसे एक स्थान पर समुचित रूप से जगह बना कर रखते हुए, ताकि आग तेजी से एक स्थान से दूसरे स्थान पर ना फैल सके, इसके नुकसान को कम कर सकता है। कंपनियां कोई भी बीमारी शुरू होने के

प्रारंभिक लक्षणों के बारे में अपने कर्मचारियों के लिए निःशुल्क स्वास्थ्य जांच शिविरों का आयोजन कर सकती हैं और इस प्रकार उच्च दावा अनुपात के जोखिम को कम कर सकती हैं।

4. जोखिम वित्तपोषण

यह घटित होने वाले नुकसानों की भरपाई के लिए धन के प्रावधान करने को दर्शाता है।

- a) स्वयं वित्तपोषण के माध्यम से जोखिम प्रतिधारण में कोई भी नुकसान घटित होने पर उसके लिए भुगतान करना शामिल है। इस प्रक्रिया में कंपनी अपने आपके या उधार के धन के माध्यम से अपने स्वयं के जोखिम को स्वीकार करती है और उसे वित्तपोषित करती है। इसे निजी बीमा के रूप में जाना जाता है। कंपनी नुकसान के प्रभाव को इतना छोटा बनाने के लिए कि इसे अपने पास बनाए रखा जा सके, जोखिम में कमी करने के विभिन्न तरीकों को अपना सकती है।
- b) **जोखिम हस्तांतरण** जोखिम प्रतिधारण का एक विकल्प है। **जोखिम हस्तांतरण** में नुकसानों की जिम्मेदारी का हस्तांतरण किसी अन्य पार्टी को करना शामिल है। यहां एक अनिश्चित घटना या जोखिम के परिणाम स्वरूप उत्पन्न होने वाले नुकसानों को किसी अन्य संस्था को हस्तांतरित कर दिया जाता है।
 - ✓ बीमा जोखिम स्थानांतरण के प्रमुख रूपों में से एक है, और यह बीमा क्षतिपूर्ति के माध्यम से अनिश्चितता को निश्चितता में बदलने की अनुमति देता है।
 - ✓ जब कोई फर्म किसी समूह का हिस्सा होता है, जोखिम पैरेंट समूह को हस्तांतरित किया जा सकता है जो फिर नुकसानों की भरपाई करेगा।
 - ✓ एक खतरनाक प्रक्रिया से संबंधित जोखिम को उक्त कार्य की आउटसोर्सिंग के द्वारा हस्तांतरित किया जा सकता है।

इस प्रकार, बीमा केवल जोखिम हस्तांतरण के विभिन्न तरीकों में से एक है।

D. जोखिम की लागत - बीमा कब करें

1. अवधारणा

ध्यान दें कि जब हम किसी जोखिम के बारे में बात करते हैं तो हम एक वास्तव में उठाए गए नुकसान का नहीं बल्कि ऐसे नुकसान का जिक्र करते हैं जिसके घटित होने की संभावना है। इस प्रकार यह एक अपेक्षित नुकसान है। इस अपेक्षित नुकसान की लागत (जो जोखिम की लागत के समान है) दो कारकों का नतीजा है।

- ✓ यह **संभावना** कि जिस जोखिम के खिलाफ बीमा किया जा रहा है वह घटित हो सकता है जो नुकसान का कारण बनता है। संभाव्यता हमेशा 0 से 1 के बीच होती है जहां 0 का मतलब नुकसान की घटना का असंभव होना और 1 का मतलब इसका निश्चित होना है।
- ✓ **प्रभाव** या **गंभीरता** जो उस घाटे की मात्रा है जो एक नुकसान के परिणाम स्वरूप भुगतान पड़ सकता है। एक हल्के भूकंप से थोड़ा नुकसान या कोई नुकसान नहीं हो सकता है जबकि एक बड़े भूकंप के परिणाम स्वरूप बड़े पैमाने पर नुकसान हो सकते हैं और इसलिए यह अधिक गंभीर हो सकता है।

जोखिम की लागत में संभाव्यता और नुकसान की मात्रा दोनों के सीधे अनुपात में वृद्धि होगी।

बीमा किया जाए या नहीं, यह तय करते समय व्यक्ति को उत्पन्न होने वाले नुकसान को अपने आप सहन करने के मुकाबले जोखिम के हस्तांतरण की लागत का मूल्यांकन करने की जरूरत होती है। जोखिम के हस्तांतरण की लागत बीमा प्रीमियम है - जो पिछले अनुच्छेदों में वर्णित दो कारकों द्वारा संचालित होती है।

बीमा के लिए सबसे अच्छी स्थिति वह होगी जहां संभावना बहुत कम है लेकिन नुकसान का प्रभाव बहुत अधिक हो सकता है। ऐसे मामलों में, जोखिम का बीमा करके इसे हस्तांतरित करने की लागत [प्रीमियम] बहुत कम होगी जबकि अपने आप इसे वहन करने की लागत बहुत अधिक होगी।

2. जोखिम की लागत प्रतिफल -

a) थोड़ा पाने के लिए बहुत बड़ा जोखिम नहीं उठाएं :

जोखिम के हस्तांतरण की लागत और प्राप्त मूल्य के बीच एक उचित संबंध मौजूद होना चाहिए।

उदाहरण

यह एक साधारण बॉल पेन का बीमा करने का कोई मतलब नहीं होगा।

b) आप जितना नुकसान सहन कर सकते हैं उससे अधिक जोखिम ना उठाएं

अगर किसी घटना के परिणाम स्वरूप उत्पन्न होने वाला नुकसान इतना बड़ा है कि यह एक ऐसी स्थिति को जन्म दे सकता है जो दिवालियापन के करीब है, जोखिम का प्रतिधारण व्यावहारिक

और उचित नहीं होगा और इस जोखिम का बीमा करना बेहतर है।

उदाहरण

क्या होगा अगर कोई बड़ी तेल रिफाइनरी नष्ट या क्षतिग्रस्त हो जाती है? क्या कोई कंपनी इस नुकसान को सहन कर सकती है? इस तरह की संपत्ति का बीमा किया जाना चाहिए।

c) जोखिम के संभावित परिणामों पर सावधानीपूर्वक विचार करें

उन संपत्तियों का बीमा करना सबसे अच्छा है जिनके लिए नुकसान घटित होने की संभाव्यता (आवृत्ति) कम है लेकिन संभावित गंभीरता (प्रभाव) बहुत अधिक है।

उदाहरण

उदाहरण के लिए, हमारा अंतरिक्ष अनुसंधान संगठन एक अंतरिक्ष उपग्रह का बीमा नहीं करने को सहन नहीं कर सकता है।

साथ ही, जब घटना की संभावना (आवृत्ति) अधिक होती है लेकिन नुकसान की गंभीरता कम होती है, अगर सभी घटनाओं के कारण नुकसान की कुल मात्रा आपकी सहन करने की क्षमता से अधिक है तो इस जोखिम का बीमा किया जाना चाहिए।

उदाहरण

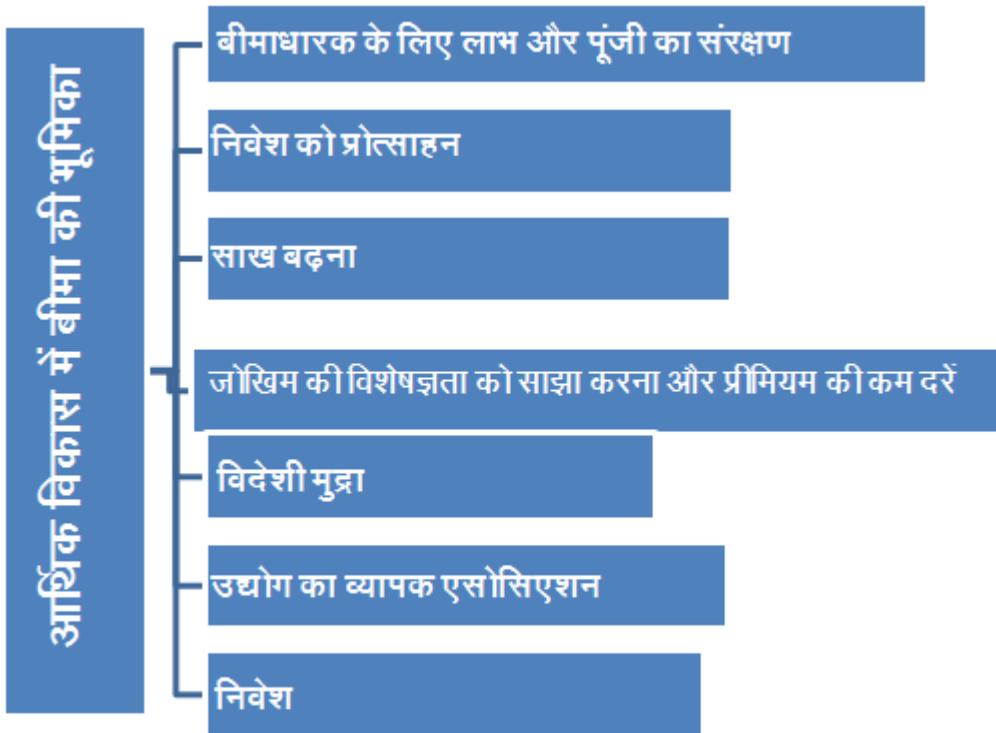
अपने 10,000 कर्मचारियों के मेडिकल बिल का भुगतान करने वाला एक नियोक्ता इस लागत को अपने आप सहन करने के बजाय बीमारी के विरुद्ध अपने कर्मचारियों का बीमा करके बेहतर स्थिति में होगा।

E. आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका

बीमा कंपनियां किसी देश के आर्थिक विकास में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। वे यह सुनिश्चित करने के लिए एक महत्वपूर्ण अर्थ में योगदान कर रही हैं कि देश का धन संरक्षित और सुरक्षित है। उनके कुछ योगदान नीचे दिए गए हैं:

चित्र 1: आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका

आर्थिक विकास में बीमा की भूमिका



1. बीमाधारक के लिए लाभ और पूंजी का संरक्षण

बीमा की प्रणाली व्यक्ति, उसके परिवार के लिए, उद्योग और व्यापार के लिए और समुदाय तथा पूरे देश के लिए कई प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष लाभ प्रदान करती है। बीमाधारक - व्यक्ति और कॉर्पोरेट दोनों को सीधा लाभ मिलता है क्योंकि वे किसी दुर्घटना या अनिश्चित घटना की वजह से होने वाले नुकसान के प्रभाव से सुरक्षित रहते हैं। इस प्रकार, बीमा एक अर्थ में उद्योग में पूंजी की सुरक्षा करता है और व्यापार तथा उद्योग के अधिक विस्तार और विकास के लिए पूंजी उपलब्ध कराता है।

2. निवेश को प्रोत्साहन

बीमा व्यक्ति के भविष्य के साथ जुड़े हुए भय, आशंका और चिंता को दूर करता है और इस प्रकार

व्यावसायिक उद्यमों में पूंजी के मुक्त निवेश को प्रोत्साहित करता है और मौजूदा संसाधनों के कुशल उपयोग को बढ़ावा देता है। इस प्रकार बीमा वाणिज्यिक और औद्योगिक विकास को प्रोत्साहित करता है और इसके द्वारा एक स्वस्थ अर्थव्यवस्था और राष्ट्रीय उत्पादकता बढ़ाने में योगदान देता है।

3. साख बढ़ना

कोई बैंक या वित्तीय संस्था संपत्ति पर ऋण नहीं उपलब्ध नहीं करा सकती है जब तक कि बीमा योग्य जोखिमों द्वारा नुकसान या क्षति के विरुद्ध उसका बीमा नहीं किया गया है। उनमें से अधिकांश सह-बीमाधारक के रूप में पॉलिसी में अपना नाम जोड़ने पर जोर देते हैं ताकि पूर्ण नुकसान के दावों का भुगतान उनको किया जा सके अगर बकाया ऋण का भुगतान नहीं किया गया है।

4. जोखिम विशेषज्ञता को साझा करना और प्रीमियम की कम दरें

एक बड़े या जटिल जोखिम की स्वीकृति से पहले बीमा कंपनियां सुयोग्य इंजीनियरों और अन्य विशेषज्ञों द्वारा बीमा योग्य संपत्ति के सर्वेक्षण और निरीक्षण की व्यवस्था करती हैं। वे न केवल दर निर्धारण के प्रयोजनों से जोखिम का आकलन करती हैं बल्कि बीमाधारक को जोखिम में विभिन्न प्रकार के सुधारों का सुझाव देती और सिफारिश करती है जिससे नुकसानों की संभावना और गंभीरता कम होगी और इसके परिणाम स्वरूप प्रीमियम की दरें भी कम होंगी।

5. विदेशी मुद्रा

बीमा का नाम देश के लिए विदेशी मुद्रा के अर्जक के रूप में निर्यात व्यापार, शिपिंग और बैंकिंग सेवाओं के साथ शुमार होता है। भारतीय बीमा कंपनियां 30 से अधिक देशों में काम करती हैं। इन गतिविधियों से विदेशी मुद्रा अर्जित होती है और ये अदृश्य निर्यात का प्रतिनिधित्व करते हैं।

विदेशी मुद्रा विदेश से पुनर्बीमा की स्वीकृति के माध्यम से भी अर्जित की जाती है।

6. उद्योग का व्यापक एसोसिएशन

बीमा कंपनियां आग से नुकसान की रोकथाम, कार्गो नुकसान की रोकथाम, औद्योगिक सुरक्षा और सड़क सुरक्षा में संलग्न कई एजेंसियों और संस्थाओं के साथ काफी करीब से जुड़ी होती हैं।

7. निवेश

निवेश से बड़े पैमाने पर समाज को फायदा होता है। एक बीमा कंपनी की शक्ति इस तथ्य में निहित है कि प्रीमियमों के रूप में भारी मात्रा में राशियां एकत्र की जाती हैं और एक साथ उनका पूल बनाया जाता है। धनराशियां पॉलिसीधारकों के लाभ के लिए इकट्ठा करके रखी जाती हैं।

बीमा कंपनियों को इन धनराशियों को नियंत्रित करने में समुदाय को लाभ पहुंचाने के विचार से इस पहलू को ध्यान में रखने और तदनुसार सभी निर्णय लेने की जरूरत होती है। यह इसके निवेश के लिए भी लागू होता है। यही कारण है कि सफल बीमा कंपनियों को सट्टा उपक्रमों में निवेश करते नहीं देखा

जाता है, बल्कि वे सरकारी और ऋण प्रतिभूतियों तथा बीमा नियामक द्वारा अनुमत सीमा तक स्टॉक और शेयरों में निवेश करके पूंजी बाजार में एक प्रमुख भूमिका निभाती हैं।

F. बीमा और सामाजिक सुरक्षा

इस बात को अब मान्यता मिल चुकी है कि सामाजिक सुरक्षा का प्रावधान राज्य का एक दायित्व है। इस प्रयोजन के लिए राज्य द्वारा पारित विभिन्न कानूनों में सामाजिक सुरक्षा के एक उपकरण के रूप में अनिवार्य या स्वैच्छिक बीमा का उपयोग शामिल है। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 कर्मचारी राज्य बीमा निगम द्वारा औद्योगिक कर्मचारियों और उनके परिवारों के लाभ के लिए बीमारी, विकलांगता, मातृत्व और मृत्यु के खर्चों का भुगतान करने का प्रावधान करता है, जो बीमित व्यक्ति हैं। यह योजना सरकार की अधिसूचना के अनुसार कुछ औद्योगिक क्षेत्रों में चल रही है।

बीमा कंपनियां सरकार द्वारा प्रायोजित सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। फसल बीमा योजना राष्ट्रीय कृषि बीमा योजना (आरकेबीवाय) काफी सामाजिक महत्व का एक कदम है। यह योजना न केवल बीमित किसानों बल्कि प्रत्यक्ष और परोक्ष रूप से समुदाय को लाभ पहुंचाती है।

एक व्यावसायिक आधार पर संचालित सभी ग्रामीण बीमा योजनाएं अंततः ग्रामीण परिवारों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के लिए डिजाइन की गयी हैं। सरकार गरीबी रेखा से नीचे की आबादी के लिए एक बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य बीमा प्रदान कर रही है, जैसे सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना और राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) जो साधारण बीमा कंपनियों द्वारा प्रदान की जाती हैं।

सरकारी योजनाओं में इस सहयोग के अलावा बीमा उद्योग एक व्यावसायिक आधार पर अपने आप बीमा कवर उपलब्ध कराती है जिसका परम उद्देश्य सामाजिक सुरक्षा है। इसके उदाहरणों में जनता व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी, जन आरोग्य बीमा पॉलिसी शामिल हैं।

सारांश

- a) बीमा "जोखिम पूलिंग के माध्यम से जोखिम हस्तांतरण" है।
- b) जब एक जैसी संपत्तियां रखने वाले और एक समान जोखिमों के दायरे में आने वाले लोग निधियों के एक आम पूल में योगदान करते हैं, इसे पूलिंग के रूप में जाना जाता है।
- c) जोखिम प्रतिधारण, जोखिम से बचाव, जोखिम में कमी और नियंत्रण, जोखिम वित्तपोषण जोखिम प्रबंधन के तरीके हैं।
- d) बीमा का मूलभूत नियम कहता है कि व्यक्ति को अपनी नुकसान सहन करने की क्षमता से अधिक जोखिम नहीं उठाना चाहिए जो यह सुनिश्चित करता है कि इनाम जोखिम के योग्य है और जोखिम के सभी संभावित परिणामों का सावधानीपूर्वक अध्ययन करना चाहिए।
- e) बीमा किसी देश के आर्थिक विकास में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।
- f) बीमा सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के साधनों में से एक है।

महत्वपूर्ण शब्द

- a) जोखिम
- b) पूलिंग
- c) संपत्ति
- d) जोखिम का बोझ
- e) जोखिम से बचाव
- f) जोखिम नियंत्रण
- g) जोखिम प्रतिधारण
- h) जोखिम वित्तपोषण
- i) जोखिम हस्तांतरण

अध्याय 2

स्वास्थ्य बीमा का परिचय

अध्याय परिचय

यह अध्याय आपको बताएगा कि समय के साथ बीमा का विकास कैसे हुआ है। यह स्वास्थ्य की देखभाल, स्वास्थ्य सेवा के स्तरों और स्वास्थ्य सेवा के प्रकारों के बारे में भी समझाएगा। आप भारत में स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था और इसे प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में भी जानेंगे। अंत में, यह भारत में स्वास्थ्य बीमा बाजार के विकास और भारत के स्वास्थ्य बीमा बाजार के विभिन्न खिलाड़ियों के बारे में स्पष्ट करेगा।

अध्ययन के परिणाम

- A. बीमा का इतिहास और भारत में बीमा का विकास
- B. स्वास्थ्य सेवा क्या है
- C. स्वास्थ्य सेवा का स्तर
- D. स्वास्थ्य सेवा के प्रकार
- E. भारत में स्वास्थ्य सेवा
- F. भारत में स्वास्थ्य व्यवस्था को प्रभावित करने वाले कारक
- G. स्वास्थ्य सेवा - आजादी के बाद प्रगति
- H. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास
- I. स्वास्थ्य बीमा बाजार

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. बीमा का विकास कैसे हुआ, इसे समझना।
2. स्वास्थ्य सेवा की अवधारणा और स्वास्थ्य सेवा के प्रकारों एवं स्तरों का वर्णन करना।
3. भारत में स्वास्थ्य सेवा को प्रभावित करने वाले कारकों और आजादी के बाद की प्रगति का मूल्यांकन करना।
4. भारत में स्वास्थ्य बीमा के विकास पर चर्चा करना।
5. भारत के स्वास्थ्य बीमा बाजार को जानना।

A. बीमा का इतिहास और भारत में बीमा का विकास

कहा जाता है कि बीमा किसी न किसी रूप में हजारों साल पहले से अस्तित्व में रहा है। वर्षों से विभिन्न सभ्यताओं ने पूलिंग की अवधारणा और समुदाय के कुछ सदस्यों द्वारा उठाए गए सभी नुकसानों को अपने बीच विभाजित करने की प्रथा को अपनाया है। आज हम यह जानते हैं फिर भी, बीमा के व्यवसाय, केवल दो या तीन सदियों पहले शुरू हुआ। फिर भी बीमा का कारोबार, जिस रूप में आज हम इसे जानते हैं, केवल दो या तीन सदी पहले शुरू हुआ था।

1. आधुनिक व्यावसायिक बीमा

बीमा की अवधारणा के माध्यम से नियंत्रित किए जाने वाले जोखिमों का सबसे पुराना प्रकार समुद्री दुर्घटना के कारण होने वाला प्रकार था - जिसे हम समुद्री जोखिम कहते हैं। इस प्रकार समुद्री बीमा, बीमा के कई प्रकारों में से पहला था।

हालांकि, आधुनिक बीमा का सबसे पुराना प्रकार 14वीं सदी में यूरोप में, विशेष रूप से इटली में व्यवसाय मंडलियों या सोसायटियों द्वारा सुरक्षा के रूप में था। ये मंडलियां एक सदस्यता आधार पर शिपिंग संबंधी नुकसानों, आग, सदस्यों की मौत या पशुधन की हानि के कारण सदस्यों को होने वाले नुकसानों के वित्तपोषण का काम करती थीं। आग बीमा का एक रूप, जैसा कि आज हम इसे जानते हैं, 1591 में हैम्बर्ग में अस्तित्व में रहा प्रतीत होता है।

जैसा कि इंग्लैंड के मामले में, 1666 में लंदन की भीषण आग, जिसमें शहर का अधिकांश हिस्सा और 13,000 से अधिक मकान नष्ट हो गए थे, इसने बीमा को बढ़ावा देने का काम किया और 1680 में 'फायर ऑफिस' नामक पहली आग बीमा कंपनी की शुरुआत हुई।

लॉयड्स: आज प्रचलित बीमा कारोबार का मूल लंदन में लॉयड के कॉफी हाउस में देखा जाता है। वहां इकट्ठा होने वाले व्यापारी जहाजों द्वारा ढोए जाने वाले अपने सामानों के समुद्री आपदाओं के कारण होने वाले नुकसान को साझा करने पर सहमत होते थे। इस तरह के नुकसान समुद्री खतरों के कारण हुआ करते थे, जैसे समुद्री डाकू जो गहरे समुद्र में सामानों को लूट लेते थे या समुद्र के खराब मौसम के कारण सामान खराब हो जाते थे या किसी भी कारण से जहाज का डूब जाना।

2. भारत में आधुनिक व्यावसायिक बीमा का इतिहास

भारत में आधुनिक बीमा की शुरुआत वर्ष 1800 के प्रारंभ में या उसके आसपास हुई थी जब विदेशी बीमा कंपनियों की एजेंसियों ने समुद्री बीमा व्यवसाय प्रारंभ किया। भारत में स्थापित पहली जीवन बीमा कंपनी की स्थापना 1818 में एक अंग्रेजी कंपनी, ओरिएंटल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के रूप में हुई थी और पहली गैर-जीवन बीमा कंपनी 1850 में स्थापित ट्राइटन इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड थी, दोनों की स्थापना कलकत्ता में हुई थी।

पहली संपूर्ण भारतीय बीमा कंपनी 1870 में मुंबई में स्थापित बॉम्बे म्युचुअल एश्योरेंस सोसायटी

लिमिटेड थी। बाद में सदी के मोड़ पर स्वदेशी आंदोलन के परिणाम स्वरूप कई अन्य भारतीय कंपनियां स्थापित की गयीं।

1912 में बीमा व्यवसाय को विनियमित करने के लिए जीवन बीमा कंपनी अधिनियम और भविष्य निधि अधिनियम पारित किए गए। जीवन बीमा कंपनी अधिनियम, 1912 ने प्रीमियम-दर तालिकाओं और समय-समय पर कंपनियों के मूल्यांकन को एक बीमांकिक द्वारा प्रमाणित होना अनिवार्य कर दिया। हालांकि भारतीय और विदेशी कंपनियों के बीच भेदभाव जारी रहा।

भारत की सबसे पुरानी बीमा कंपनी नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड है जो आज भी मौजूद है, इसकी स्थापना 1906 में हुई थी।

परिस्थिति की जरूरत के आधार पर, भारतीय बीमा उद्योग की निगरानी सरकार द्वारा की गयी, इसे राष्ट्रीयकृत और फिर अराष्ट्रीयकृत किया गया और यह सब कुछ इस प्रकार घटित हुआ:

a) जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरण

जीवन बीमा व्यवसाय को 1 सितंबर 1956 में राष्ट्रीयकृत किया गया और भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी) का गठन किया गया। उस समय भारत में 170 कंपनियां और 75 भविष्य निधि सोसायटियां जीवन बीमा कारोबार में संलग्न थीं। 1956 से 1999 तक भारत में जीवन बीमा कारोबार करने का एकमात्र अधिकार एलआईसी के पास था।

b) गैर-जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरण

1972 में साधारण बीमा व्यवसाय राष्ट्रीयकरण अधिनियम (जिबना) के पारित होने के साथ गैर-जीवन बीमा कारोबार का भी राष्ट्रीयकरण किया गया और भारतीय साधारण बीमा निगम (जीआईसी) और उसकी चार सहायक कंपनियों का गठन किया गया। उस समय भारत में गैर-जीवन बीमा कारोबार कर रही 106 बीमा कंपनियों का विलय करके भारतीय जीआईसी की चार सहायक कंपनियां स्थापित की गयीं।

c) मल्होत्रा समिति और आईआरडीए

1993 में निजी कंपनियों के प्रवेश के रूप में प्रतिस्पर्धा के एक तत्व को पुनर्प्रस्तुत करने सहित उद्योग के विकास के लिए परिवर्तन का पता लगाने और सिफारिश करने के लिए मल्होत्रा समिति का गठन किया गया। समिति ने 1994 में अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की। 1997 में बीमा नियामक प्राधिकरण (आईआरए) की स्थापना की गयी।

d) बीमा नियामक एवं विकास अधिनियम 1999 के पारित होने के कारण "पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करने और बीमा उद्योग का सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करने, इसे विनियमित करने और बढ़ावा देने के लिए" एक सांविधिक नियामक संस्था" के रूप में अप्रैल 2000 में बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) का गठन किया गया"।

e) जीआईसी का पुनर्गठन

जीआईसी को एक राष्ट्रीय पुनर्बीमा कंपनी में परिवर्तित कर दिया गया और उसकी चार सहायक कंपनियों को स्वतंत्र कंपनियों के रूप में पुनर्गठित किया गया। दिसम्बर, 2000 में संसद ने एक विधेयक पारित किया जिसने जुलाई, 2002 में चार सहायक कंपनियों को जीआईसी से अलग कर दिया। ये कंपनियां हैं -

- ✓ नेशनल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

f) वर्तमान जीवन बीमा उद्योग

28 बीमा कंपनियां "जीवन बीमा" कंपनियों के रूप में पंजीकृत हैं। यह सूची नीचे दी गई है।

g) वर्तमान गैर-जीवन बीमा उद्योग

28 बीमा कंपनियां "साधारण बीमा" कंपनियों के रूप में पंजीकृत हैं।

- i. भारतीय कृषि बीमा कंपनी लिमिटेड (एग्रीकल्चर इश्योरेंस कंपनी ऑफ इंडिया लिमिटेड) फसल बीमा/ग्रामीण बीमा से संबंधित जोखिम के लिए एक विशेषज्ञ बीमा कंपनी है।
- ii. भारतीय निर्यात ऋण एवं गारंटी निगम निर्यात ऋण से संबंधित जोखिमों के लिए एक विशेषज्ञ बीमा कंपनी है।
- iii. 5 एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियां हैं।
- iv. बाकी कंपनियां सभी प्रकार के साधारण बीमा कारोबार को संचालित करती हैं।

यह सूची नीचे दी गई है।

(A) जीवन बीमा कंपनियों की सूची:

1. एगॉन रेलिगेयर लाइफ इश्योरेंस	1. आईडीबीआई फेडरल लाइफ इश्योरेंस
2. अवीवा लाइफ इश्योरेंस	2. इंडिया फर्स्ट लाइफ इश्योरेंस
3. बजाज आलियांज लाइफ इश्योरेंस	3. कोटक महिंद्रा ओल्ड म्युचुअल लाइफ इश्योरेंस
4. भारती अक्सा लाइफ इश्योरेंस	4. जीवन बीमा निगम
5. बिड़ला सन लाइफ इश्योरेंस	5. मैक्स लाइफ इश्योरेंस
6. कैनरा एचएसबीसी ओबीसी लाइफ इश्योरेंस	6. पीएनबी मेटलाइफ
7. डीएचएफएल प्रामेरिका लाइफ इश्योरेंस	7. रिलायंस लाइफ इश्योरेंस
8. एडलवाइस लाइफ इश्योरेंस	8. सहारा इंडिया लाइफ इश्योरेंस

9. एक्साइड लाइफ इंश्योरेंस	9. एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस
10. फ्यूचर जनराली लाइफ इंश्योरेंस	10. श्रीराम लाइफ इंश्योरेंस
11. एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस	11. स्टार यूनिजन दाई-इची लाइफ इंश्योरेंस
12. आईसीआईसीआई पूडेंशियल लाइफ इंश्योरेंस	12. टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस

(B) एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की सूची

(1) बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस
(2) फ्यूचर जनराली जनरल इंश्योरेंस
(3) ओरिएंटल इंश्योरेंस
(4) टाटा एआईजी जनरल इंश्योरेंस
(5) स्टार हेल्थ इंश्योरेंस

(C) साधारण बीमा और एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की सूची:

1. कृषि बीमा कंपनी	1. मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस
2. बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस	2. नेशनल इंश्योरेंस
3. भारती एक्सा जनरल इंश्योरेंस	3. न्यू इंडिया एश्योरेंस
4. चोलामंडलम एमएस जनरल इंश्योरेंस	4. ओरिएंटल इंश्योरेंस
5. निर्यात ऋण गारंटी निगम	5. रहेजा क्यूबीई जनरल इंश्योरेंस
6. फ्यूचर जनराली जनरल इंश्योरेंस	6. रिलायंस जनरल इंश्योरेंस
7. एचडीएफसी एर्गो जनरल इंश्योरेंस	7. रॉयल सुंदरम जनरल इंश्योरेंस
8. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस	8. एसबीआई जनरल इंश्योरेंस
9. इफको टोकियो जनरल इंश्योरेंस	9. श्रीराम जनरल इंश्योरेंस
10. एलएंडटी जनरल इंश्योरेंस	10. टाटा एआईजी जनरल इंश्योरेंस
11. लिबर्टी वीडियोकॉन जनरल इंश्योरेंस	11. यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस
	12. यूनिवर्सल सोम्पो जनरल इंश्योरेंस

B. स्वास्थ्य सेवा (हेल्थकेयर) क्या है

आपने "स्वास्थ्य ही धन है" कहावत के बारे में सुना होगा। क्या आपने कभी यह जानने की कोशिश है कि वास्तव में स्वास्थ्य का क्या मतलब है? 'स्वास्थ्य' (health) शब्द की उत्पत्ति 'hoelth' शब्द से हुई थी जिसका मतलब है 'शरीर की आरोग्यता'।

पुराने जमाने में स्वास्थ्य को एक 'दिव्य उपहार' माना जाता था और बीमारी को संबंधित व्यक्ति द्वारा किए गये पापों का कारण माना जाता था। बीमारी के पीछे के कारणों को सामने लाने वाले व्यक्ति हिप्पोक्रेट्स (460-370 ईसा पूर्व) थे। उनके अनुसार बीमारी पर्यावरण, सफाई, व्यक्तिगत स्वच्छता और आहार से संबंधित विभिन्न कारकों के कारण होती है।

आयुर्वेद की भारतीय प्रणाली, जो हिप्पोक्रेट्स से कई सदियों पहले से अस्तित्व में है, स्वास्थ्य को चार तरल पदार्थों: रक्त, पीला पित्त, काला पित्त और कफ के एक नाजुक संतुलन के रूप में मानती आयी है और इन तरल पदार्थों का असंतुलन खराब स्वास्थ्य का कारण बनता है। भारतीय चिकित्सा के जनक सुश्रुत को ऐसी जटिल शल्य चिकित्साओं का श्रेय दिया जाता है जो उन दिनों पश्चिम में भी अज्ञात थी।

एक समय अवधि में आधुनिक चिकित्सा एक जटिल विज्ञान में विकसित हुई है और अब आधुनिक चिकित्सा का लक्ष्य सिर्फ बीमारी का इलाज नहीं रह गया है बल्कि इसमें बीमारी की रोकथाम और जीवन की गुणवत्ता को बढ़ावा देना भी शामिल हो गया है। स्वास्थ्य की एक व्यापक रूप से स्वीकार्य परिभाषा 1948 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा दी गयी है; इसमें कहा गया है कि "स्वास्थ्य एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की अवस्था है, न कि सिर्फ बीमारी की अनुपस्थिति"। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि आयुर्वेद जैसी भारतीय चिकित्सा प्रणाली ने अनादि काल से स्वास्थ्य के इस तरह के संपूर्ण दृष्टिकोण को शामिल किया है।

परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ): स्वास्थ्य एक संपूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की अवस्था है, न कि सिर्फ बीमारी की अनुपस्थिति।

स्वास्थ्य के निर्धारक

आम तौर पर ऐसा माना जाता है कि निम्नलिखित कारक किसी भी व्यक्ति के स्वास्थ्य का निर्धारण करते हैं:

a) जीवनशैली के कारक

जीवनशैली के कारक ऐसे कारक हैं जो अधिकांशतः संबंधित व्यक्ति के नियंत्रण में रहते हैं जैसे व्यायाम करना और सीमाओं के भीतर भोजन करना, चिंता से बचना और अच्छे स्वास्थ्य की ओर बढ़ने को पसंद करना; और धूम्रपान, मादक पदार्थों का सेवन, असुरक्षित यौन संबंध और गतिहीन जीवनशैली (व्यायाम रहित) आदि जैसी खराब जीवनशैली और आदतें कैंसर, एड्स, उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी बीमारियों का कारण बनती हैं।

हालांकि सरकार इस तरह के आचरण को नियंत्रित / प्रभावित करने (जैसे नशीली दवाओं का सेवन करने वाले लोगों को गैर-जमानती कारावास के साथ दंडित करना, तंबाकू उत्पादों पर अत्यधिक कर लगाना आदि) में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है, फिर भी एक व्यक्ति की व्यक्तिगत जिम्मेदारी जीवनशैली के कारकों के कारण होने वाली बीमारियों को नियंत्रित करने में एक निर्णायक भूमिका निभाती है।

b) पर्यावरणीय कारक

सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता और पोषण स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण हैं जिनका अभाव स्वास्थ्य संबंधी गंभीर समस्याओं का कारण बनाता है जैसा कि दुनिया भर में, खास तौर पर विकासशील देशों में देखा जाता है। इन्फ्लुएंजा और चेचक जैसे संक्रामक रोग खराब स्वच्छता व्यवस्था के कारण फैलते हैं, मलेरिया और डेंगू जैसी बीमारियां पर्यावरण की खराब स्वच्छता की वजह से फैलते हैं जबकि कुछ बीमारियां पर्यावरणीय कारकों की वजह से भी होती हैं, जैसे कुछ विनिर्माण उद्योगों में काम कर रहे लोग पेशागत जोखिमों से संबंधित बीमारियों के प्रति संवेदनशील होते हैं, जैसे कि एस्बेस्टस निर्माण में काम करने वाले श्रमिकों पर एस्बेस्टस का और कोयला खदानों में काम करने वाले श्रमिकों पर फेफड़ों की बीमारियों का खतरा रहता है।

c) आनुवंशिक कारक

बीमारियां जीन के माध्यम से माता-पिता से बच्चों में जा सकती हैं। इस तरह के आनुवंशिक कारकों के परिणाम स्वरूप जाति, भौगोलिक स्थिति और यहां तक कि समुदायों के आधार पर दुनिया भर में फ़ैली आबादी में स्वास्थ्य के अलग-अलग रुझान देखने को मिलते हैं।

यह काफी स्पष्ट है कि किसी देश की सामाजिक और आर्थिक प्रगति उसकी जनता के स्वास्थ्य पर निर्भर करती है। एक स्वस्थ आबादी न केवल आर्थिक गतिविधि के लिए उत्पादक कार्यबल प्रदान करती है बल्कि बहुमूल्य संसाधनों को भी मुक्त कर देती है जो भारत जैसे एक विकासशील देश के लिए बहुत अधिक महत्वपूर्ण है। व्यक्तिगत स्तर पर, खराब स्वास्थ्य आजीविका के नुकसान, दैनिक आवश्यक गतिविधियों के निष्पादन की क्षमता का कारण बन सकता है और लोगों को गरीबी और यहां तक कि आत्महत्या की ओर भी धकेल सकता है।

इस प्रकार दुनिया भर की सरकारें अपने लोगों के स्वास्थ्य और कल्याण की व्यवस्था करने के उपाय करती हैं और सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य सेवा की पहुंच और किफायती होना सुनिश्चित करती हैं। इसलिए स्वास्थ्य सेवा पर 'खर्च' आम तौर पर हर देश की जीडीपी का एक महत्वपूर्ण भाग होता है।

यह एक प्रश्न बन गया है कि क्या विभिन्न परिस्थितियों के लिए स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न प्रकारों की आवश्यकता है।

C. स्वास्थ्य सेवा के स्तर

स्वास्थ्य सेवा कुछ और नहीं बल्कि सरकार सहित विभिन्न एजेंसियों और प्रदाताओं द्वारा लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने, बनाए रखने, निगरानी करने या बहाल करने के लिए प्रदान की जाने वाली सेवाओं का एक सेट है। एक प्रभावशाली स्वास्थ्य सेवा ऐसी होनी चाहिए:

- लोगों की जरूरतों के लिए उपयुक्त
- व्यापक
- पर्याप्त
- आसानी से उपलब्ध
- किफायती

व्यक्ति की स्वास्थ्य की स्थिति हर व्यक्ति में भिन्न होती है। सभी प्रकार की स्वास्थ्य समस्याओं के लिए एक ही स्तर पर बुनियादी सुविधाएं उपलब्ध करना न तो व्यावहारिक है और न ही आवश्यक है। स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं एक आबादी के लिए बीमारी की घटनाओं की संभावना पर आधारित होनी चाहिए। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को बुखार, सर्दी, खांसी, त्वचा की एलर्जी आदि एक वर्ष में कई बार हो सकती है, लेकिन उसके हेपेटाइटिस बी से ग्रस्त होने की संभाव्यता सर्दी और खांसी की तुलना में कम होती है।

इसी प्रकार, एक ही व्यक्ति के दिल की बीमारी या कैंसर जैसी एक गंभीर बीमारी से पीड़ित होने की संभावना हेपेटाइटिस बी की तुलना में कम होती है। इसलिए, किसी भी क्षेत्र में चाहे वह एक गांव हो या एक जिला या एक राज्य, स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं स्थापित करने की जरूरत स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न कारकों पर आधारित होगी जिन्हें उस क्षेत्र के सूचक कहते हैं, जैसे:

- ✓ जनसंख्या का आकार
- ✓ मृत्यु-दर
- ✓ बीमारी की दर
- ✓ विकलांगता की दर
- ✓ लोगों का सामाजिक और मानसिक स्वास्थ्य
- ✓ लोगों की सामान्य पोषण की स्थिति
- ✓ पर्यावरणीय कारक जैसे क्या यह एक खनन क्षेत्र या औद्योगिक क्षेत्र है
- ✓ संभव स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रणाली जैसे दिल का डॉक्टर एक गांव में आसानी से उपलब्ध
- ✓ नहीं हो सकता है लेकिन एक जिला शहर में हो सकता है
- ✓ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के उपयोग होने की कितनी संभावना है
- ✓ सामाजिक-आर्थिक कारक जैसे किफायती होना

उपरोक्त कारकों के आधार पर सरकार प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों की स्थापना करने पर फैसला करती है और आबादी के लिए उचित स्वास्थ्य सेवा को किफायती और सुलभ बनाने के अन्य उपाय करती है।

D. स्वास्थ्य सेवा के प्रकार

स्वास्थ्य को मोटे तौर पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जाता है:

1. प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का मतलब है डॉक्टरों, नर्सों और अन्य छोटे क्लिनिकों द्वारा उपलब्ध करायी जाने वाली सेवाएं जिनसे रोगी किसी भी बीमारी के लिए सबसे पहले संपर्क करते हैं, ऐसा कहा जाता है कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता एक स्वास्थ्य प्रणाली के भीतर सभी रोगियों के लिए संपर्क का पहला बिंदु है।

विकसित देशों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर अधिक ध्यान दिया जाता है ताकि स्वास्थ्य समस्याओं के व्यापक, जटिल और दीर्घकालिक या गंभीर होने से पहले उनसे निबट लिया जाए। इसके अलावा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रतिष्ठान निवारक स्वास्थ्य देखभाल, टीकाकरण, जागरूकता, चिकित्सा परामर्श आदि पर ध्यान केंद्रित करते हैं और जरूरत पड़ने पर रोगी को अगले स्तर के विशेषज्ञों के पास भेज देते हैं।

उदाहरण के लिए, अगर कोई व्यक्ति को बुखार के लिए किसी डॉक्टर से संपर्क करता है और पहली जांच में डेंगू बुखार का संकेत मिलता है तो प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता कुछ दवाएं लेने की सलाह देगा लेकिन वह मरीज को विशेष उपचार के लिए एक अस्पताल में भर्ती कराने का भी निर्देश देगा। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के अधिकांश मामलों में डॉक्टर एक 'परिवारिक चिकित्सक' की तरह कार्य करता है जहां परिवार के सभी सदस्य किसी भी मामूली बीमारी के लिए डॉक्टर से संपर्क करते हैं।

यह पद्धति आनुवंशिक कारकों पर आधारित लक्षणों के लिए दवाएं बताने और उचित चिकित्सा सलाह देने में भी चिकित्सक की सहायता करती है। उदाहरण के लिए, डॉक्टर पैतृक मधुमेह का इतिहास रखने वाले रोगी को संभव सीमा तक मधुमेह से बचने के लिए युवावस्था से ही जीवनशैली को लेकर चौकस होने की सलाह देगा।

देशव्यापी स्तर पर सरकार और निजी कंपनियों के द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों की स्थापना की जाती है। सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों की स्थापना जनसंख्या के आकार पर निर्भर करती है और किसी न किसी रूप में ग्रामीण स्तर तक उपलब्ध होती हैं।

2. द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा

द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा चिकित्सा विशेषज्ञों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं को दर्शाती है जिनसे रोगी आम तौर पर सबसे पहले संपर्क नहीं करता है। इसमें तीव्र देखभाल शामिल है जिसमें अक्सर (लेकिन जरूरी नहीं) एक अंतःरोगी के रूप में एक गंभीर बीमारी के लिए एक छोटी अवधि के उपचार की आवश्यकता होती है जिसमें गहन देखभाल सेवाएं, एम्बुलेंस की सुविधाएं, पैथोलॉजी, नैदानिक और अन्य प्रासंगिक चिकित्सा सेवाएं सम्मिलित हैं।

अधिकांशतः प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं / प्राथमिक चिकित्सकों द्वारा रोगियों को द्वितीयक सेवा के पास भेजा जाता है। कुछ उदाहरणों में, द्वितीयक सेवा प्रदाता समेकित सेवाएं प्रदान करने के क्रम में 'आंतरिक' प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र भी चलाते हैं।

अधिकतर द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता तालुक/ब्लॉक स्तर पर उपलब्ध होते हैं जो जनसंख्या के आकार पर निर्भर करता है।

3. तृतीयक स्वास्थ्य सेवा

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा आम तौर पर अंतःरोगियों के लिए और द्वितीयक/प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से रेफरल पर प्रदान की जाने वाली विशेषज्ञ परामर्शदात्री स्वास्थ्य सेवा है। तृतीयक सेवा प्रदाता ज्यादातर राज्यों की राजधानियों में और कुछ जिला मुख्यालय में भी उपलब्ध होते हैं।

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के उदाहरण ऐसे प्रदाता हैं जिनके पास द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के दायरे से परे उन्नत चिकित्सा सुविधाएं और चिकित्सा पेशेवर उपलब्ध होते हैं, जैसे ऑकोलॉजी (कैंसर उपचार), अंग प्रत्यारोपण की सुविधाएं, उच्च जोखिम गर्भावस्था विशेषज्ञ आदि।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि चिकित्सा सेवा का स्तर बढ़ने के साथ-साथ सेवा के साथ जुड़े खर्चों में भी वृद्धि होती है। जहां लोगों को प्राथमिक देखभाल के लिए भुगतान करना अपेक्षाकृत आसान लग सकता है, जब द्वितीयक सेवा की बात आती है तो इसका खर्च उठाना उनके लिए कठिन हो जाता है और तृतीयक देखभाल की बात आने पर यह बहुत अधिक मुश्किल हो जाता है। इसके अलावा देखभाल के विभिन्न स्तरों के लिए बुनियादी सुविधाएं अलग-अलग देश, ग्रामीण-शहरी क्षेत्रों के लिए भिन्न होती हैं जबकि सामाजिक-आर्थिक कारक भी इसे प्रभावित करते हैं।

E. भारत में स्वास्थ्य व्यवस्था को प्रभावित करने वाले कारक

भारतीय स्वास्थ्य व्यवस्था को कई समस्याओं और चुनौतियों का सामना करना पड़ा है और यह सिलसिला आज भी जारी है। नतीजतन, ये स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की प्रकृति और सीमा तथा व्यक्तिगत स्तर पर आवश्यकता और संरचनात्मक स्तर पर स्वास्थ्य संगठन को प्रभावित करते हैं। इनकी चर्चा नीचे की गयी है:

1. जनसांख्यिकीय या जनसंख्या से संबंधित रुझान

- भारत दुनिया की दूसरी सबसे बड़ी आबादी वाला देश है।
- यह हमें जनसंख्या वृद्धि के साथ जुड़ी समस्याओं के दायरे में लाता है।
- गरीबी के स्तर का भी चिकित्सा सेवा के लिए भुगतान करने की लोगों की क्षमता पर प्रभाव पड़ता रहा है।

2. सामाजिक रुझान

- शहरीकरण बढ़ने या लोगों के ग्रामीण से शहरी क्षेत्रों की ओर बढ़ने के कारण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में चुनौतियां उत्पन्न हुई हैं।
- ग्रामीण क्षेत्रों में मुख्य रूप से चिकित्सा सुविधाओं की उपलब्धता और सुलभता की कमी और किफायती नहीं होने के कारण स्वास्थ्य समस्याएं बनी रहती हैं।
- एक अधिक गतिहीन जीवनशैली की ओर बढ़ना जहां अपने आप के लिए व्यायाम करने की जरूरत कम हो जाती है, यह मधुमेह और उच्च रक्तचाप जैसी नई प्रकार बीमारियों का कारण बनता है।

3. जीवन प्रत्याशा (दीर्घायु होना)

- जीवन प्रत्याशा आज जन्मे एक बच्चे की अपेक्षित वर्षों तक जीवित रहने को दर्शाती है।
- जीवन प्रत्याशा आजादी के समय 30 वर्षों से बढ़ कर आज 60 वर्षों की हो गयी है लेकिन यह उस लंबे जीवनकाल की गुणवत्ता से संबंधित समस्याओं का समाधान नहीं करती है।
- यह 'स्वस्थ जीवन प्रत्याशा' की एक नई अवधारणा को जन्म देता है।
- इसमें 'वृद्धावस्था' (बुढ़ापे से संबंधित) की बीमारियों के लिए बुनियादी सुविधाओं के निर्माण की आवश्यकता होती है।

F. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास

जहां सरकार स्वास्थ्य सेवा पर अपने नीतिगत फैसलों के साथ व्यस्त रही है, इसने स्वास्थ्य बीमा योजनाएं भी प्रस्तुत की हैं। इसके बाद ही स्वास्थ्य बीमा कंपनियां अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आयी हैं। भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास इस प्रकार हुआ है:

a) कर्मचारी राज्य बीमा योजना

भारत में स्वास्थ्य बीमा की औपचारिक रूप से शुरुआत कर्मचारी राज्य बीमा योजना के साथ हुई थी जिसे 1947 में देश की आजादी के कुछ ही समय बाद ईएसआई अधिनियम, 1948 के आधार पर शुरू किया गया था। यह योजना औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत अंत्यावसायी कामगारों के लिए शुरू की गयी थी और अपने स्वयं के औषधालयों और अस्पतालों के एक नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती है।

ईएसआईसी (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) कार्यान्वयन एजेंसी है जो अपने स्वयं के अस्पतालों और औषधालयों का संचालन करती है और जहां कहीं भी इसकी अपनी सुविधाएं अपर्याप्त हैं, यह सार्वजनिक/निजी प्रदाताओं से अनुबंध करती है।

15,000 रुपए तक का पारिश्रमिक अर्जित करने वाली सभी कामगारों को अंशदायी योजना के तहत कवर किया जाता है जिसमें कर्मचारी और नियोक्ता क्रमशः वेतन के 1.75% और 4.75% का अंशदान करते हैं; राज्य सरकारें चिकित्सा व्यय के 12.5% का योगदान करती हैं।

कवर किए गए लाभों में शामिल हैं:

- ईएसआईएस केंद्रों में निःशुल्क व्यापक स्वास्थ्य सेवा
- मातृत्व लाभ
- विकलांगता लाभ
- बीमारी और उत्तरजीविता की वजह से पारिश्रमिक के नुकसान के लिए नकद मुआवजा और
- कामगार की मौत के मामले में अंतिम संस्कार के खर्चे

इसमें अधिकृत चिकित्सा सहायकों और निजी अस्पतालों से खरीदी गयी सेवा का पूरक भी शामिल है। ईएसआईएस ने मार्च 2012 तक 65.5 मिलियन से अधिक लाभार्थियों को कवर किया है।

b) केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना

ईएसआईएस के कुछ ही समय बाद केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) सामने आयी जो पेंशन भोगियों और नागरिक सेवा में कार्यरत उनके परिवार के सदस्यों समेत केंद्रीय सरकार के कर्मचारियों के लिए 1954 में शुरू की गई थी। इसका उद्देश्य कर्मचारियों और उनके परिवारों के लिए

व्यापक चिकित्सा सेवा उपलब्ध कराना है और यह आंशिक रूप से कर्मचारियों द्वारा और काफी हद तक नियोक्ता (केंद्र सरकार) द्वारा वित्तपोषित है।

सेवाएं सीजीएचएस के अपने औषधालयों, पॉलीक्लिनिकों और पैनलबद्ध निजी अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जाती हैं।

यह दवाओं की सभी प्रणालियों, एलोपैथिक प्रणाली में आपातकालीन सेवाओं, निःशुल्क दवाओं, पैथोलॉजी और रेडियोलॉजी, गंभीर रूप से बीमार मरीजों के लिए आवासीय सुविधाओं, विशेषज्ञ परामर्श आदि को कवर करती है।

कर्मचारियों का योगदान बिलकुल नाममात्र का होता है, हालांकि यह प्रगतिशील तरीके से वेतनमान के साथ जुड़ा हुआ है - 15 रुपए प्रति माह से लेकर 150 रुपए प्रति माह तक।

2010 में सीजीएचएस की सदस्यता का आधार 800,000 से अधिक परिवारों का था जो 3 मिलियन से अधिक लाभार्थियों का प्रतिनिधित्व करते हैं।[1]

c) व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा

व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा, बीमा उद्योग के राष्ट्रीयकरण के पहले और बाद कुछ गैर-जीवन बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराया जाता था। लेकिन, चूंकि प्रारंभ में यह अधिकांश बीमाकर्ताओं के लिए घाटे का सौदा होता था, यह काफी हद तक केवल कॉर्पोरेट ग्राहकों के लिए और एक निश्चित सीमा तक ही उपलब्ध था।

1986 में, व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहले मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों (उस समय ये भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक कंपनियां थीं) द्वारा भारतीय बाजार में उतारा गया। मेडिक्लेम नामक इस उत्पाद को मातृत्व, पहले से मौजूद बीमारियां आदि जैसे कुछ अपवर्जनों के साथ क्षतिपूर्ति की एक निश्चित वार्षिक सीमा तक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का कवरेज प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था। बाजार के विकास के साथ इसे संशोधन के कई दौर से गुजरना पड़ा, अंतिम संशोधन 2012 में हुआ था।

हालांकि, कई संशोधनों से गुजरने के बाद भी अस्पताल में भर्ती होने, क्षतिपूर्ति-आधारित वार्षिक अनुबंध आज भी मेडिक्लेम के वर्तमान संस्करणों के नेतृत्व में, भारत में निजी स्वास्थ्य बीमा का सबसे लोकप्रिय स्वरूप बना हुआ है। यह उत्पाद इस कदर लोकप्रिय है कि निजी स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को अक्सर कई लोग बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले एक विशिष्ट उत्पाद के बजाय उत्पाद की एक श्रेणी मान कर 'मेडिक्लेम कवर' का नाम देते हैं।

2001 में निजी कंपनियों के बीमा क्षेत्र में आने के साथ स्वास्थ्य बीमा में काफी प्रगति हुई है, लेकिन आज भी एक बड़ा अछूता बाजार उपलब्ध है। कवरों में काफी भिन्नताओं, अपवर्जनों और नए ऐड-ऑन कवरों की शुरुआत की गयी है जिनके बारे में बाद के अध्यायों में चर्चा की जाएगी।

आज भारतीय बाजार में 300 से अधिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद उपलब्ध हैं।

G. स्वास्थ्य बीमा बाजार

आज स्वास्थ्य बीमा बाजार में कई खिलाड़ी शामिल हैं, इनमें से कुछ स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं प्रदान करते हैं जिनको प्रदाता कहा जाता है, अन्य बीमा सेवाएं और विभिन्न बिचौलिए भी उपलब्ध हैं। कुछ आधारभूत संरचना बनते हैं जबकि अन्य सहायता सुविधाएं प्रदान करते हैं। कुछ सरकारी क्षेत्र में हैं जबकि अन्य निजी क्षेत्र में हैं। ये नीचे संक्षेप में वर्णित हैं:

A. बुनियादी सुविधाएं (इंफ्रास्ट्रक्चर)

1. सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली राष्ट्रीय स्तर, राज्य स्तर, जिला स्तर पर और एक सीमित हद तक ग्राम स्तर पर संचालित होती है जहां गांवों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों को लागू करने के लिए समुदायिक स्वयंसेवकों को शामिल किया गया है जो ग्राम समुदाय और सरकारी इंफ्रास्ट्रक्चर के बीच की कड़ी के रूप में काम करते हैं। इनमें शामिल हैं:

- आंगनवाड़ी कार्यकर्ता** (हर 1,000 की जनसंख्या के लिए 1) जिनको मानव संसाधन विकास मंत्रालय के पोषण पूरकता कार्यक्रम और समेकित बाल विकास सेवा योजना (आईसीडीएस) के अंतर्गत नामांकित किया गया है।
- प्रशिक्षित जन्म सेविकाएं** (टीबीए) और **ग्राम स्वास्थ्य गाइड** (राज्यों में स्वास्थ्य विभागों की एक प्रारंभिक योजना)।
- आशा** (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) स्वयंसेवक, जिनका चयन समुदाय द्वारा एनआरएचएम (राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) कार्यक्रम के तहत किया गया है जो ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिंक के रूप में सेवा करने के लिए प्रशिक्षित नई, ग्राम-स्तरीय, स्वैच्छिक स्वस्थ कार्यकर्ता हैं।

हर 5,000 की आबादी (पहाड़ी, आदिवासी और पिछड़े क्षेत्रों में 3,000) के लिए **उप-केंद्र** स्थापित किए गए हैं और इनमें सहायक नर्स मिड-वाइफ (एएनएम) नामक एक महिला स्वास्थ्य कर्मी और एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता को शामिल किया गया है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) जो लगभग छः उप-केन्द्रों के लिए रेफरल इकाइयां हैं, इनकी स्थापना हर 30,000 की आबादी (पहाड़ी, आदिवासी और पिछड़े क्षेत्रों में 20,000) के लिए की गयी है। सभी पीएचसी बहिरंग रोगी सेवाएं प्रदान करते हैं और अधिकांश में चार से छः अंतःरोगी बिस्तर भी उपलब्ध होते हैं। इनके स्टाफ में एक चिकित्सा अधिकारी और 14 पैरा-मेडिकल कर्मी शामिल होते हैं (जिसमें एक पुरुष और एक महिला स्वास्थ्य सहायिका, एक नर्स-मिडवाइफ, एक प्रयोगशाला तकनीशियन, एक फार्मासिस्ट और अन्य सहायक कर्मचारी सम्मिलित होते हैं)।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) चार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) के लिए पहली रेफरल इकाइयां हैं और विशेषज्ञ देखभाल भी प्रदान करते हैं। मानकों के अनुसार प्रत्येक सीएचसी (हर 1 लाख

की आबादी के लिए) में कम से कम 30 बेड, एक ऑपरेशन थियेटर, एक्स-रे मशीन, प्रसूति कक्ष और प्रयोगशाला सुविधाएं होनी चाहिए और कम से कम चार विशेषज्ञों यानी एक सर्जन, एक चिकित्सक, एक स्त्री रोग विशेषज्ञ और एक शिशु विशेषज्ञ का स्टाफ होना चाहिए जिनको 21 पैरा-मेडिकल और अन्य कर्मचारियों का सहयोग प्राप्त होना चाहिए।

ग्रामीण अस्पतालों की भी स्थापना की गयी है और इनमें उप-जिला अस्पताल शामिल हैं जिन्हें अनुमंडलीय/तालुक अस्पताल/विशेषता अस्पताल कहा जाता है (देश में लगभग 2000 होने का अनुमान है)।

विशेषज्ञता और शिक्षण अस्पतालों की संख्या कम है और इनमें मेडिकल कॉलेज (वर्तमान में लगभग 300) और अन्य तृतीयक रेफरल केंद्र शामिल हैं।ये अधिकांशतः जिला कस्बों और शहरी क्षेत्रों में होते हैं लेकिन इनमें से कुछ बहुत विशेषज्ञ और उन्नत चिकित्सा सेवाएं प्रदान करते हैं।

सरकार से संबंधित **अन्य एजेंसियां** जैसे रेलवे, रक्षा और इसी तरह के बड़े विभागों (बंदरगाह/खदान आदि) के अस्पताल और औषधालय भी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। हालांकि, इनकी सेवाएं अक्सर संबंधित संगठनों और उनके आश्रितों के कर्मचारियों के लिए सीमित होती हैं।

2. निजी क्षेत्र के प्रदाता

भारत में बहुत बड़ा निजी स्वास्थ्य क्षेत्र है जो सभी तीन प्रकार की - प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते हैं।इनमें स्वैच्छिक, अलाभकारी संगठनों और व्यक्तियों से लेकर लाभकारी कॉर्पोरेट, न्यास, एकल चिकित्सक, एकल विशेषज्ञ सेवाएं, नैदानिक प्रयोगशालाएं, दवा की दुकानें और अप्रशिक्षित प्रदाता (नीम हकीम) तक शामिल हैं। भारत में लगभग 77% एलोपैथिक (एमबीबीएस और उससे अधिक) चिकित्सक निजी क्षेत्र में काम कर रहे हैं। निजी स्वास्थ्य व्यय भारत में समस्त स्वास्थ्य व्यय के 75% से अधिक के लिए जिम्मेदार है। निजी क्षेत्र अखिल भारतीय स्तर पर सभी बहिरंग रोगी संपर्कों के 82% और अस्पताल में भर्ती होने के 52% मामलों के लिए जिम्मेदार है।

इसके अलावा भारत में चिकित्सा की अन्य प्रणालियों (आयुर्वेद / सिद्ध / यूनानी / होम्योपैथी) में सुयोग्य चिकित्सकों की संख्या सबसे अधिक है जो 7 लाख से अधिक है।ये सार्वजनिक के साथ-साथ निजी क्षेत्र में भी कार्यरत हैं।

स्वास्थ्य सेवा के लाभकारी निजी प्रदाताओं के अलावा एनजीओ और स्वैच्छिक क्षेत्र भी समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के कार्य में संलग्न हैं।

अनुमान लगाया गया है कि 7,000 से अधिक स्वैच्छिक एजेंसियां स्वास्थ्य-संबंधी गतिविधियों में शामिल हैं। द्वितीयक और तृतीयक अस्पतालों की एक बड़ी संख्या भी अलाभकारी सोसायटियों या न्यासों के रूप में पंजीकृत है और बीमित व्यक्तियों के लिए अंतरंग रोगी सेवाओं की व्यवस्था में महत्वपूर्ण योगदान करते हैं।

3. दवा उद्योग

दवाओं के प्रदाता और स्वास्थ्य संबंधी उत्पादों की बात करें तो भारत में एक विशाल दवा उद्योग है जो 1950 में एक 10 करोड़ रुपए के उद्योग से बढ़ कर आज 55,000 करोड़ रुपए (निर्यात सहित) का कारोबार बन गया है। यह लगभग 50 लाख लोगों को रोजगार देता है जबकि उत्पादन 6000 से अधिक इकाइयों में होता है।

इस उद्योग के लिए केंद्रीय स्तर का मूल्य नियामक **राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए)** है जबकि दवा क्षेत्र रसायन मंत्रालय के अधीन है। दवाओं की केवल एक छोटी सी संख्या (500 या इसके आसपास थोक दवाओं में से 76) मूल्य नियंत्रण के अधीन है जबकि शेष दवाएं और निर्माण मुक्त-मूल्य निर्धारण व्यवस्था के अधीन हैं जिन पर मूल्य नियामक की पैनी नजर रहती है। राज्यों के औषधि नियंत्रक फील्ड फ़ोर्स का प्रबंधन करते हैं जो अपने-अपने क्षेत्रों में दवाओं की गुणवत्ता और मूल्य निर्धारण और फार्मूलों की देखरेख करते हैं।

B. बीमा प्रदाता:

बीमा कंपनियां, खास तौर पर साधारण बीमा क्षेत्र की कंपनियां बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य बीमा सेवाएं प्रदान करती हैं। इन्हें पहले सूचीबद्ध किया गया है। सबसे उत्साहजनक एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की उपस्थिति है - आज तक पांच - जहां स्वास्थ्य बीमा प्रदाता के नेटवर्क को बढ़ाने के लिए कुछ अन्य कंपनियों के आने की संभावना है।

C. बिचौलिए (मध्यस्थ) :

बीमा उद्योग के भाग के रूप में सेवाएं प्रदान करने वाले कई लोग और संगठन भी स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं। ऐसे सभी बिचौलियों का नियंत्रण आईआरडीए द्वारा किया जाता है। इनमें शामिल हैं:

1. **बीमा ब्रोकर** जो व्यक्ति या कॉर्पोरेट्स हो सकते हैं और बीमा कंपनियों से स्वतंत्र होकर काम करते हैं। वे उन लोगों का प्रतिनिधित्व करते हैं जो बीमा कराना चाहते हैं और सर्वोत्तम संभव प्रीमियम दरों पर सर्वोत्तम संभव बीमा प्राप्त करने के लिए उनको बीमा कंपनियों से संपर्क कराते हैं। वे नुकसान के समय लोगों का बीमा करने और बीमा दावे करने में भी सहायता करते हैं। ब्रोकर इस तरह का कारोबार करने वाली किसी भी बीमा कंपनी के समक्ष बीमा कारोबार प्रस्तुत कर सकते हैं। इन्हें बीमा कमीशन के माध्यम से बीमा कंपनियों द्वारा पारिश्रमिक दिया जाता है।
2. **बीमा एजेंट** आम तौर पर व्यक्ति होते हैं लेकिन कुछ कॉर्पोरेट एजेंट भी हो सकते हैं। ब्रोकरों के विपरीत, एजेंट किसी भी बीमा कंपनी के समक्ष बीमा प्रस्तुत नहीं कर सकते हैं बल्कि केवल उस कंपनी के साथ ऐसा कर सकते हैं जिसके लिए उनको एजेंसी प्रदान की गयी है। मौजूदा नियमों के अनुसार, एक एजेंट अधिक से अधिक केवल एक साधारण बीमा कंपनी और एक जीवन बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक मोनो लाइन बीमा कंपनियों में से एक की ओर से

काम कर सकता है। इनको भी बीमा कमीशन के माध्यम से बीमा कंपनियों द्वारा पारिश्रमिक दिया जाता है।

3. **तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)** नए प्रकार के सेवा प्रदाता हैं जो वर्ष 2001 के बाद से इस कारोबार में उतरे हैं। ये बीमा बेचने के लिए नहीं बल्कि बीमा कंपनियों को प्रशासनिक सेवाएं प्रदान करने के लिए अधिकृत हैं। जब कोई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी बेची जाती है, बीमित व्यक्तियों का ब्यौरा एक नियुक्त टीपीए के साथ साझा किया जाता है जो फिर डेटाबेस तैयार करता है बीमित व्यक्तियों को स्वास्थ्य कार्ड जारी करता है। इस तरह के स्वास्थ्य कार्ड बीमित व्यक्ति को अस्पतालों और क्लीनिकों में कैशलेस चिकित्सा सुविधाओं (तुरंत नकद भुगतान करने की आवश्यकता के बिना उपचार) का लाभ उठाने में सक्षम बनाते हैं। अगर बीमित व्यक्ति कैशलेस सुविधा का उपयोग नहीं करता है तो भी वह बिलों का भुगतान कर सकता है और नियुक्त टीपीए से प्रतिपूर्ति प्राप्त की मांग कर सकता है। टीपीए को उनके संबंधित दावों के लिए बीमा कंपनियों द्वारा वित्तपोषित किया जाता है और उनको शुल्कों के माध्यम से पारिश्रमिक दिया जाता है जो प्रीमियम का एक प्रतिशत होता है।

D. अन्य महत्वपूर्ण संगठन

कुछ अन्य संस्थाएं भी हैं जो स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं और इनमें शामिल हैं:

1. **भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई)** जो संसद के एक अधिनियम द्वारा गठित बीमा नियामक है और बीमा बाजार के सभी व्यवसायों को नियंत्रित करता है। यह वर्ष 2000 में अस्तित्व में आया था और इसे न केवल बीमा व्यवसाय को विनियमित करने बल्कि इसे विकसित करने का कार्य भी सौंपा गया है।
2. **साधारण बीमा और जीवन बीमा काउंसिल** जो अपने-अपने संबंधित जीवन या साधारण बीमा व्यवसाय के संचालन के लिए आईआरडीएआई को सिफारिशें भी करते हैं।
3. भारतीय बीमा संस्थान और नेशनल इंश्योरेंस अकादमी जैसे **शैक्षिक संस्थान** जो एक विविध प्रकार के बीमा और प्रबंधन से संबंधित प्रशिक्षण प्रदान करते हैं और कई निजी प्रशिक्षण संस्थान जो संभावित एजेंटों को प्रशिक्षण प्रदान करते हैं।
4. **चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिसनर)** भी जोखिमों की स्वीकृति के दौरान संभावित ग्राहकों के स्वास्थ्य बीमा जोखिमों का मूल्यांकन करने में बीमा कंपनियों और टीपीए सहायता करते हैं और मुश्किल दावों के मामले में बीमा कंपनियों को सलाह देते हैं।
5. **बीमा लोकपाल (इंश्योरेंस ओम्बड्समैन)**, उपभोक्ता अदालत और सिविल कोर्ट जैसी वैधानिक संस्थाएं भी उपभोक्ता की शिकायतों के निवारण की बात आने पर स्वास्थ्य बीमा बाजार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

- a) बीमा किसी न किसी रूप में कई सदियों पहले से अस्तित्व में है लेकिन इसका आधुनिक केवल कुछ ही सदियों पुराना है। भारत में बीमा को सरकारी विनियमन के साथ कई चरणों से गुजरना पड़ा है।
 - b) अपने नागरिकों का स्वास्थ्य बहुत महत्वपूर्ण होने के कारण सरकारें एक उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रणाली तैयार करने में एक प्रमुख भूमिका निभाती हैं।
 - c) प्रदान की गयी स्वास्थ्य सेवा का स्तर एक देश की आबादी से संबंधित कई कारकों पर निर्भर करता है।
 - d) स्वास्थ्य सेवा के तीन प्रकार प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक हैं जो आवश्यक चिकित्सा सहायता के स्तर पर निर्भर करता है। प्रत्येक स्तर के साथ स्वास्थ्य सेवा की लागत बढ़ जाती है जबकि तृतीयक सेवा सबसे अधिक महंगी है।
 - e) भारत के पास जनसंख्या वृद्धि और शहरीकरण जैसी अपनी खुद की विशिष्ट चुनौतियां हैं जिनके लिए उचित स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता होती है।
 - f) सरकार सबसे पहले स्वास्थ्य बीमा योजनाएं लेकर आयी थी जिसके बाद निजी बीमा कंपनियों द्वारा व्यावसायिक बीमा की शुरुआत हुई।
 - g) स्वास्थ्य बीमा बाजार कई खिलाड़ियों से मिलकर बना है जहां कुछ खिलाड़ी बुनियादी सुविधा (इंफ्रास्ट्रक्चर) उपलब्ध कराने का काम करते हैं तो अन्य बीमा सेवाएं प्रदान करते हैं, ब्रोकर, एजेंट और तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) जैसे मध्यस्थ स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय को अपनी सेवाएं प्रदान करते हैं, और अन्य नियामक, शैक्षिक एवं वैधानिक संस्थाएं अपनी-अपनी भूमिकाएं निभाती हैं।
-

महत्वपूर्ण शब्द

- a) स्वास्थ्य सेवा
 - b) व्यावसायिक बीमा
 - c) राष्ट्रीयकरण
 - d) प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा
 - e) मेडिकलेम
 - f) ब्रोकर
 - g) एजेंट
 - h) तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)
 - i) आईआरडीए
 - j) लोकपाल (ओम्बड्समैन)
-

अध्याय 3

बीमा के सिद्धांत

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम बीमा के कामकाज को नियंत्रित करने वाले मूलभूत सिद्धांतों के बारे में जानेंगे। इस अध्याय को दो खंडों में बांटा गया है। पहला खंड एक बीमा अनुबंध के सामान्य कानूनी पहलुओं पर चर्चा करता है और दूसरा खंड एक बीमा अनुबंध की विशेष सुविधाओं से संबंधित है।

अध्ययन के परिणाम

- A. बीमा अनुबंध - कानूनी पहलू
- B. बीमा अनुबंध - विशेष सुविधाएं

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. एक बीमा अनुबंध की विशेषताओं को परिभाषित करना
2. एक बीमा अनुबंध की विशेष सुविधाओं की पहचान करना

A. बीमा अनुबंध - कानूनी पहलू

बीमा अनुबंध

अध्याय 1 में हमने पूलिंग और आपसी सहयोग की अवधारणा के माध्यम से बीमा के कामकाज के तरीके पर चर्चा की थी। हमने देखा था कि आपदाओं से प्रभावित लोगों के नुकसानों की भरपाई करने के लिए कैसे बीमाकर्ता द्वारा एक कोष का निर्माण किया जाता है। जब कोई व्यक्ति बीमाकर्ता को पैसे देता है, उसे यह बताने की जरूरत होती है कि सहमति किस बात पर हुई है। इसलिए बीमाकर्ता उसे पॉलिसी नामक एक दस्तावेज़ देता है जिसे कानूनी तौर पर अनुबंध पर कहा जाता है।

बीमा की शर्तें एक अनुबंध के रूप में निर्धारित की जाती हैं जिसे बीमा पॉलिसी के नाम से जाना जाता है।

इसलिए बीमा पॉलिसी का वर्णन एक ऐसे अनुबंध के रूप में किया जा सकता है जिसके तहत

- एक पक्ष (जिसे बीमाकर्ता कहा जाता है) सहमत होता है
- प्रतिफल या पैसे के भुगतान के लिए (जिसे प्रीमियम कहा जाता है)
- दूसरे पक्ष (जिसे बीमाधारक कहा जाता है) को क्षतिपूरित करने या मुआवजा देने के लिए
- उन वित्तीय नुकसानों के लिए जिसे कुछ कारणों (जिन्हें जोखिम कहते हैं) से हुए नुकसान की वजह से दूसरे पक्ष को सहन करना पड़ सकता है
- एक निर्दिष्ट समय अवधि (पॉलिसी अवधि) के दौरान और
- एक सहमत राशि (बीमा राशि) तक।

1. एक बीमा अनुबंध के कानूनी पहलू

अब हम एक बीमा अनुबंध की कुछ सामान्य विशेषताओं पर नज़र डालेंगे और फिर बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करने वाली विशेष सुविधाओं पर विचार करेंगे।

अनुबंध पार्टियों के बीच एक ऐसा समझौता है जिसे कानून द्वारा लागू किया जा सकता है। भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 के प्रावधान भारत में बीमा अनुबंध सहित सभी अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

2. एक वैध अनुबंध के तत्व

कानूनी रूप से लागू करने और सभी पक्षों पर बाध्यकारी होने के लिए कुछ विशेषताओं या तत्वों का मौजूद होना आवश्यक है अन्यथा अनुबंध मान्य नहीं होता है। एक वैध अनुबंध के तत्वों को नीचे संक्षेपित किया गया है:

a. प्रस्ताव और स्वीकृति

एक पक्ष द्वारा एक प्रस्ताव किया जाना चाहिए और इस तरह के प्रस्ताव को दूसरे पक्ष द्वारा स्वीकार किया जाना चाहिए। बीमा में, प्रस्ताव प्रस्तावक द्वारा किया जाता है जिसके लिए उससे एक प्रस्ताव फॉर्म को भरने की अपेक्षा की जाती है और बीमा कंपनी द्वारा स्वीकृति दी जाती है।

b. प्रतिफल

इसका मतलब है कि अनुबंध में दोनों पक्षों के लिए कुछ पारस्परिक लाभ शामिल होना चाहिए। प्रीमियम बीमाधारक का प्रतिफल है और नुकसान के लिए क्षतिपूरित करने या मुआवजा देने का वादा बीमा कंपनी का प्रतिफल है। जहां कोई प्रतिफल नहीं है वहां कोई अनुबंध नहीं है। बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB के विचार में बीमाधारक द्वारा प्रीमियम का भुगतान बीमा कंपनी को जोखिम पर रखे जाने से पहले किया जाना चाहिए।

c. पार्टियों के बीच समझौता

दोनों पक्षों को एक ही अर्थ में एक ही बात से सहमत होना चाहिए। उदाहरण के लिए, अगर बीमाधारक एक फैमिली हेल्थ पॉलिसी के अंतर्गत माधुरी नामक अपनी बहन को कवर करना चाहता है तो बीमा कंपनी मानती है कि वह उसकी पत्नी है और माधुरी को कवर प्रदान करने के लिए सहमत होती है, यहां एक ही अर्थ में एक ही बात के लिए कोई समझौता नहीं है और इसलिए अनुबंध मान्य नहीं है।

d. पार्टियों की क्षमता

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

e. वैधता

अनुबंध की विषय-वस्तु वैधानिक होनी चाहिए, उदाहरण के लिए, तस्करी के सामान के लिए कोई बीमा नहीं लिया जा सकता है क्योंकि तस्करी एक अवैध गतिविधि है।

f. जबरदस्ती

जबरदस्ती का मतलब है ताकत या धमकी का प्रयोग करके किसी व्यक्ति को कुछ करने के लिए मनाने की कार्रवाई या प्रथा। दूसरे शब्दों में, इसका मतलब है किसी व्यक्ति पर आपराधिक साधनों के माध्यम से दबाव डालना। इसलिए, ऐसा कोई भी अनुबंध मान्य नहीं है अगर यह किसी पक्ष द्वारा अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं करने पर आत्महत्या कर लेने या बंदूक का प्रयोग करने की धमकी देकर किया गया है।

g. अनुचित प्रभाव

जब कोई व्यक्ति जो दूसरे की इच्छा पर हावी होने में सक्षम है, अनुचित लाभ प्राप्त करने के लिए अपने पद, प्रभाव या शक्ति का उपयोग करता है तो यह अनुचित प्रभाव है। अनुचित प्रभाव आम तौर पर उस स्थिति में उत्पन्न होता है जब दो व्यक्ति किसी न किसी रिश्ते में बंधे होते हैं जैसे पति और पत्नी, माता-पिता और बच्चे, डॉक्टर और मरीज, वकील और ग्राहक आदि। अगर किसी अनुबंध में प्रवेश करने के लिए दूसरे व्यक्ति को राजी करने के क्रम में अनुचित प्रभाव का प्रयोग किया जाता है तो इस तरह का अनुबंध अमान्य होता है।

h. धोखाधड़ी

बातचीत के दौरान प्रत्येक पक्ष अनुबंध से संबंधित मामलों के बारे कुछ बयान देता है। जब कोई व्यक्ति दूसरे व्यक्ति को एक गलत धारणा पर कार्य कराता है जो ऐसे बयानों के कारण बनी है जिसे वह सच नहीं मानता है तो यह एक धोखाधड़ी का मामला है। यह जानबूझकर तथ्यों को छुपाने से या उन्हें गलत तरीके से प्रस्तुत करने से उत्पन्न हो सकता है।

i. गलती

गलती किसी घटना पर निर्णय लेने या उसे समझने में एक त्रुटि है। यह अनुबंध की विषय-वस्तु के एक आवश्यक भाग के बारे में समझ और समझौते में एक त्रुटि का कारण बन सकता है अगर दोनों पक्ष गलती कर रहे हैं तो अनुबंध अमान्य है, लेकिन अगर केवल एक ही पक्ष गलती करता है तो अनुबंध की वैधता परिस्थितियों पर निर्भर करेगी। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि तथ्य की गलती को माफ किया जा सकता है लेकिन कानून की गलती को माफ नहीं किया जा सकता।

स्व-परीक्षण 1

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

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

B. बीमा अनुबंध - विशेष सुविधाएं

बीमा अनुबंध संविदा कानून के द्वारा नियंत्रित होने पर कुछ विशेष सुविधाओं के अधीन होते हैं। आइए अब हम एक बीमा अनुबंध की विशेष सुविधाओं पर नजर डालते हैं।

1. क्षतिपूर्ति

क्षतिपूर्ति का सिद्धांत गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए लागू होता है। इसका मतलब है कि नुकसान उठाने वाले पॉलिसीधारक को इस प्रकार क्षतिपूरित किया जाता है कि उसे उसी वित्तीय स्थिति में वापस लाया जा सके जिसमें वह नुकसान की घटना घटित होने से पहले था। बीमा अनुबंध (बीमा पॉलिसी के माध्यम से) इस बात की गारंटी देता है कि बीमाधारक को नुकसान की राशि तक क्षतिपूरित किया या मुआवजा दिया जाएगा, उससे अधिक नहीं।

सिद्धांत यह है कि व्यक्ति को अपनी परिसंपत्तियों का बीमा करके और नुकसान की तुलना में अधिक वसूली करके मुनाफ़ा कमाने की स्थिति में नहीं होना चाहिए। बीमा कंपनी उठाए गए नुकसान के आर्थिक मूल्य का आकलन करेगी और उसके अनुसार क्षतिपूर्ति करेगी।

यह भी ध्यान दिया जाना चाहिए कि मानव जीवन को अमूल्य माना जाता है और इसलिए इसकी क्षतिपूर्ति नहीं की जा सकती है। इसलिए, मौत को कवर करने वाले बीमा के मामले में भुगतान के लिए उस बीमा राशि पर विचार किया जाता है जिसके लिए पॉलिसी ली गयी है। हालांकि, बीमा कंपनियां किसी भी मूल्य को बीमा राशि के रूप में स्वीकार करने से पहले आम तौर पर व्यक्ति की कमाई की क्षमता पर विचार करते हुए यह देखती हैं कि क्या यह राशि उचित है या नहीं।

2. प्रस्थापन

प्रस्थापन क्षतिपूर्ति के सिद्धांत से संचालित होता है।

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

इसका मतलब है कि अगर बीमाधारक को किसी तीसरे पक्ष की लापरवाही के कारण संपत्ति के नुकसान का सामना करना पड़ा है और उस नुकसान के लिए बीमा कंपनी द्वारा मुआवजा दिया गया है तो लापरवाह पक्ष से हर्जाना प्राप्त करने का अधिकार बीमा कंपनी के पास होगा। ध्यान दें कि प्राप्त की जाने वाली नुकसान की राशि केवल बीमा कंपनी द्वारा भुगतान की गई राशि तक सीमित है।

प्रस्थापन बीमाधारक को दो बार हर्जाना प्राप्त करने से रोकता है - एक बार बीमा कंपनी से और फिर दुबारा तीसरे पक्ष से। प्रस्थापन केवल क्षतिपूर्ति के अनुबंधों के मामले में होता है।

3. योगदान

यह सिद्धांत केवल गैर-जीवन बीमा के लिए लागू होता है। योगदान क्षतिपूर्ति के सिद्धांत का पालन करता है जिसका मतलब है कि व्यक्ति आपदा से हुए नुकसान की तुलना में बीमा से अधिक लाभ प्राप्त नहीं कर सकता है।

परिभाषा

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

अगर बीमाधारक को सभी बीमा कंपनियों से पूरे मूल्य के लिए बीमा राशि प्राप्त हुई होती तो बीमाधारक नुकसान से लाभ कमाने की स्थिति में होता। इससे क्षतिपूर्ति के सिद्धांत का उल्लंघन होगा। इतना ही नहीं, यह लोगों को सट्टा लाभ कमाने के एक उपकरण के रूप में बीमा का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करेगा।

यह भी ध्यान दिया जाना चाहिए कि योगदान का सिद्धांत जीवन बीमा या व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा अनुबंधों पर लागू नहीं होता है। इसका कारण यह है कि मानव जीवन के मूल्य को अमूल्य माना जाता है। इस प्रकार किसी व्यक्ति के कानूनी वारिस ऐसी बीमा कंपनियों द्वारा जारी की गयी पॉलिसियों के विरुद्ध मृत्यु दावे के लिए प्रत्येक बीमा कंपनी से पूरी राशि (बीमा राशि) प्राप्त कर सकते हैं।

4. परम सद्भाव का सिद्धांत

सद्भाव और परम सद्भाव के बीच एक अंतर है।

a) सद्भाव

सामान्यतः सभी व्यावसायिक अनुबंधों के लिए यह आवश्यक है कि उनके लेनदेनों में सद्भाव का पालन किया जाएगा और कोई धोखाधड़ी या छल नहीं होगा। सद्भाव का पालन करने के इस वैधानिक कर्तव्य के अलावा विक्रेता अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में खरीदार को किसी भी जानकारी का खुलासा करने के लिए बाध्य नहीं है।

यहां "क्रेता सावधान" के नियम का पालन किया जाता है जिसका मतलब है कि खरीदार को सतर्क रहना चाहिए।

अनुबंध के पक्षों से अनुबंध की विषय-वस्तु की जांच कर लेने की अपेक्षा की जाती है और जब तक एक पक्ष दूसरे को गुमराह नहीं कर रहा है तो दूसरे पक्ष द्वारा अनुबंध से परहेज किए जाने का कोई सवाल नहीं है।

उदाहरण

श्री चंद्रशेखर एक टीवी शोरूम में जाते हैं और उनको कई विशेषताओं वाला टीवी का एक आकर्षक ब्रांड काफी पसंद आ जाता है। बिक्री प्रतिनिधि को अपने अनुभव से पता है कि अमुक ब्रांड बहुत विश्वसनीय नहीं है और अतीत में इसने अन्य ग्राहकों के लिए समस्याएं उत्पन्न की हैं। वह बिक्री खतरे में पड़ने की आशंका से इस बात का खुलासा नहीं करता है।

इस मामले में विक्रेता को छल करने का दोषी नहीं ठहराया जा सकता क्योंकि यहां "क्रेता सावधान" का सिद्धांत काम करता है। हालांकि, अगर ब्रांड की विश्वसनीयता के बारे में बिक्री प्रतिनिधि से पूछा गया होता और उसने कहा होता कि यह बहुत विश्वसनीय है तो स्थिति अलग हो सकती थी।

b) परम सद्भाव

बीमा अनुबंधों का एक अलग आधार होता है। प्रस्तावक का वैधानिक दायित्व है कि वह बीमा की विषय-वस्तु के बारे में समस्त तथ्यात्मक जानकारी का बीमा कंपनियों को खुलासा करे जिनके पास यह जानकारी उपलब्ध नहीं है। परम सद्भाव का यह वैधानिक दायित्व सामान्य कानून के तहत उत्पन्न होता है।

तथ्यात्मक जानकारी वह जानकारी है जो बीमा कंपनियों को यह निर्णय लेने में सक्षम बनाती है:

- ✓ क्या वे जोखिम को स्वीकार करेंगे या नहीं
- ✓ यदि हां, तो प्रीमियम की किस दर पर और किन नियमों एवं शर्तों के तहत

बीमा अनुबंध साधारण अनुबंधों की तुलना में अधिक दायित्व के अधीन होते हैं। जब बीमा की बात आती है, सद्भाव का अनुबंध परम सद्भाव का अनुबंध बन जाता है। "परम सद्भाव" की अवधारणा को इस प्रकार परिभाषित किया गया है "प्रस्तावित जोखिम के सभी वास्तविक तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा करने का सकारात्मक दायित्व, चाहे इसका अनुरोध किया गया हो या नहीं।"

पूर्ण प्रकटीकरण का क्या तात्पर्य है?

कानून सभी वास्तविक तथ्यों का खुलासा करने का एक दायित्व लगाता है। यह दायित्व न केवल उन वास्तविक तथ्यों पर लागू होता है जिनके बारे में प्रस्तावक को जानकारी है बल्कि यह उन वास्तविक तथ्यों पर भी लागू होता है जिनके बारे में उसे जानकारी होनी चाहिए।

उदाहरण

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि परम सद्भाव का सिद्धांत बीमाधारक के साथ-साथ बीमाकर्ता के लिए भी लागू होता है।

i. बीमाधारक द्वारा तथ्यों की भ्रामक जानकारी

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

ii. बीमा कंपनी द्वारा तथ्यों की भ्रामक जानकारी

एक व्यक्ति के दिल में एक जन्मजात छेद है और वह प्रस्ताव फॉर्म में इस बात का खुलासा करता है। बीमा कंपनी इसे स्वीकार कर लेती है लेकिन प्रस्तावक को यह नहीं बताती है कि पहले से मौजूद बीमारियों को कम से कम 4 वर्षों तक कवर नहीं किया जाता है।

c) वास्तविक तथ्य

वास्तविक तथ्य को एक ऐसे तथ्य के रूप में परिभाषित किया गया है जो बीमा के जोखिम अंकक द्वारा यह तय किए जाने के निर्णय को प्रभावित करता है कि क्या जोखिम को स्वीकार किया जाए और यदि हां, तो प्रीमियम की दर और नियम एवं शर्तें क्या होंगी।

एक अप्रकटीकृत तथ्य वास्तविक था या नहीं, यह अलग-अलग मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा। विवादों के मामले में, इसका फैसला अंततः केवल कानून की एक अदालत में ही होगा।

अब हम बीमा के मामले में वास्तविक तथ्यों के कुछ प्रकारों पर एक नज़र डालते हैं जिनका खुलासा किया जाना आवश्यक है:

- i. यह संकेत देने वाले तथ्य कि अमुक जोखिम सामान्य की तुलना में अधिक जोखिम एक्सपोजर दर्शाता है। इसके उदाहरण हैं, समुद्र में ले जाए जा रहे कार्गो की खतरनाक प्रकृति; स्वास्थ्य पॉलिसियों के मामले में बीमारी का अतीत का ब्यौरा।
- ii. अन्य सभी बीमा कंपनियों से ली गयी पिछली पॉलिसियों की मौजूदगी और उनकी वर्तमान स्थिति या क्या ऐसे किसी प्रस्ताव को अस्वीकार किया गया है या कुछ असामान्य शर्तों के साथ स्वीकार किया गया है।
- iii. बीमा के आवेदन संबंधी प्रस्ताव फॉर्म में दिए गए सभी प्रश्नों को तथ्यात्मक माना जाता है क्योंकि इनका संबंध बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और जोखिम के प्रति इसके एक्सपोजर से होता है। इनका सभी मामलों में सच्चाई से और पूरी तरह से उत्तर दिया जाना आवश्यक है।

वास्तविक तथ्यों के कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं:

i. **आग बीमा**

- ✓ भवन का निर्माण
- ✓ रिहाइश (जैसे कार्यालय, निवास, दुकान, गोदाम, विनिर्माण इकाई आदि)
- ✓ भंडारित/निर्मित सामग्री की प्रकृति, यानी जोखिम रहित, जोखिम युक्त, अतिरिक्त-जोखिम युक्त आदि

ii. **व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा**

- ✓ पेशे का सही स्वरूप
- ✓ उम्र
- ✓ ऊंचाई और वजन
- ✓ क्या वह किसी शारीरिक अक्षमता से ग्रस्त है

iii. **स्वास्थ्य बीमा**

- ✓ पहले किया गया कोई ऑपरेशन
- ✓ क्या वह मधुमेह या उच्च रक्तचाप से पीड़ित है
- ✓ धूम्रपान करने वाला, शराबी या मानसिक तनाव से ग्रस्त आदि

iv. **सामान्य प्रश्न** - सभी प्रकार के प्रस्तावों के लिए लागू

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

d) **गैर-जीवन बीमा में प्रकटीकरण का कर्तव्य**

गैर-जीवन बीमा में अनुबंध यह निर्धारित करेगा कि क्या बदलावों के बारे में सूचित किया जाएगा या नहीं। जब मूल जोखिम में कोई ऐसा परिवर्तन किया जाता है जो अनुबंध को प्रभावित करता है, तब प्रकटीकरण का कर्तव्य उत्पन्न होगा। प्रारंभ में वास्तविक तथ्यों का खुलासा करने का कर्तव्य समाप्त हो जाता है जब एक कवर नोट या पॉलिसी जारी करके अनुबंध को पूरा किया जाता है। यह कर्तव्य फिर पॉलिसी के नवीकरण के समय उत्पन्न होता है।

e) **परम सद्भाव का उल्लंघन**

अब हम उन परिस्थितियों पर विचार करें जहां परम सद्भाव का उल्लंघन शामिल होगा। इस तरह का उल्लंघन गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी के कारण हो सकता है।

i. **गैर-प्रकटीकरण**

यह निम्न परिस्थितियों में होता है:

- ✓ आम तौर पर बीमाधारक वास्तविक तथ्यों के बारे में चुप रहता है क्योंकि बीमा कंपनी ने कोई विशेष सवाल नहीं उठाया है
- ✓ बीमा कंपनी द्वारा पूछे गए सवालों के गोलमोल जवाब देना
- ✓ प्रकटीकरण अनजाने में हो सकता है (व्यक्ति की जानकारी या इच्छा के बिना किया गया) या क्योंकि प्रस्तावक ने सोचा कि अमुक तथ्य आवश्यक नहीं था। इस तरह के मामले में वह निर्दोष है। जब किसी तथ्य का जानबूझकर खुलासा नहीं किया जाता है तो इसे तथ्य को छुपाना समझा जाता है। इस मामले में इरादा धोखा देने का है।

ii. मिथ्या प्रस्तुति (गलतबयानी)

बीमा के अनुबंध की बातचीत के दौरान दिए गए बयान को प्रस्तुति कहा जाता है। इस किसी तथ्य का एक निश्चित बयान या विश्वास, इरादा अथवा अपेक्षा का एक बयान हो सकता है।

जब यह एक तथ्य है तो इसके काफी हद तक सही होने की अपेक्षा की जाती है। जब इसका संबंध विश्वास या अपेक्षा के मामलों से होता है तो यह बयान सद्भाव में दिया जाना चाहिए।

मिथ्या प्रस्तुति दो प्रकार की होती है:

- ✓ निर्दोष मिथ्या प्रस्तुति का संबंध निर्दोष बयानों से है जो किसी भी धोखाधड़ी इरादे के बिना दिए जाते हैं, जैसे एक व्यक्ति जो कभी-कभी धूम्रपान करता है और उसे धूम्रपान करने की आदत नहीं है, प्रस्ताव फॉर्म में इस बात का खुलासा नहीं कर सकता है क्योंकि उसे ऐसा नहीं लगता है कि इसका जोखिम पर कोई प्रभाव पड़ेगा।
- ✓ कपटपूर्ण मिथ्या प्रस्तुति का मतलब बीमा कंपनी को धोखा देने के इरादे से जानबूझकर दिए जाने वाले झूठे बयान हैं या सच्चाई की उचित परवाह किए बिना लापरवाही से दिए गए हैं। उदाहरण के लिए, एक लगातार धूम्रपान करने वाला व्यक्ति जानबूझकर इस तथ्य का खुलासा नहीं कर सकता है कि वह धूम्रपान करता है।

एक बीमा अनुबंध आम तौर पर अमान्य हो जाता है जब धोखा देने के इरादे से किसी तथ्य को छुपाया गया है या जब कपटपूर्ण गैर-प्रकटीकरण या मिथ्या प्रस्तुति की गयी है। परम सद्भाव के अन्य उल्लंघनों के मामले में अनुबंध को अमान्य किया जा सकता है यानी प्रभावित पक्ष यह तय करने के लिए स्वतंत्र है कि अनुबंध को अमान्य समझा जाएगा या नहीं।

5. बीमा योग्य हित

'बीमा योग्य हित' का मौजूद होना हर बीमा अनुबंध का एक अनिवार्य हिस्सा है। कोई भी व्यक्ति केवल ऐसी चीज पर बीमा ले सकता है जिसमें उसकी कुछ वित्तीय हिस्सेदारी है। आइए अब हम देखें कि कैसे बीमा एक जुआ या दांव के समझौते से अलग है।

a) जुआ और बीमा

ताश के पत्तों के एक खेल पर विचार करें जहां व्यक्ति हारता या जीतता है। हानि या लाभ केवल इसलिए होता है कि व्यक्ति शर्त में प्रवेश करता है। खेल खेलने वाले व्यक्ति का इस बात के अलावा कोई अन्य हित या संबंध नहीं होता है कि वह खेल जीत सकता है।

अब एक मकान और इसके जल जाने की घटना पर विचार करें। वह व्यक्ति जो अपने मकान का बीमा करता है, उसका बीमा की विषय-वस्तु - मकान के साथ एक कानूनी संबंध होता है। वह इसका मालिक है और इसके नष्ट या क्षतिग्रस्त हो जाने पर उसे आर्थिक नुकसान उठाना पड़ सकता है। स्वामित्व का यह संबंध इस सवाल से मुक्त होता है कि आग की घटना घटित हुई है या नहीं और यही वह संबंध है जो महत्वपूर्ण है। इसके अलावा यह भी ध्यान दें कि चाहे व्यक्ति बीमा लेता है या नहीं लेता है, घटना (आग या चोरी) एक नुकसान का कारण बनेगी।

एक ताश के पत्ते के खेल के विपरीत, जहां व्यक्ति हार या जीत सकता है, आग का केवल एक ही परिणाम हो सकता है - मकान के मालिक को नुकसान (जिसे शुद्ध जोखिम कहा जाता है)।

मालिक यह सुनिश्चित करने के लिए बीमा लेता है कि उठाए गए नुकसान के लिए किसी न किसी तरह मुआवजा दिया जाता है।

बीमाधारक का अपने मकान या अपने पैसे पर जो हित होता है उसे बीमा योग्य हित कहा जाता है। बीमा योग्य हित की उपस्थिति एक बीमा अनुबंध को मान्य और कानून के तहत लागू करने योग्य बनाता है।

स्वयं के अलावा स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में प्रस्तावक द्वारा परिवार का भी बीमा किया जा सकता है क्योंकि अगर परिवार के साथ कोई दुर्घटना घटित होती है या किसी को अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है तो उसे आर्थिक नुकसान उठाना पड़ सकता है।

एक नियोक्ता का अपने कर्मचारियों में बीमा योग्य हित होता है, इसलिए वह अपने कर्मचारियों की ओर से स्वास्थ्य पॉलिसियां लेता है क्योंकि उनका कल्याण उसके अपने हित में हैं।

महत्वपूर्ण

बीमा योग्य हित के तीन आवश्यक तत्व:

1. बीमा किए जाने में सक्षम संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता अवश्य होनी चाहिए।
2. इस तरह की संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता बीमा की विषय-वस्तु होनी चाहिए।
3. बीमाधारक का विषय-वस्तु के साथ इस प्रकार का एक वैधानिक संबंध होना चाहिए कि उसे संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन की सुरक्षा या देयता से मुक्ति का फ़ायदा मिल सके। इसी टोकन के द्वारा, वह किसी भी नुकसान, क्षति, चोट या देयता के निर्माण के कारण आर्थिक नुकसान उठाने की स्थिति में होना चाहिए।

परिदृश्य 1

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

क्या मकान में उनका बीमा योग्य हित है? उत्तर: हां

क्या मकान में बैंक का एक बीमा योग्य हित है? उत्तर: हां, बकाया ऋण की राशि की सीमा तक ब्याज के साथ।

उनके पड़ोसी के बारे में क्या कहेंगे? उत्तर: नहीं

परिदृश्य 2

श्री श्रीनिवासन के परिवार में पति/पत्नी, दो बच्चे और बूढ़े माता-पिता हैं।

क्या उनकी भलाई में उनका एक बीमा योग्य हित है? उत्तर: हां

अगर उनमें से किसी को अस्पताल में भर्ती किया जाता है तो क्या उन्हें आर्थिक रूप से नुकसान उठाना पड़ सकता है? उत्तर: हां

उनके पड़ोसी के बच्चों के बारे में क्या कहेंगे? क्या उनके ऊपर भी उनका एक बीमा योग्य हित होगा? उत्तर: नहीं

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

बीमा की विषय-वस्तु का संबंध उस संपत्ति से है जिसका बीमा किया जा रहा है, जिसका अपना एक मूल्य है।

दूसरी ओर एक बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु उस संपत्ति में बीमाधारक का वित्तीय हित है। यह केवल तभी होता है जब बीमाधारक का संपत्ति में इस प्रकार का एक हित हो जिसका बीमा करने का उसे कानूनी अधिकार है। पूरे अर्थों में बीमा पॉलिसी अपने आपमें संपत्ति को नहीं बल्कि संपत्ति में बीमाधारक व्यक्ति वित्तीय हित को कवर करती है।

b) वह समय जब बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए

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

हालांकि समुद्री कार्गो बीमा में बीमा योग्य हित केवल नुकसान के समय आवश्यक होता है।

6. आसन्न कारण

वैधानिक सिद्धांतों में अंतिम आसन्न कारण का सिद्धांत है।

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

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

इस नियम के तहत बीमा कंपनी सबसे प्रमुख (या सबसे महत्वपूर्ण) कारण की तलाश करती है जो नुकसान उत्पन्न करने वाली घटनाओं की श्रृंखला का कारक बनता है। इस तरह का कारण अनिवार्य रूप से वह अंतिम घटना नहीं हो सकती है जो नुकसान के ठीक पहले घटित हुई थी यानी यह एक ऐसी घटना है जो नुकसान का कारण बनने के सबसे करीब है या उसके लिए तत्काल जिम्मेदार है।

दुर्भाग्य से जब कोई नुकसान घटित होता है वहां अक्सर ऐसी घटनाओं की एक श्रृंखला होती है जो प्रमुख घटना का कारण बनती है और इसलिए कभी-कभी सबसे करीबी या आसन्न कारण का पता लगाना मुश्किल हो जाता है।

उदाहरण के लिए, आग लगाने के कारण पानी की पाइप फट सकती है। परिणामी नुकसान पानी के कारण होने वाली क्षति के बावजूद आग को ही इस घटना का आसन्न कारण समझा जाएगा।

परिभाषा

आसन्न कारण को ऐसे सक्रिय और प्रभावी कारण के रूप में परिभाषित किया गया है जो घटनाओं की एक श्रृंखला को संचालित करता है जिसका एक नए और स्वतंत्र स्रोत से शुरू किए गए किसी भी बल के हस्तक्षेप के बिना और सक्रिय रूप से काम करते हुए कोई परिणाम निकलता है।

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

परिदृश्य 1

श्री पिंटो घोड़े की सवारी करते हुए जमीन पर गिर गए और उनका एक पैर टूट गया। अस्पताल ले जाने से पहले वे काफी समय तक गीली जमीन पर पड़े रहे थे। गीली जमीन पर पड़े रहने के कारण उनको बुखार हो गया जो बाद में निमोनिया में विकसित हो गया और उनकी मौत का कारण बना। हालांकि निमोनिया तात्कालिक कारण प्रतीत हो सकता है, वास्तव में दुर्घटना में गिर जाना आसन्न कारण के रूप में उभरा और दावे को व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत स्वीकार किया गया।

स्व-परीक्षण 2

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

- I. निमोनिया
- II. घोड़ा
- III. घुड़सवारी दुर्घटना
- IV. दुर्भाग्य

स्व-परीक्षण 3

योगदान के सिद्धांत का क्या महत्व है?

- I. यह सुनिश्चित करता है कि बीमा कंपनी के साथ-साथ बीमाधारक भी दावे के एक निश्चित हिस्से का योगदान देता है
- II. यह सुनिश्चित करता है कि सभी बीमाधारक जो पूल का एक हिस्सा हैं, अपने द्वारा भुगतान किए जाने वाले प्रीमियम के अनुपात में, पूल के एक प्रतिभागी द्वारा किए गए दावे के लिए योगदान करते हैं
- III. यह सुनिश्चित करता है कि अनेक बीमा कंपनियां एक ही विषय-वस्तु को कवर करती हैं
- IV. यह सुनिश्चित करता है कि प्रीमियम का योगदान कई वर्षों की समान किस्तों में किया जाता है।

सारांश

- a) बीमा एक अनुबंध है और यह संविदा के कानून द्वारा नियंत्रित होता है
- b) एक वैध अनुबंध के तत्वों में प्रस्ताव और स्वीकृति, प्रतिफल, वैधता, पार्टियों की क्षमता और पार्टियों के बीच समझौता शामिल हैं।
- c) संविदा के कानून द्वारा नियंत्रित होने के अलावा बीमा कुछ विशेष सुविधाओं द्वारा भी नियंत्रित होता है।
- d) क्षतिपूर्ति बीमाधारक को एक बीमित जोखिम की घटना घटित होने पर अपने नुकसान की सीमा तक मुआवजा दिया जाना सुनिश्चित करती है।
- e) प्रस्थापन का मतलब है किसी दावे के निपटान पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में सभी अधिकारों और उपायों का बीमाधारक से बीमा कंपनी को हस्तांतरण।
- f) योगदान के सिद्धांत का तात्पर्य यह है कि अगर एक ही संपत्ति का एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ बीमा किया गया है तो एक साथ सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया जाने वाला मुआवजा उठाए गए वास्तविक नुकसान से अधिक नहीं हो सकता है।
- g) सभी बीमा अनुबंध परम सद्भाव के सिद्धांत पर आधारित होते हैं।
- h) 'बीमा योग्य हित' की मौजूदगी हर बीमा अनुबंध की एक अनिवार्य आवश्यकता है और इसे बीमा के लिए वैधानिक पूर्व-अर्हता के रूप में माना जाता है।
- i) आसन्न कारण बीमा का एक प्रमुख सिद्धांत है और इसका संबंध इस बात से है कि नुकसान या क्षति वास्तव में कैसे घटित हुई और क्या ऐसा वास्तव में एक बीमित जोखिम के परिणाम स्वरूप हुआ है।

महत्वपूर्ण शब्द

- a) प्रस्ताव और स्वीकृति
- b) कानूनी प्रतिफल
- c) परम सद्भाव
- d) वास्तविक तथ्य
- e) बीमा योग्य हित
- f) प्रस्थापन
- g) योगदान
- h) आसन्न कारण

अध्याय 4

बीमा दस्तावेज़

अध्याय परिचय

बीमा उद्योग में हम एक बड़ी संख्या में फॉर्मों, दस्तावेजों आदि के साथ कामकाज करते हैं। यह अध्याय हमें एक बीमा अनुबंध के विभिन्न दस्तावेजों और उनके महत्व की जानकारी देता है। यह हमें प्रत्येक फॉर्म की प्रकृति, इसे भरने के तरीके और विशिष्ट जानकारी मांगे जाने के कारणों के बारे में समझाता है।

अध्ययन के परिणाम

- A. प्रस्ताव फॉर्म
- B. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)
- C. विवरण पत्रिका (प्रॉस्पेक्टस)
- D. प्रीमियम रसीद
- E. कवर नोट/ बीमा प्रमाणपत्र / पॉलिसी दस्तावेज़
- F. शर्तें और वारंटियां
- G. पृष्ठांकन
- H. पॉलिसियों की व्याख्या
- I. नवीनीकरण की सूचना
- J. एंटी मनी लॉन्ड्रिंग और 'अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देश'

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

- a) प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री के बारे में समझाना।
- b) विवरण पत्रिका (प्रॉस्पेक्टस) के महत्व का वर्णन करना।
- c) प्रीमियम की रसीद और बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB की व्याख्या करना।
- d) कवर नोट और बीमा प्रमाणपत्र की व्याख्या और मूल्यांकन करना।
- e) बीमा पॉलिसी दस्तावेज के नियमों और वर्णित बातों की व्याख्या करना।
- f) पॉलिसी की शर्तों, वारंटियों और पृष्ठांकन पर चर्चा करना।
- g) पृष्ठांकन क्यों जारी किए जाते हैं इसका मूल्यांकन करना।

- h) पॉलिसी में वर्णित बातों को कानून की अदालतों में कैसे देखा जाता है इसे समझना।
- i) ट) नवीनीकरण के नोटिस क्यों जारी किए जाते हैं इसका मूल्यांकन करना।
- j) ठ) मनी लॉन्ड्रिंग क्या है और अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों के संबंध में एक एजेंट को क्या करने की जरूरत है, इनके बारे में जानना।

A. प्रस्ताव प्रपत्र (फॉर्म)

जैसा कि पहले बताया गया है, बीमा एक अनुबंध है जिसे लिखित रूप में एक पॉलिसी में संक्षेपित किया गया है। बीमा प्रलेखन पॉलिसियां जारी करने तक सीमित नहीं है। चूंकि यहां ब्रोकर और एजेंट जैसे कई मध्यस्थ होते हैं जो उनके बीच काम करते हैं, ऐसा संभव है कि एक बीमाधारक और उसके बीमाकर्ता की कभी मुलाकात ही ना हो।

बीमा कंपनी केवल ग्राहक द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों से ही ग्राहक और उसकी बीमा की आवश्यकताओं के बारे में जानकारी प्राप्त करती है। इस तरह के दस्तावेज जोखिम को बेहतर ढंग से समझने में बीमा कंपनी की मदद करते हैं। इस प्रकार, प्रलेखन बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच समझ और स्पष्टता लाने के प्रयोजन से आवश्यक है। कुछ ऐसे दस्तावेज हैं जो परंपरागत रूप से बीमा व्यवसाय में उपयोग किए जाते हैं।

बीमा एजेंट को ग्राहक के लिए निकटतम व्यक्ति होने के नाते ग्राहक का सामना करना पड़ता है और इसमें शामिल दस्तावेजों के बारे में सभी आशंकाओं को स्पष्ट करके इन्हें भरने में उसकी सहायता करनी होती है। एजेंटों को बीमा में शामिल प्रत्येक दस्तावेज के उद्देश्य और इसमें इस्तेमाल होने वाले दस्तावेजों में निहित सूचना के महत्व और प्रासंगिकता को समझना चाहिए।

1. प्रस्ताव प्रपत्र (फॉर्म)

प्रलेखन का पहला चरण मूलतः प्रस्ताव फॉर्म है जिसके माध्यम से बीमाधारक यह सूचित करता है:

- ✓ वह कौन है
- ✓ उसे किस प्रकार के बीमा की जरूरत है
- ✓ वह क्या बीमा करना चाहता है उसका विवरण और
- ✓ कितनी समय अवधि के लिए

विवरण का मतलब बीमा की विषय-वस्तु का मौद्रिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा से जुड़े सभी वास्तविक तथ्य होगा।

a) बीमा कंपनी द्वारा जोखिम मूल्यांकन

- i. प्रस्ताव प्रपत्र एक जोखिम के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा मांगी गयी सभी तथ्यात्मक जानकारी प्रस्तुत करने के लिए प्रस्तावक द्वारा भरा जा सकता है जो बीमा कंपनी को यह तय करने में सक्षम बनाता है:

- ✓ बीमा प्रदान करने को स्वीकार किया जाए या अस्वीकार और
- ✓ जोखिम की स्वीकृति की स्थिति में कवर की दरों, नियमों और शर्तों का निर्धारण करना

प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसी जानकारी शामिल होती है जो बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम को स्वीकार करने में बीमा कंपनी के लिए उपयोगी है। परम सद्भाव का सिद्धांत और तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का दायित्व बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र के साथ शुरू होता है।

तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का दायित्व पॉलिसी शुरू होने से पहले उत्पन्न होता है और बीमा की पूरी अवधि के दौरान तथा अनुबंध के समापन के बाद भी जारी रहता है।

उदाहरण

अगर बीमाधारक को एक अलार्म सिस्टम बनाए रखने की आवश्यकता थी या उसने प्रस्ताव प्रपत्र में कहा था कि उसके पास अपने स्वर्ण आभूषण के शोरूम में एक स्वचालित अलार्म सिस्टम उपलब्ध है तो उसे न केवल इसका खुलासा करने की जरूरत है बल्कि उसे यह भी सुनिश्चित करना होगा कि यह संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान कार्यशील स्थिति में रहेगा। अलार्म सिस्टम का मौजूद होना बीमा कंपनी के लिए एक महत्वपूर्ण तथ्य है जो इन तथ्यों के आधार पर प्रस्ताव को स्वीकार करेगी और तदनुसार जोखिम का मूल्य निर्धारण किया जाएगा।

प्रस्ताव प्रपत्र आम तौर पर बीमाकर्ताओं द्वारा प्रिंट किए जाते हैं जिन पर बीमा कंपनी का नाम, लोगो, पता और बीमा/उत्पाद की श्रेणी/प्रकार अंकित होता है जिसके लिए इसका उपयोग किया जाएगा। बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में एक मुद्रित नोट जोड़ा जाना प्रथागत है, हालांकि इसके संबंध में कोई मानक प्रारूप या प्रचलन नहीं है।

उदाहरण

इस तरह के नोटों के कुछ उदाहरण हैं:

'जोखिम के आकलन के लिए आवश्यक तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण, भ्रामक जानकारी प्रदान करना, बीमित व्यक्ति द्वारा धोखाधड़ी या असहयोग जारी की गयी पॉलिसी के तहत कवर को अमान्य कर देगा',

'कंपनी जोखिम पर नहीं होगी जब तक कि प्रस्ताव को कंपनी द्वारा स्वीकार नहीं किया गया है और संपूर्ण प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है'।

प्रस्ताव प्रपत्र में घोषणा: बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ देती हैं जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाएगा। इससे यह सुनिश्चित होता है कि बीमाधारक सही ढंग से फार्म को भरने का कष्ट उठाता है और उसमें दिए गए तथ्यों को समझ लिया है ताकि दावे के समय तथ्यों की मिथ्या प्रस्तुति के कारण असहमति के लिए कोई गुंजाइश ना रहे।

इसके अलावा यह परम सद्भाव के मुख्य सिद्धांत पर जोर देने और बीमाधारक की ओर से सभी आवश्यक तथ्यों के प्रकटीकरण का कार्य भी पूरा करता है।

घोषणा परम सद्भाव के सामान्य नियम के सिद्धांतों को परम सद्भाव के एक संविदात्मक कर्तव्य में बदल देती है।

उदाहरण

इस तरह की घोषणाओं के उदाहरण हैं:

'मैं/हम इसके द्वारा यह घोषणा और गारंटी देता हूँ कि उपरोक्त बयान सभी प्रकार से सही और पूर्ण हैं और यह कि ऐसी कोई अन्य जानकारी नहीं है जो बीमा के आवेदन के लिए प्रासंगिक है और उसका खुलासा आपको नहीं किया गया है।'

'मैं/हम इससे सहमत हूँ कि यह प्रस्ताव और घोषणाएं मेरे/हमारे और (बीमा कंपनी का नाम) के बीच अनुबंध का आधार बनेंगी।'

b) एक प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की प्रकृति

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

i. आग बीमा के प्रस्ताव प्रपत्रों का उपयोग आम तौर पर मकानों, दुकानों अदि जैसे अपेक्षाकृत सरल/मानक जोखिमों के लिए किया जाता है। बड़े औद्योगिक जोखिमों के लिए जोखिम की स्वीकृति से पहले बीमा कंपनी द्वारा जोखिम के निरीक्षण की व्यवस्था की जाती है। कभी-कभी विशेष जानकारी इकट्ठा करने के लिए प्रस्ताव प्रपत्र के अलावा विशेष प्रश्नावली का प्रयोग किया जाता है।

आग बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र में अन्य बातों के अलावा संपत्ति का विवरण मांगा जाता है जिसमें निम्नलिखित जानकारी शामिल होगी:

- ✓ बाहरी दीवारों और छत का निर्माण, दुकानों की संख्या।
- ✓ भवन के प्रत्येक भाग का कब्जा
- ✓ खतरनाक सामग्रियों की उपस्थिति
- ✓ निर्माण की प्रक्रिया
- ✓ बीमा के लिए प्रस्तावित रकम
- ✓ बीमा अवधि आदि

ii. **मोटर बीमा के लिए वाहन**, उसके संचालन, निर्माण एवं वहन क्षमता, मालिक द्वारा इसके उपयोग के तरीके और संबंधित बीमा इतिहास के बारे में प्रश्न पूछे जाते हैं।

- iii. स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा जैसे व्यक्तिगत लाइनों में प्रस्ताव प्रपत्रों को इस प्रकार तैयार किया जाता है कि इसमें प्रस्तावक के स्वास्थ्य, जीवनशैली और आदतों, पहले से मौजूद स्वास्थ्य स्थितियों, चिकित्सा के इतिहास, वंशानुगत लक्षणों, पिछले बीमा के अनुभव आदि के बारे में जानकारी प्राप्त की जा सके।

प्रस्ताव के तत्व

i. प्रस्तावक का पूरा नाम

प्रस्तावक को सुस्पष्ट रूप से खुद की पहचान करने में सक्षम होना चाहिए। बीमा कंपनी के लिए यह जानना महत्वपूर्ण है कि अनुबंध किसके साथ किया गया है ताकि पॉलिसी के तहत मिलने वाले लाभ केवल बीमाधारक को प्राप्त हो सके। पहचान स्थापित करना उन मामलों में भी महत्वपूर्ण है जहां किसी अन्य व्यक्ति को बीमित जोखिम में दिलचस्पी हो सकती है (जैसे एक रेहनदार, बैंक या मृत्यु के मामले में कानूनी वारिस) और उसे दावा करना होता है।

ii. प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण

ऊपर बताए गए कारण प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण प्राप्त करने के लिए भी लागू होते हैं।

iii. प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार

स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा जैसे कुछ मामलों में प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार को जानना महत्वपूर्ण होता है क्योंकि उनका जोखिम पर वास्तविक प्रभाव पड़ सकता है।

उदाहरण

एक फास्ट फूड रेस्तरां का डिलीवरी मैन, जिसे अक्सर अपने ग्राहकों को भोजन वितरित करने के लिए तीव्र गति से मोटर बाइक पर यात्रा करना पड़ता है, वह उसी रेस्तरां में काम करने वाले एक लेखाकार की तुलना में अधिक जोखिम के दायरे में हो सकता है।

iv. बीमा की विषय-वस्तु की पहचान और विवरण

प्रस्तावक को बीमा के लिए प्रस्तावित विषय-वस्तु के बारे में स्पष्ट रूप से बताने की आवश्यकता होती है।

उदाहरण

प्रस्तावक को यह बताना आवश्यक होता है कि क्या यह:

- i. एक निजी कार (इंजन नंबर, चैसिस नंबर, पंजीकरण संख्या जैसी इसकी पहचान के साथ) या
- ii. एक आवासीय मकान (इसका पूरा पता और पहचान संख्या के साथ) या
- iii. एक विदेश यात्रा (किसके द्वारा, कब, किस देश में, किसे प्रयोजन के लिए) या

- iv. व्यक्ति का स्वास्थ्य (व्यक्ति का नाम, पता और पहचान के साथ) आदि जो मामले पर निर्भर करता है
- v. बीमा राशि पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी की देनदारी की सीमा को दर्शाती है और यह सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में बताया जाना आवश्यक है।

उदाहरण

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

vi. पिछले और वर्तमान बीमा

प्रस्तावक के लिए अपनी पिछली बीमा पॉलिसियों की जानकारी बीमा कंपनी को देना आवश्यक होता है। यह उसके बीमा इतिहास को समझने के लिए है। कुछ बाजारों में ऐसी प्रणालियां होती हैं जिनके द्वारा बीमा कंपनियां गोपनीय रूप से बीमाधारक के डेटा को साझा करती हैं।

इसके अलावा प्रस्तावक को यह भी बताना होता है कि क्या किसी बीमा कंपनी ने उसके प्रस्ताव को अस्वीकृत किया है, विशेष शर्तें लगाईं गयी हैं, नवीनीकरण के समय अधिक प्रीमियम की आवश्यकता हुई है या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से इनकार या रद्द किया गया है।

किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ मौजूदा बीमा के विवरण के साथ-साथ बीमा कंपनियों के नामों का भी खुलासा किया जाना आवश्यक है। विशेष रूप से संपत्ति बीमा में एक संभावना रहती है कि बीमाधारक विभिन्न बीमा कंपनियों से पॉलिसियां ले सकता है और नुकसान की घटना घटित होने पर एक से अधिक एक बीमा कंपनी से दावा कर सकता है। यह जानकारी योगदान के सिद्धांत को लागू किया जाना सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है ताकि बीमाधारक को क्षतिपूर्ति किया जा सके और वह एक ही जोखिम के लिए अनेक बीमा पॉलिसियों के कारण लाभ/मुनाफ़ा कमाने की स्थिति में ना हो।

इसके अलावा, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में एक बीमा कंपनी कवरेज की राशि (बीमा राशि) को सीमित करना चाहेगी जो उसी बीमाधारक द्वारा ली गयी अन्य व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों के अंतर्गत बीमा राशि पर निर्भर करता है।

vii. नुकसान का अनुभव

प्रस्तावक से उसके द्वारा उठाए गए सभी नुकसानों की पूरी जानकारी की घोषणा करने के लिए कहा जाता है, चाहे उनका बीमा किया गया है या नहीं। यह बीमा कंपनी को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में जानकारी देगा और बताएगा कि अतीत में बीमाधारक ने जोखिम का प्रबंधन कैसे किया है। बीमालेखक (जोखिम अंकक) इस तरह के उत्तरों से जोखिम को बेहतर ढंग से समझ सकते हैं

और जोखिम का निरीक्षण कराने या अधिक जानकारी इकट्ठा करने के बारे में फैसला कर सकते हैं।

viii. बीमाधारक की घोषणा

चूंकि प्रस्ताव प्रपत्र का उद्देश्य बीमा कंपनियों को समस्त तथ्यात्मक जानकारी प्रदान करना है, इस प्रपत्र में बीमाधारक की यह घोषणा शामिल होती है कि उत्तर सही और सत्य है और वह इस बात से सहमत है कि प्रपत्र बीमा अनुबंध का आधार बनेगा। कोई भी गलत उत्तर बीमा कंपनियों के लिए अनुबंध से बचने का अधिकार देगा। सभी प्रस्ताव प्रपत्रों के आम अन्य खंड हस्ताक्षर, तिथि और कुछ मामलों में एजेंट की सिफारिश से संबंधित हैं।

ix. जहां प्रस्ताव प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है, बीमा कंपनी मौखिक रूप से या लिखित रूप में प्राप्त जानकारी को रिकॉर्ड करेगी, और 15 दिनों की अवधि के भीतर प्रस्तावक को इसकी पुष्टि करेगी और अपने कवर नोट या पॉलिसी में इस जानकारी को शामिल करेगी। जहां बीमा कंपनी बाद में यह दावा करती है कि प्रस्तावक ने किसी तथ्यात्मक जानकारी का खुलासा नहीं किया था या कवर प्रदान करने के लिए महत्वपूर्ण किसी बात की भ्रामक या झूठी जानकारी उपलब्ध करायी थी, इसे साबित करने का भार बीमा कंपनी पर होता है।

इसका मतलब है कि बीमा कंपनी को मौखिक रूप से भी प्राप्त होने वाली समासत जानकारी को रिकॉर्ड करने का एक दायित्व होता है जिसे एजेंट को फॉलो अप के माध्यम से ध्यान में रखना चाहिए।

महत्वपूर्ण

नीचे एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रस्ताव प्रपत्र के कुछ विवरण दिए गए हैं:

1. प्रस्ताव प्रपत्र में एक प्रॉस्पेक्टस (विवरण पुस्तिका) सम्मिलित होता है जो कवर की जानकारी देता है जैसे कवरेज, अपवर्जन, प्रावधान आदि। प्रॉस्पेक्टस प्रस्ताव प्रपत्र का हिस्सा बनता है और प्रस्तावक को इस पर हस्ताक्षर करना होता है जैसे उसने इसकी सामग्रियों को समझ लिया है।
2. प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक के साथ प्रत्येक बीमित व्यक्ति का नाम, पता, व्यवसाय, जन्मतिथि, लिंग और संबंध, औसत मासिक आय और आयकर पैन नंबर, चिकित्सक का नाम और पता, उसकी योग्यताएं और पंजीकरण संख्या से संबंधित जानकारी एकत्र की जाती है। बीमित व्यक्ति के बैंक का विवरण भी अब भी बैंक हस्तांतरण के माध्यम से सीधे दावा राशि का भुगतान करने के लिए एकत्र किया जाता है।
3. इसके अलावा बीमित व्यक्ति की चिकित्सकीय स्थिति के बारे में प्रश्न पूछे जाते हैं। प्रपत्र में

विस्तृत प्रश्न पिछले दावों के अनुभव पर आधारित होते हैं और जोखिम के उचित बीमालेखन के लिए प्राप्त किए जाते हैं।

4. बीमित व्यक्ति के लिए पूरी जानकारी स्पष्ट करना आवश्यक होता है कि क्या वह प्रपत्र में दी गयी किसी विशिष्ट बीमारी से ग्रस्त रहा है।
5. इसके अलावा, किसी भी अन्य बीमारी या रोग या दुर्घटना के विवरण की मांग की जाती है जिसका सामना बीमाधारक को करना पड़ा है:
 - क. बीमारी/चोट की प्रकृति और उपचार
 - ख. प्रथम उपचार की तिथि
 - ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता
 - घ. क्या पूरी तरह से कवर किया गया है
6. बीमित व्यक्ति को ऐसे किसी भी अतिरिक्त तथ्य के बारे में बताना होता है जिसका खुलासा बीमा कंपनियों के पास किया जाना चाहिए और क्या उसे किसी भी बीमारी या चोट की किसी भी सकारात्मक मौजूदगी या उपस्थिति की जानकारी है जिसके लिए चिकित्सकीय रूप से ध्यान दिए जाने की आवश्यकता हो सकती है।
7. प्रपत्र में पिछली बीमा पॉलिसियों और उनके दावा इतिहास और किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ अतिरिक्त मौजूदा बीमा से संबंधित प्रश्न भी शामिल होते हैं।
8. घोषणा की विशेष बातों पर ध्यान दिया जाना चाहिए जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाएगा।
9. बीमित व्यक्ति ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सकीय जानकारी मांगने की सहमति देता है और इसके लिए बीमा कंपनी को अधिकृत करता है जिसने किसी भी समय उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी भी बीमारी के संबंध में उसका इलाज किया है या कर सकता है।
10. बीमित व्यक्ति इस बात की पुष्टि करता है कि उसने प्रपत्र का हिस्सा बनने वाली विवरण पत्रिका को पढ़ लिया है और वह नियमों एवं शर्तों को स्वीकार करने के लिए तैयार है।
11. घोषणा में बयानों की सच्चाई के संबंध में सामान्य वारंटी और अनुबंध के आधार के रूप में प्रस्ताव प्रपत्र शामिल होता है।

चिकित्सा प्रश्नावली

प्रस्ताव प्रपत्र में प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास होने के मामले में बीमित व्यक्ति को मधुमेह, उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द या कोरोनरी अक्षमता या मायोकार्डियल रोधगलन जैसी बीमारियों से संबंधित एक विस्तृत प्रश्नावली को पूरा करना होता है।

इनका एक परामर्शदाता चिकित्सक द्वारा पूरा किए गए फॉर्म के द्वारा समर्थित होना आवश्यक है। यह फॉर्म की जांच-पड़ताल कंपनी के पैनल चिकित्सक द्वारा की जाती है जिनकी राय के आधार पर स्वीकृति, अपवर्जन आदि तय किया जाता है।

आईआरडीएआई ने यह निर्धारित किया है कि प्रस्ताव प्रपत्र की एक प्रति और उसके अनुलग्नकों को पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जाना चाहिए और उसे बीमाधारक के रिकॉर्ड के लिए उसके पास भेजा जाना चाहिए।

2. मध्यस्थ की भूमिका

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

एक एजेंट या ब्रोकर जो बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है उसे यह सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी होती है कि जोखिम के बारे में सारी तथ्यात्मक जानकारी बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को प्रदान की गयी है।

आईआरडीएआई विनियमन का प्रावधान है कि मध्यस्थ की जिम्मेदारी ग्राहक के प्रति होती है।

महत्वपूर्ण

संभावित बीमाधारक (ग्राहक) के प्रति एक मध्यस्थ का कर्तव्य

आईएआरडीएआई विनियमन कहता है कि "एक बीमा कंपनी या उसका एजेंट या अन्य मध्यस्थ एक प्रस्तावित कवर के संबंध में समस्त तथ्यात्मक जानकारी प्रदान करेगा जो संभावित ग्राहक को अपने हित में सर्वोत्तम कवर का फैसला लेने में सक्षम बनाएगा।

जहां संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या एक बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, वहां इस तरह के व्यक्ति को एक निष्पक्ष ढंग से संभावित ग्राहक को सलाह देनी चाहिए।

जहां किसी भी कारण से प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात ग्राहक द्वारा नहीं भरे जाते हैं, ग्राहक की ओर से प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक प्रमाणपत्र फार्म शामिल किया जा सकता है कि प्रपत्र और दस्तावेजों की सामग्रियों के बारे में उसे पूरी तरह से समझा दिया गया है और यह कि उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को अच्छी तरह से समझ लिया है।"

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)

हमने देखा है कि एक पूरा किया गया प्रस्ताव प्रपत्र मोटे तौर पर निम्नलिखित जानकारी प्रदान करता है:

- ✓ बीमाधारक का विवरण
- ✓ विषय-वस्तु का विवरण
- ✓ आवश्यक कवर का प्रकार
- ✓ सकारात्मक और नकारात्मक दोनों भौतिक विश्वाओं का विवरण
- ✓ बीमा और नुकसान का पिछला इतिहास

बीमा कंपनी जोखिम की प्रकृति और मूल्य के आधार पर स्वीकृति से पहले जोखिम के पूर्व-निरीक्षण सर्वेक्षण की व्यवस्था कर सकती है। एक स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव के मामले में बीमा कंपनी एक संभावित ग्राहक को, जैसे 45 वर्ष से अधिक की उम्र के व्यक्ति को चिकित्सक के पास और/या चिकित्सकीय जांच के लिए भी भेज सकती है। प्रस्ताव में उपलब्ध जानकारी के आधार पर, और जहां चिकित्सकीय जांच की सलाह दी गई है, मेडिकल रिपोर्ट और चिकित्सक की सिफारिश के आधार पर बीमा कंपनी निर्णय लेती है। कभी-कभी जहां चिकित्सा इतिहास संतोषजनक नहीं होता है, अन्य जानकारी प्राप्त करने के लिए एक अतिरिक्त प्रश्नावली भी संभावित ग्राहक से प्राप्त करना आवश्यक होता है। तब बीमा कंपनी जोखिम कारक के लिए लागू होने वाली दर के बारे में फैसला करती है और विभिन्न कारकों के आधार पर प्रीमियम की गणना करती है जिसके बारे में फिर बीमाधारक को बताया जाता है।

बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों पर तेज गति और दक्षता के साथ कार्रवाई की जाती है और उसके सभी निर्णयों के बारे में एक उचित अवधि के भीतर लिखित रूप में सूचित किया जाता है।

बीमालेखन और प्रस्तावों पर कार्रवाई के बारे में नोट

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार बीमा कंपनी को 15 दिन की अवधि के भीतर प्रस्ताव पर कार्रवाई करनी चाहिए। एजेंट से इन समय सीमाओं का ध्यान रखने, आंतरिक रूप से फॉलो अप करने और जब कभी आवश्यक होने पर ग्राहक सेवा के माध्यम से प्रस्तावक/बीमाधारक के साथ संवाद करने की अपेक्षा की जाती है। प्रस्ताव की छानबीन करने और स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की इस पूरी प्रक्रिया को बीमालेखन (जोखिम अंकन) के रूप में जाना जाता है।

स्व-परीक्षण 4

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

- I. 7 दिन
 - II. 15 दिन
 - III. 30 दिन
 - IV. 45 दिन
-

C. विवरण पुस्तिका (प्रॉस्पेक्टस)

प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनी द्वारा या उसकी ओर से बीमा के संभावित खरीदारों के लिए जारी किया गया एक दस्तावेज है। यह सामान्यतः एक ब्रोशर या पुस्तिका के रूप में होता है और इस तरह के संभावित खरीदारों को उत्पाद की जानकारी देने का उद्देश्य पूरा करता है। प्रॉस्पेक्टस जारी करने का काम बीमा अधिनियम, 1938 और आईआरडीएआई के पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण विनियम द्वारा नियंत्रित होता है।

किसी भी बीमा उत्पाद के प्रॉस्पेक्टस में लाभों की गुंजाइश, बीमा कवर की सीमा का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए और बीमा कवर की वारंटियों, अपवादों और शर्तों को साफ़-साफ़ समझाया जाना चाहिए।

जीवन बीमा के मामले में इसे यह बताना चाहिए कि उत्पाद प्रतिभागी (मुनाफा सहित) या गैर-प्रतिभागी (मुनाफा रहित) है।

उत्पाद पर स्वीकार्य आरोहकों (जिन्हें ऐड-ऑन कवर भी कहा जाता है) के बारे में भी लाभों की उनकी गुंजाइश के साथ स्पष्ट रूप से बताया जाना चाहिए। इसके अलावा सभी आरोहकों को एक साथ मिलाकर संबंधित प्रीमियम मुख्य उत्पाद के प्रीमियम के 30% से अधिक नहीं होना चाहिए।

अन्य महत्वपूर्ण जानकारी जिसका खुलासा एक प्रॉस्पेक्टस में करना चाहिए, इसमें शामिल हैं:

1. विभिन्न आयु वर्गों के लिए या प्रवेश की अलग-अलग उम्र के लिए कवर और प्रीमियम में कोई अंतर
2. पॉलिसी के नवीनीकरण की शर्तें
3. विभिन्न परिस्थितियों में लागू होने वाली कोई भी छूट या अधिभार का विवरण
4. प्रीमियम सहित पॉलिसी की शर्तों में किसी भी संशोधन या परिवर्तन की संभावना
5. एक ही बीमा कंपनी के साथ शीघ्र प्रवेश के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने के प्रयोजन से कोई प्रोत्साहन, निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावों का अनुभव आदि
6. यह घोषणा कि इसकी सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां पोर्टेबल हैं जिसका मतलब है कि इन पॉलिसियों को किसी भी अन्य बीमा कंपनी से नवीनीकृत किया जा सकता है जो एक समान लाभों वाले एक समान कवर प्रदान करती है, जिनका लाभ वह मौजूदा बीमा कंपनी के साथ बने रहने पर उठा सकता था।

स्वास्थ्य पॉलिसियों के बीमाकर्ता आम तौर पर अपने स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में प्रॉस्पेक्टस प्रकाशित करते हैं। ऐसे मामलों में प्रस्ताव प्रपत्र में एक घोषणा शामिल होगी कि ग्राहक ने प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और इससे सहमत है।

D. प्रीमियम की रसीद

जब ग्राहक द्वारा बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान किया जाता है तो बीमा कंपनी एक रसीद जारी करने के लिए बाध्य होती है। अग्रिम में कोई प्रीमियम भुगतान किए जाने के मामले में भी रसीद जारी की जाती है।

परिभाषा

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

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

बीमा अधिनियम के अनुसार, प्रीमियम बीमा कवर शुरू होने से पहले अग्रिम में भुगतान किया जाना चाहिए। यह एक महत्वपूर्ण प्रावधान है जो सुनिश्चित करता है कि केवल बीमा कंपनी द्वारा प्रीमियम प्राप्त कर लिए जाने के बाद ही एक वैध बीमा अनुबंध पूरा किया जा सकता है और बीमा कंपनी द्वारा जोखिम को स्वीकार किया जा सकता है। यह खंड भारत में गैर-जीवन बीमा उद्योग की एक खास विशेषता है।

महत्वपूर्ण

- बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB का प्रावधान है कि कोई भी बीमा कंपनी किसी भी जोखिम को स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि प्रीमियम अग्रिम में प्राप्त नहीं हो जाता है या भुगतान करने की गारंटी नहीं दी जाती है या निर्धारित तरीके से अग्रिम में धनराशि जमा नहीं की जाती है।
- जब कोई बीमा एजेंट किसी बीमा कंपनी की ओर से बीमा की पॉलिसी पर प्रीमियम प्राप्त करता है, वह बैंक और डाक विलंब को छोड़ कर, इसे प्राप्त करने के चौबीस घंटे के भीतर अपने कमीशन की कटौती के बिना, इस प्रकार एकत्र किया गया पूरा प्रीमियम बीमा कंपनी के पास जमा करेगा या डाक के माध्यम से भेजेगा।
- यह प्रावधान भी किया गया है कि जोखिम केवल उस तारीख से माना जाएगा जब नकद या चेक द्वारा प्रीमियम का भुगतान किया गया है।
- जहां प्रीमियम पोस्टल या मनी ऑर्डर द्वारा या डाक द्वारा भेजे गए चेक के माध्यम से प्रस्तुत किया जाता है, जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब मनीऑर्डर को बुक किया गया है या चेक को डाक से भेजा गया है, चाहे जैसा भी मामला हो सकता है।
- प्रीमियम का कोई भी रिफंड जो पॉलिसी को रद्द किए जाने के कारण या इसके नियमों और शर्तों में बदलाव के कारण या अन्यथा एक बीमाधारक को देय हो सकता है, बीमा कंपनी द्वारा

इसका भुगतान एक क्रॉसड या ऑर्डर चेक द्वारा या पोस्टल/मनी ऑर्डर द्वारा सीधे तौर पर बीमाधारक को किया जा सकता है और बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक से एक उचित रसीद प्राप्त की जाएगी। आजकल सीधे बीमित व्यक्ति के बैंक खाते में धनराशि जमा करने का प्रचलन है। इस तरह का रिफंड किसी भी मामले में एजेंट के खाते में जमा नहीं किया जाएगा।

प्रीमियम भुगतान की उपरोक्त पूर्व-शर्त के अपवाद भी हैं जो बीमा नियम 58 और 59 में वर्णित हैं। एक परियोजना बीमा जैसी 12 महीने से अधिक समय तक चलने वाली पॉलिसियों के मामले में किस्तों में भुगतान के लिए है। अन्य में निर्दिष्ट मामलों में बैंक गारंटी के माध्यम से भुगतान करना, जहां सटीक प्रीमियम अग्रिम में निर्धारित नहीं किया जा सकता है या बीमा कंपनी के पास मौजूद ग्राहक के एक नगदी जमा खाते में डेबिट करके प्राप्त किया गया भुगतान शामिल है।

2. प्रीमियम भुगतान की विधि

महत्वपूर्ण

एक बीमा पॉलिसी लेने का प्रस्ताव करने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा या पॉलिसीधारक द्वारा एक बीमा कंपनी को किया जाने वाला प्रीमियम का भुगतान इनमें से एक या अधिक विधियों से किया जा सकता है।

क) नगदी

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

ग) पोस्टल मनीऑर्डर;

घ) क्रेडिट या डेबिट कार्ड;

च) बैंक गारंटी या नकद जमा;

छ) इंटरनेट;

ज) ई-ट्रांसफर

झ) प्रस्तावक या पॉलिसीधारक या जीवन बीमाधारक के स्थायी निर्देश पर बैंक ट्रांसफर के माध्यम से डायरेक्ट क्रेडिट;

ट) समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किया जा सकता है के रूप में किसी अन्य विधि या भुगतान;

आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, अगर प्रस्तावक/पॉलिसीधारक नेट बैंकिंग या क्रेडिट/डेबिट कार्ड के माध्यम से प्रीमियम भुगतान करने का विकल्प चुनता है तो भुगतान केवल नेट

बैंकिंग खाते या इस तरह के प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के नाम पर जारी क्रेडिट/डेबिट कार्ड के माध्यम से किया जाना चाहिए।

स्व-परीक्षण 5

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

- I. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब चेक पोस्ट किया गया है
- II. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब बीमा कंपनी द्वारा चेक जमा किया जाता है
- III. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब बीमा कंपनी को चेक प्राप्त होता है
- IV. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब प्रस्तावक द्वारा चेक जारी किया जाता है

च. कवर नोट / बीमा प्रमाणपत्र / पॉलिसी दस्तावेज

1. कवर नोट

व्यवसाय की स्वीकृति के बाद पॉलिसी जारी होने में अभी भी कुछ समय लग सकता है। ऐसा सामान्यतः जटिल पॉलिसियों के मामले में होता है जिनमें लंबी बातचीत शामिल होती है या जब लागू होने वाली वास्तविक दर के निर्धारण के लिए परिसर का निरीक्षण किया जाता है और जहां सही प्रीमियम को अंतिम रूप नहीं दिया गया है। पॉलिसी की तैयारी को लंबित रखते हुए पॉलिसी के तहत संरक्षण की पुष्टि के लिए एक अस्थायी आधार पर कवर प्रदान करना आवश्यक हो जाता है। कभी-कभी बीमा कंपनियां एक कवर नोट के बजाय अनंतिम बीमा कवर की पुष्टि करते हुए एक पत्र जारी करती हैं।

हालांकि कवर नोट पर मुहर नहीं लगी होती है, कवर नोट की बातों से यह स्पष्ट हो जाता है कि यह बीमा के उस वर्ग के लिए बीमा कंपनी की पॉलिसी के सामान्य नियमों और शर्तों के अधीन है। अगर जोखिम किसी वारंटी के द्वारा नियंत्रित होता है तो कवर नोट यह कहेगा कि बीमा इस तरह की वारंटियों के अधीन है। कवर नोट विशेष क्लॉजों के अधीन भी बनाया जाता है, यदि लागू हो, जैसे सहमत बैंक क्लॉज, घोषणा क्लॉज आदि।

कवर नोट का प्रयोग बीमा की समुद्री और मोटर श्रेणियों में प्रमुखता से किया जाता है। हालांकि कवर नोट के प्रयोग को बीमा कंपनियों द्वारा निरुत्साहित किया जा रहा है। आधुनिक प्रौद्योगिकी तुरंत पॉलिसी दस्तावेज जारी करने की सुविधा प्रदान करती है।

2. बीमा का प्रमाणपत्र

बीमा का प्रमाणपत्र उन मामलों में बीमा का प्रमाण उपलब्ध कराता है जहां प्रमाण की आवश्यकता हो सकती है। उदाहरण के लिए, मोटर बीमा में पॉलिसी के अलावा बीमा का प्रमाणपत्र जारी किया जाता

है जो मोटर वाहन अधिनियम के अनुसार आवश्यक है। यह प्रमाणपत्र पुलिस और पंजीकरण प्राधिकरणों को बीमा का प्रमाण उपलब्ध कराता है।

मोटर बीमा प्रमाणपत्र को संबंधित अधिकारियों की जांच-पड़ताल के लिए हर समय वाहन में रख कर चलना आवश्यक होता है।

3. पॉलिसी दस्तावेज

पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध का एक प्रमाण देता है। इस दस्तावेज पर भारतीय स्टाम्प अधिनियम, 1899 के प्रावधानों के अनुसार स्टॉप लगी होनी चाहिए।

पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा करने के लिए आईआरडीएआई विनियम में यह निर्दिष्ट है कि एक साधारण बीमा पॉलिसी में क्या शामिल होना चाहिए:

क) बीमाधारक और बीमा की विषय-वस्तु जैसे एक बंधकग्राही बैंक में बीमा योग्य हित रखने किसी भी अन्य व्यक्ति का/के नाम और पता(ते)

ख) बीमित संपत्ति या हित का पूरा विवरण

ग) पॉलिसी के अंतर्गत और संबंधित बीमा मूल्यों के साथ बीमित संपत्ति या हित का/के स्थान

घ) बीमा की अवधि

च) बीमा राशि

छ) कवर की गयी आपदाएं और अपवर्जन

ज) लागू होने वाला कोई भी आधिक्य/कटौती

झ) देय प्रीमियम और जहां प्रीमियम समायोजन के अधीन अनंतिम है, प्रीमियम के समायोजन का आधार

ट) पॉलिसी के नियम, शर्तें और वारंटियां

ठ) पॉलिसी के तहत एक दावे को जन्म देने की संभावना से युक्त एक आपात घटना घटित होने पर बीमित व्यक्ति द्वारा की जाने वाली कार्रवाई

ड) एक दावे को जन्म देने वाली घटना घटित होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक के दायित्व और इन परिस्थितियों में बीमा कंपनी के अधिकार

ढ) कोई विशेष परिस्थितियां

त) गलतबयानी, धोखाधड़ी, वास्तविक तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण या बीमाधारक के असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने के लिए प्रावधान

थ) बीमा कंपनी के पते जहां पॉलिसी के संबंध में सभी संचार भेजे जाने चाहिए

द) आरोहकों का विवरण, यदि कोई हो

ध) शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण और ओम्बड्समैन का पता

हर बीमा कंपनी को पॉलिसी के संदर्भ में उत्पन्न होने वाला दावा दर्ज करने के संबंध में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा पूरी की जाने वाली आवश्यकताओं और उसके द्वारा पालन की जाने वाली प्रक्रियाओं के बारे में (बीमाधारक) को सूचित करना चाहिए और सूचित करते रहना चाहिए ताकि बीमा कंपनी दावे के शीघ्र निपटान में सक्षम हो सके।

स्व-परीक्षण 6

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

- I. कवर नोट का प्रयोग जीवन बीमा में प्रमुखता से किया जाता है
- II. कवर नोट का प्रयोग साधारण बीमा की सभी श्रेणियों में प्रमुखता से किया जाता है
- III. कवर नोट का प्रयोग स्वास्थ्य बीमा में प्रमुखता से किया जाता है
- IV. कवर नोट का प्रयोग साधारण बीमा के समुद्री और मोटर श्रेणियों में प्रमुखता से किया जाता है

छ. शर्तें और वारंटियां

यहां पॉलिसी के विवरण में प्रयुक्त दो महत्वपूर्ण शब्दों की व्याख्या करना महत्वपूर्ण है। इन्हें शर्तें और वारंटियां कहते हैं।

1. शर्तें

शर्त बीमा अनुबंध का एक प्रावधान है जो समझौते का आधार बनाता है।

उदाहरण:

क. अधिकांश बीमा पॉलिसियों की मानक शर्तों में से एक यह कहती है:

अगर दावा किसी भी संबंध में धोखाधड़ीपूर्ण है, या उसके समर्थन में कोई झूठी घोषणा की गयी है या उसका प्रयोग किया गया है या अगर पॉलिसी के तहत कोई लाभ प्राप्त करने के लिए बीमाधारक द्वारा अथवा उसकी ओर से काम करने वाले व्यक्ति द्वारा किसी कपटपूर्ण साधन या उपकरण का प्रयोग किया गया है या अगर नुकसान या क्षति किसी जानबूझकर किए गए कृत्य के कारण या बीमाधारक की मिलीभगत से हुई है तो इस पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाएंगे।

ख. एक स्वास्थ्य पॉलिसी में दावे की सूचना देने की शर्त इस प्रकार हो सकती है:

दावा अस्पताल से डिस्चार्ज होने की तारीख से निश्चित दिनों के भीतर दर्ज किया जाना चाहिए। हालांकि, इस शर्त में छूट पर कठिनाई के चरम मामलों में विचार किया जा सकता है जहां कंपनी की संतुष्टि के लिए यह साबित कर दिया गया है कि जिन परिस्थितियों में बीमाधारक को डाल दिया गया

था, उसके या किसी भी अन्य व्यक्ति के लिए निर्धारित समय-सीमा के भीतर इस तरह की सूचना देना या दावा फ़ाइल करना संभव नहीं था।

ग. एक आग पॉलिसी में "औसत" शर्त इस प्रकार है:

अगर इसके द्वारा बीमित संपत्ति कोई आग फैलने पर या किसी भी अन्य जोखिम द्वारा संपत्ति के किसी भी विनाश या क्षति की शुरुआत होने पर, जिसके विरुद्ध इसके द्वारा बीमा किया गया है, सामूहिक रूप से उस पर उपलब्ध बीमा राशि की तुलना में अधिक मूल्य की होती है, तो इस अंतर के लिए बीमाधारक को अपना खुद का बीमाकर्ता माना जाएगा और तदनुसार वह नुकसान के एक कर योग्य अनुपात को वहन करेगा। पॉलिसी का हर आइटम, अगर एक से अधिक है, तो अलग-अलग इस शर्त के अधीन होगा।

शर्त का उल्लंघन बीमा कंपनी के विकल्प पर पॉलिसी को अमान्य करने योग्य बनाता है। उदाहरण के लिए, मानक आग बीमा पॉलिसी की शर्तों में से एक स्पष्ट रूप से निम्नलिखित बात कहती है: पॉलिसी को मिथ्या-प्रस्तुति, गलत विवरण या किसी भी विशेष तथ्य के गैर-प्रकटीकरण की स्थिति में अमान्य कर दिया जाएगा।

2. वारंटियां

एक बीमा अनुबंध में वारंटियों का प्रयोग निश्चित परिस्थितियों में बीमा कंपनी की देयता को सीमित करने के लिए किया जाता है। बीमा कंपनियां खतरे को कम करने के लिए पॉलिसी में वारंटियों को भी शामिल करती हैं। वारंटी के साथ बीमाधारक कुछ दायित्व उठाता है जिसे एक निश्चित समय अवधि के भीतर और इसके अलावा पॉलिसी अवधि के दौरान भी पूरा किया जाना आवश्यक होता है और बीमा कंपनी की जिम्मेदारी बीमाधारक द्वारा इन दायित्वों के अनुपालन पर निर्भर करती है। वारंटियां जोखिम के प्रबंधन और सुधार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं।

वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक ऐसी शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए अक्षरशः पालन किया जाना चाहिए। वारंटी एक अलग दस्तावेज नहीं है। यह कवर नोट और पॉलिसी दस्तावेज दोनों का हिस्सा है। यह अनुबंध के लिए एक पूर्व शर्त है (जो अनुबंध की अन्य शर्तों से पहले काम करती है)। इसे सख्ती से और अक्षरशः समझना और पालन किया जाना चाहिए, चाहे यह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण हो या ना हो।

अगर किसी वारंटी को पूरा नहीं किया जाता है तो पॉलिसी बीमा कंपनियों के विकल्प पर अमान्य करने योग्य हो जाती है, जब यह स्पष्ट रूप से निर्धारित हो जाता है कि उल्लंघन किसी खास नुकसान का कारण नहीं बना है या उसमें योगदान नहीं किया है। हालांकि, अगर व्यावहारिक रूप में वारंटी का उल्लंघन एक विशुद्ध तकनीकी प्रकृति का है और किसी भी तरह से नुकसान में योगदान नहीं करता है या उसे नहीं बढ़ाता है तो बीमा कंपनियां अपने विवेक पर कंपनी की नीति के अनुसार मानदंडों और दिशानिर्देशों के अनुरूप दावों पर कार्रवाई कर सकती हैं। ऐसे मामले में, नुकसान को समझौता दावों

के रूप में देखा जा सकता है और इसका निपटारा सामान्यतः दावे के एक उच्च प्रतिशत के लिए किया जाता है लेकिन 100 के लिए नहीं।

क. आग बीमा वारंटियां निम्नानुसार हैं -

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

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

सिगरेट फिल्टर निर्माण: वारंटी दी जाती है कि 300सी से कम प्रलेश प्वाइंट वाले किसी भी सॉल्वेंट को परिसर में उपयोग/संग्रहित नहीं किया जाता है

ख. समुद्री बीमा में वारंटी को इस प्रकार परिभाषित किया गया है: "एक वचन वारंटी, जिसके बारे में कहा जाता है कि एक ऐसी वारंटी है जिसके द्वारा बीमाधारक यह वचन देता है कि कुछ विशेष काम किया जाएगा या नहीं किया जाएगा या कुछ शर्तें पूरी की जाएंगी या जिसके द्वारा वह तथ्यों की एक विशेष स्थिति के अस्तित्व को स्वीकार या अस्वीकार करता है।"

समुद्री कार्गो बीमा में, इस प्रभाव के लिए एक वारंटी सम्मिलित की जाती है कि सामानों (जैसे चाय) को टिन-लाइन वाले डिब्बों में पैक किया जाता है।

समुद्री हल बीमा में यह वारंटी सम्मिलित करके कि बीमित पोत एक निश्चित क्षेत्र में नहीं जाएगा, बीमा कंपनी को उस जोखिम की सीमा के बारे में एक अनुमान दिया जाता है जिसके लिए वह कवर प्रदान करने पर सहमत हुई है। अगर वारंटी का उल्लंघन किया जाता है तो प्रारंभ में सहमत जोखिम में परिवर्तन किया जाता है और बीमा कंपनी को उल्लंघन की तारीख से किसी भी अन्य देयता से अपने आपको मुक्त कर लेने की अनुमति दी जाती है।

ग. चोरी बीमा में यह वारंटी दी जाती है कि एक चौकीदार द्वारा चौबीसों घंटे संपत्ति की रक्षा की जाती है।

पॉलिसी की दरें, नियम और शर्तें केवल उस स्थिति में पूर्ववत् बनी रहती हैं जब पॉलिसी नीति की शर्तों नीति से जुड़ी वारंटी के साथ पालन कर रहे हैं केवल यदि एक ही हो रहे हैं।

स्व-परीक्षण 7

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

- I. वारंटी एक शर्त है जो पॉलिसी में उल्लेख किए बिना निहित होती है
- II. वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है
- III. वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है और इसके बारे में बीमाधारक को अलग से बताया जाता है और पॉलिसी दस्तावेज का हिस्सा नहीं होता है

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

ज. पृष्ठांकन

एक मानक रूप में पॉलिसियां जारी करना बीमा कंपनियों की प्रथा है; जिसमें कुछ खतरों को कवर किया जाता है और कुछ अन्य खतरों को निकाल दिया जाता है।

परिभाषा

अगर पॉलिसी जारी करते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में बदलाव किया जाना आवश्यक होता है तो यह कार्य पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज़ के माध्यम से संशोधनों/बदलावों को निर्धारित करके पूरा किया जाता है।

यह पॉलिसी में संलग्न होता है और उसका हिस्सा बनता है। पॉलिसी और पृष्ठांकन एक साथ मिलकर अनुबंध बनाते हैं। पृष्ठांकन पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान भी बदलावों/संशोधनों को दर्ज करने के लिए जारी किया जा सकता है।

जब कभी भी तथ्यात्मक जानकारी में बदलाव होता है, बीमाधारक को इस बात की जानकारी बीमा कंपनी को देनी होती है जो इस पर ध्यान देगी और पृष्ठांकन के माध्यम से इसे बीमा अनुबंध के हिस्से के रूप में सम्मिलित करेगी।

एक पॉलिसी के अंतर्गत आम तौर पर आवश्यक पृष्ठांकन इन बातों से संबंधित होते हैं:

क) बीमा राशि में भिन्नताएं/परिवर्तन

ख) बिक्री, बंधक, आदि के द्वारा बीमा योग्य हित में बदलाव

ग) अतिरिक्त खतरों को कवर करने के लिए बीमा का विस्तार / पॉलिसी अवधि बढ़ाना

घ) जोखिम में बदलाव, जैसे आग बीमा में भवन के निर्माण या रिहाइश में बदलाव

च) किसी अन्य स्थान पर संपत्ति का स्थानांतरण

छ) बीमा रद्द होना

ज) नाम या पते आदि में परिवर्तन

नमूना पृष्ठांकन

उदाहरण के प्रयोजन से, कुछ पृष्ठांकनों के नमूना विवरण को नीचे पुनर्प्रस्तुत किया गया है:

पॉलिसी रद्द करना

बीमाधारक के अनुरोध पर इस पॉलिसी के द्वारा प्राप्त बीमा को एतद्द्वारा <तारीख> से रद्द घोषित किया जाता है। बीमा नौ महीने से अधिक की अवधि तक चालू रहने के कारण बीमाधारक को कोई भी रिफंड देय नहीं है।

स्टॉक मूल्य कवर में वृद्धि:

बीमाधारक को यह सूचना देते हुए कि इस पॉलिसी द्वारा कवर किया गया स्टॉक बढ़ गया है, एतद्द्वारा यह सहमति दी जाती है कि बीमा राशि को तदनुसार रुपए में परिवर्तित किया जाता है जिसका वर्णन निम्नानुसार है:

<पता> पर गोदाम में रखे स्टॉक पर रुपए

<पता> पर बीमाधारक के कारखाने में रखे स्टॉक पर रुपए

जिसके प्रतिफल में रुपए का एक अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया जाता है।

इस पॉलिसी के नियमों, प्रावधानों और शर्तों के अधीन अन्यथा।

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

बीमाधारक के अनुरोध पर, एतद्द्वारा उपरोक्त पॉलिसी के तहत <तारीख> से प्रभावी टूट-फूट के जोखिम को शामिल करने की सहमति व्यक्त की जाती है।

जिसके प्रतिफल में एतद्द्वारा बीमाधारक से रुपए का एक अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया जाता है।

परिवहन की विधि में परिवर्तन

बीमाधारक यह घोषणा करते हुए कि उपरोक्त पॉलिसी के अंतर्गत कंसाइनमेंट में से रुपए मूल्य की 2 बैरल परफ्यूमरी डेक पर भेजी गयी है, इसे एतद्द्वारा जेटिसन और जहाज पर धुल जाने के विरुद्ध कवर करने की सहमति दी जाती है।

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

अतिरिक्त प्रीमियम रुपए

स्व-परीक्षण 8

अगर पॉलिसी जारी करते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में संशोधन किया जाना आवश्यक है तो यह कार्य _____ के माध्यम से संशोधनों का निर्धारण करके पूरा किया जाता है।

- I. वारंटी
- II. पृष्ठांकन

III. परिवर्तन

IV. संशोधन संभव नहीं है

झ. पॉलिसियों की व्याख्या

बीमा के अनुबंधों को लिखित रूप में व्यक्त किया जाता है और बीमा पॉलिसी की बातों का मसौदा बीमा कंपनियों द्वारा तैयार किया जाता है। इन पॉलिसियों की व्याख्या रचना या व्याख्या के कुछ सुपरिभाषित नियमों के अनुसार करनी होती है जो विभिन्न अदालतों द्वारा निर्धारित किए गए हैं। रचना का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों का इरादा प्रबल होना चाहिए और यह इरादा पॉलिसी में अपने आप दिखाई देना चाहिए। अगर पॉलिसी एक अस्पष्ट ढंग से जारी की जाती है तो अदालतों द्वारा इसकी व्याख्या इस सामान्य सिद्धांत पर बीमाधारक के पक्ष में और बीमा कंपनी के खिलाफ की जाएगी कि पॉलिसी का मसौदा बीमा कंपनी द्वारा तैयार किया गया था।

पॉलिसी में वर्णित बातों को निम्नलिखित नियमों के अनुसार समझा और समझाया जाता है:

क) एक व्यक्त या लिखित शर्त एक निहित शर्त से अधिक महत्वपूर्ण होती है, सिवाय उस मामले के जहां ऐसा करने में विसंगति है।

ख) मानक मुद्रित पॉलिसी फॉर्म और टाइप किए गए या हस्तलिखित भागों के बीच एक विरोधाभास होने की स्थिति में टाइप किए गए या हस्तलिखित भाग को एक विशेष अनुबंध में पार्टियों के इरादे को व्यक्त करने वाला माना जाता है, और उनके अर्थ मूल मुद्रित विवरण की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण होंगे।

ग) अगर कोई पृष्ठांकन अनुबंध के अन्य भागों के विपरीत है तो पृष्ठांकन के अर्थ को महत्व दिया जाएगा क्योंकि यह बाद का दस्तावेज़ है।

घ) इटैलिक में वर्णित क्लॉज साधारण मुद्रित विवरण से अधिक महत्व रखते हैं, जहां वे असंगत होते हैं।

च) पॉलिसी के मार्जिन में मुद्रित या टाइप किए गए क्लॉज को पॉलिसी की बॉडी के भीतर वर्णित बातों की तुलना में अधिक महत्व दिया जाता है।

छ) पॉलिसी में संलग्न या पेस्ट किए गए क्लॉज, मार्जिन के क्लॉज और पॉलिसी की बॉडी के क्लॉज दोनों की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण होते हैं।

ज) मुद्रित वर्णन के स्थान पर टाइप करके लिखे विवरण को या एक स्याही वाले रबर स्टॉप द्वारा अंकित विवरण को अधिक महत्व दिया जाता है।

झ) हाथ की लिखावट को टाइप किए गए या स्टॉप लगाए गए विवरण से अधिक प्रमुखता दी जाती है।

ट) अंत में, अगर कोई अस्पष्टता है या स्पष्टता की कमी है तो व्याकरण और विराम चिह्न के साधारण नियमों को लागू किया जाता है।

महत्वपूर्ण

1. पॉलिसियों की रचना

बीमा पॉलिसी एक व्यावसायिक अनुबंध का प्रमाण है और अदालतों द्वारा अपनाए जाने वाले रचना और व्याख्या के सामान्य नियम अन्य अनुबंधों के मामले की तरह बीमा अनुबंधों पर लागू होते हैं।

रचना का प्रमुख नियम यह है कि अनुबंध की पार्टियों का इरादा सबसे महत्वपूर्ण होता है। इरादा पॉलिसी दस्तावेज और प्रस्ताव फॉर्म, इससे जुड़े क्लॉजों, पृष्ठांकनों, वारंटियों आदि से प्राप्त किया जाना चाहिए और इसे अनुबंध का आधार बनना चाहिए।

2. शब्दों के अर्थ

प्रयुक्त शब्दों को उनके सामान्य और लोकप्रिय अर्थ में लिया जाना चाहिए। शब्द के लिए प्रयोग किया जाने वाला अर्थ वह होना चाहिए जो एक सड़क पर चलने वाले आम आदमी की समझ में आए। इस प्रकार, "फायर" का अर्थ आग या वास्तव में जलना है।

दूसरी ओर, ऐसे शब्द जिनका एक आम व्यावसायिक या व्यापारिक अर्थ होता है उसे उसी अर्थ में समझा जाएगा जब तक कि वाक्य का प्रसंग अन्यथा इंगित नहीं करता है। जहां शब्द कानून द्वारा परिभाषित होते हैं, उस परिभाषा के अर्थ को कानून के अनुसार इस्तेमाल किया जाएगा, जैसे भारतीय दंड संहिता में वर्णित "थेफ्ट" यानी "चोरी"।

बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त कई शब्द पिछले कानूनी फैसलों का विषय रहे हैं जिनका सामान्य रूप से प्रयोग किया जाएगा। फिर, एक उच्च न्यायालय के फैसले एक निचली अदालत के फैसले पर बाध्यकारी होंगे। तकनीकी शब्दों को हमेशा उनका तकनीकी अर्थ दिया जाना चाहिए, जब तक कि इसके विपरीत कोई संकेत नहीं दिया गया है।

ट. नवीनीकरण का नोटिस

अधिकांश गैर-जीवन बीमा पॉलिसियां वार्षिक आधार पर जारी की जाती हैं।

बीमा कंपनियों की ओर से बीमाधारक को यह सलाह देने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं है कि उसकी पॉलिसी एक विशेष तिथि को समाप्त होने वाली है। हालांकि, शिष्टाचार और स्वस्थ व्यावसायिक आचरण की बात के रूप में बीमा कंपनियां पॉलिसी के नवीनीकरण के लिए आमंत्रित करते हुए पॉलिसी समाप्ति की तारीख से पहले एक नवीकरण नोटिस जारी करती हैं। नोटिस से बीमा राशि, वार्षिक प्रीमियम आदि जैसे पॉलिसी के प्रासंगिक विवरणों का पता चलता है। बीमाधारक को यह सलाह देते हुए एक नोट जारी करने की भी प्रथा है कि उसे जोखिम में किसी भी तथ्यात्मक बदलाव के बारे में सूचित करना चाहिए।

उदाहरण के लिए, मोटर नवीकरण नोटिस में बीमाधारक का ध्यान वर्तमान आवश्यकताओं के आलोक में बीमा राशि (यानी बीमाधारक द्वारा वाहन का घोषित मूल्य) को संशोधित करने पर खींचा जाएगा।

बीमाधारक का ध्यान इस वैधानिक प्रावधान की ओर भी आकर्षित किया जाएगा कि कोई भी जोखिम स्वीकार नहीं किया जा सकता है जब तक कि अग्रिम में प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है।

स्व-परीक्षण 9

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

- I. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 30 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है
- II. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 15 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है
- III. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 7 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है
- IV. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं होती है

ठ. एंटी मनी लॉन्ड्रिंग और अपने ग्राहकों को जानने के बारे में दिशानिर्देश

अपराधी अपनी गैरकानूनी गतिविधियों के माध्यम से धन प्राप्त करते हैं लेकिन मनी लॉन्ड्रिंग नामक एक प्रक्रिया के द्वारा इसे वैध धन के रूप में प्रयोग करना चाहते हैं।

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा अपराधी अपनी आपराधिक गतिविधियों की आय के वास्तविक स्रोत और स्वामित्व को छुपाने के लिए धन का हस्तांतरण करते हैं। इस प्रक्रिया के द्वारा पैसा अपनी आपराधिक पहचान खो देता है और वैध प्रतीत होता है।

अपराधी अपने काले पैसों को सफ़ेद करने के लिए बैंकों और बीमा सहित वित्तीय सेवाओं के उपयोग का प्रयास करते हैं। वे गलत पहचान का उपयोग करके लेनदेन करते हैं, उदाहरण के लिए, वे बीमा के किसी रूप को खरीद लेते हैं और उस पैसे को आहरित करने में सफल होते हैं और फिर अपना मतलब पूरा हो जाने पर गायब हो जाते हैं।

काले धन को वैध करने के इस तरह के प्रयास को रोकने के लिए भारत सहित दुनिया भर में सरकारी स्तरों पर प्रयास किए गए हैं।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम संबंधी कानून को वर्ष 2002 में सरकार द्वारा लागू किया गया था। इसके कुछ ही समय बाद आईआरडीएआई द्वारा जारी किए गए एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग के दिशानिर्देशों ने बीमा सेवाओं के लिए अनुरोध करने वाले ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने के लिए उपयुक्त उपायों के संकेत दिए हैं जिसमें संदेहजनक लेनदेनों के बारे में सूचित करना और मनी लॉन्ड्रिंग को शामिल करने वाले या इसका संदेह होने वाले मामलों का उचित रिकॉर्ड रखना शामिल है।

अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक ग्राहक से निम्नलिखित दस्तावेज प्राप्त करके उसकी सही पहचान निर्धारित करना आवश्यक है:

1. पते का सत्यापन
2. ताजा तस्वीर
3. वित्तीय स्थिति
4. बीमा अनुबंध का उद्देश्य

इसलिए एजेंट को ग्राहकों की पहचान निर्धारित करने के लिए व्यवसाय लाने के समय दस्तावेजों को इकट्ठा करने की जरूरत होती है:

1. व्यक्तियों के मामले में - पूरा नाम, पता, आईडी और पते के प्रमाण के साथ बीमाधारक का संपर्क नंबर, एनईएफटी प्रयोजनों के लिए पैन नंबर और बैंक का पूरा विवरण प्राप्त करें
2. कॉरपोरेट के मामले में - निगमन का प्रमाणपत्र, संस्था के अंतर्नियम और संस्था के बहिर्नियम, व्यावसायिक लेनदेन करने के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी, पैन कार्ड की प्रतिलिपि प्राप्त करें
3. भागीदारी फर्मों के मामले में - पंजीकरण प्रमाणपत्र (अगर पंजीकृत है), पार्टनरशिप डीड, फर्म की ओर से व्यावसायिक लेनदेन करने के लिए किसी भागीदार या फर्म के किसी कर्मचारी को प्रदान की गयी पावर ऑफ अटॉर्नी, व्यक्ति की पहचान का प्रमाण प्राप्त करें
4. न्यासों और फाउंडेशनों के मामले में - भागीदारी के मामले के समान

यहां इस बात पर ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि इस तरह की जानकारी उत्पादों की क्रॉस-सेलिंग में भी मदद करती है और मार्केटिंग का एक सहायक उपकरण है।

सारांश

क) प्रलेखन का पहला चरण प्रस्ताव प्रपत्र है जिसके माध्यम से बीमाधारक अपने बारे में और अपनी बीमा संबंधी आवश्यकता की जानकारी देता है।

ख) तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का कर्तव्य पॉलिसी की शुरुआत से पहले उत्पन्न होता है और संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान जारी रहता है।

ग) बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ देती हैं जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाता है।

घ) एक प्रस्ताव प्रपत्र के तत्वों में आम तौर पर निम्न बातें शामिल होती हैं:

- i. प्रस्तावक का पूरा नाम
- ii. प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण

- iii. स्वास्थ्य पॉलिसियों के मामले में बैंक का विवरण
- iv. प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार
- v. बीमा की विषय-वस्तु की पहचान और विवरण
- vi. बीमा राशि
- vii. पिछले और वर्तमान बीमा
- viii. नुकसान का अनुभव
- ix. बीमाधारक की घोषणा

च) एक एजेंट जो मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है, उसे बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को दिए गए जोखिम के बारे में समस्त तथ्यात्मक जानकारी सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी है।

छ) प्रस्ताव की छानबीन करने और उसकी स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की प्रक्रिया को बीमालेखन के रूप में जाना जाता है।

ज) स्वास्थ्य पॉलिसियों में, बीमाधारक को भी एक प्रॉस्पेक्टस प्रदान किया जाता है और उसे प्रस्ताव प्रपत्र में यह घोषणा करनी होती है कि उसने इसे पढ़ और समझ लिया है।

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

ट) प्रीमियम का भुगतान नकद, किसी मान्यता प्राप्त बैंकिंग विनिमय उपकरण, पोस्टल मनीऑर्डर, क्रेडिट या डेबिट कार्ड, इंटरनेट, ई-ट्रांसफर, डायरेक्ट क्रेडिट या समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किसी अन्य विधि द्वारा किया जा सकता है।

ठ) जब पॉलिसी की तैयारी लंबित होती है या बीमा के लिए बातचीत प्रगति पर है और अनंतिम आधार पर बीमा कवर प्रदान करना आवश्यक होता है, एक कवर नोट जारी किया जाता है।

ड) कवर नोट का प्रयोग व्यवसाय की समुद्री और मोटर श्रेणियों में प्रमुखता से किया जाता है।

ढ) बीमा का प्रमाणपत्र उन मामलों में बीमा का प्रमाण देता है जहां यह आवश्यक हो सकता है।

त) पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध का एक प्रमाण देता है।

थ) वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए अक्षरशः पालन किया जाना आवश्यक है।

द) अगर पॉलिसी जारी किए जाते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में संशोधन करने की जरूरत होती है तो यह कार्य पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज के माध्यम से संशोधन/बदलाव निर्धारित करके पूरा किया जाता है।

ध) रचना का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों का इरादा प्रबल होना चाहिए और इस इरादे को पॉलिसी में अपने आप देखा जाएगा।

न) मनी लॉन्ड्रिंग का मतलब है आपराधिक साधनों के माध्यम से प्राप्त धन को वैध धन के रूप में परिवर्तित करना और इससे लड़ने के नियम दुनिया भर में और भारत में भी बनाए गए हैं।

प) एक एजेंट के पास अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों का पालन करने और इन दिशानिर्देशों के अनुसार आवश्यक दस्तावेजों को प्राप्त करने की जिम्मेदारी होती है।

महत्वपूर्ण शब्द

क) पॉलिसी फॉर्म

ख) प्रीमियम का अग्रिम भुगतान

ग) कवर नोट

घ) बीमा का प्रमाणपत्र

च) नवीनीकरण नोटिस

छ) वारंटी

ज) शर्त

झ) पृष्ठांकन

ट) मनी लॉन्ड्रिंग

ठ) अपने ग्राहक को जानो

अध्याय 5

स्वास्थ्य बीमा उत्पाद

अध्याय परिचय

यह अध्याय आपको भारत में बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में समग्र जानकारी प्रदान करेगा। सिर्फ एक उत्पाद - मेडिकलेम से लेकर विभिन्न प्रकार के सैकड़ों उत्पादों तक, ग्राहक के पास उपयुक्त कवर का चयन करने के लिए एक विस्तृत श्रृंखला उपलब्ध है। यह अध्याय व्यक्ति, परिवार और समूह को कवर करने वाले विभिन्न स्वास्थ्य उत्पादों की विशेषताओं का वर्णन करता है।

अध्ययन के परिणाम

- क. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण
- ख. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश
- ग. अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद
- घ. टॉप-अप कवर या उच्च कटौती योग्य बीमा योजनाएं
- च. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी
- छ. निश्चित लाभ कवर - अस्पताल में नकदी, गंभीर बीमारी
- ज. दीर्घकालिक देखभाल उत्पाद
- झ. कॉम्बी-उत्पाद
- ट. पैकेज पॉलिसियां
- ठ. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा
- ड. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना
- ढ. व्यक्तिगत दुर्घटना और विकलांगता कवर
- त. विदेश यात्रा बीमा
- थ. समूह स्वास्थ्य कवर
- द. स्वास्थ्य बचत खाता
- ध. स्वास्थ्य पॉलिसियों में प्रमुख क्लॉज
- प. फ़ाइल और उपयोग के दिशानिर्देश

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

- क) स्वास्थ्य बीमा की विभिन्न श्रेणियों के बारे में बताना
- ख) स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईएआरडीआई के दिशानिर्देशों का वर्णन करना
- ग) आज भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य उत्पादों के विभिन्न प्रकारों पर चर्चा करना
- घ) व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का वर्णन करना
- च) विदेश यात्रा बीमा पर चर्चा करना
- छ) स्वास्थ्य पॉलिसियों के महत्वपूर्ण शब्दों और क्लॉजों को समझना
- ज) आईआरडीए द्वारा जारी किए गए फ़ाइल और उपयोग के दिशानिर्देशों को जानना।

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का परिचय

आईआरडीए के स्वास्थ्य बीमा विनियम स्वास्थ्य कवर को इस प्रकार परिभाषित करते हैं -

परिभाषा

"स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय" या "स्वास्थ्य कवर" का मतलब है ऐसे बीमा अनुबंधों को प्रभावी करना जो निश्चित लाभ और दीर्घकालिक देखभाल, यात्रा बीमा और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर सहित बीमारी के लाभों या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या अस्पताल के खर्चों के लाभों का प्रावधान करते हैं।

भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा उत्पाद अधिकांशतः अस्पताल में भर्ती होने के उत्पादों की प्रकृति वाले होते हैं। ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने के दौरान व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों को कवर करते हैं। फिर, इस प्रकार के खर्च बहुत अधिक होते हैं और स्वास्थ्य सेवा की बढ़ती लागत, शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं, बाजार में आने वाली नई और अधिक महंगी तकनीक और दवाओं की नई पीढ़ी की कीमतों में वृद्धि के कारण अधिकतर आम आदमी की पहुंच से बाहर होते हैं। वास्तव में, यह एक व्यक्ति के लिए बहुत मुश्किल होता जा रहा है भले ही वह किसी भी स्वास्थ्य बीमा के बिना इस तरह के अत्यधिक खर्चों को वहन करने के लिए आर्थिक रूप से मजबूत है।

इस प्रकार, स्वास्थ्य बीमा मुख्य रूप से दो कारणों के लिए महत्वपूर्ण है:

- ✓ किसी भी बीमारी के मामले में चिकित्सा सुविधाओं की कीमत चुकाने के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करना।
- ✓ व्यक्ति की बचत को संरक्षित करना जो अन्यथा बीमारी की वजह से समाप्त हो सकती है।

अस्पताल में भर्ती होने की लागत लागत को कवर करने वाला पहला खुदरा स्वास्थ्य बीमा उत्पाद - मेडिक्लेम - 1986 में 4 सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों द्वारा पेश किया गया था। इसके अलावा इन कंपनियों द्वारा कुछ अन्य कवर भी पेश किए गए जैसे भविष्य आरोग्य पॉलिसी जो एक कम उम्र में प्रस्तावकों को सेवानिवृत्ति के बाद के अपने चिकित्सा खर्चों के लिए कवर करती है, ओवरसीज मेडिक्लेम पॉलिसी जो यात्रा बीमा उपलब्ध कराती है और गरीब लोगों के लिए जन आरोग्य बीमा पॉलिसी।

बाद में बीमा क्षेत्र को निजी क्षेत्र के खिलाड़ियों के लिए खोल दिया गया जिसके कारण स्वास्थ्य बीमा बाजार सहित कई अन्य कंपनियों का इस क्षेत्र में प्रवेश संभव हुआ। इसके साथ-साथ इस व्यवसाय का काफी प्रसार हुआ, इन कवरों में कई प्रकार की भिन्नताएं आयीं और कुछ नए कवर भी बाजार में आए।

आज, स्वास्थ्य बीमा खंड काफी हद तक विकसित हो गया है जहां स्वास्थ्य बीमा कंपनियों और जीवन बीमा कंपनियों के साथ-साथ लगभग सभी साधारण बीमा कंपनियों द्वारा सैकड़ों उत्पाद उपलब्ध कराए जाते हैं। हालांकि, मेडिकलेम पॉलिसी की बुनियादी लाभ संरचना यानी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के विरुद्ध कवर अभी भी बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप बना हुआ है।

2. स्वास्थ्य पॉलिसियों की विशेषताएं

स्वास्थ्य बीमा का संबंध मूलतः बीमारी से और इस प्रकार बीमारी की वजह से होने वाले खर्चों से है। कभी-कभी व्यक्ति को होने वाली बीमारी दीर्घकालिक या लंबे समय तक चलने वाली या रोजमर्रा की आजीविका संबंधी गतिविधियों पर प्रभाव के संदर्भ में गंभीर हो सकती है। खर्च आकस्मिक चोटों के कारण या दुर्घटना के कारण उत्पन्न होने वाली विकलांगता के कारण भी हो सकते हैं।

अलग-अलग जीवनशैली, भुगतान क्षमता और स्वास्थ्य स्थिति वाले विभिन्न ग्राहकों की अलग-अलग आवश्यकताएं होंगी जिन पर प्रत्येक ग्राहक वर्ग के लिए प्रस्तावित उपयुक्त उत्पाद डिजाइन करते समय विचार किया जाना आवश्यक है। इसके अलावा स्वास्थ्य बीमा खरीदते समय ग्राहक व्यापक कवर की भी मांग करते हैं जो उनकी सारी जरूरतों को पूरा करेगा। साथ ही, अधिक से अधिक स्वीकार्यता और अधिक बिक्री का लक्ष्य हासिल करने के लिए स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को किफायती रखने की जरूरत होती है, ये ग्राहकों को और बिक्री टीम को भी आसानी में समझ में आने लायक होने चाहिए ताकि वे इसे आसानी से बेच सकें।

ये स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की कुछ वांछित सुविधाएं हैं जो बीमा कंपनियां ग्राहक के लिए अलग-अलग रूपों में प्राप्त करने की कोशिश करती हैं।

3. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का व्यापक वर्गीकरण

उत्पाद की डिजाइन चाहे जो भी हो, स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को मोटे तौर पर 3 श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

क) क्षतिपूर्ति कवर

ये उत्पाद एक बड़ा स्वास्थ्य बीमा बाजार बनाते हैं और अस्पताल में भर्ती होने की वजह से किए गए वास्तविक चिकित्सा खर्चों के लिए भुगतान करते हैं।

ख) निश्चित लाभ कवर

इसे 'हॉस्पिटल केश' भी कहा जाता है, ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान करते हैं। कुछ उत्पादों में एक निश्चित ग्रेड की सर्जरी का लाभ भी निहित होता है।

ग) गंभीर बीमारी कवर

यह दिल का दौरा, स्ट्रोक, कैंसर जैसी एक पूर्व-निर्धारित गंभीर बीमारी होने पर भुगतान के लिए एक निश्चित लाभ योजना है।

दुनिया भर में स्वास्थ्य और विकलांगता बीमा दुनिया एक साथ चलते हैं लेकिन भारत में, व्यक्तिगत दुर्घटना कवर को पारंपरिक रूप से स्वास्थ्य बीमा से अलग करके बेचा गया है।

इसके अलावा स्वास्थ्य बीमा में आम तौर पर भारत से बाहर होने वाले खर्चों को शामिल नहीं किया जाता है। इस प्रयोजन के लिए एक अन्य उत्पाद - विदेशी स्वास्थ्य बीमा या यात्रा बीमा - खरीदने की जरूरत होती है। केवल हाल के दिनों में, निजी बीमा कंपनियों के कुछ उच्च स्तरीय स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में कुछ नियमों और शर्तों के अधीन, नियमित स्वास्थ्य बीमा कवर के भाग के रूप में विदेशी बीमा कवर को शामिल किया गया है।

4. ग्राहक वर्ग पर आधारित वर्गीकरण

उत्पादों को लक्ष्य ग्राहक सेगमेंट को ध्यान में रखते हुए भी डिजाइन किया गया है। प्रत्येक खंड के लिए लाभ संरचना, मूल्य निर्धारण, बीमालेखन और मार्केटिंग काफी अलग तरीके से होती है। ग्राहक सेगमेंट के आधार पर वर्गीकृत उत्पाद इस प्रकार हैं:

क) खुदरा ग्राहकों और उनके परिवार के सदस्यों के लिए प्रस्तावित व्यक्तिगत कवर

ख) कॉर्पोरेट ग्राहकों के लिए उपलब्ध समूह कवर जिसमें कर्मचारियों और समूहों तथा उनके सदस्यों को कवर किया जाता है

ग) सरकारी योजनाओं के लिए व्यापक पॉलिसियां जैसे आरएसबीवाय जो जनसंख्या के बहुत गरीब वर्गों को कवर करती हैं।

ख. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश

कई प्रकार के अलग-अलग उत्पादों को उपलब्ध कराने वाली बीमा कंपनियों और विभिन्न शर्तों एवं अपवर्जनों की विभिन्न परिभाषाओं के कारण बाजार में भ्रम की स्थिति उत्पन्न हो गयी थी। ग्राहकों के लिए उत्पादों की तुलना करना और तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों के लिए अलग-अलग कंपनियों के उत्पादों के विरुद्ध दावों का भुगतान करना मुश्किल हो गया था। इसके अलावा, गंभीर बीमारी पॉलिसियों में इस बात की कोई स्पष्ट समझ नहीं थी कि एक गंभीर बीमारी क्या है और क्या नहीं है। स्वास्थ्य बीमा उद्योग के लिए इलेक्ट्रॉनिक डेटा का रखरखाव भी मुश्किल होता जा रहा था।

बीमा कंपनियों, सेवा प्रदाताओं, टीपीए और अस्पतालों के बीच भ्रम की स्थिति और बीमा करने वाली जनता की शिकायतों को दूर करने के लिए आईआरडीए, सेवा प्रदाता, अस्पताल, वाणिज्य एवं उद्योग परिषद की स्वास्थ्य सलाहकार समिति जैसे विभिन्न संगठन स्वास्थ्य बीमा में कुछ प्रकार का मानकीकरण लाने के लिए एक साथ आए हैं। एक आम समझ के आधार पर 2013 में आईआरडीए ने स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण संबंधी दिशानिर्देश जारी किए हैं।

ये दिशानिर्देश अब इनके मानकीकरण का प्रावधान करते हैं:

1. बीमा में सामान्यतः इस्तेमाल होने वाले शब्दों की परिभाषाएं
2. गंभीर बीमारियों की परिभाषाएं
3. अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में खर्चों के अपवर्जित मदों की सूची
4. दावा प्रपत्र और पूर्व-प्राधिकार संबंधी प्रपत्र
5. बिलिंग के प्रारूप
6. अस्पताल से छुट्टी का सारांश
7. टीपीए, बीमा कंपनियों और अस्पतालों के बीच मानक अनुबंध
8. नई पॉलिसियों के लिए आईआरडीएआई प्राप्त करने के लिए मानक फ़ाइल और उपयोग प्रारूप

यह स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं और बीमा उद्योग की सेवा की गुणवत्ता में सुधार के लिए एक बड़ा कदम साबित हुआ है। साथ ही इससे स्वास्थ्य और स्वास्थ्य बीमा के सार्थक डेटा के संग्रहण में भी मदद मिलेगी।

ग. अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद

एक क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी भारत में सबसे आम और सबसे अधिक बेचा जाने वाला स्वास्थ्य बीमा उत्पाद है। पीएसयू बीमा कंपनियों द्वारा अस्सी के दशक में शुरू की गयी मेडिकलेम पॉलिसी सबसे पहला मानक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद था और एक लंबे समय तक बाजार में उपलब्ध एकमात्र उत्पाद रहा था। हालांकि कुछ परिवर्तनों के साथ इस उत्पाद को अलग-अलग ब्रांड नाम के तहत विभिन्न बीमा कंपनियों द्वारा बेचा गया है, फिर भी मेडिकलेम देश में सबसे ज्यादा बिकने वाला स्वास्थ्य बीमा उत्पाद बना हुआ है।

अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद उन खर्चों से व्यक्ति की रक्षा करते हैं जो अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में करने की आवश्यकता हो सकती है। अधिकांश मामलों में, ये अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के दिनों की एक विशिष्ट संख्या को भी कवर करते हैं लेकिन अस्पताल में भर्ती नहीं होने पर किए गए किसी भी खर्च को शामिल नहीं करते हैं।

इस तरह का कवर 'क्षतिपूर्ति' आधार पर प्रदान किया जाता है यानी अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किए गए खर्चों या खर्च की गयी राशि को आंशिक या पूर्ण रूप से क्षतिपूर्ति किया जाता है। यह 'लाभ' आधार पर उपलब्ध बीमा कवरेज के विपरीत हो सकता है जहां एक निश्चित घटना (जैसे अस्पताल में भर्ती होना, गंभीर बीमारी का उपचार या भर्ती होने का प्रत्येक दिन) घटित होने पर भुगतान की जाने वाली राशि बीमा पॉलिसी में वर्णित के अनुरूप होती है और वास्तव में खर्च की गयी राशि से संबंधित नहीं होती है।

उदाहरण

रघु का एक छोटा सा परिवार है जिसमें उसकी पत्नी और एक 14 साल का बेटा शामिल है। उसने एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी से अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य को कवर करने वाली एक मेडिकलेम पॉलिसी ली है जिसमें 1 लाख रुपए प्रत्येक का व्यक्तिगत कवर उपलब्ध है। अस्पताल में भर्ती होने के मामले में उनमें से प्रत्येक को 1 लाख रुपए तक के चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति हो सकती है।

रघु को दिल का दौरा पड़ने के कारण और आवश्यक सर्जरी के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया था। इसमें 1.25 लाख रुपए का चिकित्सा बिल बनाया गया। बीमा कंपनी ने योजना कवरेज के अनुसार 1 लाख रुपये का भुगतान किया और रघु को 25,000 रुपए की शेष राशि का भुगतान अपनी जेब से करना पड़ा।

क्षतिपूर्ति आधारित मेडिकलेम पॉलिसी की मुख्य विशेषताओं का विवरण नीचे दिया गया है, हालांकि कवर की सीमा, अतिरिक्त अपवर्जन या लाभ या कुछ ऐड-ऑन प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा बेचे जाने वाले उत्पादों के लिए लागू हो सकते हैं। छात्रों को यह सलाह दी जाती है कि नीचे उत्पाद के बारे

में केवल एक व्यापक विचार दिया गया है और उसे एक विशेष बीमा कंपनी के उत्पाद से अपने आपको अवगत करा लेना चाहिए जिसके बारे में वह अधिक जानकारी प्राप्त करना चाहता है। इसके अलावा उसे इस्तेमाल किए जाने वाले कुछ चिकित्सा संबंधी शब्दों के बारे में भी जान लेना आवश्यक है।

1. अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे

एक क्षतिपूर्ति पॉलिसी बीमाधारक को बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने संबंधी खर्चों की लागत का भुगतान करती है।

सभी खर्चे देय नहीं हो सकते हैं और अधिकांश उत्पाद कवर किए गए खर्चों को परिभाषित करते हैं जिनमें सामान्यतः निम्न खर्चे शामिल होते हैं:

- i. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले कमरे, बोर्डिंग और नर्सिंग के खर्चे। इनमें नर्सिंग सेवा, आरएमओ शुल्क, आईवी फ्लूड/रक्त आधान/इंजेक्शन/ प्रशासनिक शुल्क और इसी तरह के खर्चे शामिल होते हैं।
- ii. इंटेंसिव केयर यूनिट (आईसीयू) के खर्चे
- iii. सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस
- iv. एनेस्थेटिक, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण
- v. दवाएं और ड्रग्स
- vi. डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी
- vii. शल्य चिकित्सा की प्रक्रिया के दौरान प्रत्यारोपित करने वाले कृत्रिम उपकरणों की लागत जैसे पेसमेकर, ऑर्थोपेडिक प्रत्यारोपण, इंफ्रा कार्डियक वाल्व प्रतिस्थापन, वस्कुलर स्टेंट
- viii. उपचार से संबंधित प्रासंगिक प्रयोगशाला/नैदानिक परीक्षण और चिकित्सा संबंधी अन्य खर्चे
- ix. अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे (अंग की लागत को छोड़कर) जो बीमाधारक व्यक्ति को अंग प्रत्यारोपण के संबंध में दाता पर किए गए हैं

एक नियमित अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसी खर्चों को केवल तभी कवर करती है जब अस्पताल में रहने की अवधि 24 घंटे या उससे अधिक है। हालांकि चिकित्सा प्रौद्योगिकियों के क्षेत्र में

प्रगति के कारण कई प्रकार की सर्जरी की उपचार प्रक्रियाओं के लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है। अब दैनिक देखभाल की प्रक्रियाओं की तरह ये प्रक्रियाएं विशेष दैनिक देखभाल केंद्रों या अस्पतालों में, चाहे जैसा भी मामला हो, पूरी की जा सकती हैं। नेत्र शल्य चिकित्सा, कीमोथेरेपी; डायलिसिस आदि जैसे उपचारों को डेकेयर सर्जरी के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है और यह सूची लगातार बढ़ रही है। इन्हें भी पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है।

बहिरंग रोगी (आउट पेशेंट) के खर्चों का कवरेज भारत में अभी भी सीमित है जहां इस तरह के बहुत कम उत्पाद ओपीडी कवर प्रदान करते हैं। हालांकि कुछ ऐसी योजनाएं हैं जो उपचार को आउटपेशेंट के रूप में और डॉक्टर से संपर्क, नियमित चिकित्सा परीक्षण, दंत चिकित्सा और फार्मसी की लागत से जुड़े संबंधित स्वास्थ्य देखभाल के खर्चों को कवर करती हैं।

1. अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च

i. अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्च

अस्पताल में भर्ती होना आपातकालीन या सुनियोजित हो सकता है। अगर कोई मरीज एक सुनियोजित सर्जरी के लिए जाता है तो अस्पताल में भर्ती होने से पहले उसके द्वारा खर्च किए गए होंगे।

परिभाषा

आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों में अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों को इस प्रकार परिभाषित किया गया है:

बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करने से ठीक पहले किए गए चिकित्सा खर्चों, बशर्ते कि:

क) इस तरह के चिकित्सा व्यय उसी समस्या के लिए खर्च किए जाते हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था, और

ख) इस तरह अस्पताल में भर्ती होने के लिए अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावे बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार्य होते हैं।

अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के खर्च परीक्षण, दवाओं, डॉक्टर की फीस आदि के रूप में हो सकते हैं। अस्पताल में भर्ती होने के लिए प्रासंगिक और संबंधित इस तरह के खर्चों को स्वास्थ्य पॉलिसियों के अंतर्गत कवर किया गया है।

ii. अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्च

अस्पताल में रहने के बाद, अधिकतर मामलों में रिकवरी और फॉलो-अप से संबंधित खर्च होंगे।

परिभाषा

बीमित व्यक्ति को अस्पताल से छुट्टी मिलने के तुरंत बाद खर्च किए गए चिकित्सा व्यय, बशर्ते कि:

क) इस तरह के चिकित्सा व्यय उसी समस्या के लिए खर्च किए गए हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था, और

ख) इस तरह अस्पताल में भर्ती होने के लिए अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावे बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार्य हैं।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्च अस्पताल में भर्ती होने के बाद के दिनों की निर्धारित संख्या तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इन पर दावे के भाग के रूप में विचार किया जाएगा।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्च अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद की दवाओं, ड्रग्स, डॉक्टरों द्वारा समीक्षा आदि के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के खर्च अस्पताल में किए गए उपचार से संबंधित होने चाहिए और स्वास्थ्य पॉलिसियों के अंतर्गत कवर किए गए होने चाहिए।

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के लिए अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में परिभाषित होती है, सबसे आम कवर अस्पताल में भर्ती होने से तीस दिन पहले और साठ दिन बाद के लिए है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च समग्र बीमा राशि का हिस्सा बनते हैं जिसके लिए पॉलिसी के अंतर्गत कवर प्रदान किया गया है।

क) आवासीय अस्पताल में भर्ती होना

हालांकि इस लाभ का आम तौर पर पॉलिसीधारकों द्वारा उपयोग नहीं किया जाता है, एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती हुए बिना घर पर चिकित्सा उपचार कराने में होने वाले खर्चों का ध्यान रखने का भी एक प्रावधान होता है। हालांकि, शर्त यह है कि बीमारी के लिए किसी अस्पताल में उपचार कराना आवश्यक होने के बावजूद, मरीज की स्थिति ऐसी है कि उसे किसी अस्पताल में नहीं ले जाया जा सकता है या अस्पतालों में आवासीय सुविधा की कमी है।

इस कवर में आम तौर पर तीन से पांच दिनों का एक अतिरिक्त क्लॉज शामिल होता है जिसका मतलब है कि पहले तीन से पांच दिनों के लिए उपचार की लागतों को बीमित व्यक्ति द्वारा वहन किया जाएगा। इसके अलावा इस कवर में अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, क्रोनिक नेफ्रेटिस और नेफ्रेटिक सिंड्रोम, डायरिया और आंत्रशोथ सहित सभी प्रकार की पेचिस, मधुमेह, मिर्गी, उच्च रक्तचाप, इन्फ्लुएंजा, खांसी, सर्दी, बुखार जैसी कुछ दीर्घकालिक या आम बीमारियों के लिए आवासीय उपचार को शामिल नहीं किया गया है।

ख) सामान्य अपवर्जन

अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के तहत कुछ सामान्य अपवर्जन नीचे दिए गए हैं:

i. पहले से मौजूद बीमारियां

इसे लगभग हमेशा व्यक्तिगत स्वास्थ्य योजनाओं के तहत बाहर रखा जाता है क्योंकि अन्यथा इसका मतलब एक निश्चितता को कवर करना होगा और यह बीमा कंपनी के लिए एक उच्च जोखिम बन जाता है। स्वास्थ्य पॉलिसी लेने के समय आवश्यक महत्वपूर्ण खुलासों में से एक कवर किए गए प्रत्येक बीमित व्यक्ति की बीमारियों/चोटों के पिछले इतिहास से संबंधित है। यह बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करने का निर्णय लेने के लिए बीमा कंपनी को सक्षम बनाएगा।

परिभाषा

मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश पहले से मौजूद बीमारियों को इस प्रकार परिभाषित करते हैं -

"कोई भी समस्या, बीमारी या चोट या संबंधित समस्या(एं) जिसके संकेत या लक्षण आप में देखे गए थे और/या जिनका पता चला था, और/या बीमा कंपनी द्वारा पहली पॉलिसी जारी किए जाने से पहले 48 महीनों के भीतर चिकित्सा सलाह/उपचार प्राप्त किया गया था।"

अपवर्जन इस प्रकार है: पॉलिसी में परिभाषित के अनुसार, कंपनी के साथ बीमाधारक की पहली पॉलिसी शुरू होने के समय से, ऐसे बीमित व्यक्ति की लगातार कवरेज के 48 महीने बीत जाने तक, कोई भी पहले से मौजूद समस्या(एं)।

ii. कॉस्मेटिक उपचार, प्लास्टिक सर्जरी जब तक कि किसी दुर्घटना के कारण आवश्यक ना हो

- iii. चश्मे, सुनने की मशीन की कीमत (जब तक कि पॉलिसी द्वारा प्रस्तावित आउटपैशेंट कवरेज के तहत विशेष रूप से शामिल नहीं किया गया है)
- iv. सामान्य दुर्बलता, स्वास्थ्य लाभ
- v. विटामिन, टॉनिक के खर्चे जो उपचार से संबंधित नहीं हैं
- vi. मुख्य रूप से रोग-निदान, प्रयोगशाला जांच के लिए किए गए खर्चे, जो ऐसी किसी भी बीमारी/रोग/चोट की सकारात्मक मौजूदगी या उपस्थिति के उपचार के अनुरूप या आकस्मिक नहीं है, जिसके लिए अस्पताल में भर्ती होना आवश्यक है
- vii. मातृत्व संबंधी खर्च (कुछ बीमा कंपनियां प्रतीक्षा अवधि के साथ मातृत्व कवर प्रदान करती हैं)
- viii. युद्ध और परमाणु संबंधी कारण
- ix. एचआईवी/एड्स के उपचार से संबंधित सभी खर्चे। (हालांकि कुछ बीमा कंपनियों ने एचआईवी/एड्स से पीड़ित लोगों के लिए विशेष कवर प्रदान करना शुरू कर दिया है।)
- x. पंजीकरण शुल्क, प्रवेश शुल्क, टेलीफोन, टेलीविजन शुल्क, प्रसाधन आदि जैसे सभी गैर-चिकित्सा आइटम
- xi. अधिकांश पॉलिसियों में कोई भी दावा करने के लिए पॉलिसी प्रारंभ होने के समय से 30 दिनों की एक प्रतीक्षा अवधि लागू होती है। हालांकि यह एक दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के लिए लागू नहीं होगा।

उदाहरण

मीरा ने अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्चों के कवरेज के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ली थी। पॉलिसी में 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि का एक क्लॉज शामिल था।

दुर्भाग्य से, उसके पॉलिसी लेने के 20 दिनों के बाद मीरा मलेरिया से पीड़ित हो गयी और उसे 5 दिनों के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया। उसे अस्पताल का भारी-भरकम बिल चुकाना पड़ा।

जब उसने बीमा कंपनी से प्रतिपूर्ति के लिए पूछा तो उन्होंने दावे का भुगतान करने से इनकार कर दिया क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की घटना पॉलिसी लेने से 30 दिन की प्रतीक्षा अवधि के भीतर घटित हुई है।

xii. प्रतीक्षा अवधि: यह ऐसी बीमारियों के लिए लागू होती है जिनके लिए आम तौर पर इलाज में विलंब किया जा सकता है और योजना बनायी जा सकती है। उत्पाद के आधार पर निम्नलिखित बीमारियों के लिए एक/दो/चार वर्षों की प्रतीक्षा अवधि लागू होती है - मोतियाबिंद, मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रोफी, मेनोरेजिया या फाइब्रोमायोमा के लिए हिस्टेरेक्टोमी, हर्निया, हाइड्रोसेल, जन्मजात आंतरिक रोग, गुदा में फिस्ट्यूला, बवासीर, साइनसाइटिस और संबंधित विकार, पित्ताशय की पथरी निकालना, गठिया और आमवात, पथरी रोग, गठिया और आमवात, उम्र से संबंधित पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस, ऑस्टियोपोरोसिस।

ग) कवरेज के उपलब्ध विकल्प

i. व्यक्तिगत कवरेज

एक व्यक्तिगत बीमाधारक पति/पत्नी, आश्रित बच्चे, आश्रित माता-पिता, आश्रित सास-ससुर, आश्रित भाई-बहनों आदि जैसे परिवार के सदस्यों के साथ-साथ अपने आपको कवर कर सकता है। कुछ बीमा कंपनियों के पास कवर किए जाने वाले आश्रितों पर कोई प्रतिबंध नहीं होता है। इस तरह के प्रत्येक आश्रित बीमाधारक को प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए चयनित अलग बीमा राशि के साथ एक एकल पॉलिसी के तहत कवर करना संभव है। इस तरह के कवर में, पॉलिसी के तहत बीमित प्रत्येक व्यक्ति पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान अपनी बीमा राशि की अधिकतम राशि तक का दावा कर सकता है। प्रत्येक अलग बीमित व्यक्ति के लिए प्रीमियम उसकी उम्र और चुनी गयी बीमा राशि और किसी अन्य दर निर्धारण कारक के अनुसार लिया जाएगा।

ii. फैमिली फ्लोटर

एक फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के रूप में ज्ञात भिन्न रूप में पति/पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता वाले परिवार को एक एकल बीमा राशि प्रदान की जाती है जो संपूर्ण पॉलिसी में घूमती रहती है।

उदाहरण

अगर चार लोगों के एक परिवार के लिए 5 लाख रुपए की फ्लोटर पॉलिसी ली जाती है तो इसका मतलब है कि पॉलिसी की अवधि के दौरान यह एक से अधिक परिवार के सदस्य से संबंधित दावों के लिए या परिवार के एक सदस्य के कई दावों के लिए भुगतान करेगी। ये सभी एक साथ मिल कर 5 लाख रुपए के कुल कवरेज से अधिक नहीं हो सकते हैं। प्रीमियम सामान्यतः बीमा के लिए प्रस्तावित परिवार के सबसे बुजुर्ग सदस्य की उम्र के आधार पर वसूल किया जाएगा।

इन दोनों पॉलिसियों के तहत कवर और अपवर्जन एक समान होंगे। फैमिली फ्लोटर पॉलिसियां बाजार में लोकप्रिय हो रही हैं क्योंकि एक समग्र बीमा राशि के लिए पूरे परिवार को कवरेज मिलता है जिसे एक उचित प्रीमियम पर एक उच्च स्तर पर चुना जा सकता है।

घ) विशेष सुविधाएं

पहले के मेडिकलेम उत्पाद के अंतर्गत प्रस्तावित मूल क्षतिपूर्ति कवर में, मौजूदा कवरेज में कई तरह के बदलाव किए गए हैं और नई मूल्य वर्द्धित सुविधाएं जोड़ी गयी हैं। हम इनमें से कुछ बदलावों पर चर्चा करेंगे। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि सभी उत्पादों में निम्नलिखित सभी सुविधाएं शामिल नहीं होती हैं और इनमें अलग-अलग बीमा कंपनी तथा अलग-अलग उत्पाद के मामले में भिन्नता हो सकती है।

i. उप-सीमाएं और रोग विशिष्ट कैपिंग

कुछ उत्पादों में रोग विशिष्ट सीमाएं होती हैं जैसे मोतियाबिंद। कुछ उत्पादों में कमरे के किराए पर बीमा राशि से जुड़ी उप-सीमाएं भी होती हैं जैसे प्रति दिन का कमरे का किराया बीमा राशि के 1% तक और आईसीयू शुल्क बीमा राशि के 2% तक सीमित हो सकता है। चूंकि आईसीयू शुल्क, ओटी शुल्क और यहां तक कि सर्जन की फीस जैसे अन्य मदों के तहत खर्च चुने गए कमरे के प्रकार से जुड़े होते हैं, कमरे के किराए को सीमांकित करने से अन्य मदों के तहत खर्चों को सीमित करने और इस प्रकार अस्पताल में भर्ती होने के समग्र खर्चों को सीमित करने में मदद मिलती है।

ii. सह-भुगतान

अस्पताल में भर्ती होने वाले खर्चों की एक राशि या प्रतिशत है जिसे पॉलिसी में परिभाषित के अनुसार बीमारी और/या दुर्घटना की वजह से प्रत्येक बार किए जाने वाले दावे के मामले में बीमित व्यक्ति द्वारा वहन किया जाएगा। इससे यह सुनिश्चित होता है कि बीमाधारक ने अपने विकल्पों का चयन करने में सतर्कता बरती है और इस प्रकार स्वेच्छा से अस्पताल में भर्ती होने संबंधी अपने समग्र खर्च को कम कर देता है।

iii. नए अपवर्जन शुरू किए गए हैं जैसे:

✓ आनुवंशिक विकार और स्टेम सेल प्रत्यारोपण/सर्जरी।

✓ सीपीएपी, सीएपीडी, इन्फ्यूजन पंप आदि सहित रोग निदान और/या उपचार के लिए इस्तेमाल होने वाले किसी भी प्रकार के बाहरी और/या टिकाऊ चिकित्सा/गैर-चिकित्सा उपकरण, चलने में सहायक उपकरण यानी वॉकर, बैसाखी, बेल्ट, कॉलर, कैप, खपच्ची, उत्तोलक, ब्रेसिज, किसी भी प्रकार के

मोजे आदि, मधुमेह संबंधी जूते, ग्लूकोमीटर/ थर्मामीटर और इसी तरह की संबंधित वस्तुएं आदि और बाद में आदि घर पर इस्तेमाल किया जाने वाला कोई भी चिकित्सा उपकरण आदि।

✓ अस्पताल द्वारा लिया जाने वाला किसी भी प्रकार का सेवा शुल्क, अधिभार, प्रवेश शुल्क / पंजीकरण शुल्क आदि।

✓ चिकित्सक के घर पर आने के शुल्क, अस्पताल में भर्ती होने पहले और बाद की अवधि के दौरान सहायक/नर्सिंग शुल्क।

आईआरडीआई ने सामान्यतः अपवर्जित की जाने वाली चीजों को मानकीकृत किया है। कृपया अंत में अनुलग्नक देखें।

iv. क्षेत्र अनुसार प्रीमियम

आम तौर पर प्रीमियम बीमित व्यक्ति की उम्र और चयनित बीमा राशि पर निर्भर करता है। उच्च दाव लागत वाले कुछ क्षेत्रों में प्रीमियम का अंतर शुरू किया गया है, जैसे दिल्ली और मुंबई कुछ बीमा कंपनियों द्वारा कुछ उत्पादों के लिए सर्वाधिक प्रीमियम क्षेत्र का हिस्सा बनते हैं।

v. पहले से मौजूद बीमारियों का कवरेज

नियामक आवश्यकता को देखते हुए पूर्व में अपवर्जित पहले से मौजूद बीमारियों का विशेष रूप से चार वर्षों की प्रतीक्षा अवधि के साथ उल्लेख किया गया है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा कुछ उच्च स्तरीय उत्पादों को 2 और 3 वर्ष की अवधि तक कम कर दिया गया है।

vi. नवीनीकरणीयता

कुछ बीमा कंपनियों द्वारा आजीवन नवीनीकरणीयता की शुरुआत की गयी थी। अब इसे आईआरडीआई द्वारा सभी पॉलिसियों के लिए अनिवार्य कर दिया गया है।

vii. दैनिक देखभाल प्रक्रिया के लिए कवरेज

चिकित्सा विज्ञान की प्रगति के कारण एक बड़ी संख्या में प्रक्रियाओं को दैनिक देखभाल की श्रेणी में शामिल किया गया है। इससे पहले केवल सात प्रक्रियाओं - मोतियाबिंद, डी और सी, डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी, लिथोट्रिप्सी और टॉन्सिलेक्टोमी का उल्लेख विशेष रूप से दैनिक देखभाल (डेकेयर) के अंतर्गत किया गया था। अब 150 से अधिक प्रक्रियाओं को शामिल किया गया है और यह सूची बढ़ती जा रही है।

viii. पॉलिसी से पहले चेकअप की लागत

पहले चिकित्सा परीक्षा की लागत को संभावित ग्राहकों द्वारा वहन किया जाता था। अब बीमा कंपनी इस लागत की प्रतिपूर्ति करती है, बशर्ते कि प्रस्ताव को बीमालेखन के लिए स्वीकार किया गया हो, प्रतिपूर्ति में 50% से 100% तक की भिन्नता होती है। अब आईआरडीएआई द्वारा यह भी अनिवार्य कर दिया गया है कि बीमा कंपनी स्वास्थ्य जांच के कम से कम 50% खर्चों को वहन करेगी।

ix. अस्पताल में भर्ती होने के पहले और बाद के कवर की अवधि

अस्पताल में भर्ती होने के पहले और बाद के कवरेज की अवधि को अधिकांश बीमा कंपनियों द्वारा खास तौर पर अपने उच्च स्तरीय उत्पादों में 60 दिनों और 90 दिनों तक बढ़ा दिया गया है। इसके अलावा कुछ बीमा कंपनियों ने एक अधिकतम सीमा के अधीन, दावा राशि के कुछ प्रतिशत से जुड़े इन खर्चों को सीमित कर दिया है।

x. ऐड-ऑन कवर

बीमा कंपनियों द्वारा ऐड-ऑन कवर नामक कई नए अतिरिक्त कवर शुरू किए गए हैं। इनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

✓ **मातृत्व कवर:** मातृत्व कवर पहले खुदरा पॉलिसियों के अंतर्गत उपलब्ध नहीं था लेकिन अब इसे अधिकांश बीमा कंपनियों द्वारा अलग-अलग प्रतीक्षा अवधि के साथ उपलब्ध कराया जाता है।

✓ **गंभीर बीमारी का कवर:** कुछ ऐसी बीमारियों के लिए उच्च स्तरीय संस्करण के उत्पादों के तहत एक विकल्प के रूप में उपलब्ध है जो जीवन के लिए खतरा बनती हैं और महंगा इलाज कराने की जरूरत पड़ती है।

✓ **बीमा राशि का पुनर्स्थापन:** दावे का भुगतान होने के बाद बीमा राशि (जो एक दावे के भुगतान पर कम हो जाती है) को अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके मूल सीमा तक बहाल किया जा सकता है।

✓ **आयुष - आयुर्वेदिक - योग - यूनानी - सिद्ध - होम्योपैथ के लिए कवरेज:** कुछ पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के एक निश्चित प्रतिशत तक आयुष उपचार के खर्चों को कवर करती हैं।

xi. मूल्य वर्द्धित कवर

कुछ क्षतिपूर्ति उत्पादों में नीचे सूचीबद्ध किए गए अनुसार मूल्य वर्द्धित कवर शामिल होते हैं। लाभ पॉलिसी की अनुसूची में प्रत्येक कवर के सामने निर्दिष्ट बीमा राशि की सीमा तक देय होते हैं, समग्र बीमा राशि से अधिक नहीं।

✓ **आउटपेशेंट कवर:** जैसा कि हम जानते हैं, भारत में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को कवर करते हैं। कुछ कंपनियां अब कुछ उच्च स्तरीय योजनाओं के तहत बहिरंग रोगी (आउटपेशेंट) खर्चों के लिए सीमित कवर प्रदान करती हैं।

✓ **अस्पताल में नकदी (हॉस्पिटल कैश):** इसमें एक निर्धारित अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए निश्चित एकमुश्त भुगतान का प्रावधान किया जाता है। आम तौर पर यह अवधि 2/3 दिनों की कटौती वाली पॉलिसियों को छोड़कर 7 दिनों के लिए प्रदान की जाती है। इस प्रकार, लाभ तभी ट्रिगर होगा जब अस्पताल में भर्ती होने की अवधि कटौती की अवधि से अधिक है। यह अस्पताल में भर्ती होने के दावे के अतिरिक्त लेकिन पॉलिसी की समग्र बीमा राशि के भीतर होती है या एक अलग उप-सीमा के साथ हो सकती है।

✓ **रिकवरी लाभ:** अगर बीमारी और/या दुर्घटना के कारण अस्पताल में ठहरने की कुल अवधि 10 दिन से अधिक नहीं है तो एकमुश्त लाभ का भुगतान किया जाता है।

✓ **दाता के खर्च:** इसमें पॉलिसी में निर्धारित नियमों और शर्तों के अनुसार प्रमुख अंग प्रत्यारोपण के मामले में दाता की ओर से किए गए खर्चों की प्रतिपूर्ति के लिए प्रावधान किया जाता है।

✓ **एम्बुलेंस की प्रतिपूर्ति:** बीमाधारक/बीमित व्यक्ति द्वारा एम्बुलेंस के लिए किए जाने वाले खर्चों की प्रतिपूर्ति पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट एक निश्चित सीमा तक की जाती है।

✓ **साथ रहने वाले व्यक्ति के लिए खर्च:** यह अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के दौरान बीमित रोगी की सहायता करते समय भोजन, परिवहन आदि के संबंध में साथ रहने वाले व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों के लिए होता है। पॉलिसी की शर्तों के अनुसार पॉलिसी की अनुसूची में निर्धारित सीमा तक एकमुश्त भुगतान या प्रतिपूर्ति भुगतान किया जाता है।

✓ **परिवार की परिभाषा:** कुछ स्वास्थ्य उत्पादों में परिवार की परिभाषा में बदलाव आया है। इससे पहले प्राथमिक बीमाधारक, पति/पत्नी, आश्रित बच्चों को कवर प्रदान किया जाता था। अब ऐसी पॉलिसियां उपलब्ध हैं जहां माता-पिता और सास-ससुर को भी एक ही पॉलिसी के तहत कवर प्रदान किया जा सकता है।

घ. टॉप-अप कवर या उच्च कटौती वाली बीमा योजनाएं

टॉप-अप कवर को एक उच्च कटौती पॉलिसी के रूप में भी जाना जाता है। अंतरराष्ट्रीय बाजार में ज्यादातर लोग उच्च सह-भुगतान पॉलिसियों या कवर नहीं की गयी बीमारियों या उपचार के अलावा

टॉप-अप कवर भी खरीदते हैं। हालांकि भारत में, प्रारंभ में टॉप-अप कवर की शुरुआत के लिए प्रमुख कारण उच्च बीमा राशि वाले उत्पादों का अभाव प्रतीत होता है, लेकिन अब ऐसी बात नहीं है। एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत कवर की अधिकतम राशि काफी लंबे समय तक 5,00,000 रुपए रही थी। एक उच्च कवर चाहने वाले किसी भी व्यक्ति को दोहरे प्रीमियम का भुगतान करके दो पॉलिसियां खरीदने के लिए मजबूर होना पड़ता था। यह बीमा कंपनियों द्वारा टॉप-अप पॉलिसियां विकसित किए जाने का कारण बना जो एक निर्धारित राशि (जिसे श्रेशोल्ड कहा जाता है) के अतिरिक्त उच्च बीमा राशि के लिए कवर प्रदान करती हैं।

यह पॉलिसी एक बुनियादी स्वास्थ्य कवर के साथ काम करती है जिसमें बीमा राशि कम होती है और एक अपेक्षाकृत उचित प्रीमियम पर आती है। उदाहरण के लिए, अपने नियोक्ताओं द्वारा कवर किए गए व्यक्ति अतिरिक्त सुरक्षा के लिए (पहली पॉलिसी की बीमा राशि को श्रेशोल्ड के रूप में रखते हुए) एक टॉप-अप कवर का विकल्प चुन सकते हैं। इस कवर स्वयं और परिवार के लिए हो सकता है जो उच्च लागत वाले उपचार की दुर्भाग्यपूर्ण घटना के समय काम आता है।

टॉप-अप पॉलिसी के तहत एक दावा प्राप्त करने का पात्र होने के लिए चिकित्सा लागत योजना के तहत चुनी गयी कटौती (या श्रेशोल्ड) के स्तर से अधिक होनी चाहिए और उच्च कटौती योजना के तहत प्रतिपूर्ति खर्च की राशि यानी कटौती से अधिक होगी।

उदाहरण

एक व्यक्ति को अपने नियोक्ता द्वारा 3 लाख रुपए की बीमा राशि के लिए कवर किया जाता है। वह तीन लाख रुपए के अतिरिक्त 10 लाख रुपए की टॉप-अप पॉलिसी का विकल्प चुन सकता है।

यदि एक बार अस्पताल में भर्ती होने की लागत 5 लाख रुपए है तो मूल पॉलिसी केवल तीन लाख रुपए तक को कवर करेगी। टॉप-अप कवर के साथ, 2 लाख रुपए की शेष राशि का भुगतान टॉप-अप पॉलिसी से किया जाएगा।

टॉप-अप पॉलिसियां सस्ती होती हैं और एक अकेली 10 लाख रुपए की पॉलिसी की लागत तीन लाख रुपए के अतिरिक्त 10 लाख रुपए की टॉप-अप पॉलिसी की तुलना में बहुत अधिक होगी।

ये कवर व्यक्तिगत आधार और परिवार के आधार पर उपलब्ध हैं। कवर किए गए परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए अलग-अलग बीमा राशि या परिवार पर घूमने वाली एक अकेली बीमा राशि आज बाजार में उपलब्ध है।

अगर टॉप-अप योजना में अस्पताल में भर्ती होने की प्रत्येक घटना में कटौती की राशि को पार किया जाना आवश्यक है तो इस योजना को महासंकट आधारित उच्च कटौती योजना के रूप में जाना जाता

है। इसका मतलब है कि ऊपर दिए गए उदाहरण में, देय होने के लिए प्रत्येक दाव 3 लाख रुपए से अधिक का होना चाहिए।

हालांकि ऐसी टॉप-अप योजनाएं जहां पॉलिसी अवधि के दौरान अस्पताल में भर्ती होने की एक श्रृंखला के बाद कटौती को पार करने की अनुमति दी जाती है, ये भारतीय बाजार में संचय आधारित उच्च कटौती योजनाओं या सुपर टॉप-अप कवर के रूप में लोकप्रिय हैं। इसका मतलब है कि ऊपर दिए गए उदाहरण में, प्रत्येक दावे को जोड़ा जाता है और जब यह 3 लाख रुपए को पार कर जाता है, टॉप-अप कवर दावों का भुगतान करना शुरू कर देगा।

एक अस्पताल में भर्ती होने वाली क्षतिपूर्ति पॉलिसी के अधिकांश मानक नियम, शर्तें और अपवर्जन इन उत्पादों के लिए लागू होते हैं। कुछ बाजारों में, जहां मूल स्वास्थ्य कवर सरकार द्वारा प्रदान किया जाता है, बीमा कंपनियां अधिकतर केवल टॉप-अप कवर प्रदान करने में जुटी रहती हैं।

च. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी

इन योजनाओं को बुजुर्ग लोगों के लिए कवर प्रदान करने के प्रयोजन से डिजाइन किया गया है जिन्हें अक्सर निश्चित उम्र के बाद कवरेज देने से मना कर दिया जाता है (जैसे 60 वर्ष से अधिक की उम्र के लोग)। कवरेज और अपवर्जन की संरचना काफी हद तक एक अस्पताल में भर्ती होने वाली पॉलिसी की तरह होती है।

कवरेज और प्रतीक्षा अवधि निर्धारित करने में बुजुर्गों की बीमारियों पर विशेष ध्यान दिया जाता है। प्रवेश की उम्र अधिकतर 60 वर्ष और आजीवन नवीनीकरण योग्य होती है। बीमा राशि 50,000 रुपए से लेकर 5,00,000 रुपए की सीमा में होती है। प्रतीक्षा अवधि में भिन्नता होती है जो कुछ बीमारियों के लिए लागू है। उदाहरण: मोतियाबिंद के मामले में एक बीमा कंपनी के लिए 1 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है और किसी अन्य बीमा कंपनी के लिए 2 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है।

इसके अलावा कुछ बीमारियों में एक विशेष बीमा कंपनी के लिए प्रतीक्षा अवधि नहीं हो सकती है जबकि अन्य के मामले में हो सकती है। उदाहरण: साइनसाइटिस कुछ बीमा कंपनियों की प्रतीक्षा अवधि के क्लॉज में नहीं आता है, लेकिन कुछ अन्य बीमा कंपनियां अपनी प्रतीक्षा अवधि के क्लॉज में इसे शामिल करती हैं।

पहले से मौजूद बीमारी के मामले में कुछ पॉलिसियों में एक प्रतीक्षा अवधि या कुछ सीमा निर्धारित होती है। अस्पताल में भर्ती होने से पहले या बाद के खर्चों का भुगतान अस्पताल के दावों के एक प्रतिशत के रूप में या एक उप-सीमा के रूप में, जो भी अधिक हो, किया जाता है। कुछ पॉलिसियों में ये विशिष्ट क्षतिपूर्ति योजनाओं का पालन करते हैं जैसे 30/60 दिन या 60/90 दिनों की निर्धारित अवधि के भीतर आने वाले खर्च।

छ. निश्चित लाभ कवर - अस्पताल में नकदी, गंभीर बीमारी

एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में एक बीमा कंपनी के लिए सबसे बड़ा खतरा पॉलिसी के लाभों का अनावश्यक और अनुचित उपयोग है। यह जानते हुए कि मरीज को एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत कवर किया गया है, डॉक्टर, सर्जन और अस्पताल उसका अतिरिक्त इलाज करने लग जाते हैं। वे अस्पताल में रहने की अवधि को लंबा खींचते हैं, अनावश्यक नैदानिक और प्रयोगशाला परीक्षण करते हैं और इस प्रकार उपचार की लागत को आवश्यक राशि से बहुत अधिक बढ़ा देते हैं। बीमा कंपनी की लागत पर एक अन्य बड़ा प्रभाव चिकित्सा संबंधी लागतों में लगातार वृद्धि है जो आम तौर पर प्रीमियम की दरों में वृद्धि की तुलना में अधिक होती है।

इसका उत्तर निश्चित लाभ कवर है। निश्चित लाभ कवर बीमित व्यक्तियों को पर्याप्त कवर प्रदान करते हुए बीमा कंपनी को एक उचित अवधि के लिए अपनी पॉलिसी का प्रभावी ढंग से मूल्य निर्धारण करने में भी मदद करता है। इस उत्पाद में, आम तौर पर होने वाले उपचारों को प्रत्येक प्रणाली के तहत सूचीबद्ध किया गया है, जैसे ईएनटी, नेत्र विज्ञान, प्रसूति एवं स्त्री रोग आदि और इनमें से प्रत्येक के लिए अधिकतम भुगतान पॉलिसी में वर्णित होता है।

बीमाधारक को नामित उपचार के लिए उसके द्वारा खर्च की गयी राशि की परवाह किए बिना दावा राशि के रूप में एक निश्चित राशि प्राप्त होती है। इनमें से प्रत्येक उपचार के लिए देय शुल्क आम तौर पर उचित लागत के एक अध्ययन पर आधारित होता है जो बीमारी का इलाज के लिए आवश्यक होगा।

पैकेज शुल्कों में लागत के सभी घटक शामिल होंगे जैसे:

- क) कमरे का किराया,
- ख) पेशेवराना फीस,
- ग) रोग-निदान,
- घ) दवाएं,
- च) अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च आदि

पैकेज शुल्कों में आहार, परिवहन, एम्बुलेंस शुल्क आदि भी शामिल हो सकते हैं जो उत्पाद पर निर्भर करते हैं।

इन पॉलिसियों को प्रबंधित करना आसान होता है क्योंकि केवल अस्पताल में भर्ती होने का प्रमाण और पॉलिसी के तहत बीमारी का कवरेज दावे पर कार्रवाई करने के लिए पर्याप्त होता है।

कुछ उत्पाद निश्चित लाभ कवर के साथ एक दैनिक नकदी लाभ का पैकेज उपलब्ध कराते हैं। कवर किए गए उपचारों की सूची लगभग 75 से लगभग 200 तक भिन्न हो सकती है जो उत्पाद में उपचार की परिभाषाओं पर निर्भर करती है।

ऐसी सर्जरी/उपचार के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करने का एक प्रावधान किया गया है जिन्हें पॉलिसी में नामित सूची में शामिल नहीं किया गया है। पॉलिसी अवधि के दौरान अलग-अलग उपचारों के लिए अनेक दावे संभव हैं। हालांकि दावों को अंत में पॉलिसी के तहत चुनी गयी बीमा राशि के द्वारा सीमित किया जाता है।

कुछ निश्चित लाभ बीमा योजनाएं इस प्रकार हैं:

✓ अस्पताल दैनिक नकदी बीमा योजनाएं

✓ गंभीर बीमारी बीमा योजनाएं

1. अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी

क) प्रति दिन राशि की सीमा

अस्पताल नकदी कवरेज अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करता है। प्रति दिन नकदी कवरेज (उदाहरण के लिए) 1,500 रुपए प्रतिदिन से लेकर 5,000 रुपए प्रति दिन या इससे भी अधिक प्रति दिन तक भिन्न हो सकता है। प्रति बीमारी और पॉलिसी की अवधि के लिए दैनिक नकद भुगतान पर एक ऊपरी सीमा प्रदान की जाती है, यह आम तौर पर एक वार्षिक पॉलिसी होती है।

ख) भुगतान के दिनों की संख्या

इस पॉलिसी के कुछ भिन्न रूपों में दैनिक नकदी के दिनों की अनुमत संख्या उस बीमारी से जुड़ी होती है जिसके लिए उपचार किया जा रहा है। प्रत्येक के लिए उपचारों एक विस्तृत सूची और रहने की अवधि निर्धारित की गई है जो प्रक्रिया/बीमारी के प्रत्येक प्रकार के लिए अनुमत दैनिक नकद लाभ को सीमित करती है।

ग) अकेला (स्टैंडअलोन) कवर या ऐड-ऑन कवर

अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी कुछ बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित के अनुसार एक अकेली (स्टैंडअलोन) पॉलिसी के रूप में उपलब्ध है, अन्य मामलों में यह एक नियमित क्षतिपूर्ति पॉलिसी में एक ऐड-ऑन कवर होता है। ये पॉलिसियां आकस्मिक खर्चों को कवर करने में बीमाधारक की मदद

करती हैं क्योंकि इसमें एक निश्चित राशि भुगतान की जाती है और यह उपचार की वास्तविक लागत से संबंधित नहीं होती है। इसके अलावा यह एक क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत प्राप्त किसी भी कवर के अतिरिक्त पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान करने की अनुमति देता है।

घ) पूरक कवर

ये पॉलिसियां एक नियमित अस्पताल खर्च पॉलिसी का पूरक हो सकती हैं क्योंकि ये किफायती होती हैं और आकस्मिक खर्चों के साथ-साथ उन खर्चों के लिए मुआवजा प्रदान करती हैं जो क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत देय नहीं हैं जैसे अपवर्जन, सह-भुगतान आदि।

च) कवर के अन्य लाभ

बीमा कंपनी के दृष्टिकोण से इस योजना के कई फायदे हैं क्योंकि इसके बारे में एक ग्राहक को समझाना आसान होता है और इसलिए अधिक आसानी से बेचा जा सकता है। यह चिकित्सा संबंधी महंगाई का मुकाबला करता है क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान किया जाता है, वास्तविक खर्च चाहे जो भी हो। इसके अलावा, इस तरह के बीमा कवरों की स्वीकृति और दावों का निपटान वास्तव में सरल हो जाता है।

2. गंभीर बीमारी पॉलिसी

इस उत्पाद को जानलेवा बीमारी (ड्रेडेड डिजीज) कवर या एक आघात देखभाल (ट्रॉमा केयर) कवर के रूप में भी जाना जाता है।

चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में प्रगति के कारण लोग कैंसर, स्ट्रोक और दिल के दौरों आदि जैसी कुछ प्रमुख बीमारियों से जीवित बच जाते हैं जिनके परिणाम स्वरूप पहले मौत तय होती थी। फिर, इस तरह की बड़ी बीमारियों से बचने के बाद जीवन प्रत्याशा काफी बढ़ जाती है। हालांकि एक बड़ी बीमारी से जीवित बचने में उपचार के भारी-भरकम खर्च होते हैं और उपचार के बाद आजीविका के खर्च भी बढ़ जाते हैं। इस प्रकार की गंभीर बीमारी शुरू होना व्यक्ति की वित्तीय सुरक्षा के लिए खतरा बन जाता है।

क) गंभीर बीमारी पॉलिसी एक लाभ पॉलिसी है जिसमें कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि भुगतान करने का प्रावधान होता है।

ख) इसे निम्नानुसार बेचा जाता है:

✓ एक स्टैंडअलोन पॉलिसी के रूप में या

- ✓ कुछ स्वास्थ्य पॉलिसियों में एक ऐड-ऑन कवर के रूप में या
- ✓ कुछ जीवन बीमा पॉलिसियों में एक ऐड-ऑन कवर के रूप में

भारत में, गंभीर बीमारी लाभ सबसे आम तौर पर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जीवन बीमा पॉलिसियों के आरोहकों के रूप में बेचे जाते हैं और उनके द्वारा कवर के दो रूप उपलब्ध कराए जाते हैं - वृद्धित सीआई लाभ योजना और स्टैंडअलोन सीआई लाभ योजना। इस लाभ को बेचे जाते समय कवर की गयी बीमारियों की सटीक परिभाषा और अच्छा बीमालेखन अत्यंत महत्वपूर्ण होता है। दुविधा की स्थिति से बचने के लिए, 20 सबसे आम गंभीर बीमारियों की परिभाषा को आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है। (कृपया अंत में अनुलग्नक देखें)।

हालांकि, जारी करने के स्तर पर प्रतिकूल चयन की संभावना (जिसके द्वारा ऐसे लोग यह बीमा लेते हैं जिनके प्रभावित होने की सबसे अधिक संभावना रहती है) बहुत अधिक होती है और प्रस्तावकों की स्वास्थ्य स्थिति का निर्धारण करना महत्वपूर्ण हो जाता है। पर्याप्त डेटा के अभाव के कारण वर्तमान में गंभीर बीमारी की योजनाओं के मूल्य निर्धारण में पुनर्बीमा कंपनियों के डेटा के माध्यम से सहयोग लिया जा रहा है।

ग) गंभीर बीमारियां ऐसी बड़ी बीमारियां हैं जो न केवल अस्पताल में भर्ती होने के बहुत अधिक खर्चों का कारण बनती हैं बल्कि इनके कारण विकलांगता, अंगों का नुकसान, कमाई का नुकसान आदि हो सकता है और अस्पताल में भर्ती होने के बाद लंबे समय तक देखभाल की जरूरत पड़ सकती है।

घ) एक गंभीर बीमारी पॉलिसी अक्सर एक अस्पताल क्षतिपूर्ति पॉलिसी के अतिरिक्त लेने की सलाह दी जाती है ताकि पॉलिसी के तहत मुआवजा उस परिवार के वित्तीय बोझ को कम करने में सहायक हो सके जिसका सदस्य इस तरह की बीमारी से प्रभावित है।

च) कवर की गयी गंभीर बीमारियां अलग-अलग बीमा कंपनियों और उत्पादों के मामले में भिन्न होती हैं, लेकिन सामान्य बीमारियों में शामिल हैं:

- ✓ निर्दिष्ट गंभीरता का कैंसर
- ✓ तीव्र मायोकार्डियल रोधगलन
- ✓ कोरोनरी धमनी की सर्जरी
- ✓ हृदय के वाल्व को बदलना
- ✓ निर्दिष्ट गंभीरता वाला कोमा
- ✓ गुर्दे की विफलता
- ✓ स्थायी लक्षणों में बदलने वाला स्ट्रोक
- ✓ प्रमुख अंग/अस्थि मज्जा प्रत्यारोपण

- ✓ मल्टीपल स्कलेरोसिस
- ✓ मोटर न्यूरॉन की बीमारी
- ✓ अंगों का स्थायी पक्षाघात
- ✓ बड़ी दुर्घटनाओं के कारण स्थायी विकलांगता

गंभीर बीमारियों की सूची स्थिर नहीं है और बढ़ती रहती है। कुछ अंतरराष्ट्रीय बाजारों में बीमा कंपनियां बीमारियों को 'कोर' और 'अतिरिक्त' में वर्गीकृत करती हैं जहां अल्जाइमर रोग जैसी बीमारियों को भी कवर किया जाता है। कभी-कभी 'लाइलाज बीमारी' को भी कवरेज के लिए शामिल किया जाता है, हालांकि प्रीमियम निस्संदेह बहुत अधिक होता है।

छ) जहां अधिकांश गंभीर बीमारी पॉलिसियां बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि के भुगतान का प्रावधान करती हैं, कुछ ऐसी पॉलिसियां भी हैं जो केवल खर्चों की प्रतिपूर्ति के रूप में अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का कवर प्रदान करती हैं। कुछ उत्पाद दोनों कवरों का संयोजन यानी अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के लिए क्षतिपूर्ति और पॉलिसी में नामित प्रमुख बीमारियों का पता चलने पर एकमुश्त भुगतान प्रदान करते हैं।

ज) गंभीर बीमारी पॉलिसियां आम तौर पर 21 वर्ष से लेकर 65 वर्ष तक के आयु वर्ग के व्यक्तियों के लिए उपलब्ध होती हैं।

झ) इन पॉलिसियों के तहत प्रस्तावित बीमा राशि बहुत अधिक होती है क्योंकि इस तरह की पॉलिसी का प्राथमिक कारण ऐसी बीमारियों के साथ जुड़ी दीर्घकालिक देखभाल के वित्तीय बोझ के लिए प्रावधान करना होगा।

ट) इन पॉलिसियों के तहत एक गंभीर बीमारी का पता चलने पर आम तौर पर बीमा राशि का 100% भुगतान किया जाता है। कुछ मामलों में मुआवजा बीमा राशि के 25% से 100% तक भिन्न होता है जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों तथा बीमारी की गंभीरता पर निर्भर करता है।

ठ) सभी गंभीर बीमारी पॉलिसियों में देखी जाने वाली एक मानक शर्त किसी भी लाभ के पॉलिसी के तहत देय होने के लिए पॉलिसी की शुरुआत से 90 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और बीमारी का पता चलने के बाद 30 दिनों का उत्तरजीविता क्लॉज है। इस लाभ के रूप में शामिल किए गए उत्तरजीविता क्लॉज के साथ "मृत्यु लाभ" का भ्रम नहीं होना चाहिए बल्कि इसे "उत्तरजीविता (जीवित होने का) लाभ" के रूप में अधिक स्पष्ट किया गया है यानी एक गंभीर बीमारी के बाद आने वाली कठिनाइयों को दूर करने के लिए दिया गया लाभ।

ड) गंभीर बीमारी पॉलिसी लेने के इच्छुक लोगों, विशेष रूप से 45 वर्ष से अधिक की उम्र के लोगों के लिए कठोर चिकित्सा जांच की प्रक्रिया से गुजरना आवश्यक होता है। मानक अपवर्जन स्वास्थ्य बीमा

उत्पादों में पाए जाने वाले अपवर्जनों के काफी समान होते हैं, चिकित्सा सलाह मांगने या पालन करने में विफलता या प्रतीक्षा अवधि को चकमा देने के क्रम में चिकित्सा उपचार में देरी करने को भी विशेष रूप से अलग किया गया है।

ढ) बीमा कंपनी पॉलिसी में कवर की गयी किसी भी एक या एक से अधिक बीमारी के लिए बीमाधारक को केवल एक बार मुआवजा दे सकती है या एकाधिक भुगतान प्रदान कर सकती है लेकिन एक निश्चित सीमित संख्या तक। किसी भी बीमित व्यक्ति के संबंध में पॉलिसी के तहत एक बार मुआवजे का भुगतान कर दिए जाने पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है।

त) गंभीर बीमारी पॉलिसी समूहों को विशेष रूप से कंपनियों को भी प्रदान की जाती है जो अपने कर्मचारियों के लिए पॉलिसियां लेते हैं।

ज. दीर्घकालिक देखभाल बीमा

आज जीवन प्रत्याशा बढ़ने के साथ दुनिया भर में बुजुर्ग लोगों की आबादी बढ़ रही है। एक बुजुर्ग होती आबादी के कारण दुनिया भर में दीर्घकालिक देखभाल बीमा का महत्व भी बढ़ता जा रहा है। बुजुर्ग लोगों को और इसके अलावा किसी भी प्रकार की विकलांगता से पीड़ित लोगों को लंबे समय तक देखभाल की आवश्यकता होती है। लंबे समय तक देखभाल का मतलब है ऐसे लोगों के लिए लगातार व्यक्तिगत या नर्सिंग संबंधी देखभाल के सभी रूप, जो सहायता की एक डिग्री के बिना अपना देखभाल कर पाने में असमर्थ हैं और जिनका स्वास्थ्य भविष्य में बेहतर नहीं होने वाला है।

दीर्घकालिक देखभाल के लिए दो प्रकार की योजनाएं उपलब्ध हैं:

क) पूर्व-वित्तपोषित योजनाएं जो स्वस्थ बीमाधारक द्वारा अपने भविष्य के चिकित्सा खर्चों का ध्यान रखने के लिए खरीदी जाती हैं और

ख) तत्काल जरूरत की योजनाएं जो एकमुश्त प्रीमियम के द्वारा खरीदी जाती हैं जब बीमाधारक को लंबे समय तक देखभाल की आवश्यकता होती है।

विकलांगता की गंभीरता (और अपेक्षित उत्तरजीविता की अवधि) लाभ की मात्रा को निर्धारित करती है। दीर्घकालिक देखभाल के उत्पाद भारतीय बाजार में अभी तक विकसित नहीं हुए हैं।

भविष्य आरोग्य पॉलिसी

पहली पूर्व-वित्तपोषित बीमा योजना सार्वजनिक क्षेत्र की चार साधारण बीमा कंपनियों द्वारा बेची जाने वाली भविष्य आरोग्य पॉलिसी थी। वर्ष 1990 में शुरू की गयी यह पॉलिसी मूलतः एक बीमित व्यक्ति की सेवानिवृत्ति के बाद उसकी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी आवश्यकताओं का ध्यान रखने के लिए है। यह एक जीवन बीमा पॉलिसी लेने के समान है सिवाय इसके कि यह मृत्यु के बजाय भविष्य के चिकित्सा खर्चों को कवर करती है।

क) आस्थगित मेडिक्लेम

यह पॉलिसी एक प्रकार की आस्थगित या भविष्य मेडिक्लेम पॉलिसी है और मेडिक्लेम पॉलिसी के समान कवर प्रदान करती है। प्रस्तावक 25 वर्ष और 55 वर्ष की उम्र के बीच किसी भी समय योजना में शामिल हो सकता है।

ख) सेवानिवृत्ति की उम्र

वह एक शर्त के साथ 55 और 60 वर्ष के बीच एक सेवानिवृत्ति की उम्र का चयन कर सकता है कि प्रवेश की उम्र और चुनी गयी सेवानिवृत्ति की उम्र के बीच 4 वर्षों का एक स्पष्ट अंतराल होना चाहिए। पॉलिसी सेवानिवृत्ति उम्र का मतलब प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करते समय बीमित व्यक्ति द्वारा चयनित और पॉलिसी के तहत लाभ शुरू करने के उद्देश्य से अनुसूची में निर्दिष्ट उम्र है। इस उम्र को आगे नहीं बढ़ाया जा सकता है।

ग) सेवानिवृत्ति से पहले की अवधि

सेवानिवृत्ति से पहले की अवधि का मतलब प्रस्ताव स्वीकृत करने की तिथि से शुरू करते हुए अनुसूची में विनिर्दिष्ट पॉलिसी सेवानिवृत्ति उम्र के साथ समाप्त होने वाली अवधि है। इस अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति लागू होने के अनुसार किस्त/एकल प्रीमियम राशि का भुगतान करेगा। बीमित व्यक्ति के पास एक एकमुश्त प्रीमियम या किश्तों में भुगतान करने का विकल्प है।

घ) निकासी

अगर बीमित व्यक्ति चुनी गयी सेवानिवृत्ति की उम्र से पहले या सेवानिवृत्ति की उम्र के बाद मर जाता है या योजना से बाहर निकलना चाहता है तो प्रीमियम की उचित वापसी की अनुमति होगी जो पॉलिसी के तहत कोई दावा उत्पन्न नहीं होने के अधीन है। नवीनीकरण में देरी के लिए संतोषजनक कारण होने की स्थिति में प्रीमियम भुगतान के लिए 7 दिनों की अनुग्रह अवधि का प्रावधान है।

च) समनुदेशन

यह योजना समनुदेशन का प्रावधान करती है।

छ) अपवर्जन

पॉलिसी में पहले से मौजूद बीमारियों का अपवर्जन, 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और निर्दिष्ट रोगों के लिए पहले वर्ष का अपवर्जन नहीं है जैसा कि मेडिकलेम में होता है। चूंकि यह एक भविष्य की मेडिकलेम पॉलिसी है, यह काफी तर्कसंगत है।

ज) समूह बीमा भिन्न रूप

पॉलिसी का लाभ समूह आधार पर भी उठाया जा सकता है जिस मामले में समूह छूट की सुविधा उपलब्ध है।

झ) कॉम्बी उत्पाद

कभी-कभी जीवन बीमा से संबंधित उत्पादों को स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के साथ जोड़ दिया जाता है। यह दो बीमा कंपनियों के एक साथ आने और एक समझदारी विकसित करने के माध्यम से एक पैकेज की तरह अधिक से अधिक उत्पादों को बढ़ावा देने का एक अच्छा तरीका है।

इस प्रकार स्वास्थ्य प्लस जीवन कॉम्बी उत्पादों का मतलब है ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी के एक जीवन बीमा कवर और गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित एक स्वास्थ्य बीमा कवर का संयोजन प्रदान करते हैं।

इन उत्पादों को दो बीमा कंपनियों द्वारा संयुक्त रूप से डिजाइन किया जाता है और दोनों बीमा कंपनियों के वितरण चैनलों के माध्यम से बेचा जाता है। हालांकि, दावों को संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा नियंत्रित किया जाता है जो इस बात पर निर्भर करता है कि पॉलिसी का कौन सा खंड प्रभावित होता है।

ट. पैकेज पॉलिसियां

पैकेज या छाता कवर एक ही दस्तावेज के अंतर्गत कवरों का एक संयोजन है।

उदाहरण के लिए, व्यवसाय के अन्य वर्गों में परिवार की पॉलिसी, दुकानदार की पॉलिसी, कार्यालय पैकेज पॉलिसी आदि जैसे कवर होते हैं जो एक पॉलिसी के अंतर्गत भवन, सामग्री आदि जैसी विभिन्न भौतिक संपत्तियों को कवर करना चाहते हैं। इस तरह की पॉलिसियों में कुछ व्यक्तिगत लाइनों या देयता कवरों को भी शामिल किया जा सकता है।

स्वास्थ्य बीमा में पैकेज पॉलिसी के उदाहरणों में गंभीर बीमारी कवर लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना और यहां तक कि जीवन बीमा पॉलिसियों और अस्पताल दैनिक नकद लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना भी शामिल है।

यात्रा बीमा के मामले में प्रस्तावित पॉलिसी भी एक पैकेज पॉलिसी है जिसमें न केवल स्वास्थ्य बीमा को बल्कि दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता लाभों के साथ-साथ बीमारी/दुर्घटना के कारण चिकित्सा खर्चों, जांच किए गए सामानों के नुकसान या पहुंचने में देरी, संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तृतीय पक्ष की देयता, यात्रा रद्द होना और यहां तक कि अपहरण कवर को भी शामिल किया जाता है।

ठ. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा

माइक्रो-बीमा उत्पादों को विशेष रूप से ग्रामीण और अनौपचारिक क्षेत्रों के निम्न आय वर्ग के लोगों की सुरक्षा के उद्देश्य से डिजाइन किया गया है। निम्न आय वर्ग के लोग हमारी आबादी का एक बड़ा हिस्सा होते हैं और इनके पास आम तौर पर कोई स्वास्थ्य सुरक्षा कवर नहीं होता है। इसलिए, एक किफायती प्रीमियम और लाभ पैकेज के साथ यह कम मूल्य का उत्पाद इन लोगों को सामान्य जोखिमों का सामना करने और इनसे उबरने में सहायता करने के लिए लाया गया है। माइक्रो बीमा आईआरडीए माइक्रो बीमा विनियम, 2005 द्वारा नियंत्रित होता है।

ये उत्पाद एक छोटे से प्रीमियम के साथ आते हैं और आम तौर पर बीमा राशि 30,000 रुपए से कम होती है जो आईआरडीए सूक्ष्म बीमा विनियम, 2005 के अनुसार आवश्यक है। इस तरह के कवर अधिकांशतः विभिन्न सामुदायिक संगठनों या गैर-सरकारी संगठनों (एनजीओ) द्वारा अपने सदस्यों के लिए एक सामूहिक आधार पर लिए जाते हैं। आईआरडीए के ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र के दायित्वों के अनुसार भी बीमा कंपनियों द्वारा अपनी पॉलिसियों के एक निर्धारित अनुपात को माइक्रो-बीमा उत्पादों के रूप में बेचा जाना आवश्यक है ताकि बीमा की व्यापक पहुंच सक्षम की जा सके।

समाज के गरीब वर्गों की जरूरतों को पूरा करने के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों द्वारा विशेष रूप से बनाई गई दो पॉलिसियां नीचे वर्णित हैं:

1. जन आरोग्य बीमा पॉलिसी

जन आरोग्य बीमा पॉलिसी की विशेषताएं इस प्रकार हैं:

क. यह पॉलिसी समाज के गरीब वर्गों को किफायती चिकित्सा बीमा उपलब्ध कराने के लिए बनायी गयी है।

ख. कवरेज व्यक्तिगत मेडिकलेम पॉलिसी की तर्ज पर उपलब्ध है सिवाय इसके कि इसमें संचयी बोनस और चिकित्सा जांच के लाभों को शामिल नहीं किया गया है।

ग. यह पॉलिसी व्यक्तियों और परिवार के सदस्यों के लिए उपलब्ध है।

घ. आयु सीमा में पांच वर्ष से 70 वर्ष तक है।

च. तीन महीने और पांच वर्ष की उम्र के बीच के बच्चों को कवर किया जा सकता है बशर्ते कि माता-पिता में से एक या दोनों को साथ-साथ कवर किया गया हो।

छ. बीमा राशि प्रति बीमित व्यक्ति 5,000 रुपए तक सीमित है और देय प्रीमियम निम्न तालिका के अनुसार है।

तालिका 2.1

बीमित व्यक्ति की उम्र	46 वर्ष तक	46-55	56-65	66-70
परिवार के मुखिया	70	100	120	140
पति/पत्नी	70	100	120	140
25 वर्ष की उम्र तक का आश्रित बच्चा	50	50	50	50
2+1 आश्रित बच्चे के परिवार के लिए	190	250	290	330
2+2 आश्रित बच्चों के परिवार के लिए	240	300	340	380

- प्रीमियम आय कर अधिनियम की धारा 80डी के तहत कर लाभ के योग्य है।
- पॉलिसी के लिए सेवा कर लागू नहीं है।

2. सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना (यूएचआईएस)

यह पॉलिसी 100 या उससे अधिक परिवारों के समूहों के लिए उपलब्ध है। हाल के दिनों में अलग-अलग यूएचआईएस पॉलिसियां भी जनता के लिए उपलब्ध करायी गयी थीं।

लाभ

सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभों की सूची इस प्रकार है:

- चिकित्सा प्रतिपूर्ति

यह पॉलिसी निम्नलिखित उप-सीमाओं के अधीन एक व्यक्ति/परिवार के लिए 30,000 रुपए तक के अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की प्रतिपूर्ति प्रदान करती है।

तालिका 2.2

विवरण	सीमा
कमरे, बोर्डिंग के खर्चे	150/- रुपए प्रति दिन तक
आईसीयू में भर्ती होने पर	300/- रुपए प्रति दिन तक
सर्जन, एनेस्थेसिस्ट, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस, नर्सिंग के खर्चे	प्रति बीमारी/चोट 4,500/- रुपए तक

एनेस्थीसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ओ.टी. शुल्क, दवाएं, नैदानिक सामग्री और एक्स-रे, डायलिसिस, रेडियोथेरेपी, कीमोथेरेपी, पेसमेकर की लागत, कृत्रिम अंग, आदि	प्रति बीमारी/चोट 4,500/- रुपए तक
किसी भी एक बीमारी के लिए किए गए कुल खर्च	15,000 रुपए तक

- **व्यक्तिगत दुर्घटना कवर**

दुर्घटना के कारण परिवार के प्रमुख कमाऊ व्यक्ति (अनुसूची में नामित के अनुसार) की मृत्यु के लिए कवरेज: 25,000/- रुपए

- **विकलांगता कवर**

अगर किसी दुर्घटना/बीमारी की वजह से परिवार के प्रमुख कमाऊ व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती कराया जाता है तो तीन दिन की प्रतीक्षा अवधि के बाद, अधिकतम 15 दिनों तक अस्पताल में भर्ती होने के प्रति दिन के लिए 50/- रुपए का मुआवजा भुगतान किया जाएगा।

- **प्रीमियम**

तालिका 2.3

तत्व	प्रीमियम
एक व्यक्ति के लिए	365/- रु. प्रति वर्ष
पांच व्यक्ति तक के एक परिवार के लिए (पहले तीन बच्चे सहित)	548/- रु. प्रति वर्ष
सात व्यक्ति तक के एक परिवार के लिए (पहले तीन बच्चों और आश्रित माता-पिता सहित)	730/- रु. प्रति वर्ष
बीपीएल परिवारों के लिए प्रीमियम सब्सिडी	गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों के लिए सरकार एक प्रीमियम सब्सिडी प्रदान करेगी

ड. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

सरकार ने विभिन्न स्वास्थ्य योजनाएं भी शुरू की हैं, इनमें से कुछ विशेष राज्यों के लिए लागू होती हैं। आम जनता तक स्वास्थ्य लाभों की पहुंच का विस्तार करने के लिए बीमा कंपनियों के साथ मिल कर राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की गई है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) श्रम एवं

रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा शुरू की गई है जो गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) के परिवारों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना की विशेषताएं इस प्रकार हैं:

क. एक फैमिली फ्लोटर आधार पर 30,000 रुपए प्रति बीपीएल परिवार की कुल बीमा राशि।

ख. पहले से मौजूद बीमारियों को कवर किया जाएगा।

ग. अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं का कवरेज और शल्य चिकित्सा प्रकृति की सेवाएं जो एक दैनिक देखभाल के आधार पर प्रदान की जा सकती हैं।

घ. सभी पात्र स्वास्थ्य सेवाओं का नगदी रहित कवरेज।

च. स्मार्ट कार्ड का प्रावधान।

छ. अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों का प्रावधान।

ज. 100/- रुपए प्रति विजिट का परिवहन भत्ता।

झ. केन्द्र और राज्य सरकार बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान करती है।

ट. बीमा कंपनियों का चयन राज्य सरकार द्वारा एक प्रतिस्पर्धी बोली के आधार पर किया जाता है।

ठ. लाभार्थी के लिए सार्वजनिक और निजी अस्पतालों के बीच विकल्प।

ड. प्रीमियम का भार 3:1 के अनुपात में केन्द्र और राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाएगा। केन्द्र सरकार 565/- रुपए प्रति परिवार की अधिकतम राशि का योगदान करेगी।

ढ. राज्य सरकारों द्वारा अंशदान: वार्षिक प्रीमियम का 25 प्रतिशत और 750 रुपए से अधिक कोई भी अतिरिक्त प्रीमियम।

त. लाभार्थी पंजीकरण शुल्क/नवीनीकरण शुल्क के रूप में 30/- रुपए प्रति वर्ष का भुगतान करेगा।

थ. प्रशासनिक लागत को राज्य सरकार द्वारा वहन किया जाएगा।

द. स्मार्ट कार्ड की लागत - 60/- प्रति लाभार्थी की अतिरिक्त राशि इस प्रयोजन के लिए उपलब्ध होगी।

ध. यह योजना स्मार्ट कार्ड जारी करने की तारीख से अगले महीने के बाद पहले महीने से काम करना शुरू करेगी। इस प्रकार, अगर प्रारंभिक स्मार्ट कार्ड एक विशेष जिले में फरवरी महीने के दौरान कभी भी जारी किए जाते हैं तो योजना 1 अप्रैल से शुरू होगी।

प. योजना अगले वर्ष के 31 मार्च तक एक वर्ष के लिए प्रभावी रहेगी। यह उस विशेष जिले में इस योजना की अंतिम तिथि होगी। इस प्रकार, बीच की अवधि के दौरान जारी किए गए कार्ड में भी समाप्ति की तिथि अगले वर्ष के 31 मार्च को होगी।

दावों का निपटान अनुसूची में वर्णित टीपीए की के माध्यम से या बीमा कंपनी द्वारा किया जाएगा। निपटान सूचीबद्ध अस्पतालों के माध्यम से जहां तक संभव हो नगदी रहित किया जाएगा।

किसी भी एक बीमारी का मतलब बीमारी की निरंतर अवधि माना जाएगा और इसमें अंतिम बार अस्पताल में परामर्श करने की तारीख से 60 दिनों के भीतर पुनरावृत्ति शामिल है।

ढ. व्यक्तिगत दुर्घटना और विकलांगता कवर

एक व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) कवर अप्रत्याशित दुर्घटना की स्थिति में मृत्यु और विकलांगता की वजह से मुआवजा प्रदान करता है। इस तरह की पॉलिसियां अक्सर दुर्घटना लाभ के साथ-साथ किसी न किसी प्रकार का चिकित्सा कवर प्रदान करती हैं।

एक पीए पॉलिसी में, जहां बीमा राशि के 100% का मृत्यु लाभ भुगतान किया जाता है, विकलांगता की स्थिति में मुआवजा स्थायी विकलांगता के मामले में बीमा राशि के एक निश्चित प्रतिशत से लेकर अस्थायी विकलांगता के लिए साप्ताहिक मुआवजे तक भिन्न होता है।

साप्ताहिक मुआवजे का मतलब प्रति सप्ताह की विकलांगता के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करना है जो उन सप्ताहों की संख्या के संदर्भ में एक अधिकतम सीमा के अधीन है जिनके लिए मुआवजा देय होगा।

1. विकलांगता कवर के प्रकार

पॉलिसी के तहत आम तौर पर कवर की जाने वाली विकलांगता के प्रकार हैं:

- i. **स्थायी पूर्ण विकलांगता (पीटीडी):** इसका मतलब है जीवन भर के लिए पूरी तरह अक्षम हो जाना अर्थात सभी चार अंगों का पक्षाघात, कोमा की स्थिति, दोनों आंखों / दोनों हाथों / दोनों पैरों या एक हाथ और एक आंख या एक आंख और एक पैर या एक हाथ और एक पैर का नुकसान,
- ii. **स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी):** इसका मतलब है जीवन भर के लिए आंशिक रूप से अक्षम होना अर्थात हाथ की उंगलियों, पैर की उंगलियों, पंजों आदि का नुकसान,
- iii. **अस्थायी पूर्ण विकलांगता (टीटीडी):** इसका मतलब है एक अस्थायी समय अवधि के लिए पूरी तरह से अक्षम हो जाना। कवर का यह खंड विकलांगता की अवधि के दौरान आय के नुकसान को कवर करने के लिए है।

ग्राहक के पास केवल मृत्यु कवर या मृत्यु के साथ स्थायी विकलांगता या मृत्यु के साथ स्थायी विकलांगता और इसके अलावा अस्थायी कुल विकलांगता को चुनने का विकल्प होता है।

2. बीमा राशि

पीए पॉलिसियों के लिए बीमा राशि आम तौर पर सकल मासिक आय के आधार पर तय की जाती है। आम तौर पर यह कुल मासिक आय का 60 गुना होता है। हालांकि, कुछ बीमा कंपनियां आय के स्तर पर विचार किए बिना निश्चित योजना के आधार पर भी प्रदान करती हैं। इस तरह की पॉलिसियों में कवर के प्रत्येक खंड के लिए बीमा राशि चुनी गयी योजना के अनुसार बदलती रहती है।

3. लाभ योजना

एक लाभ योजना होने के नाते पीए पॉलिसियों में योगदान नहीं होता है। इस प्रकार, अगर किसी व्यक्ति के पास अलग-अलग बीमा कंपनियों के साथ एक से अधिक पॉलिसी उपलब्ध है तो दुर्घटना में मृत्यु, पीटीडी या पीपीडी की स्थिति में, सभी पॉलिसियों के अंतर्गत दावों का भुगतान किया जाएगा।

4. कवर का दायरा

इन पॉलिसियों को अक्सर चिकित्सा खर्चों को कवर करने के लिए बढ़ाया जाता है जो दुर्घटना के बाद अस्पताल में भर्ती होने संबंधी और अन्य चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति करता है। आज हमारे पास ऐसी स्वास्थ्य पॉलिसियां हैं जिन्हें एक दुर्घटना के परिणाम स्वरूप चिकित्सा/अस्पताल में भर्ती होने संबंधी खर्चों को कवर करने के लिए जारी किया जाता है। इस तरह की पॉलिसियां बीमारियों और उनके

इलाज को कवर नहीं करती है, इसके बजाय केवल दुर्घटना से संबंधित चिकित्सा खर्चों को कवर करती हैं।

5. मूल्य वर्द्धित लाभ

व्यक्तिगत दुर्घटना के साथ-साथ कई बीमा कंपनियां मूल्य वर्द्धित लाभ भी उपलब्ध कराती हैं जैसे दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में अस्पताल में नगदी, पार्थिव शरीर के परिवहन की लागत, एक निश्चित राशि के लिए शिक्षा लाभ और वास्तविक या निश्चित सीमा के आधार पर एम्बुलेंस शुल्क, जो भी कम हो।

6. अपवर्जन

व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के तहत सामान्य अपवर्जन इस प्रकार हैं:

- i. पॉलिसी शुरू होने से पहले कोई भी मौजूदा विकलांगता
- ii. मानसिक विकारों या किसी भी बीमारी के कारण मौत या विकलांगता
- iii. प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से यौन रोग, यौन संचारित रोगों, एड्स या पागलपन के कारण
- iv. विकिरण, संक्रमण, विषाक्तता की वजह से मौत या विकलांगता, सिवाय उन मामलों के जहां ये एक दुर्घटना के कारण होते हैं।
- v. बीमाधारक व्यक्ति या उसके परिवार के किसी भी सदस्य द्वारा आपराधिक इरादे से कानून के किसी भी उल्लंघन के कारण या इसके परिणाम स्वरूप कोई भी चोट।
- vi. युद्ध, आक्रमण, विदेशी शत्रु के कृत्य, शत्रुता (चाहे युद्ध घोषित किया गया हो या नहीं), गृह युद्ध, विद्रोह, क्रांति, बलवा, बगावत, सैन्य या अधिकार हरण, जब्ती, कब्जा, गिरफ्तारी, बाध्यता और कारावास के कारण या इनसे प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से जुड़े होने के कारण किसी भी दुर्घटना संबंधी चोट की वजह से मृत्यु या विकलांगता या चोट।
- vii. अगर बीमित व्यक्ति किसी भी गैर-इरादतन हत्या यानी मर्डर का शिकार हुआ है। हालांकि, अधिकांश पॉलिसियों में ऐसी हत्या के मामले में जहां बीमाधारक स्वयं आपराधिक गतिविधियों में शामिल नहीं है, इसे एक दुर्घटना के रूप में देखा जाता है और पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है।

viii. मृत्यु/विकलांगता/अस्पताल में भर्ती होना जो बच्चे के जन्म से या गर्भावस्था से या उसके परिणाम स्वरूप, प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से, इसके कारण, इसके योगदान से या इसके द्वारा बढ़ाया गया या लंबे समय तक चलाया गया है।

ix. जब बीमाधारक/बीमित व्यक्ति एक पेशेवर के रूप में किसी भी खेल में भाग या प्रशिक्षण ले रहा है, चाहे शांति या युद्ध में, किसी भी देश की सेना या सशस्त्र बलों की किसी भी शाखा में सेवारत है।

x. जानबूझ कर खुद को चोट पहुंचाना, आत्महत्या या आत्महत्या का प्रयास (चाहे होशोहवास में या मानसिक विक्षिप्तता में)

xi. मादक द्रव्यों या नशीली दवाओं और शराब का दुरुपयोग

xii. दुनिया में कहीं भी किसी विधिवत लाइसेंसधारी मानक प्रकार के विमान में एक यात्री (किराया देकर या अन्यथा) के रूप में बैठने के अलावा, किसी भी विमान या गुब्बारे में चढ़ते समय या इससे उतरते समय या इसमें यात्रा करते समय, विमान या गुब्बारा उड़ाने में शामिल होना।

कुछ पॉलिसियों में एक वैध ड्राइविंग लाइसेंस के बिना कोई भी वाहन चलाने से उत्पन्न होने वाले नुकसान को भी बाहर रखा जाता है।

पीए पॉलिसियां व्यक्तियों, परिवार और समूहों को भी प्रदान की जाती हैं।

टूटी हुई हड्डी की पॉलिसी और दैनिक गतिविधियों के नुकसान के लिए मुआवजा

यह एक विशिष्ट पीए पॉलिसी है। यह पॉलिसी सूचीबद्ध टूट-फूट के विरुद्ध कवर प्रदान करने के लिए बनायी गयी है।

i. दावे के समय निश्चित लाभ या प्रत्येक टूट-फूट के विरुद्ध वर्णित बीमा राशि के प्रतिशत का भुगतान किया जाता है।

ii लाभ की मात्रा कवर की गयी हड्डी के प्रकार और टूट-फूट की प्रकृति पर निर्भर करती है।

iii. आगे स्पष्ट करते हुए, सरल टूट-फूट की तुलना में संयुक्त टूट-फूट के मामले में अधिक प्रतिशत लाभ प्राप्त होगा। फिर, फीमर हड्डी (जांघ की हड्डी) के लिए लाभ का प्रतिशत उंगली की हड्डी के लाभ के प्रतिशत की तुलना में अधिक होगा।

iv. यह पॉलिसी दैनिक गतिविधियों अर्थात् खान-पान, शौच, पहनावा, आत्मसंयम (मल या मूत्र को रोकने की क्षमता) या गतिहीनता के नुकसान के लिए पॉलिसी में परिभाषित निश्चित लाभ को भी कवर करती है ताकि बीमाधारक अपने जीवन के रखरखाव से जुड़ी लागत का ध्यान रख सके।

v. इसके अलावा इसमें अस्पताल में नगदी लाभ और दुर्घटना में मृत्यु के कवर को भी शामिल किया गया है। अलग-अलग बीमा राशि और लाभ के भुगतान के साथ विभिन्न योजनाएं उपलब्ध हैं।

त. विदेश यात्रा बीमा

1. पॉलिसी की आवश्यकता

व्यवसाय, अवकाश या पढ़ाई के लिए भारत के बाहर यात्रा करने वाला एक भारतीय नागरिक विदेश में अपने प्रवास के दौरान दुर्घटना, चोट और बीमारी के जोखिम के दायरे में होता है। चिकित्सा देखभाल की लागत, विशेष रूप से संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में बहुत अधिक है, और अगर इन देशों की यात्रा करने वाले व्यक्ति को किसी दुर्भाग्यपूर्ण घटना/बीमारी का सामना करना पड़ता है तो यह उसके लिए एक बड़ी वित्तीय समस्या का कारण बन सकता है। ऐसी दुर्भाग्यपूर्ण घटनाओं से बचने के लिए यात्रा पॉलिसियां या विदेशी स्वास्थ्य और दुर्घटना पॉलिसियां उपलब्ध हैं।

2. कवरेज का दायरा

इस तरह की पॉलिसियां मुख्य रूप से दुर्घटना और बीमारी लाभों के लिए होती हैं, लेकिन बाजार में उपलब्ध अधिकांश उत्पाद कई कवरों को एक उत्पाद में पैकेज बना कर प्रस्तुत करते हैं। उपलब्ध कवर इस प्रकार हैं:

- i. दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता
- ii. बीमारी/दुर्घटना के कारण चिकित्सा व्यय
- iii. जांच किए गए सामानों का नुकसान
- iv. जांच किए गए सामानों के पहुंचने में देरी
- v. पासपोर्ट और दस्तावेज गुम हो जाना
- vi. संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तृतीय पक्ष की देयता
- vii. यात्राएं रद्द होना
- viii. अपहरण कवर

3. योजनाओं के प्रकार

व्यवसाय और अवकाश योजनाएं, अध्ययन की योजनाएं और रोजगार योजनाएं लोकप्रिय पॉलिसियां हैं।

4. कौन पॉलिसी ले सकता है

व्यापार, अवकाश या पढ़ाई के लिए विदेश यात्रा करने वाला एक भारतीय नागरिक इस पॉलिसी का लाभ उठा सकता है। भारतीय नियोक्ताओं के विदेश में ठेके पर भेजे गए कर्मचारियों को भी कवर किया जा सकता है।

5. बीमा राशि और प्रीमियम

कवर अमेरिकी डॉलर में प्रदान किया जाता है और आम तौर पर 100,000 अमेरिकी डॉलर से 500,000 अमेरिकी डॉलर तक भिन्न होता है। चिकित्सा खर्च, निकासी, स्वदेश वापसी को कवर करने वाले खंड के लिए जो मुख्य खंड है। देयता कवर को छोड़ कर अन्य खंडों के लिए बीमा राशि कम होती है। प्रीमियम भारतीय रूप में भुगतान किया जा सकता है, सिवाय रोजगार योजना के मामले के जहां प्रीमियम डॉलर में भुगतान करना होता है। योजनाएं आम तौर पर दो प्रकार की होती हैं:

- ✓ अमेरिका/कनाडा को छोड़कर विश्व-व्यापी
- ✓ अमेरिका/कनाडा सहित विश्व-व्यापी

कुछ उत्पाद केवल एशियाई देशों, केवल शेंगेन देशों आदि में कवर उपलब्ध कराते हैं।

1. कॉर्पोरेट नियमित यात्री योजना

यह एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके द्वारा एक कॉर्पोरेट/नियोक्ता अपने उन अधिकारियों के लिए व्यक्तिगत पॉलिसियां लेता है जिनको अक्सर भारत के बाहर यात्राएं करनी होती हैं। यह कवर एक वर्ष में कई बार विदेश के लिए उड़ान भरने वाले व्यक्तियों द्वारा भी लिया जा सकता है। प्रत्येक यात्रा की अधिकतम अवधि और एक वर्ष में यात्राओं का लाभ उठाने की अधिकतम संख्या पर सीमाएं निर्धारित हैं।

आज एक तेजी से लोकप्रिय हो रहा कवर एक वार्षिक घोषणा पॉलिसी है जिसमें किसी कंपनी के कर्मचारियों द्वारा एक वर्ष में यात्रा के अनुमानित व्यक्तिगत दिनों के आधार पर एक अग्रिम प्रीमियम भुगतान किया जाता है।

घोषणाएं कर्मचारी के अनुसार यात्रा के दिनों की संख्या पर पाक्षिक/साप्ताहिक आधार पर की जाती हैं और प्रीमियम को अग्रिम के विरुद्ध समायोजित किया जाता है। पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान व्यक्तिगत दिनों की संख्या में वृद्धि के लिए भी प्रावधान किया गया है क्योंकि यह अतिरिक्त अग्रिम प्रीमियम भुगतान करने पर समाप्त हो जाता है।

उपरोक्त पॉलिसियां केवल व्यापार और अवकाश संबंधी यात्राओं के लिए प्रदान की जाती हैं।

ओएमपी के तहत सामान्य अपवर्जनों में पहले से मौजूद बीमारियां शामिल हैं। मौजूदा बीमारियों से ग्रस्त व्यक्ति विदेश में उपचार कराने के लिए कवर प्राप्त नहीं कर सकते हैं।

इन पॉलिसियों के तहत स्वास्थ्य संबंधी दावे पूरी तरह से नगदी रहित (कैशलेस) होते हैं जिसमें प्रत्येक बीमा कंपनी प्रमुख देशों में नेटवर्क वाले एक अंतरराष्ट्रीय सेवा प्रदाता के साथ गठजोड़ करती है जो विदेश में पॉलिसियों की सेवाएं प्रदान करते हैं।

थ. समूह स्वास्थ्य कवर

1. समूह पॉलिसियां

जैसा कि अध्याय में पहले समझाया गया है, समूह पॉलिसी एक समूह के मालिक द्वारा जो एक नियोक्ता हो सकता है, एक एसोसिएशन, एक बैंक के क्रेडिट कार्ड संभाग द्वारा ली जाती है जहां एक अकेली पॉलिसी व्यक्तियों के पूरे समूह को कवर करती है।

समूह पॉलिसियों की विशेषताएं - अस्पताल में भर्ती होने का लाभ कवर।

1. कवरेज का दायरा

समूह स्वास्थ्य बीमा का सबसे सामान्य रूप नियोक्ताओं द्वारा ली गई पॉलिसी है जिसमें कर्मचारियों और उनके परिवारों के साथ-साथ आश्रित पत्नी/पति, बच्चे और माता-पिता/ सास-ससुर को कवर किया जाता है।

2. अनुकूलित कवर

समूह पॉलिसियां अक्सर समूह की आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार कवर के रूप में होती हैं। इस प्रकार, समूह पॉलिसियों में समूह पॉलिसी के तहत कवर की जा रही व्यक्तिगत पॉलिसी के कई मानक अपवर्जन शामिल होंगे।

3. मातृत्व कवर

एक समूह पॉलिसीमें सबसे आम विस्तारों में से एक मातृत्व (प्रसूति) कवर है। इसे अब कुछ बीमा कंपनियों द्वारा व्यक्तिगत पॉलिसियों के तहत लेकिन दो से तीन वर्ष की प्रतीक्षा अवधि के साथ उपलब्ध कराया जा रहा है। एक समूह पॉलिसी में सामान्यतः केवल नौ महीने की प्रतीक्षा अवधि होती है और कुछ मामलों में इसे भी हटा दिया जाता है। मातृत्व कवर में बच्चे के प्रसव के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का प्रावधान किया जाता है और इसमें सी-सेक्शन डिलीवरी शामिल है। यह कवर आम तौर पर परिवार की समग्र बीमा राशि के भीतर 25,000 रुपए से 50,000 रुपए तक सीमित होता है।

4. बाल कवर

बच्चों को आम तौर पर केवल व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों में तीन महीने की उम्र से कवर किया जाता है। समूह पॉलिसियों में बच्चों को पहले दिन से ही कवरेज दिया जाता है, कभी-कभी यह मातृत्व कवर

की सीमा तक ही सीमित होता है और कभी-कभी परिवार की संपूर्ण बीमा राशि को शामिल करने तक बढ़ाया जाता है।

5. पहले से मौजूद बीमारियों का कवर, प्रतीक्षा अवधि की माफी

कई अपवर्जनों जैसे कि पहले से मौजूद बीमारी के अपवर्जन, तीस दिनों की प्रतीक्षा अवधि, दो वर्षों की प्रतीक्षा अवधि, जन्मजात बीमारियों को एक अनुकूलित समूह पॉलिसी में कवर किया जा सकता है।

6. प्रीमियम की गणना

एक समूह पॉलिसी के लिए वसूल किया जाने वाला प्रीमियम समूह के सदस्यों की उम्र प्रोफाइल, समूह के आकार और सबसे महत्वपूर्ण, समूह के दावों के अनुभव पर आधारित होता है। चूंकि प्रीमियम अनुभव के आधार पर वर्ष दर वर्ष बदलता रहता है, ऊपर वर्णित के अनुसार अतिरिक्त कवर मुक्त रूप से समूहों को प्रदान किए जाते हैं, क्योंकि भुगतान किए गए प्रीमियमों के भीतर अपने दावे का प्रबंधन करन समूह पॉलिसी धारक के हित में होता है।

7. गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूह

भारत में नियामक प्रावधान मुख्य रूप से एक समूह बीमा कवर लेने के प्रयोजन से समूहों के गठन पर सख्ती से रोक लगाते हैं। जब समूह पॉलिसियां नियोक्ताओं के अलावा अन्य को दी जाती हैं तो अपने सदस्यों के साथ समूह के मालिक के संबंध का निर्धारण करना महत्वपूर्ण हो जाता है।

उदाहरण

एक बैंक द्वारा अपने बचत बैंक खाता धारकों या क्रेडिट कार्ड धारकों के लिए पॉलिसी लिया जाना एक समरूप समूह का गठन करता है जिससे एक बड़ा समूह अपनी आवश्यकताओं के अनुरूप बनायी गयी अनुकूलित पॉलिसी का लाभ उठाने में सक्षम होता है।

यहां प्रत्येक व्यक्तिगत खाता धारक से एकत्र किया जाने वाला प्रीमियम काफी कम हो सकता है, लेकिन एक समूह के रूप में बीमा कंपनी को प्राप्त होने वाला प्रीमियम पर्याप्त होगा और बैंक एक उत्कृष्ट पॉलिसी के रूप में और बेहतर प्रीमियम दरों पर अपने ग्राहकों को एक मूल्य वर्द्धन प्रदान करता है।

8. मूल्य निर्धारण

समूह पॉलिसियों में, समूह के आकार के साथ-साथ समूह के दावों के अनुभव के आधार पर प्रीमियम पर छूट देने का प्रावधान होता है। समूह बीमा प्रतिकूल चयन के जोखिम को कम कर देता है क्योंकि

पूरे समूह को एक पॉलिसी में कवर किया जाता है और यह समूह धारक को बेहतर शर्तों के लिए सौदेबाजी करने में सक्षम बनाता है। हालांकि, हाल के वर्षों में इस क्षेत्र में उच्च नुकसान अनुपात देखा गया है जिसका प्राथमिक कारण प्रतिस्पर्धा की वजह से प्रीमियम का अवमूल्यन है। जहां इसके कारण कुछ मामलों में बीमा कंपनियों द्वारा प्रीमियम और कवर की समीक्षा की गयी है, यह घोषणा करना अभी भी मुश्किल है कि तब से स्थिति में सुधार आ गया है।

9. प्रीमियम भुगतान

प्रीमियम पूरी तरह से नियोक्ता या समूह के मालिक द्वारा भुगतान किया जाता है, लेकिन यह आम तौर पर कर्मचारियों या समूह के सदस्यों द्वारा एक अंशदान के आधार पर होता है। हालांकि यह बीमा कंपनी के साथ एक एकल अनुबंध है जहां नियोक्ता/समूह का मालिक प्रीमियम इकट्ठा करता है और सभी सदस्यों को कवर करते हुए प्रीमियम का भुगतान करता है।

10. ऐड-ऑन लाभ

अनुकूलित समूह पॉलिसियां दांतों की देखभाल, आंखों की देखभाल और स्वास्थ्य जांच की लागत जैसे कवर और कभी-कभी गंभीर बीमारियों का कवर भी अतिरिक्त प्रीमियमों पर या मानार्थ लाभों के रूप में प्रदान करती हैं।

नोट:

आईआरडीएआई ने समूह दुर्घटना और स्वास्थ्य कवर प्रदान करने के लिए शर्तें निर्धारित की हैं। यह व्यक्तियों को अवैध और ऐसे कमाने वाली समूह पॉलिसी योजनाओं में शामिल होने के लिए जालसाजों द्वारा गुमराह किए जाने से बचाता है।

हाल ही में शुरू की गयी सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं और सामूहिक उत्पादों को भी समूह स्वास्थ्य कवर के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है क्योंकि इन पॉलिसियों को सरकार द्वारा जनसंख्या के संपूर्ण वर्ग के लिए खरीदा जाता है।

परिभाषा

समूह की परिभाषा को निम्नानुसार संक्षेपित किया जा सकता है:

क) एक समूह में उद्देश्य की समानता वाले लोगों को शामिल किया जाना चाहिए और समूह के आयोजक के पास समूह के अधिकांश सदस्यों की ओर से बीमा की व्यवस्था करने का जनादेश होना चाहिए।

ख) किसी भी समूह का गठन बीमा का लाभ उठाने के मुख्य उद्देश्य के साथ नहीं किया जाना चाहिए।

ग) वसूल किए जाने वाले प्रीमियम और उपलब्ध लाभों का अलग-अलग सदस्यों को जारी की गयी समूह पॉलिसी में स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए।

घ) समूह छूट अलग-अलग सदस्यों को बढ़ा दिया जाना चाहिए और वसूल किया जाने वाला प्रीमियम बीमा कंपनी को देने वाले प्रीमियम से अधिक नहीं होना चाहिए।

2. कॉर्पोरेट बफर या फ्लोटर कवर

अधिकांश समूह पॉलिसियों में प्रत्येक परिवार को एक निर्धारित राशि के लिए कवर किया जाता है जो एक लाख रुपए से लेकर पांच लाख रुपए तक और कभी-कभी इससे अधिक भिन्न हो सकता है। ऐसी स्थितियां उत्पन्न होती हैं जहां परिवार की बीमा राशि, विशेष रूप से परिवार के किसी सदस्य की बड़ी बीमारी के मामले में समाप्त हो जाती है। ऐसी परिस्थितियों में बफर कवर राहत देता है जिससे परिवार की बीमा राशि के अतिरिक्त अतिरिक्त खर्च को इस बफर राशि से पूरा किया जाता है।

संक्षेप में, बफर कवर में दस लाख रुपए से लेकर एक करोड़ रुपए तक या इससे अधिक की अलग-अलग बीमा राशि होगी। परिवार की बीमा राशि समाप्त हो जाने पर बफर से राशि निकाली जाती है। हालांकि इस उपयोग आम तौर पर बड़ी बीमारी/गंभीर बीमारी के खर्चों तक सीमित है जहां एक बार अस्पताल में भर्ती होने से बीमा राशि समाप्त हो जाती है।

इस बफर से प्रत्येक सदस्य द्वारा उपयोग की जाने वाली राशि भी अक्सर मूल बीमा राशि तक सीमित होती है। इस तरह का बफर कवर मध्यम आकार की पॉलिसियों के लिए दिया जाना चाहिए और एक समझदार बीमालेखक कम बीमा राशि वाली पॉलिसियों के लिए यह कवर प्रदान नहीं करेगा।

द. विशेष उत्पाद स्वास्थ्य बचत खाता

यह उत्पाद निवेश लिंकड बचत की सुविधाओं को चिकित्सा कवर के साथ जोड़ता है। यह उत्पाद एक कटौती योग्य या महासंकटपूर्ण स्वास्थ्य योजना के साथ एक अनुपूरक कवर के रूप में कई देशों में लोकप्रिय है। स्वास्थ्य बचत खाता कम लागत वाली बीमारियों/आउट पेशेंट परामर्श के खर्चों को पूरा करने में मदद करता है।

स्वास्थ्य बचत खाते की कुछ मुख्य विशेषताएं इस प्रकार हैं:

क) यह एक व्यक्तिगत पेंशन खाते के समान एक कर मुक्त बचत खाता है लेकिन चिकित्सा खर्चों के लिए निर्धारित है। खाते में जमा राशियां खाता धारकों के लिए कर मुक्त होती हैं और नियमित चिकित्सा बिलों का भुगतान करने के लिए आसानी से निकाली जा सकती हैं।

ख) स्वास्थ्य बचत खाता (एचएसए) एक विशेष 'उच्च कटौती' स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के साथ मिलकर काम करता है जिसके परिणाम स्वरूप न्यूनतम संभव शुद्ध लागत पर व्यापक स्वास्थ्य बीमा कवरेज का प्रावधान किया जाता है।

ग) बीमा कंपनी बड़े चिकित्सा खर्चों (कटौती योग्य राशि के अतिरिक्त कवर किए गए खर्चों) के लिए भुगतान करती है जबकि एचएसए खाता धारक अपने एचएसए की कर-मुक्त राशि से 'छोटे' चिकित्सा खर्चों का भुगतान करता है। एचएसए में अप्रयुक्त शेष राशि को व्यक्तिगत सेवानिवृत्ति खातों की दिशा में संचित किया जा सकता है।

कुल प्रीमियम को जोखिम प्रीमियम और निवेश राशि में विभाजित किया जाता है। जहां जोखिम प्रीमियम को स्वास्थ्य बीमा कवरेज के लिए आवंटित किया जाता है, निवेश राशि को यूनिट लिंकड फंड में डाल दिया जाता है जिससे भविष्य की स्वास्थ्य संबंधी लागतों या जोखिम घटक में शामिल नहीं किए गए ओपीडी जैसे खर्चों के लिए भुगतान किया जा सकता है। ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने के भत्ते, गंभीर बीमारी लाभ जैसे अन्य लाभ भी प्रदान कर सकते हैं।

भारत में स्वास्थ्य बचत खाते की तर्ज पर गिने-चुने उत्पाद उपलब्ध हैं जो अधिकतर जीवन कवर के साथ या इसके बिना जीवन बीमा कंपनियों द्वारा बेचे जाते हैं।

1. बीमारी का कवर

हाल के वर्षों में कैंसर, मधुमेह जैसे बीमारी विशेष कवर अधिकांशतः जीवन बीमा कंपनियों द्वारा

भारतीय बाजार में शुरू किए गए हैं। यह कवर दीर्घकालिक - 5 वर्ष से 20 वर्ष तक के लिए होता है और इसमें एक वेलनेस लाभ - बीमा कंपनी द्वारा भुगतान किया जाने वाला एक नियमित स्वास्थ्य परीक्षण भी शामिल होता है। रक्त शर्करा, एलडीएल, रक्तचाप जैसे कारकों के बेहतर नियंत्रण के लिए पॉलिसी के दूसरे वर्ष से बाद से कम प्रीमियम के रूप में प्रोत्साहन भी दिया जाता है। दूसरी ओर, इनके खराब नियंत्रण पर अधिक प्रीमियम वसूल किया जा सकता है।

2. मधुमेह से पीड़ित व्यक्तियों को कवर करने के लिए बनाया गया उत्पाद

यह पॉलिसी 26 और 65 वर्ष के बीच की उम्र वाले व्यक्तियों द्वारा ली जा सकती है और 70 वर्ष की उम्र तक नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि का दायरा 50,000 रुपए से लेकर 5,00,000 रुपए तक होता है। कमरे के किराए पर सीमा लागू है। यह उत्पाद मधुमेह की अस्पताल में भर्ती करने योग्य समस्याओं जैसे मधुमेह संबंधी रेटिनोपैथी (आंख), गुर्दा, डायबेटिक फूट, गुर्दा प्रत्यारोपण के साथ-साथ दाता के खर्चों को कवर करने के लिए है।

स्व-परीक्षण 1

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में निर्धारित होती है, सबसे आम कवर अस्पताल में भर्ती होने के _____ के लिए होता है।

- I. पंद्रह दिन
- II. तीस दिन
- III. पैंतालीस दिन
- IV. साठ दिन

ध. स्वास्थ्य पॉलिसियों में प्रमुख क्लॉज

1. नेटवर्क प्रदाता

नेटवर्क प्रदाता का मतलब कोई अस्पताल/नर्सिंग होम/डेकेयर सेंटर है जो बीमाधारक मरीजों को नकदी रहित इलाज की सुविधा प्रदान करने के लिए किसी बीमा कंपनी/टीपीए से संबद्ध होता है। आम तौर पर बीमा कंपनियां/टीपीए प्रदाताओं के साथ शुल्क और फीस में पसंदीदा छूट देने की बात करते हुए बेहतर सेवा देने की गारंटी भी देती हैं। मरीज नेटवर्क प्रदाताओं से बाहर जाने के लिए स्वतंत्र हैं, लेकिन आम तौर पर वहां उनको काफी ज्यादा फीस देनी पड़ती है।

2. पसंदीदा नेटवर्क प्रदाता (पीपीएन)

किसी भी बीमा कंपनी के पास गुणवत्तापूर्ण इलाज और बेहतर दरों को सुनिश्चित करते हुए अस्पतालों का पसंदीदा नेटवर्क बनाने का विकल्प होता है। जब बीमा कंपनी अनुभव, उपयोगिता और देखभाल के लिए दी जाने वाली कीमत के आधार पर चयन कर सीमित समूह बना लेती है तो उसे हम पसंदीदा नेटवर्क प्रदाता के तौर पर जानते हैं।

3. नकदरहित सेवा (कैशलेस सर्विस)

अनुभव बताता है कि बीमारी के इलाज के लिए लिया जाने वाला उधार कर्ज के कारणों में से एक है। नकदरहित सेवा बिना किसी नकद भुगतान के एक सीमा तक मरीज को अस्पताल का इलाज उपलब्ध कराता है। सभी बीमाधारकों को अस्पताल के नेटवर्क से संपर्क कर बीमा प्रमाण के तौर पर अपना चिकित्सा कार्ड प्रस्तुत करना होता है। बीमा कंपनी चिकित्सा सेवा के लिए नकद रहित सुविधा मुहैया कराती है और देय राशि सीधे नेटवर्क प्रदाता को भुगतान करने का निर्देश देती है। हालांकि बीमाधारक को पॉलिसी सीमा के बाहर की राशि का भुगतान करना होता है और पॉलिसी की शर्तों के अनुरूप यह राशि देय नहीं होती है।

4. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में एक प्रमुख विकास के तौर पर तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या टीपीए की शुरुआत हुई है। दुनिया भर में कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा के दावों को व्यवस्थित करने के लिए स्वतंत्र संगठनों की सेवाओं का उपयोग करती हैं। इन एजेंसियों को टीपीए के तौर पर जाना जाता है।

भारत में, बीमा कंपनियों से संबद्ध टीपीए को स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान के कामों में लगाया जाता है जिनमें अन्य के साथ निम्नलिखित बातें शामिल हैं:

- i. पॉलिसीधारक को एक पहचान पत्र उपलब्ध कराना जो उसकी बीमा पॉलिसी का सबूत है और अस्पताल में प्रवेश के लिए इस्तेमाल हो सकता है।
- ii. नेटवर्क अस्पतालों में नकद रहित सेवा प्रदान करना
- iii. दावों पर कार्रवाई करना

टीपीए स्वतंत्र संस्थाएं हैं जिनको स्वास्थ्य संबंधी दावों पर कार्रवाई करने और निपटाने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा नियुक्त किया जाता है। टीपीए सेवा की शुरुआत पॉलिसीधारकों को अस्पताल में प्रवेश के लिए विशेष पहचान पत्र जारी करने से लेकर अंतिम तौर पर दावों को निपटाने तक की होती है, चाहे नकदरहित या पैसा वापसी के तौर पर हो।

तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की शुरुआत वर्ष 2001 में की गई थी। ये लाइसेंसधारी और आईआरडीए द्वारा विनियमित हैं और इन्हें स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के निर्देश दिए गए हैं। टीपीए की न्यूनतम पूंजी और अन्य शर्तें आईआरडीए द्वारा निर्धारित की गयी हैं।

इस प्रकार स्वास्थ्य संबंधी दावों की सेवा को संग्रहित प्रीमियम के पांच-छह प्रतिशत के पारिश्रमिक पर बीमा कंपनियां टीपीए को आउटसोर्स कर रही हैं।

तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों ने अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों के साथ एक समझौता किया ताकि इस बात को सुनिश्चित किया जा सके कि कोई भी, जो इलाज के लिए नेटवर्क अस्पताल जाता है उसे नकदरहित सेवा प्रदान की जाएगी। ये लोग बीमा कंपनियों और बीमाधारकों के बीच मध्यस्थता करते हुए अस्पतालों के साथ समन्वय कर स्वास्थ्य दावों को अंतिम रूप देते हैं।

5. अस्पताल

एक अस्पताल का मतलब ऐसी किसी भी स्थापित संस्था से है जो बीमारी और/या चोटों का अंतरंग रोगी देखभाल और दैनिक उपचार करती है, और जो स्थानीय प्राधिकरण में अस्पताल के रूप में पंजीकृत हो, और जिसकी देखरेख पंजीकृत और जानकार चिकित्सक करें। उसे नीचे दिए गए सभी न्यूनतम मापदंड का पालन करना चाहिए:

क) दस हजार से कम आबादी वाले शहरों में कम से कम 10 अंतःरोगी बिस्तर होने चाहिए और अन्य सभी स्थानों में 15 अंतःरोगी बिस्तर होने चाहिए,

ख) अपने नियोजन के तहत चौबीसों घंटे योग्य नर्सिंग स्टाफ होने चाहिए,

ग) चौबीसों घंटे योग्य चिकित्सक उपलब्ध हों,

घ) खुद का एक पूरी तरह से सुसज्जित आपरेशन थियेटर हो जिसमें सर्जरी की पूरी व्यवस्था हो,

च) मरीजों का दैनिक रिकॉर्ड रखा जाता हो।

6. चिकित्सक

एक चिकित्सक भारत के किसी भी राज्य के चिकित्सा परिषद से वैध तौर पर पंजीकृत होता है और इस प्रकार अपने क्षेत्राधिकार में चिकित्सा उपचार करने का हकदार है और अपने लाइसेंस के दायरे और क्षेत्राधिकार के भीतर काम करता है।

7. योग्य नर्स

योग्य नर्स का मतलब है वह व्यक्ति/महिला जो भारत के नर्सिंग काउंसिल या भारत के किसी भी राज्य के नर्सिंग काउंसिल से वैध तौर पर पंजीकृत है।

8. उचित और आवश्यक खर्च

एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में यह क्लॉज हमेशा निहित होता है क्योंकि पॉलिसी उन खर्चों के लिए मुआवजा प्रदान करती है जिन्हें किसी विशेष बीमारी के इलाज के लिए और किसी खास भौगोलिक क्षेत्र के लिए उचित माना जाएगा।

इसकी एक आम परिभाषा यह होगी कि आवश्यक चिकित्सकीय इलाज के लिए लिया जाने वाला शुल्क उसी इलाके में उसी इलाज के लिए लिया जाने वाले शुल्क के सामान्य स्तर से अधिक नहीं होगा और इसमें ऐसे शुल्क शामिल नहीं होंगे जो कोई बीमा नहीं होने की स्थिति में खर्च नहीं किए जाते।

यह क्लॉज प्रदाता द्वारा बढ़ा-चढ़ा कर बनाए गए बिलों के विरुद्ध बीमा कंपनियों को संरक्षण प्रदान करता है और बीमाधारक को भी बड़े अस्पतालों में जाने से रोकता है अगर उसी बीमारी का इलाज कम कीमत पर उपलब्ध है।

9. दावे की सूचना

प्रत्येक बीमा पॉलिसी दावे की तत्काल सूचना देने और एक समय सीमा के अंदर दस्तावेज प्रस्तुत करने का प्रावधान करती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, जहां कहीं भी ग्राहक द्वारा नकदरहित सुविधा मांगी जाती है उसकी जानकारी अस्पताल में भर्ती होने से पहले ग्राहकों द्वारा काफी पहले दे दी जाती है। हालांकि प्रतिपूर्ति दावों के मामलों में, कभी-कभी बीमाधारक बीमा कंपनियों को अपने दावे की सूचना देने की न ही चिंता करता है और न ही कई दिनों/महीनों के बीत जाने के बाद भी दस्तावेजों को जमा करता है। देरी से दस्तावेजों को जमा करने की वजह से बिल को बढ़ा-चढ़ा कर प्रस्तुत करना,

बीमाधारक/अस्पताल की धोखाधड़ी आदि भी हो सकती है। यह बीमा कंपनी द्वारा दावों के लिए उचित प्रावधान बनाने की प्रक्रिया को भी प्रभावित करता है। इसलिए आम तौर पर बीमा कंपनियां दावों की तत्काल सूचना देने पर जोर देती हैं। दावा संबंधी दस्तावेज जमा करने की समय सीमा आम तौर पर अस्पताल से छुट्टी मिलने की तारीख से 15 दिनों पर तय की जाती है। इससे दावों की तीव्र और सटीक रिपोर्टिंग संभव होती है और इसके अलावा जहां कहीं भी आवश्यक हो, बीमा कंपनी को जांच-पड़ताल करने में सक्षम बनाता है।

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के मुताबिक तय समय सीमा के बाद भी जमा किए गए दावे की सूचना/कागजात पर विचार किया जाना चाहिए अगर इसके लिए न्यायोचित कारण उपलब्ध है।

10. मुफ्त स्वास्थ्य जांच

व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों में आम तौर पर एक दावा मुक्त पॉलिसीधारक को किसी न किसी तरह का प्रोत्साहन देने का प्रावधान उपलब्ध होता है। कई पॉलिसियां लगातार चार दावा मुक्त पॉलिसी अवधि के अंत में स्वास्थ्य जांच के खर्च की प्रतिपूर्ति का प्रावधान करती हैं। इसे सामान्यतः पिछले तीन वर्षों की औसत बीमा राशि के 1% पर सीमित रखा जाता है।

11. संचयी बोनस

दावा मुक्त पॉलिसीधारक को प्रोत्साहित करने का एक अन्य रूप प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर एक संचयी बोनस प्रदान करना है। इसका मतलब यह है कि नवीनीकरण के समय बीमा राशि में एक निश्चित प्रतिशत जैसे 5% प्रति वर्ष की वृद्धि हो जाती है और यह दस दावा मुक्त नवीनीकरणों के लिए अधिकतम 50% तक अनुमत है। बीमाधारक मूल बीमा राशि के लिए प्रीमियम का भुगतान करता है और एक उच्च कवर प्राप्त करता है।

उदाहरण

कोई व्यक्ति 5,000 रुपए के प्रीमियम पर 3 लाख रुपए की एक पॉलिसी लेता है। पहले वर्ष में कोई भी दावा नहीं करने के मामले में दूसरे वर्ष में उसे 5,000 रुपए के उसी प्रीमियम पर 3.15 लाख रुपए की बीमा राशि (जो पिछले वर्ष से 5% अधिक है) प्राप्त होती है। यह दस वर्ष के दावा मुक्त नवीनीकरण में 4.5 लाख रुपए तक बढ़ सकती है।

12. मेलस / बोनस

जिस तरह दावा मुक्त स्वास्थ्य पॉलिसी को एक प्रोत्साहन दिया जाता है, ठीक इसके विपरीत स्थिति

को मेलस कहा जाता है। यहां, अगर किसी पॉलिसी के तहत बहुत बड़ा दावा किया गया है तो नवीनीकरण के समय एक मेलस या प्रीमियम का अधिभार वसूल किया जाता है।

यह ध्यान में रखते हुए कि स्वास्थ्य पॉलिसी एक सामाजिक लाभ की पॉलिसी है, जहां अभी तक व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों पर मेलस वसूल नहीं किया जाता है।

हालांकि, समूह पॉलिसियों के मामले में दावा अनुपात को उचित सीमाओं के भीतर रखने के लिए समग्र प्रीमियम पर उपयुक्त अधिभार के तौर पर मेलस वसूल किया जाता है। वहीं दूसरी ओर अनुभव अच्छा रहता है तो प्रीमियम दर में छूट के तौर पर बोनस भी दिया जाता है।

13. कोई दावा नहीं होने की छूट

कुछ उत्पाद प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर एक बोनस देने के बजाय प्रीमियम पर छूट प्रदान करते हैं।

14. सह-भुगतान/सह-साझेदारी

सह-भुगतान एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत प्रत्येक दावे के एक हिस्से का भार बीमाधारक द्वारा उठाए जाने की अवधारणा है। यह उत्पाद के आधार पर अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकता है। सह-भुगतान बीमाधारकों के बीच एक निश्चित अनुशासन लाता है ताकि अनावश्यक रूप से अस्पताल में भर्ती होने से बचा जा सके।

सह-साझेदारी एक निश्चित राशि हो सकती है जिसे आधिक्य कहा जाता है, या यह स्वीकार्य दावा राशि का एक प्रतिशत हो सकता है। बाजार के कुछ उत्पादों में केवल कुछ बीमारियों के संबंध में सह-भुगतान के क्लॉज शामिल हैं, जैसे बड़ी सर्जरी या सामान्य रूप से होने वाली सर्जरी या एक निश्चित आयु से अधिक के व्यक्तियों के लिए।

15. अतिरिक्त / कटौती

इसे स्वास्थ्य पॉलिसियों में आधिक्य या अतिरिक्त भी कहा जाता है, इसे आम तौर पर सह-भुगतान कहा जाता है। यह एक निश्चित धनराशि है जो प्रारंभ में बीमा कंपनी द्वारा दावे के भुगतान से पहले बीमाधारक को आवश्यक रूप से भुगतान करना होता है। जैसे, अगर किसी पॉलिसी में 10,000 रुपए की कटौती है तो बीमाधारक प्रत्येक नुकसान के दावे में पहले 10,000 रुपए का भुगतान करता है। इसे समझने के लिए, अगर दावा 80,000 रुपए का है तो बीमाधारक पहले 10,000 रुपए का भुगतान करता है और बीमा कंपनी 70,000 रुपए भुगतान करती है।

16. फ्रेंचाइजी

फ्रेंचाइजी ग्राहकों के अधिक अनुकूल कटौती की अवधारणा है। इस मामले में, अगर कोई दावा कटौती से कम का है तो उसे फ्रेंचाइजी कहते हैं। यह बीमाधारक को देना होता है। लेकिन अगर दावा राशि फ्रेंचाइजी राशि से अधिक है तो दावे का पूरा भुगतान करना होता है और बीमाधारक कोई भी भुगतान नहीं करता है। इस प्रकार जहां फ्रेंचाइजी राशि 10,000 रुपए है और दावा 9,000 रुपए का है तो इसे बीमाधारक को भुगतान करना होगा, जबकि अगर दावा 10,001 रुपए का है तो इसका भुगतान बीमा कंपनी करेगी।

17. कमरे के किराए की सीमाएं

जहां बीमाधारकों के लिए कई उत्पाद खुले तौर पर उपलब्ध हैं जो उनके दावे की अधिकतम राशि का भुगतान करते हैं, वहीं कई उत्पाद कमरे की श्रेणी पर प्रतिबंध लगाते हैं जिसे बीमाधारक अपनी बीमा राशि से जोड़ कर चयन करता है। अनुभव से पता चलता है कि अस्पताल के सभी खर्चे कमरे के अधिकतम किराए के अनुपात में ही तय किए जाते हैं। इसलिए वह व्यक्ति जो एक लाख रुपए का बीमाधारक है, प्रति दिन 1,000 रुपए के कमरे का हकदार होगा अगर पॉलिसी में प्रति दिन बीमा राशि के 1% पर किराए की सीमा निर्धारित की गयी है। यह स्पष्ट रूप से इंगित करता है कि किसी को सबसे अच्छे अस्पतालों में लकजरी उपचार पसंद है तो उसे भी पॉलिसी उचित प्रीमियम पर उच्च रकम वाली बीमा पॉलिसी खरीदनी चाहिए।

18. नवीनीकरण क्लॉज

नवीनीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देशों के मुताबिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां स्वास्थ्य पॉलिसियों के आजीवन गारंटीकृत नवीनीकरण को अनिवार्य बनाती हैं। एक बीमा कंपनी केवल बीमा प्राप्त करने में या बाद में इसके संबंध में बीमाधारक द्वारा धोखाधड़ी या गलत बयानी या तथ्यों को छुपाने के आधार पर नवीनीकरण से इनकार कर सकती है।

19. रद्द करने का क्लॉज

रद्द करने के क्लॉज को भी नियामक प्रावधानों द्वारा मानकीकृत किया गया है और एक बीमा कंपनी गलत बयानी, धोखाधड़ी, महत्वपूर्ण तथ्य के गैर-प्रकटीकरण या बीमित व्यक्ति द्वारा असहयोग के आधार पर पॉलिसी को किसी भी समय रद्द कर सकती है।

बीमाधारक को अंतिम ज्ञात पते पर पंजीकृत पावती डाक द्वारा लिखित रूप में कम से कम पंद्रह दिनों का नोटिस भेजने की आवश्यकता होती है। जब पॉलिसी को बीमा कंपनी द्वारा रद्द कर दिया

जाता है, तो कंपनी बीमा की असमाप्त अवधि के संबंध में अंतिम प्रीमियम के अनुपात में बीमाधारक को पैसे वापस करेगी बशर्ते कि पॉलिसी के तहत कोई दावा भुगतान नहीं किया गया है।

अगर बीमाधारक बीमा को रद्द करता है तो छोटी अवधि की दरों पर प्रीमियम धन की वापसी होगी। इसका मतलब है कि बीमाधारक को यथानुपात से कम प्रतिशत के तौर पर प्रीमियम की वापसी प्राप्त होगी। अगर कोई दावा किया गया है तो कोई वापसी नहीं होगी।

20. फ्री लुक इन अवधि

यदि किसी ग्राहक ने एक नई बीमा पॉलिसी खरीदी है और पॉलिसी का दस्तावेज प्राप्त किया है और फिर नियमों और शर्तों को अपने अनुरूप नहीं पाता है, तो उसके पास क्या विकल्प हैं?

आईआरडीएआई ने अपने विनियमों में एक उपभोक्ता अनुकूल प्रावधान शामिल किया है जो इस समस्या का ध्यान रखता है। ग्राहक इसे वापस कर सकता है और निम्नलिखित शर्तों के अधीन अपने पैसे वापस प्राप्त कर सकता है:

1. यह केवल जीवन बीमा पॉलिसियों और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर लागू होता है। आईआरडीए ने हाल ही में इसे 3 वर्ष से घटा कर 1 वर्ष कर दिया है।
2. ग्राहकों को इस अधिकार का प्रयोग पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर करना चाहिए।
3. उसे बीमा कंपनी से लिखित रूप में संवाद करना चाहिए।
4. प्रीमियम वापसी को निम्नलिखित के लिए समायोजित किया जाएगा

क) कवर अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम

ख) बीमा कंपनी द्वारा चिकित्सा परीक्षण पर किए गए खर्च

ग) स्टॉप शुल्क प्रभार

21. नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की एक महत्वपूर्ण विशेषता बीमा की निरंतरता को बनाए रखना है। चूंकि पॉलिसी के तहत लाभों को केवल तभी बनाए रखा जा सकता है जब पॉलिसियों को रुकावट के बिना नवीनीकृत किया जाता है, समय पर नवीनीकरण बहुत महत्वपूर्ण है।

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए 30 दिनों की एक अनुग्रह अवधि अनुमत है।

पॉलिसी को पहली बीमा की अवधि समाप्त होने से 30 दिनों के भीतर नवीनीकृत कर लिए जाने पर सभी निरंतरता लाभों को बनाए रखा जाता है। रुकावट की अवधि के दौरान दावे, यदि कोई हो, पर विचार नहीं किया जाएगा।

बीमा कंपनियों नवीनीकरण के लिए एक लंबी अनुग्रह अवधि प्रदान करने पर विचार कर सकती हैं जो अलग-अलग उत्पादों पर निर्भर करता है।

उपरोक्त अधिकांश क्लॉजों, परिभाषाओं, अपवर्जनों को आईआरडीए द्वारा जारी किए गए स्वास्थ्य विनियमों और स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है। छात्रों को इसे पढ़ लेने और आईआरडीए द्वारा समय-समय पर जारी किए जाने वाले दिशानिर्देशों और सर्कुलरों से अपने आपको अपडेट रखने की सलाह दी जाती है।

प. फ़ाइल एवं उपयोग संबंधी दिशानिर्देश

हर कंपनी लक्ष्य ग्राहकों, आवश्यकता और खर्च वहन करने की क्षमता, बीमालेखन संबंधी विचारों, बीमांकिक मूल्य निर्धारण, बाजार की प्रतिस्पर्धी स्थितियों आदि को ध्यान में रखते हुए अपने उत्पादों को डिजाइन करती है। इस प्रकार हम ग्राहकों की विभिन्न श्रेणियों के लिए आधार स्तर पर भी बड़ी संख्या में चयन के विकल्प देखते हैं, अस्पताल में भर्ती होने वाले खर्चों की प्रतिपूर्ति वाले उत्पादों का भारतीय बाजार में प्रभुत्व बना हुआ है।

हर नए उत्पाद को पेश करने से पहले आईआरडीए की मंजूरी की जरूरत पड़ती है। उत्पाद को नीचे उल्लिखित के अनुसार 'फ़ाइल और उपयोग' प्रावधानों के तहत नियामक के पास फ़ाइल किया जाना आवश्यक होता है। एक बार पेश किए जाने के बाद उत्पाद को वापस लेने के लिए भी दिशानिर्देशों का पालन करने की जरूरत होती है। छात्रों को फ़ाइल और उपयोग के दिशानिर्देशों से संबंधित सभी प्रावधानों, प्रपत्रों, रिटर्न आदि से अपने आपको अवगत कराने की सलाह दी जाती है।

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए फाइल और उपयोग की प्रक्रिया:

क) कोई भी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद किसी भी बीमा कंपनी द्वारा नहीं बेचा जाएगा जब तक कि इसे फाइल और उपयोग प्रक्रिया के अनुसार प्राधिकरण की पूर्व मंजूरी नहीं मिल जाती है।

ख) किसी भी स्वीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद में किसी भी अनुवर्ती संशोधन या बदलाव के लिए भी समय-समय पर जारी किए जाने वाले दिशानिर्देशों के अनुसार प्राधिकरण की पूर्व मंजूरी की जरूरत होगी।

i. किसी भी पॉलिसी में कोई भी संशोधन या बदलाव, जिसे प्राधिकरण द्वारा मंजूर किया गया है, इसके बारे में इस तरह के संशोधन या बदलाव के प्रभावी होने की तिथि से कम से कम तीन महीने पहले प्रत्येक पॉलिसीधारक को सूचित किया जाएगा। नोटिस में इस तरह के संशोधन या बदलाव के लिए कारण निर्धारित किए जाएंगे, विशेष रूप से प्रीमियम में वृद्धि और इस तरह की वृद्धि की मात्रा के लिए कारण बताया जाएगा।

ii. प्रीमियम सहित पॉलिसी की शर्तों में संशोधन या बदलाव की संभावना के बारे में प्रॉस्पेक्टस में बताया जाना चाहिए।

ग) प्राधिकरण की पूर्व मंजूरी के लिए फाइल और उपयोग के आवेदन को नियुक्त बीमांकिक और बीमा कंपनी के सीईओ द्वारा प्रमाणित किया जाएगा और यह इस तरह के प्रारूप में और इस तरह के दस्तावेज के साथ होगा जो समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा निर्धारित किया जा सकता है।

घ) स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को वापस लेना

i. एक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को वापस लेने के लिए बीमा कंपनी को वापस लेने का कारण बताते हुए और मौजूदा पॉलिसी धारकों के व्यवहार का पूरा विवरण देते हुए प्राधिकरण की पूर्व अनुमति लेनी होगी।

ii. पॉलिसी दस्तावेज में भविष्य में उत्पादों को वापस लिए जाने की संभावना और उत्पाद को वापस लिए जाने पर पॉलिसी धारक के लिए उपलब्ध विकल्प के बारे में स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट किया जाएगा।

iii. अगर मौजूदा ग्राहक बीमाकर्ता की सूचना का जवाब नहीं देता है तो पॉलिसी नवीनीकरण की तिथि को वापस ले ली जाएगी और बीमाधारक को बीमा कंपनी के पास उपलब्ध एक नई पॉलिसी लेनी होगी जो पोर्टेबिलिटी की शर्तों के अधीन है।

iv. वापस लिया गया उत्पाद संभावित ग्राहकों को नहीं दिया जाएगा।

च) पेश किए जाने के बाद किसी भी उत्पाद के बारे में समस्त विवरण की समीक्षा कम से कम वर्ष में एक बार नियुक्त बीमांकिक द्वारा की जाएगी। अगर उत्पाद को आर्थिक रूप से अलाभकारी पाया जाता है या इसके किसी विवरण में कोई कमी है तो नियुक्त बीमांकिक उचित रूप से उत्पाद को संशोधित कर सकता है और फ़ाइल एवं उपयोग की प्रक्रिया के तहत संशोधन के लिए आवेदन कर सकता है।

छ) किसी उत्पाद को फ़ाइल और उपयोग की मंजूरी मिल जाने के पांच वर्षों के बाद, नियुक्त बीमांकिक इस तरह के उत्पाद को डिजाइन करते समय की मूल धारणाओं की तुलना में रुग्णता, चूक, ब्याज दर, मुद्रास्फीति, खर्च और अन्य संबंधित विवरणों के संदर्भ में उत्पाद के प्रदर्शन की समीक्षा करेगा और उपयुक्त औचित्य या पहले की धारणाओं में संशोधनों के साथ नए सिरे से मंजूरी लेने की कोशिश करेगा।

स्व-परीक्षण 2

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार, व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए _____ की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी गयी है।

- I. पंद्रह दिन
- II. तीस दिन
- III. पैंतालीस दिन
- IV. साठ दिन

सारांश

क) एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी एक अप्रत्याशित और अचानक दुर्घटना/बीमारी की स्थिति में, जिसके कारण अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता होती है, बीमित व्यक्ति को वित्तीय सुरक्षा प्रदान करती है।

ख) स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को पॉलिसी के तहत कवर किए गए लोगों की संख्या के आधार पर वर्गीकृत किया जा सकता है: व्यक्तिगत पॉलिसी, फैमिली फ्लोटर पॉलिसी, समूह पॉलिसी।

ग) एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी या मेडिकलेम बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने पर खर्च किए गए लागतों की प्रतिपूर्ति करती है।

घ) अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के खर्च अस्पताल में भर्ती करने से पहले के दिनों की निर्धारित संख्या (जो आम तौर पर 30 दिन होती है) तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इसे दावे का हिस्सा माना जाएगा।

च) अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्च अस्पताल में भर्ती करने के बाद के दिनों की निर्धारित संख्या (जो आम तौर पर 60 दिन होती है) तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इसे दावे का हिस्सा माना जाएगा।

छ) एक फैमिली फ्लोटर पॉलिसी में पति/पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता से मिलकर बने परिवार को एक अकेली बीमा राशि प्रदान की जाती है जो पूरे परिवार पर घूमती रहती है।

ज) एक अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करती है।

झ) गंभीर बीमारी पॉलिसी कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि का भुगतान करने के प्रावधान के साथ एक लाभ पॉलिसी है।

ट) उच्च कटौती योग्य या टॉप-अप कवर एक निर्दिष्ट चयनित राशि (जिसे थ्रेशोल्ड या कटौती राशि कहा जाता है) के अतिरिक्त अधिक बीमा राशि के लिए कवर प्रदान करते हैं।

ठ) निश्चित लाभ कवर बीमित व्यक्ति को पर्याप्त कवर प्रदान करता है और बीमा कंपनी को अपनी पॉलिसी का प्रभावी ढंग से मूल्य निर्धारण करने में मदद करता है।

ड) व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) कवर अप्रत्याशित दुर्घटनाओं के कारण मृत्यु और विकलांगता लाभों के रूप में मुआवजा प्रदान करता है।

ढ) आउटपेशेंट कवर दांतों के उपचार, आंखों की देखभाल, नियमित चिकित्सा जांच और परीक्षणों आदि जैसे चिकित्सा खर्चों का प्रावधान करता है जिनके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है।

त) समूह पॉलिसी एक समूह के मालिक जो एक नियोक्ता हो सकता है, एक एसोसिएशन, एक बैंक के क्रेडिट कार्ड संभाग द्वारा ली जाती है जहां एक अकेली पॉलिसी व्यक्तियों के पूरे समूह को कवर करती है।

थ) कॉर्पोरेट फ्लोटर या बफर कवर राशि परिवार की बीमा राशि के अतिरिक्त होने वाले खर्चों को पूरा करने में मदद करता है।

द) ओवरसीज मेडिकलेम/यात्रा पॉलिसियां व्यक्ति को अपने विदेश प्रवास के दौरान दुर्घटना, चोट और बीमारी के जोखिम के दायरे में आने के विरुद्ध कवर प्रदान करती हैं।

ध) कॉर्पोरेट नियमित यात्री योजना एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके द्वारा एक कंपनी अपने उन अधिकारियों के लिए व्यक्तिगत पॉलिसियां लेती हैं जिनको अक्सर भारत के बाहर यात्राएं करनी होती हैं।

प) स्वास्थ्य बीमा में इस्तेमाल होने वाले कई शब्दों को विशेष रूप से बीमाधारक को भ्रम की स्थिति से बचाने के लिए आईआरडीए ने विनियमन के द्वारा मानकीकृत कर दिया है।

भ) फ़ाइल और उपयोग संबंधी दिशानिर्देश भी सभी उत्पादों के लिए नियामक द्वारा तैयार किए गए हैं।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प ॥ है।

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में निर्धारित होती है, सबसे आम कवर अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के तीस दिनों के लिए है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए 30 दिनों की अनुग्रह अवधि अनुमत है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

- I. केवल अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को कवर किया जाता है
- II. अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है
- III. अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है और बीमाधारक की मृत्यु होने की स्थिति में परिवार के सदस्यों को एकमुश्त राशि भुगतान की जाती है
- IV. अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को पहले वर्ष से कवर किया जाता है और अस्पताल में भर्ती करने के पहले और बाद के खर्चों को दूसरे वर्ष से कवर किया जाता है अगर पहला वर्ष दावा मुक्त रहता है

प्रश्न 2

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है, पहचानें?

- I. स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता से है
- II. स्वास्थ्य बीमा का संबंध मर्त्यता से है
- III. स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता के साथ-साथ मर्त्यता से है
- IV. स्वास्थ्य बीमा का संबंध न तो रुग्णता से और न मर्त्यता से है

प्रश्न 3

स्वास्थ्य बीमा में उपलब्ध कैशलेस सेवा के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

- I. यह इलेक्ट्रॉनिक भुगतानों को बढ़ावा देने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा शुरू की गयी एक पर्यावरण अनुकूल गो-ग्रीन पहल है ताकि प्रत्यक्ष नकद नोटों के प्रसार को कम किया जा सके और पेड़ों को बचाया जा सके
- II. बीमाधारक को निःशुल्क सेवा प्रदान की जाती है और कोई नगद भुगतान नहीं किया जाता है क्योंकि सरकार द्वारा एक विशेष योजना के तहत बीमा कंपनी को भुगतान किया जाता है
- III. बीमित व्यक्ति द्वारा किए जाने वाले सभी भुगतान केवल इंटरनेट बैंकिंग या कार्ड के माध्यम से होने चाहिए क्योंकि बीमा कंपनी द्वारा नगद राशि को स्वीकार नहीं किया जाता है
- IV. बीमाधारक भुगतान नहीं करता है और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ सीधे बिल का निपटारा करती है

प्रश्न 4

स्वास्थ्य बीमा में अस्पतालों के संबंध में पीपीएन का सही पूर्ण रूप पहचानें।

- I. पब्लिक प्रेफर्ड नेटवर्क
- II. प्रेफर्ड प्रोवाइडर नेटवर्क
- III. पब्लिक प्राइवेट नेटवर्क
- IV. प्रोवाइडर प्रेफरेंशियल नेटवर्क

प्रश्न 5

नीचे दिया गया कौन सा कथन गलत है, पहचानें?

- I. एक नियोक्ता अपने कर्मचारियों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है
- II. एक बैंक अपने ग्राहकों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है
- III. एक दुकानदार अपने ग्राहकों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है

IV. नियोक्ता द्वारा अपने कर्मचारियों के लिए ली गयी एक समूह पॉलिसी को कर्मचारियों के परिवार के सदस्यों को शामिल करने के लिए बढ़ाया जा सकता है

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता (बीमारी की घटनाओं की दर) से है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

कैशलेस सेवा के तहत बीमित व्यक्ति भुगतान नहीं करता है और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ सीधे बिल का निपटारा करती है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

पीपीएन का मतलब है प्रेफर्ड प्रोवाइडर नेटवर्क।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

कथन I, II और IV सही हैं।

कथन III गलत है क्योंकि एक दुकानदार अपने ग्राहकों के लिए समूह बीमा नहीं ले सकता है।

अध्याय 6

स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन (बीमालेखन)

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य स्वास्थ्य बीमा में जोखिम अंकन (बीमालेखन) के बारे में आपको विस्तृत जानकारी प्रदान करना है। जोखिम अंकन (बीमालेखन) बीमा के किसी भी प्रकार का एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू है और बीमा पॉलिसी जारी करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इस अध्याय में आप बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांतों, उपकरणों, विधियों और प्रक्रिया के बारे में समझेंगे। इसके अलावा यह आपको समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के बारे में भी जानकारी प्रदान करेगा।

अध्ययन के परिणाम

- क. जोखिम अंकन (बीमालेखन) क्या है?
- ख. बीमालेखन - मूल अवधारणाएं
- ग. बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांत और उपकरण
- घ. बीमालेखन प्रक्रिया
- च. समूह स्वास्थ्य बीमा

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

- क) बीमालेखन का क्या अर्थ है इसे समझाना
- ख) बीमालेखन की बुनियादी अवधारणाओं का वर्णन करना
- ग) बीमालेखकों द्वारा पालन किए जाने वाले सिद्धांतों और विभिन्न उपकरणों के बारे में बताना
- घ) व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन की पूरी प्रक्रिया का मूल्यांकन करना
- च) समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का बीमालेखन कैसे किया जाता है इसकी चर्चा करना

इस परिदृश्य को देखें

मनीष की उम्र 48 वर्ष है जो एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में कार्यरत है, उसने स्वयं के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेने का फैसला किया। वह एक बीमा कंपनी के पास गया जहां उसे एक प्रस्ताव प्रपत्र दिया गया जिसमें उसे अपने शारीरिक गठन और स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, पहले से मौजूद बीमारियों, अपने परिवार के स्वास्थ्य इतिहास, आदतों आदि से संबंधित कई प्रश्नों का उत्तर देने की आवश्यकता थी।

इसके अलावा प्रस्ताव प्रपत्र प्राप्त होने पर उसे पहचान और आयु प्रमाण, पते का प्रमाण और पिछले मेडिकल रिकॉर्ड जैसे कई दस्तावेजों को प्रस्तुत करने की जरूरत थी। फिर उसे एक स्वास्थ्य जांच और कुछ चिकित्सा परीक्षणों की प्रक्रिया से गुजरने के लिए कहा गया।

मनीष जो अपने आपको एक स्वस्थ और एक अच्छी आयु स्तर का व्यक्ति मानता है, सोचने लगा कि उसके मामले में बीमा कंपनी इस तरह की एक लंबी प्रक्रिया क्यों अपना रही है। इन सभी प्रक्रियाओं से गुजरने के बाद भी बीमा कंपनी ने उससे कहा कि उसके चिकित्सा परीक्षणों में उच्च कोलेस्ट्रॉल और उच्च रक्तचाप होने का पता चला है जो बाद में हृदय रोग की संभावना को बढ़ा देता है। हालांकि उसे एक पॉलिसी प्रदान की गयी लेकिन प्रीमियम उसके दोस्त द्वारा भुगतान किए गए प्रीमियम की तुलना में बहुत अधिक था और इसलिए उसने पॉलिसी लेने से इनकार कर दिया।

यहां बीमा कंपनी अपनी बीमालेखन प्रक्रिया के भाग के रूप में इन सभी चरणों का पालन कर रही थी। जोखिम कवरेज प्रदान करते समय बीमा कंपनी को जोखिम का सही तरीके से मूल्यांकन करने और उचित लाभ कमाने की भी जरूरत होती है। अगर जोखिम का सही तरीके से मूल्यांकन नहीं किया जाता है और एक दावा उत्पन्न होता है तो इसके परिणाम स्वरूप एक नुकसान होगा। इसके अलावा, बीमा कंपनियां बीमा करने वाले सभी लोगों की ओर से प्रीमियम इकट्ठा करती हैं और उनको इन पैसों को एक न्यास की तरह संभालना होता है।

क. बीमालेखन क्या है?

1. बीमालेखन

बीमा कंपनियां उन लोगों का बीमा करने का प्रयास करती हैं जिनके द्वारा बीमा पूल में लाए जाने वाले जोखिम के अनुपात में पर्याप्त प्रीमियम भुगतान किए जाने की उम्मीद होती है। जोखिम के चयन के लिए एक प्रस्तावक से जानकारी इकट्ठा करने और विश्लेषण करने की इस प्रक्रिया को बीमालेखन के रूप में जाना जाता है। इस प्रक्रिया के माध्यम से एकत्रित की गई जानकारी के आधार पर यह निर्णय लिया जाता है कि क्या वे प्रस्तावक का बीमा करना चाहते हैं। अगर वे ऐसा करने का फैसला करते हैं तो किस प्रीमियम, नियमों और शर्तों पर, ताकि इस तरह का जोखिम लेकर एक उचित लाभ अर्जित किया जा सके।

स्वास्थ्य बीमा रुग्णता की अवधारणा पर आधारित है। यहां रुग्णता को किसी व्यक्ति बीमार होने या पड़ने की संभावना और जोखिम के रूप में परिभाषित किया गया है जिसके लिए उपचार या अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता होती है। रुग्णता काफी हद तक उम्र से प्रभावित होती है (जो आम तौर पर युवा वयस्कों की तुलना में वरिष्ठ नागरिकों में अधिक होती है) और विभिन्न अन्य प्रतिकूल कारकों की वजह से बढ़ती है, जैसे अधिक वजन या कम वजन होना, कुछ अतीत और वर्तमान की बीमारियों या रोगों का व्यक्तिगत इतिहास, व्यक्तिगत आदतें जैसे धूम्रपान, वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और इसके आलावा प्रस्तावक का पेशा, अगर इसे खतरनाक समझा जाता है। इसके विपरीत, रुग्णता कम उम्र, एक स्वस्थ जीवनशैली आदि जैसे कुछ अनुकूल कारकों के कारण भी कम होती है।

परिभाषा

बीमालेखन उचित तरीके से जोखिम का आकलन करने और उन शर्तों का निर्धारण करने की प्रक्रिया है जिन पर बीमा कवर प्रदान किया जाएगा। इस प्रकार, यह जोखिम के चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की एक प्रक्रिया है।

2. बीमालेखन की आवश्यकता

बीमालेखन एक बीमा कंपनी की रीढ़ है क्योंकि लापरवाही से या अपर्याप्त प्रीमियम के लिए जोखिम की स्वीकृति बीमा कंपनी को दिवालियेपन की ओर ले जाएगी। दूसरी ओर, बहुत अधिक चयनशील या सावधान होना बीमा कंपनी को एक बड़ा पूल बनाने से रोक देगा ताकि जोखिम का समान रूप से प्रसार किया जा सके। इसलिए जोखिम और व्यवसाय के बीच सही संतुलन कायम करना महत्वपूर्ण है जो संगठन के लिए प्रतिस्पर्धी और लाभकारी होता है।

संतुलन की यह प्रक्रिया संबंधित बीमा कंपनी के सिद्धांत, नीतियों और जोखिम उठाने की भूख के अनुसार बीमालेखक द्वारा पूरी की जाती है। बीमालेखक का काम जोखिम को वर्गीकृत करना और एक उचित मूल्य पर स्वीकृति की शर्तें निर्धारित करना है। यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि जोखिम की स्वीकृति बीमाधारक को भविष्य में दावा निपटान का वादा करने जैसा है।

3. बीमालेखन - जोखिम मूल्यांकन

बीमालेखन जोखिम चयन की एक प्रक्रिया है जो एक समूह या व्यक्ति की विशेषताओं पर आधारित है। यहां जोखिम की डिग्री के आधार पर बीमालेखक यह निर्णय लेता है कि क्या जोखिम को स्वीकार किया जाएगा और किस मूल्य पर। किसी भी परिस्थिति में स्वीकृति की प्रक्रिया निष्पक्षता के साथ और न्यायसंगत आधार पर पूरी की जानी चाहिए यानी हर समान जोखिम को किसी भी पूर्वाग्रह के बिना समान रूप से वर्गीकृत किया जाना चाहिए। यह वर्गीकरण सामान्य रूप से मानक स्वीकृति चार्ट के माध्यम से किया जाता है जिसके द्वारा प्रत्येक निरूपित जोखिम की मात्रा निर्धारित की जाती है और तदनुसार प्रीमियम की गणना की जाती है।

हालांकि उम्र बीमारी की संभावना के साथ-साथ मौत को भी प्रभावित करता है, यह याद रखा जाना चाहिए कि बीमारी आम तौर पर मौत से बहुत पहले आती है और बार-बार हो सकती है। इसलिए, मृत्यु के कवरेज की तुलना में स्वास्थ्य के कवरेज के लिए बीमालेखन मानदंडों और दिशानिर्देशों का अधिक सख्त होना काफी तर्कसंगत है।

उदाहरण

एक मधुमेह से ग्रस्त व्यक्ति को हृदय या गुर्दे की समस्या विकसित होने की बहुत अधिक संभावना रहती है जिसके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होती है और इसके अलावा स्वास्थ्य समस्याएं बीमा कवरेज की अवधि के दौरान कई बार हो सकती हैं। जीवन बीमा का बीमालेखन दिशानिर्देश इस व्यक्ति को एक औसत जोखिम के रूप में वर्गीकृत कर सकता है। हालांकि, चिकित्सा बीमालेखन के लिए उसका मूल्यांकन एक उच्च जोखिम के रूप में किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा में आर्थिक या आय आधारित बीमालेखन की तुलना में चिकित्सा या स्वास्थ्य के निष्कर्षों पर अधिक ध्यान केंद्रित किया जाता है। हालांकि, वित्तीय या आय आधारित बीमालेखन को अनदेखा नहीं किया जा सकता है क्योंकि यहां एक बीमा योग्य हित होना चाहिए और वित्तीय जोखिम अंकन किसी भी प्रतिकूल चयन को खारिज करने और स्वास्थ्य बीमा में निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है।

4. बीमारी की संभावना को प्रभावित करने वाले कारक

जोखिम का आकलन करते हुए रुग्णता (बीमार पड़ने के जोखिम) को प्रभावित करने वाले कारकों पर निम्नानुसार ध्यानपूर्वक विचार किया जाना चाहिए:

क) उम्र: प्रीमियम उम्र और जोखिम के स्तर के अनुरूप वसूल किए जाते हैं। उदाहरण के लिए, शिशुओं और बच्चों के मामले में रुग्णता प्रीमियम संक्रमण और दुर्घटनाओं का खतरा बढ़ने की वजह से युवा वयस्कों की तुलना में अधिक होता है। इसी प्रकार, 45 वर्ष से अधिक की उम्र के वयस्कों के लिए प्रीमियम अधिक होता है क्योंकि मधुमेह जैसी एक पुरानी बीमारी से पीड़ित व्यक्ति को अचानक दिल की बीमारी या ऐसी अन्य बीमारी होने की संभावना बहुत अधिक रहती है।

ख) लिंग: महिलाएं गर्भधारण की अवधि के दौरान रुग्णता के अतिरिक्त जोखिम के दायरे में होती हैं। हालांकि, महिलाओं की तुलना में पुरुषों को दिल के दौर से प्रभावित होने या नौकरी से संबंधित दुर्घटनाओं का शिकार होने की अधिक संभावना रहती है क्योंकि वे खतरनाक रोजगार में अधिक संलग्न हो सकते हैं।

ग) आदतें: किसी भी रूप में तंबाकू, शराब या नशीले पदार्थों के सेवन का रुग्णता के जोखिम पर सीधा असर पड़ता है।

घ) पेशा: ड्राइवर, विस्फोटक, एविएटर आदि जैसे कुछ पेशों में दुर्घटनाओं के लिए अतिरिक्त जोखिम संभव है। इसी प्रकार, एक एक्स-रे मशीन ऑपरेटर, अभ्रक उद्योग के श्रमिकों, खनिक आदि जैसे कुछ पेशों में उच्च स्वास्थ्य जोखिम हो सकते हैं।

च) पारिवारिक इतिहास: इसकी प्रासंगिकता बहुत अधिक है क्योंकि आनुवांशिक कारक अस्थमा, मधुमेह और कुछ प्रकार के कैंसर जैसी बीमारियों को प्रभावित करते हैं। यह रुग्णता को प्रभावित करता है और जोखिम को स्वीकार करते हुए इसे ध्यान में रखा जाना चाहिए।

छ) गठन: मोटे, पतले या औसत शारीरिक गठन को भी कुछ समूहों में रुग्णता से जोड़ा जा सकता है।

ज) विगत बीमारी या शल्य चिकित्सा: इसका पता लगाया जाना चाहिए कि क्या विगत बीमारी के कारण किसी प्रकार की शारीरिक कमजोरी बढ़ने या यहां तक कि इसकी पुनरावृत्ति होने की संभावना है और तदनुसार पॉलिसी की शर्तें निर्धारित की जानी चाहिए। उदाहरण के लिए, गुर्दे की पथरी की पुनरावृत्ति होना आम बात है और इसी प्रकार एक आंख में मोतियाबिंद होने से दूसरी आंख में मोतियाबिंद होने की संभावना बढ़ जाती है।

झ) वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और अन्य कारक या शिकायतें: जोखिम के स्तर और बीमा योग्यता का पता लगाना महत्वपूर्ण है और यह कार्य उचित प्रकटीकरण और चिकित्सा परीक्षण के द्वारा पूरा किया जा सकता है।

ट) पर्यावरण और निवास: इनका भी रुग्णता दरों पर असर पड़ता है।

स्व-परीक्षण 1

बीमालेखन _____ की प्रक्रिया है।

- I. बीमा उत्पादों की बिक्री
- II. ग्राहकों से प्रीमियम एकत्र करना
- III. जोखिम का चयन और जोखिम का मूल्य निर्धारण
- IV. विभिन्न बीमा उत्पादों की बिक्री

1. बीमालेखन का उद्देश्य

हम बीमालेखन के उद्देश्य की जांच के साथ शुरू करते हैं। इसके दो उद्देश्य हैं -

- i. प्रतिकूल चयन यानी बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना
- ii. जोखिमों का वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना

परिभाषा

जोखिमों के चयन का मतलब है स्वास्थ्य बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का मूल्यांकन इसके द्वारा प्रस्तुत जोखिम की डिग्री के संदर्भ में करने और फिर यह तय करने की प्रक्रिया कि बीमा प्रदान किया जाए या नहीं और किन शर्तों पर।

प्रतिकूल चयन (या विपरीत चयन) ऐसे लोगों की प्रवृत्ति है जो उत्सुकता से बीमा मांगने और इस प्रक्रिया में लाभ अर्जित करने के लिए यह संदेह करते और जानते हैं कि उनके द्वारा नुकसान का सामना किए जाने की संभावना बहुत अधिक है।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां इस बात को लेकर चयनशील नहीं होतीं कि उन्होंने किसे और कैसे बीमा प्रदान किया है तो यह संभावना है कि मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदय की समस्याओं या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों से ग्रस्त लोग, जो यह जानते हैं कि जल्द ही उनको अस्पताल में भर्ती होने की जरूरत पड़ेगी, स्वास्थ्य बीमा खरीदना चाहेंगे जिससे बीमा कंपनियों को घाटा उठाना पड़ेगा।

दूसरे शब्दों में, अगर किसी बीमा कंपनी ने चयन का प्रयास नहीं किया तो उसने विपरीत चयन किया होगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान का सामना करना पड़ेगा।

2. जोखिमों के बीच समानता

आइए अब हम जोखिम के बीच समानता पर विचार करें। "समानता" शब्द का मतलब है ऐसे आवेदक जो एक समान स्तर के जोखिम के दायरे में आते हैं उनको एक ही प्रीमियम श्रेणी में रखा जाना चाहिए। बीमा कंपनियां लिए जाने वाले प्रीमियम का निर्धारण करने के लिए कुछ प्रकार के मानकीकरण का प्रयोग करना पसंद करेंगी। इसी प्रकार औसत जोखिम वाले लोगों को एक समान प्रीमियम भुगतान करना चाहिए जबकि उच्च औसत जोखिम वाले लोगों को अधिक प्रीमियम भुगतान करना चाहिए। वे

एक बहुत बड़ी संख्या औसत जोखिम वाले लोगों के लिए मानकीकरण लागू करना करना पसंद करेंगी जबकि अधिक जोखिमपूर्ण लोगों के बारे में निर्णय लेने और जोखिमों का वर्गीकरण करने में अधिक समय लगाएंगी।

क) जोखिम वर्गीकरण

समानता लाने के लिए, बीमालेखक जोखिम वर्गीकरण नामक एक प्रक्रिया में संलग्न होते हैं यानी लोगों को उनके जोखिम के स्तर के आधार पर अलग-अलग जोखिम श्रेणियों वर्गीकृत और आवंटित किया जाता है। ऐसी चार जोखिम श्रेणियां होती हैं।

i. मानक जोखिम

इसमें ऐसे लोग शामिल होते हैं जिसकी अनुमानित रुग्णता (बीमार पड़ने की संभावना) औसत होती है।

ii. पसंदीदा जोखिम

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अनुमानित रुग्णता औसत की तुलना में काफी कम होती है और इसलिए इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. अवमानक जोखिम

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अनुमानित रुग्णता औसत से अधिक होती है, लेकिन फिर भी इनको बीमा योग्य माना जाता है। इनको उच्च (या अतिरिक्त) प्रीमियम के साथ या कुछ सीमाओं के अधीन बीमा के लिए स्वीकार किया जा सकता है।

iv. अस्वीकृत जोखिम

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

3. चयन प्रक्रिया

बीमालेखन या चयन प्रक्रिया कथित रूप से दो स्तरों पर पूरी की जा सकती है:

✓ फील्ड स्तर पर

✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर

चित्र 1: बीमालेखन या चयन प्रक्रिया

बीमालेखन या चयन प्रक्रिया

- फील्ड या प्राथमिक स्तर

- बीमालेखन विभाग स्तर

क) फील्ड या प्राथमिक स्तर

फील्ड स्तरीय बीमालेखन को प्राथमिक बीमालेखन के रूप में भी जाना जा सकता है। इसमें एक एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी एकत्र करना शामिल है जो यह तय करेगा कि क्या आवेदक बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह बीमा के संभावित ग्राहक को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

कुछ बीमा कंपनियों के लिए एजेंटों द्वारा एक बयान या गोपनीय रिपोर्ट तैयार करना आवश्यक हो सकता है जिसमें प्रस्तावक के संबंध में एजेंट से विशिष्ट जानकारी, राय सुझाव की मांग की जाती है।

इसी तरह की एक रिपोर्ट जिसे नैतिक जोखिम की रिपोर्ट कहा जाता है, इसकी मांग बीमा कंपनी के एक अधिकारी से की जा सकती है। इन रिपोर्टों में आम तौर पर प्रस्तावित जीवन के पेशे, आय, वित्तीय स्थिति और साख को शामिल किया जाता है।

नैतिक जोखिम क्या है?

जहां उम्र, लिंग, आदतें आदि जैसे कारक एक स्वास्थ्य जोखिम के भौतिक खतरे को दर्शाते हैं, कुछ अन्य बातें भी हैं जिन पर बारीकी से नज़र रखने की जरूरत होती है। यह ग्राहक का नैतिक जोखिम है जो बीमा कंपनी के लिए बहुत महंगा साबित हो सकता है।

खराब नैतिक जोखिम का एक चरम उदाहरण एक बीमाधारक द्वारा यह जानते हुए भी स्वास्थ्य बीमा लेना है कि उसे एक छोटी सी अवधि के भीतर एक सर्जिकल ऑपरेशन से गुजरना होगा, लेकिन वह बीमा कंपनी को इसका खुलासा नहीं करता है। इस प्रकार यहां सिर्फ एक दावा प्राप्त करने के लिए बीमा लेने का सुविचारित इरादा है।

नुकसान के प्रति उदासीनता इसका एक अन्य उदाहरण है। बीमा की मौजूदगी के कारण बीमाधारक यह जानते हुए कि अस्पताल में भर्ती होने के किसी भी खर्च का भुगतान उसके बीमाकर्ता द्वारा किया जाएगा, उसमें अपने स्वास्थ्य के प्रति एक लापरवाह रवैया अपनाने का विचार उत्पन्न हो सकता है।

एक अन्य प्रकार का जोखिम जिसे 'मनोदशा का जोखिम' कहा जाता है, यह भी उल्लेखनीय है। यहां बीमाधारक कोई धोखाधड़ी नहीं करेगा लेकिन यह जानते हुए भी कि उसके पास एक बड़ी बीमा राशि है, वह सबसे महंगा उपचार कराने, सबसे महंगे अस्पताल के कमरे में रहने आदि का विकल्प चुनेगा, जिसे वह बीमित नहीं होने की स्थिति में नहीं चुन सकता था।

धोखाधड़ी पर नज़र रखना और प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट की भूमिका

जोखिम के चयन के संबंध में अधिकांश निर्णय उन तथ्यों पर निर्भर करता है जिनका खुलासा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक द्वारा किया गया है। बीमालेखन विभाग में बैठे एक बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल हो सकता है कि क्या ये तथ्य असत्य हैं और धोखा देने के सुविचारित इरादे से कपटपूर्ण तरीके से मिथ्या प्रस्तुति की गयी है।

यहां एजेंट एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात का पता लगाने की सबसे अच्छी स्थिति में होता/होती है कि प्रस्तुत किए गए तथ्य सही हैं, क्योंकि एजेंट का प्रस्तावक के साथ प्रत्यक्ष और व्यक्तिगत संपर्क होता है और इसलिए वह इस बात पर नज़र रख सकता है कि क्या एक गुमराह करने के इरादे के साथ कोई इरादतन गैर प्रकटीकरण या मिथ्या प्रस्तुति की गयी है।

ख) बीमालेखन विभाग के स्तर पर

बीमालेखन का दूसरा स्तर विभाग या कार्यालय स्तर है। इसमें विशेषज्ञ और ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जो इस तरह के कार्यों में निपुण हैं और जो यह तय करने के लिए कि क्या बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार किया जाए और किन शर्तों पर, मामले के सभी प्रासंगिक डेटा पर विचार करते हैं।

ग. बीमा के बुनियादी सिद्धांत और बीमालेखन के उपकरण

1. बीमालेखन के लिए प्रासंगिक बुनियादी सिद्धांत

बीमा के किसी भी रूप में, चाहे जीवन बीमा हो या साधारण बीमा, कुछ ऐसे कानूनी सिद्धांत होते हैं जो जोखिमों की स्वीकृति के साथ काम करते हैं। स्वास्थ्य बीमा भी समान रूप से इन सिद्धांतों से नियंत्रित होता है और सिद्धांतों के किसी भी उल्लंघन के परिणाम स्वरूप बीमा कंपनी देयता से बचने का निर्णय लेती है जो पॉलिसीधारकों के लिए काफी असंतोष और निराशा का कारण बनता है। ये महत्वपूर्ण सिद्धांत इस प्रकार हैं:

1. परम सद्भाव (Uberrima fides) और बीमा योग्य हित

2. बीमालेखन के उपकरण

ये बीमालेखक की जानकारी के स्रोत और आधार हैं जिन पर जोखिम वर्गीकरण किया जाता है और अंत में प्रीमियम निर्धारित किया जाता है। बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण उपकरण निम्नलिखित हैं:

क) प्रस्ताव प्रपत्र

यह दस्तावेज अनुबंध का आधार है जहां प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी (यानी उम्र, पेशा, शारीरिक गठन, आदतें, स्वास्थ्य की स्थिति, आय, प्रीमियम भुगतान की जानकारी आदि) एकत्र की जाती है। इसमें आसान सवालों के एक सेट से लेकर उत्पाद तथा कंपनी की आवश्यकताओं/निति के अनुसार एक पूरी तरह से विस्तृत प्रश्नावली शामिल हो सकती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा किया गया है और तदनुसार कवरेज प्रदान किया गया है। बीमाधारक व्यक्ति द्वारा कोई भी उल्लंघन या जानकारी को छुपाया जाना पॉलिसी को अमान्य कर देगा।

ख) उम्र का प्रमाण

प्रीमियम बीमाधारक की उम्र के आधार पर निर्धारित किए जाते हैं। इसलिए प्रवेश के समय बतायी गयी उम्र को एक उम्र का प्रमाण प्रस्तुत करके सत्यापित किया जाना आवश्यक है।

उदाहरण

भारत में कई प्रकार के दस्तावेजों को उम्र प्रमाण माना जा सकता है लेकिन ये सभी कानूनी तौर पर स्वीकार्य नहीं होते हैं। अधिकांशतः मान्य दस्तावेजों को दो व्यापक श्रेणियों में बांटा जाता है। ये इस प्रकार हैं:

क) मानक उम्र प्रमाण: इनमें से कुछ दस्तावेजों में स्कूल प्रमाणपत्र, पासपोर्ट, निवास प्रमाणपत्र, पैन कार्ड आदि शामिल हैं।

ख) गैर-मानक उम्र प्रमाण: इनमें राशन कार्ड, मतदाता पहचान पत्र, वरिष्ठ व्यक्ति की घोषणा, ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।

ग) वित्तीय दस्तावेज

प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति को जानना लाभ उत्पादों के लिए और नैतिक जोखिम को कम करने के लिए विशेष रूप से प्रासंगिक है। हालांकि, सामान्यतः वित्तीय दस्तावेजों की मांग केवल इन मामलों की जाती है -

क) व्यक्तिगत दुर्घटना कवर या

ख) उच्च बीमा राशि कवरेज या

ग) जब मांगे गए कवरेज की तुलना में बतायी गयी आय और पेशा का तालमेल नहीं बैठता है।

घ) मेडिकल रिपोर्ट

मेडिकल रिपोर्ट की आवश्यकता बीमा कंपनी के मानदंडों पर आधारित है और आम तौर पर बीमाधारक की उम्र पर और कभी-कभी चुने गए कवर की मात्रा पर निर्भर करता है। प्रस्ताव प्रपत्र के कुछ उत्तरों में कुछ ऐसी जानकारी भी शामिल हो सकती है जो मांगी गयी मेडिकल रिपोर्ट की वजह बनती है।

च) बिक्री कर्मियों की रिपोर्ट

बिक्री कर्मियों को भी कंपनी के लिए जमीनी स्तर पर के बीमालेखकों के रूप में देखा जा सकता है और उनकी रिपोर्ट में उनके द्वारा दी गई जानकारी एक महत्वपूर्ण विचार बन सकती है। हालांकि, बिक्री कर्मियों को अधिक व्यवसाय उत्पन्न करने के लिए एक प्रोत्साहन दिया जाता है, यहां हितों का टकराव होता है जिस पर नज़र रखना आवश्यक है।

स्व-परीक्षण 2

बीमालेखन में _____ द्वारा परम सद्भाव के सिद्धांत का पालन किया जाना आवश्यक है।

- I. बीमा कंपनी
- II. बीमाधारक
- III. बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों
- IV. चिकित्सा परीक्षक
- V.

स्व-परीक्षण 3

बीमा योग्य हित _____ को दर्शाता है।

- I. बीमा योग्य परिसंपत्ति में व्यक्ति के वित्तीय हित
- II. पहले से बीमा की गयी संपत्ति
- III. नुकसान के लिए प्रत्येक बीमा कंपनी का हिस्सा, जब एक से अधिक कंपनी एक ही नुकसान को कवर करती हैं
- IV. नुकसान की राशि जो बीमा कंपनी से वसूल की जाती सकती है

आवश्यक जानकारी प्राप्त हो जाने के बाद बीमालेखक पॉलिसी की शर्तें निर्धारित करता है। स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के बीमालेखन के लिए इस्तेमाल होने वाले सामान्य फॉर्म इस प्रकार है:

1. चिकित्सा बीमालेखन

चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य की स्थिति निर्धारित करने के लिए प्रस्तावक से मेडिकल रिपोर्ट की मांग की जाती है। फिर एकत्र की गयी स्वास्थ्य की जानकारी का बीमा कंपनियों द्वारा यह तय करने के लिए मूल्यांकन किया जाता है कि क्या कवरेज दिया जाएगा, किस सीमा तक और किन शर्तों एवं अपवर्जनों के साथ। इस प्रकार चिकित्सा बीमालेखन जोखिम की स्वीकृति या अस्वीकृति और इसके अलावा कवर की शर्तों का भी निर्धारण कर सकता है।

हालांकि चिकित्सा बीमालेखन में मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करने और जांच के संदर्भ में उच्च लागतें सम्मिलित होती हैं। इसके अलावा, जब बीमा कंपनियां चिकित्सा बीमालेखन की एक उच्च डिग्री का उपयोग करती हैं, उनको केवल 'मलाई खाने' का दोषी ठहराया जाता है (जिसमें केवल सर्वोत्तम प्रकार के जोखिम को स्वीकार किया जाता है और अन्य को नकार दिया जाता है)। यह संभावित ग्राहकों के बीच हताशा का कारण बनता है और उन बीमा कंपनियों के साथ बीमा करने के इच्छुक लोगों की संख्या कम कर देता है क्योंकि वे अपेक्षित जानकारी और विवरण प्रदान करने और आवश्यक परीक्षणों की प्रक्रिया से गुजरना नहीं चाहते हैं।

स्वास्थ्य स्थिति और उम्र व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के लिए बीमालेखन के महत्वपूर्ण विचार हैं। इसके अलावा वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति, निजी और परिवार की चिकित्सा का इतिहास एक बीमालेखक को किसी भी पहले से मौजूद बीमारी या समस्या और अंततः भविष्य की स्वास्थ्य समस्याओं का पता लगाने में सक्षम बनाता है जिनके लिए अस्पताल में भर्ती होने या शल्य चिकित्सा के हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है।

इसके अलावा प्रस्ताव प्रपत्रों को इस प्रकार तैयार किया जाता है कि इससे पहले किए गए उपचारों, अस्पताल में भर्ती होने और शल्य चिकित्सा की प्रक्रियाओं से गुजरने के बारे में स्पष्ट जानकारी प्राप्त हो जाती है। यह एक बीमालेखक को पहले से मौजूद बीमारी की पुनरावृत्ति, वर्तमान या भविष्य की स्वास्थ्य स्थिति पर उसके प्रभाव या भविष्य की समस्याओं की संभावना का मूल्यांकन करने में मदद करता है। कुछ बीमारियां जिनके लिए प्रस्तावक केवल दवाएं ले रहा है, जल्द ही किसी भी समय अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता पड़ सकती है या इसकी पुनरावृत्ति हो सकती है।

उदाहरण

उच्च रक्तचाप, अधिक वजन/मोटापा और शर्करा के उच्च स्तर जैसी चिकित्सा स्थितियों में दिल, गुर्दे और तंत्रिका तंत्र के रोगों के लिए भविष्य में अस्पताल में भर्ती होने की काफी संभावना रहती है। इसलिए चिकित्सा बीमालेखन के लिए जोखिम का आकलन करते समय इन स्थितियों पर ध्यान से विचार किया जाना चाहिए।

चूंकि स्वास्थ्य स्थिति में प्रतिकूल परिवर्तन आम तौर पर 40 वर्ष की उम्र के बाद, मुख्य रूप से सामान्य उम्र बढ़ने की प्रक्रिया के कारण होते हैं, बीमा कंपनियों को 45 वर्ष की उम्र से पहले प्रस्तावक के किसी भी चिकित्सा जांच या परीक्षण की आवश्यकता नहीं पड़ती है (कुछ बीमा कंपनियां इस आवश्यकता को 50 या 55 वर्ष तक भी बढ़ा सकती हैं)। इसके अलावा चिकित्सा बीमालेखन दिशानिर्देशों में प्रस्तावक के पारिवारिक चिकित्सक द्वारा उसकी स्वास्थ्य की स्थिति की एक हस्ताक्षरित घोषणा की आवश्यकता हो सकती है।

भारतीय स्वास्थ्य बीमा बाजार में व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रमुख चिकित्सा बीमालेखन कारक व्यक्ति की उम्र है। पहली बार शामिल होने वाले 45-50 वर्ष से अधिक की उम्र के व्यक्तियों के मामले में सामान्यतः स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए और उनकी वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए निर्दिष्ट पैथोलोजिकल जांच की प्रक्रिया से गुजरना आवश्यक होता है। इस तरह की जांच पहले से मौजूद किसी चिकित्सा समस्या या बीमारे के प्रसार का संकेत देती है।

उदाहरण

नशीली दवाओं, शराब और तंबाकू के सेवन का पता लगाना मुश्किल हो सकता है और प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक द्वारा शायद ही कभी घोषित किया जाता है। इनका गैर-प्रकटीकरण स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखन में एक बड़ी चुनौती बन गया है। मोटापा एक अन्य समस्या है जो एक बड़ी सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या बनती जा रही है और बीमालेखकों को इनसे उत्पन्न होने वाली समस्याओं का पर्याप्त मूल्यांकन करने में सक्षम होने के लिए बीमालेखन उपकरण विकसित करने की आवश्यकता है।

2. गैर-चिकित्सा बीमालेखन

स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाले अधिकांश प्रस्तावकों को चिकित्सा जांच की जरूरत नहीं पड़ती है। अगर इसे सत्यता की एक निष्पक्ष डिग्री के साथ जाना जा सकता है तो इस तरह के मामलों के केवल दसवें हिस्से या उससे कम में चिकित्सा जांच के दौरान प्रतिकूल परिणाम आएगा, फिर बीमा कंपनियां अधिकांश मामलों में चिकित्सा जांच को अनावश्यक बना सकती हैं।

यहां तक कि अगर प्रस्तावक सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा पूरी तरह से और सच्चाई से करता है और एजेंट द्वारा सावधानी से इसकी जांच की गई है, फिर भी चिकित्सा जांच की आवश्यकता बहुत कम हो सकती है। वास्तव में, दावों के अनुपात में मामूली वृद्धि को स्वीकार किया जा सकता है अगर चिकित्सा जांच की लागतों और अन्य खर्चों में बचत होती है और क्योंकि इससे प्रस्तावक की असुविधा भी कम होगी।

इसलिए, बीमा कंपनियां कुछ ऐसी चिकित्सा पॉलिसियां लेकर आ रही हैं जहां प्रस्तावक को किसी चिकित्सा जांच से गुजरने की आवश्यकता नहीं है। ऐसे मामलों में, कंपनियां आम तौर पर एक 'मेडिकल ग्रिड' बनाती हैं जिससे यह पता चलेगा कि किस उम्र और चरण में चिकित्सा बीमालेखन किया जाना चाहिए, और इसलिए इन गैर-चिकित्सा सीमाओं को सावधानी से डिजाइन किया जाता है ताकि व्यवसाय और जोखिम के बीच एक उचित संतुलन कायम किया जा सके।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति को चिकित्सा परीक्षाओं, प्रतीक्षा अवधियों और कार्रवाई में देरी की एक लंबी प्रक्रिया से गुजरे बिना तुरंत स्वास्थ्य बीमा कवरेज लेना है तो वह एक गैर-चिकित्सा बीमालेखन पॉलिसी लेने का विकल्प चुन सकता है। एक गैर-चिकित्सा बीमालेखन पॉलिसी में, प्रीमियम दरें और बीमा राशि आम तौर पर उम्र, लिंग, धूम्रपान की श्रेणी, शारीरिक गठन आदि पर आधारित कुछ स्वास्थ्य संबंधी प्रश्नों के उत्तर के आधार पर निर्धारित की जाती हैं। यह प्रक्रिया तीव्र है लेकिन प्रीमियम अपेक्षाकृत अधिक हो सकते हैं।

3. संख्यात्मक निर्धारण विधि

यह बीमालेखन में अपनायी जाने वाली एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक घटक के बारे में संख्यात्मक या प्रतिशत आकलन किए जाते हैं।

इसमें उम्र, लिंग, जाति, व्यवसाय, निवास, वातावरण, शारीरिक गठन, आदतें, परिवार और व्यक्तिगत इतिहास जैसे कारकों की जांच की जाती है और पूर्व-निर्धारित मानदंडों के आधार पर संख्यात्मक रूप से अंक दिए जाते हैं।

5. बीमालेखन संबंधी निर्णय

प्राप्त जानकारी का सावधानी से आकलन करने और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किए जाने पर बीमालेखन प्रक्रिया पूरी हो जाती है। उपरोक्त उपकरणों और अपने निर्णय के आधार पर, बीमालेखक जोखिम को निम्नलिखित श्रेणियों में वर्गीकृत करता है:

- क) मानक दरों पर जोखिम को स्वीकार करना
- ख) एक अतिरिक्त प्रीमियम (अधिभार) पर जोखिम को स्वीकार करना, हालांकि यह प्रक्रिया सभी कंपनियों में नहीं अपनायी जा सकती है
- ग) एक निर्धारित अवधि/समय के लिए कवर को स्थगित करना
- घ) कवर को अस्वीकार करना
- च) काउंटर ऑफर (कवर के कुछ भाग को सीमित या अस्वीकार करना)
- छ) पॉलिसी के तहत स्थायी अपवर्जन लगाना

अगर किसी बीमारी को स्थायी रूप से बाहर रखा जाता है तो इसे पॉलिसी प्रमाणपत्र पर पृष्ठांकित किया जाता है। यह पॉलिसी के मानक अपवर्जन के अलावा एक अतिरिक्त अपवर्जन बन जाता है और अनुबंध का एक हिस्सा होता है।

बीमालेखकों द्वारा विशेषज्ञ व्यक्तिगत जोखिम मूल्यांकन बीमा कंपनियों के लिए महत्वपूर्ण है क्योंकि यह बीमा प्रणाली को संतुलन में रखता है। बीमालेखन बीमा कंपनियों को समान स्तर के अपेक्षित जोखिम वाले लोगों को एक साथ समूहीकृत करने और उनके द्वारा चुनी गयी सुरक्षा के लिए एक समान प्रीमियम वसूल करने में सक्षम बनाता है। पॉलिसीधारक के लिए लाभ एक निष्पक्ष और प्रतिस्पर्धी मूल्य पर बीमा की उपलब्धता है जबकि एक बीमा कंपनी के लिए लाभ पोर्टफोलियो के अनुभव को रुग्णता की मान्यताओं के अनुरूप अपने बनाए रखने की क्षमता है।

5. सामान्य या मानक अपवर्जनों का प्रयोग

अधिकांश पॉलिसियों में अपने सभी सदस्यों पर लागू होने वाले अपवर्जन शामिल होते हैं। इन्हें मानक अपवर्जन के रूप में जाना जाता है या कभी-कभी सामान्य अपवर्जन कहा जाता है। बीमा कंपनियां मानक अपवर्जनों को लागू करके अपने जोखिम को सीमित करती हैं।

इसकी चर्चा पहले के अध्याय में की गई है।

स्व-परीक्षण 4

चिकित्सा बीमालेखन के बारे में इसमें से कौन सा कथन सही नहीं है?

- I. इसमें मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करने या उसका आकलन करने की उच्च लागत शामिल है।
- II. वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और उम्र स्वास्थ्य बीमा के चिकित्सा बीमालेखन में महत्वपूर्ण कारक हैं।
- III. प्रस्तावकों को अपने स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए चिकित्सकीय और पैथोलोजिकल जांच की प्रक्रिया से गुजरना होता है।

IV. जोखिम के प्रत्येक घटक के बारे में प्रतिशत आकलन किया जाता है।

चित्र 1: बीमालेखन प्रक्रिया

बीमालेखन प्रक्रिया

जानकारी इकट्ठा करना

- प्रस्ताव प्रपत्र
- उम्र और आय का प्रमाण
- मेडिकल रिपोर्ट

जोखिम मूल्यांकन और आकलन

- वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति
- उम्र

चिकित्सा बीमालेखन

गैर-चिकित्सा बीमालेखन

संख्यात्मक निर्धारण विधि

मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करना और उसकी जांच करना

कोई स्वास्थ्य जांच नहीं लेकिन विस्तृत प्रकटीकरण प्रश्नावली

संख्यात्मक या जोखिम के प्रत्येक घटक के लिए आवंटित प्रतिशत

जोखिम का वर्गीकरण और चयन मानक जोखिम

- मानक दरों पर जोखिम को स्वीकार करना

अवमानक जोखिम –

- उच्च प्रीमियम पर जोखिम को स्वीकार करना
- निर्धारित अवधि के लिए स्थगन - जोखिम को अस्वीकार करना

1. समूह स्वास्थ्य बीमा

समूह बीमा का बीमालेखन मुख्यतः औसत के नियम के अनुसार किया जाता है जिसका अर्थ यह है कि जब एक मानक समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है तो समूह में शामिल होने वाले व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल-चयन नहीं कर सकते हैं। स्वास्थ्य बीमा के लिए एक समूह को स्वीकार करते समय बीमा कंपनियां समूह में कुछ ऐसे सदस्यों की मौजूदगी पर विचार करती हैं जिनको गंभीर और लगातार होने वाली स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं।

समूह स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखन के लिए समूह की विशेषताओं का विश्लेषण करने की आवश्यकता होती है ताकि यह मूल्यांकन किया जा सके कि क्या यह बीमा कंपनी के बीमालेखन दिशानिर्देशों और बीमा नियामकों द्वारा समूह बीमा के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के भीतर आता है।

समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए मानक बीमालेखन प्रक्रिया के लिए निम्नलिखित कारकों पर प्रस्तावित समूह का मूल्यांकन करने की आवश्यकता होती है:

क) समूह का प्रकार

ख) समूह का आकार

ग) उद्योग का प्रकार

घ) कवरेज के लिए योग्य व्यक्ति

च) क्या पूरे समूह को कवर किया जा रहा है या सदस्यों को बाहर निकालने के लिए कोई विकल्प उपलब्ध है

छ) कवरेज का स्तर - क्या सभी के लिए एक समान या अलग-अलग है

ज) लिंग, उम्र, एक या अनेक स्थान, समूह के सदस्यों की आय के स्तर, कर्मचारी परिवर्तन की दर, क्या प्रीमियम का भुगतान पूरी तरह से समूह धारक द्वारा या सदस्यों द्वारा किया गया है या सदस्यों को प्रीमियम भुगतान में भाग लेने की आवश्यकता है

झ) विभिन्न भौगोलिक स्थानों में फैले कई स्थानों के मामले में सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल की लागतों में अंतर

ट) एक तृतीय पक्ष व्यवस्थापक द्वारा समूह बीमा के प्रबंधन के लिए समूह धारक की पसंद (उनकी पसंद या बीमा कंपनी द्वारा चयनित विकल्प के बारे में) या बीमा कंपनी द्वारा अपने आप

ठ) प्रस्तावित समूह के पिछले दावों का अनुभव

उदाहरण

खदानों या कारखानों में काम करने वाले सदस्यों का एक समूह वातानुकूलित कार्यालयों में काम करने वाले सदस्यों के एक समूह की तुलना में अधिक स्वास्थ्य जोखिम के दायरे में होता है। इसके अलावा बीमारियों की प्रकृति (जिनके दावे) भी दोनों समूहों के लिए काफी अलग होने की संभावना है। इसलिए, बीमा कंपनी दोनों ही मामलों में समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का मूल्य तदनुसार तय करेगी।

इसी प्रकार आईटी कंपनियों जैसे अधिक संख्या में नौकरी छोड़ने वाले समूहों के मामले में प्रतिकूल चयन से बचने के लिए, बीमा कंपनियां एहतियाती मानदंड लागू कर सकती हैं जिसके लिए कर्मचारियों को बीमा के लिए योग्य बनने से पहले अपनी परिवीक्षाधीन अवधि में काम करने की आवश्यकता होगी।

समूह स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय की अत्यधिक प्रतिस्पर्धी प्रकृति के कारण बीमा कंपनियां समूह बीमा योजनाओं के लाभों में काफी लचीलापन और अनुकूलन की अनुमति देती हैं। नियोक्ता-कर्मचारी समूह बीमा योजना में, लाभों की डिजाइन आम तौर पर समय के साथ विकसित होती है और नियोक्ता के मानव संसाधन विभाग द्वारा इसे एक कर्मचारी प्रतिधारण उपकरण के रूप में इस्तेमाल किया जाता है। अक्सर, लचीलापन व्यवसाय पर कब्जा करने और बदलने के लिए एक अन्य बीमा कंपनी द्वारा दिए गए मौजूदा समूह बीमा योजना के लाभों से तालमेल बिठाने या सुधार करने के लिए बीमा कंपनियों के बीच प्रतिस्पर्धा का परिणाम होता है।

2. नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के अलावा अन्य बीमालेखन

नियोक्ता-कर्मचारी समूह पारंपरिक रूप से समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रस्तावित सबसे आम समूह हैं। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा को स्वास्थ्य देखभाल के खर्च के वित्तपोषण के एक प्रभावशाली साधन के रूप में स्वीकार किए जाने के कारण समूह संरचनाओं के विभिन्न प्रकार विकसित हो गए हैं। ऐसे परिदृश्य में, समूह स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखकों के लिए समूह का बीमालेखन करते समय समूह की संरचना के चरित्र पर विचार करना महत्वपूर्ण हो जाता है।

कर्मचारी-नियोक्ता समूहों के अलावा बीमा कंपनियों ने विभिन्न प्रकार के समूहों को समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान किया है जैसे: श्रमिक संघ, न्यास और सोसायटी, एकाधिक-नियोक्ता समूह, फ्रेंचाइजी डीलर, व्यावसायिक संगठन, क्लब और अन्य बंधुत्व संगठन।

विभिन्न देशों की सरकारों ने समाज के गरीब वर्गों के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज खरीदने का काम किया है। भारत में, केंद्र और राज्य दोनों स्तरों पर सरकारों द्वारा गरीबों के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा योजनाओं जैसे - राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय), यशस्विनी को आक्रामक तरीके से प्रायोजित किया गया है।

हालांकि इस तरह के विविध समूहों के लिए बुनियादी बीमालेखन विचार आम तौर पर स्वीकार्य समूह बीमालेखन कारकों के समान हैं, अतिरिक्त पहलुओं में शामिल हैं:

क) समूह का आकार (छोटे आकार के समूह में लगातार परिवर्तन हो सकते हैं)

ख) विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा की अलग-अलग लागतें

ग) समूह के सभी घटकों के समूह स्वास्थ्य बीमा योजना में भाग नहीं लेने मामले में प्रतिकूल चयन का जोखिम

घ) पॉलिसी में समूह में सदस्यों की निरंतरता

सिर्फ सस्ते दामों पर इस तरह के समूह स्वास्थ्य बीमा लाभ का लाभ लेने के लिए 'सुविधा समूह' नामक समूह संरचनाओं के अनियमित प्रकारों में वृद्धि हुई है। इसलिए बीमा नियामक आईआरडीए ने विभिन्न समूहों के साथ कामकाज करने में बीमा कंपनियों द्वारा अपनाए जाने वाले दृष्टिकोण को विनियमित करने के विचार से समूह बीमा के दिशानिर्देश जारी किए हैं। इस तरह के गैर-नियोक्ता समूहों में शामिल हैं:

क) नियोक्ता कल्याण संघ

ख) एक विशेष कंपनी द्वारा जारी किए गए क्रेडिट कार्ड के धारक

ग) एक विशेष व्यवसाय के ग्राहक जहां बीमा एक ऐड-ऑन लाभ के रूप में दिया जाता है

घ) एक बैंक के उधारकर्ता और व्यावसायिक संगठन या सोसायटी

समूह बीमा के दिशानिर्देशों का औचित्य लचीली डिजाइन के लाभ के साथ बीमा प्राप्त करने के एकमात्र उद्देश्य से समूहों के गठन को प्रतिबंधित करना है, यहां लाभों का कवरेज व्यक्तिगत पॉलिसियों पर उपलब्ध नहीं होता है और लागत में बचत होती है। ऐसा देखा गया है कि इस तरह के 'सुविधा समूह' अक्सर बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन करने और अंततः उच्च दावा अनुपातों का कारण बनते हैं। इस प्रकार नियामक प्राधिकरण के समूह बीमा के दिशानिर्देश बीमा कंपनियों द्वारा बाजार के जिम्मेदार संचालन में सहायक होते हैं। ये बीमालेखन में और समूह योजनाओं के लिए प्रबंधन के मानकों का निर्धारण करके समूह बीमा योजनाओं के प्रचार में भी अनुशासन पैदा करते हैं।

स्व-परीक्षण 5

1) एक समूह स्वास्थ्य बीमा में, समूह के गठन में शामिल होने वाला कोई भी व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन कर सकता है।

2) समूह स्वास्थ्य बीमा केवल नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के लिए कवरेज प्रदान करता है।

- I. कथन 1 सही है और कथन 2 गलत है
- II. कथन 2 सही है और कथन 1 गलत है
- III. कथन 1 और कथन 2 सही हैं
- IV. कथन 1 और कथन 2 गलत हैं

सूचना

जोखिम प्रबंधन की प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, बीमालेखक विशेष रूप से बड़े समूह की पॉलिसियों के मामले में अपने जोखिमों को हस्तांतरित करने के दो तरीके का उपयोग करता है:

सहबीमा: यह एक से अधिक बीमा कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति को दर्शाता है। आम तौर पर यह कार्य प्रत्येक बीमा कंपनी को जोखिम के एक प्रतिशत का आवंटन करके पूरा किया जाता है। इस प्रकार पॉलिसी को दो बीमा कंपनियों द्वारा स्वीकार किया जा सकता है जैसे बीमा कंपनी 'क' का 60% हिस्सा और बीमा कंपनी 'ख' का 40% हिस्सा। आम तौर पर बीमा कंपनी 'क' प्रमुख बीमा कंपनी होगी जो पॉलिसी जारी करने और दावों के निपटान सहित पॉलिसी से संबंधित सभी मामलों को देखेगी। बीमा कंपनी 'ख' दावों के भुगतान के 40% के लिए बीमा कंपनी 'क' की प्रतिपूर्ति करेगी।

पुनर्बीमा: बीमा कंपनी विभिन्न प्रकारों और आकारों वाले जोखिमों को स्वीकार करती है। वह अपने विभिन्न जोखिमों की रक्षा कैसे कर सकती है? वह अपने जोखिमों का अन्य बीमा कंपनियों के साथ बीमा करके ऐसा करती है और इसे पुनर्बीमा कहा जाता है। इस प्रकार पुनर्बीमा कंपनियां 'संधि' नामक स्थायी व्यवस्थाओं के माध्यम से या अलग-अलग मामले के आधार पर जिसे ऐच्छिक पुनर्बीमा कहा जाता है, बीमा कंपनियों के जोखिमों को स्वीकार करती हैं। पुनर्बीमा दुनिया भर में किया जाता है और इसलिए यह जोखिम को काफी दूर-दूर तक फैला देता है।

सारांश

क) स्वास्थ्य बीमा रुग्णता की अवधारणा पर आधारित है जिसे किसी व्यक्ति के बीमार पड़ने या अस्वस्थ होने के जोखिम के रूप में परिभाषित किया गया है।

ख) बीमालेखन जोखिम के चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया है।

ग) बीमालेखन जोखिम और व्यवसाय के बीच एक उचित संतुलन बनाए रखने के लिए आवश्यक है जिससे संगठन के लिए प्रतिस्पर्धा के साथ-साथ लाभप्रदता भी बनी रहती है।

घ) किसी व्यक्ति की रुग्णता को प्रभावित करने वाले कुछ कारकों में उम्र, लिंग, आदतें, पेशा, शारीरिक गठन, पारिवारिक इतिहास, अतीत की बीमारी या शल्य चिकित्सा, वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और निवास स्थान शामिल हैं।

च) बीमालेखन का उद्देश्य बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोकना और इसके अलावा उचित वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना है।

छ) एजेंट प्रथम स्तर का बीमालेखक है क्योंकि वह बीमा योग्य संभावित ग्राहक को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

ज) बीमा के मूल सिद्धांत हैं: परम सद्भाव, बीमा योग्य हित, क्षतिपूर्ति, योगदान, प्रस्थापन और आसन्न कारण।

झ) बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण उपकरण हैं: प्रस्ताव प्रपत्र, उम्र का प्रमाण, वित्तीय दस्तावेज, मेडिकल रिपोर्ट और बिक्री की रिपोर्ट।

ट) चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जो स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति निर्धारित करने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा उपयोग की जाती है।

ठ) गैर-चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जहां प्रस्तावक को किसी भी चिकित्सा जांच की प्रक्रिया से गुजरने की आवश्यकता नहीं है।

ड) संख्यात्मक निर्धारण विधि बीमालेखन में अपनायी जाने वाली एक प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक पहलू के बारे में संख्यात्मक या प्रतिशत आकलन किए जाते हैं।

ढ) बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त की गयी जानकारी का सावधानी से मूल्यांकन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है।

त) समूह बीमा का बीमालेखन मुख्य रूप से औसत के नियम के आधार पर किया जाता है जिसका तात्पर्य है कि जब एक मानक समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है, समूह में शामिल होने वाले व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल-चयन नहीं कर सकते हैं।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

बीमालेखन जोखिम चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

बीमालेखन में परम सद्भाव के सिद्धांत का पालन बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों के द्वारा किया जाना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

बीमा योग्य हित उस संपत्ति में व्यक्ति के आर्थिक या वित्तीय हित को दर्शाता है जिसका वह बीमा करने जा रहा है और इस तरह की संपत्ति को कोई नुकसान पहुंचने की स्थिति में उसे वित्तीय नुकसान भुगतना पड़ सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

प्रतिशत और संख्यात्मक आकलन संख्यात्मक निर्धारण विधि में जोखिम के प्रत्येक घटक पर किया जाता है, चिकित्सा बीमालेखन विधि में नहीं।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

एक समूह स्वास्थ्य बीमा में जब किसी समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है, समूह में शामिल होने वाले सदस्य बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन नहीं कर सकते हैं।

कर्मचारी-नियोक्ता समूहों के अलावा बीमा कंपनियों ने विभिन्न प्रकार के समूहों को समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान किया है जैसे: श्रमिक संघ, न्यास और सोसायटी, व्यावसायिक संगठन, क्लब और अन्य बंधुत्व संगठन।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से कौन सा कारक व्यक्ति की रुग्णता को प्रभावित नहीं करता है?

- I. लिंग
- II. पति/पत्नी की नौकरी
- III. आदतें
- IV. निवास स्थान

प्रश्न 2

क्षतिपूर्ति के सिद्धांत के अनुसार, बीमाधारक को _____ के लिए भुगतान किया जाता है।

- I. बीमा राशि की सीमा तक वास्तविक नुकसान
- II. वास्तव में खर्च की गयी राशि की परवाह किए बिना बीमा राशि
- III. दोनों पक्षों के बीच सहमत एक निश्चित रकम
- IV. बीमा राशि की परवाह किए बिना वास्तविक नुकसान

प्रश्न 3

बीमालेखक के लिए किसी आवेदक के बारे में जानकारी का पहला और प्राथमिक स्रोत उसका _____ है।

- I. उम्र के प्रमाण का दस्तावेज
- II. वित्तीय दस्तावेज
- III. पिछला मेडिकल रिकॉर्ड
- IV. प्रस्ताव प्रपत्र

प्रश्न 4

बीमालेखन प्रक्रिया पूरी हो जाती है जब _____ ।

- I. प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रस्ताव प्रपत्र के माध्यम से एकत्र कर ली जाती है
- II. प्रस्तावक की सभी चिकित्सा जांच और परीक्षाएं पूरी हो जाती हैं
- III. प्राप्त जानकारी का सावधानी से आकलन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है
- IV. पॉलिसी जोखिम चयन और मूल्य निर्धारण के बाद प्रस्तावक को जारी की जाती है।

प्रश्न 5

संख्यात्मक निर्धारण विधि के बारे में इनमें से कौन सा कथन सही नहीं है?

- I. संख्यात्मक निर्धारण विधि प्रशिक्षित कर्मियों की मदद से एक बड़े व्यवसाय के संचालन में अधिक गति प्रदान करती है।
- II. मुश्किल या संदिग्ध मामलों का विश्लेषण चिकित्सा रेफरी या विशेषज्ञों के बिना संख्यात्मक अंकों के आधार पर संभव नहीं है।
- III. इस विधि का प्रयोग चिकित्सा विज्ञान की कोई विशिष्ट जानकारी नहीं रखने वाले व्यक्तियों द्वारा किया जा सकता है।
- IV. यह विभिन्न बीमालेखकों के फैसलों के बीच स्थिरता सुनिश्चित करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

किसी व्यक्ति की रुग्णता उसकी पत्नी/पति की नौकरी से प्रभावित नहीं होती है, हालांकि उसका अपना पेशा उन महत्वपूर्ण कारकों में से एक है जो उनकी रुग्णता को प्रभावित कर सकते हैं।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

क्षतिपूर्ति के सिद्धांत के अनुसार, बीमाधारक को वास्तविक लागतों या नुकसानों के लिए, लेकिन बीमा राशि की सीमा तक मुआवजा दिया जाता है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

बीमालेखक के लिए किसी आवेदक के बारे में जानकारी का प्राथमिक स्रोत उसका प्रस्ताव प्रपत्र या आवेदन फॉर्म है जिसमें प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी एकत्र की जाती है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त जानकारी सावधानी से आकलन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है।

उत्तर 5

सही उत्तर II है।

मुश्किल या संदिग्ध मामलों का अधिक सावधानी से विश्लेषण संख्यात्मक निर्धारण विधि के द्वारा संभव है क्योंकि इसमें संदिग्ध बातों के संबंध में पिछले अनुभव को ज्ञात मानक और शेडिंग के संदर्भ में संख्यात्मक रूप से व्यक्त किया जाता है।

अध्याय 7

स्वास्थ्य बीमा दावे

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रबंधन की प्रक्रिया, आवश्यक दस्तावेजों और दावा सुरक्षित करने की प्रक्रिया के बारे में चर्चा करेंगे। इसके अलावा हम व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत दावों के प्रबंधन को भी देखेंगे और टीपीए की भूमिका को समझेंगे।

अध्ययन के परिणाम

- क. बीमा क्षेत्र में दावा प्रबंधन
- ख. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन
- ग. स्वास्थ्य बीमा दावों में दस्तावेजों की प्रक्रिया
- घ. दावा सुरक्षित करना
- च. दावा प्रबंधन: व्यक्तिगत दुर्घटना
- छ. तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों (टीपीए) की भूमिका

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

- क) बीमा दावों में विभिन्न हितधारकों के बारे में बताना
- ख) स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है इसका वर्णन करना
- ग) स्वास्थ्य बीमा दावों के निपटान के लिए आवश्यक विभिन्न दस्तावेजों की चर्चा करना
- घ) बीमा कंपनियों द्वारा दावों के लिए संचिती कैसे प्रदान की जाती हैं इसकी व्याख्या करना
- च) व्यक्तिगत दुर्घटना दावों पर चर्चा करना
- छ) टीपीए की अवधारणा और भूमिका को समझना

क. बीमा क्षेत्र में दावा प्रबंधन

यह बात बहुत अच्छी तरह समझ ली गयी है कि बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे के लिए एक 'गवाह' है। पॉलिसी के तहत दावे का कारण बनने वाली एक बीमित घटना का घटित होना उस वादे की असली परीक्षा है। एक बीमा कंपनी कितना अच्छा प्रदर्शन करती है इसका मूल्यांकन इस बात से होता है कि वह अपने दावों के वादों को कितनी अच्छी तरह से पूरा करती है। बीमा में महत्वपूर्ण रेटिंग कारकों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

1. दावा प्रक्रिया में हितधारक

दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है इसके बारे में विस्तार पूर्वक जानने से पहले हमें यह समझने की जरूरत है कि दावों की प्रक्रिया में इच्छुक पार्टियां कौन-कौन हैं।

चित्र 1: दावा प्रक्रिया में हितधारक

दावा प्रक्रिया में हितधारक

- बीमा कंपनी के हितधारक
- बीमालेखक
- तृतीय पक्ष व्यवस्थापक
- नियामक
- प्रदाता/अस्पताल
- बीमा एजेंट/ब्रोकर
- ग्राहक

ग्राहक	बीमा खरीदने वाला व्यक्ति पहला हितधारक और 'दावे का प्राप्तकर्ता' है।
मालिक	बीमा कंपनी के मालिकों का 'दावा भुगतानकर्ताओं' के रूप में एक बड़ा हित होता है। दावों का भुगतान पॉलिसी धारकों के फंड से किए जाने के बावजूद अधिकांश मामलों में वही वादे को पूरा करने के लिए उत्तरदायी होते हैं।
बीमालेखक	एक बीमा कंपनी के भीतर और सभी बीमा कंपनियों में दावों को समझने और उत्पाद डिजाइन करने, पॉलिसी के नियम, शर्तें और मूल्य तय करने की जिम्मेदारी बीमालेखकों की होती है।
नियामक	नियामक (भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण) निम्नलिखित के लिए अपने उद्देश्य में एक प्रमुख हितधारक है:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ बीमा वातावरण में व्यवस्था बनाए रखना ✓ पॉलिसी धारकों के हित की रक्षा करना ✓ बीमा कंपनियों का दीर्घकालिक वित्तीय स्वास्थ्य सुनिश्चित करना
तृतीय पक्ष व्यवस्थापक	सेवा के मध्यस्थ जिनको तृतीय पक्ष व्यवस्थापक के रूप में जाना जाता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावों पर कार्रवाई करते हैं
बीमा एजेंट / ब्रोकर	बीमा एजेंट/ब्रोकर न केवल पॉलिसियां बेचते हैं बल्कि एक दावे की स्थिति में उनसे ग्राहकों को सेवा प्रदान करने की उम्मीद की जाती है।
प्रदाता / अस्पताल	वे यह सुनिश्चित करते हैं कि ग्राहक को दावों का एक सहज अनुभव प्राप्त होता है, विशेष रूप से जब अस्पताल टीपीए के पैनल पर होता है, बीमा कंपनी नगदी रहित अस्पताल में भर्ती होने की सुविधा प्रदान करती है।

इस प्रकार अच्छी तरह के दावों का प्रबंधन करने का मतलब है दावों से संबंधित इनमें से प्रत्येक हितधारक के उद्देश्यों का प्रबंधन करना। निस्संदेह, इनमें से कुछ उद्देश्यों का एक दूसरे के साथ टकराव होना संभव है।

2. बीमा कंपनी में दावा प्रबंधन की भूमिका

उद्योग के आंकड़ों के अनुसार - "विभिन्न बीमा कंपनियों का स्वास्थ्य बीमा के नुकसान का अनुपात 65% से लेकर 120% के ऊपर तक है जहां बाजार का अधिकांश हिस्सा 100% नुकसान के अनुपात से ऊपर काम कर रहा है।" स्वास्थ्य बीमा कारोबार में अधिकांश कंपनियां नुकसान उठा रही हैं।

इसका मतलब है कि एक सुदृढ़ बीमालेखन प्रथाओं और दावों के कुशल प्रबंधन को अपनाने की बहुत सख्त जरूरत है ताकि कंपनी और पॉलिसीधारकों को बेहतर परिणाम दिया जा सके।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से कौन बीमा दावा प्रक्रिया में एक हितधारक नहीं है?

- I. बीमा कंपनी के शेयरधारक
- II. मानव संसाधन विभाग
- III. नियामक
- IV. टीपीए

1. स्वास्थ्य बीमा में चुनौतियां

स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो की विशिष्ट सुविधाओं को गहराई में समझना महत्वपूर्ण है जिससे कि स्वास्थ्य संबंधी दावों को प्रभावी तौर पर प्रबंधित किया जा सके। ये इस प्रकार हैं:

क) अधिकांश पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति के लिए होती हैं जहां कवर की जाने वाली विषय-वस्तु एक 'मनुष्य' है। यह भावनात्मक दृष्टिकोण को सामने लाती है जो सामान्य तौर पर बीमा के दूसरे क्षेत्रों में देखने को नहीं मिलता है।

ख) भारत में बीमारियों, इलाज के दृष्टिकोण और फॉलो अप का बहुत ही अलग पैटर्न देखने को मिलता है। इसका परिणाम लोगों में देखने को यह मिलता है कि कुछ लोग जरूरत से ज्यादा सतर्क हो रहे हैं और वहीं कुछ लोगों अपनी बीमारी और इलाज की परवाह नहीं होती है।

ग) स्वास्थ्य बीमा किसी व्यक्ति, किसी समूह जैसे कोई कॉर्पोरेट संगठन के द्वारा या बैंक जैसे एक खुदरा बिक्री चैनल के माध्यम से खरीदा जा सकता है। इसके परिणाम स्वरूप उत्पाद को एक तरफ एक मानक उत्पाद के रूप में बेचा जा रहा है तो दूसरी तरफ ग्राहक की जरूरतों को पूरा करने के हिसाब से अनुकूलित उत्पाद लाए जा रहे हैं।

घ) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी अस्पताल में भर्ती होने के पैमाने पर आधारित होता है जिससे पॉलिसी के तहत एक दावा उत्पन्न होता है। हालांकि उपलब्धता, विशेषज्ञता, उपचार की विधियों, बिलिंग पैटर्न और सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, चाहे वह चिकित्सक हो या शल्य चिकित्सक या अस्पताल, के शुल्कों में काफी अंतर होता है जिससे दावों का आकलन करना बहुत मुश्किल हो जाता है।

च) स्वास्थ्य सेवा का क्षेत्र सबसे तेजी से विकसित हो रहा है। नई बीमारियों और समस्याओं के उत्पन्न होने के परिणाम स्वरूप नई उपचार विधियों का भी विकास हुआ है। की-होल सर्जरी, लेजर उपचार आदि इसके उदाहरण हैं। यह स्वास्थ्य बीमा को और अधिक तकनीकी बनाता है और ऐसी प्रक्रिया के लिए बीमा दावों को नियंत्रित करने के कौशल में निरंतर सुधार की जरूरत होती है।

छ) इन सभी कारकों की तुलना में सबसे अधिक महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि मानव शरीर का मानकीकरण नहीं किया जा सकता है जो एक बिलकुल नया आयाम बनाता है। एक ही बीमारी के लिए किए गए एक ही इलाज के बारे में दो लोग अलग-अलग प्रकार से प्रतिक्रिया कर

सकते हैं या उन्हें अलग-अलग इलाज अथवा अलग-अलग अवधियों के लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता हो सकती है।

स्वास्थ्य बीमा के पोर्टफोलियो में तेजी से बढ़ोतरी हो रही है। उत्पादों की भारी संख्या इस तरह के तीव्र विकास की चुनौती बन गई है। बाजार में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद सैकड़ों में मौजूद हैं और यहां तक कि एक कंपनी के भीतर ही आपको कई अलग-अलग उत्पाद मिल सकते हैं। प्रत्येक उत्पाद और उसके संस्करण की अपनी विशिष्टता है और इसलिए दावा का निपटान करने से पहले उनका अध्ययन किया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य बीमा के पोर्टफोलियो में हो रही बढ़त आंकड़ों की चुनौतियों को भी सामने लाता है- एक कंपनी जो खुदरा ग्राहकों को 1,00,000 स्वास्थ्य पॉलिसियां बेचती है, इन पॉलिसियों के तहत मां लेते हैं कि 3,00,000 सदस्यों को कवर करती है, उसे कम से कम लगभग 20,000 लोगों के दावों के निपटान के लिए तैयार रहना होगा! कैशलेस सेवा और दावों के शीघ्र निपटाने की उम्मीदों के साथ स्वास्थ्य बीमा दावा विभाग को व्यवस्थित करना एक बड़ी चुनौती है।

आम तौर पर भारत में की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में देश के भीतर कहीं भी अस्पताल में भर्ती होने को कवर किया जाता है। दावों का निपटान करने वाली टीम को प्रस्तुत दावों का मूल्यांकन करने में सक्षम होने के लिए देश भर में चल रही प्रक्रियाओं को समझना आवश्यक है।

स्वास्थ्य दावा प्रबंधक अपनी विशेषज्ञता, अनुभव और उपलब्ध विभिन्न उपकरणों का उपयोग करके इन चुनौतियों का सामना करता है।

अंतिम विश्लेषण में, स्वास्थ्य बीमा एक ऐसे व्यक्ति की सहायता करने की संतुष्टि प्रदान करता है जो जरूरतमंद है और स्वयं की या अपने परिवार की बीमारी की वजह से शारीरिक और मानसिक तनाव के दौर से गुजर रहा है।

कुशल दावा प्रबंधन यह सुनिश्चित करता है कि सही व्यक्ति को सही समय पर सही दावा भुगतान किया जाता है।

2. स्वास्थ्य बीमा में दावे की प्रक्रिया

दावे की सेवा बीमा कंपनी के द्वारा अपने आप या बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) की सेवाओं के माध्यम से सेवा उपलब्ध करायी जाती है।

पॉलिसी की शर्तों के अनुसार बीमा कंपनी/टीपीए को दावे के बारे में अवगत कराए जाने के समय से लेकर दावा भुगतान के समय तक स्वास्थ्य दावा सुपरिभाषित चरणों के एक सेट से होकर गुजरता है जिसकी अपनी एक अलग प्रासंगिकता होती है।

स्वास्थ्य बीमा (अस्पताल में भर्ती होने) क्षतिपूर्ति उत्पादों के विशेष संदर्भ में विस्तृत प्रक्रियाएं नीचे दी गयी हैं जो स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का प्रमुख हिस्सा बनती हैं।

निर्धारित लाभ उत्पाद या गंभीर बीमारी या दैनिक नकदी उत्पाद आदि के तहत किए जाने वाले दावे के लिए आवश्यक दस्तावेज और सामान्य प्रक्रिया काफी एहद तक एक समान होगी, इस तथ्य के सिवाय कि इस तरह के उत्पाद कैशलेस सुविधा लेकर नहीं आते हैं।

क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत किया जाने वाला दावा इस प्रकार हो सकता है:

क) कैशलेस (नकदी रहित) दावा

ग्राहक अस्पताल में भर्ती होने के समय या इलाज के समय खर्च का भुगतान नहीं करता है। नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए से एक पूर्व-मंजूरी के आधार पर सेवाएं प्रदान करता है और बाद में दावे के निपटान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दस्तावेजों को जमा किया जाता है।

ख) प्रतिपूर्ति दावा

ग्राहक अपने स्वयं के संसाधनों से इलाज के खर्च का भुगतान अस्पताल को करता है और फिर स्वीकार्य दावे के भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के समक्ष अपने दावे को पेश करता है।

दोनों मामलों में बुनियादी कदम एक जैसे होते हैं।

चित्र 2: मोटे तौर पर दावा प्रक्रिया में निम्नांकित चरण शामिल होते हैं। (हालांकि यह सटीक क्रम में नहीं है।)

दावा प्रक्रिया

सूचना

पंजीकरण

दस्तावेजों का सत्यापन

बिलिंग की जानकारी इकट्ठा करना

दावों की कोडिंग

दावे पर कार्रवाई/दावे का अधिनिर्णय

अंतिम देय दावे पर पहुंचना

दावा भुगतान

दस्तावेजों के कमी का प्रबंधन/अतिरिक्त सूचना की आवश्यकता

दावों का अस्वीकरण

अधिक विस्तृत जांच के लिए संदेहास्पद दावे

दावे के दस्तावेजों का प्रबंधन

दावों का लेखा परीक्षण

क) सूचना

दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला दृष्टांत है। ग्राहक कंपनी को अस्पताल में भर्ती होने की योजना का लाभ उठाने के बारे में सूचित कर सकता है या खास तौर पर एक आपात स्थिति में अस्पताल में प्रवेश के मामले में, अस्पताल में भर्ती होने के बाद भी कंपनी को सूचित कर सकता है।

हाल तक, दावे की घटना की सूचना देना औपचारिक था। हालांकि, अब बीमा कंपनियों ने जल्द से जल्द दावे की सूचना देने पर जोर देना शुरू कर दिया है ताकि दावे पर कार्य शुरू हो जाए। आम तौर पर सुनियोजित प्रवेश के मामले में अस्पताल में भर्ती होने से पहले और आपात स्थिति के मामले में अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर इसकी सूचना देना आवश्यक होता है।

अस्पताल में भर्ती होने के बारे में समय पर जानकारी उपलब्ध होने से बीमाकर्ता/टीपीए को यह सत्यापित करने में मदद मिलती है कि ग्राहक का अस्पताल में भर्ती होना सही है और यहां कोई प्रतिरूपण या धोखाधड़ी और कभी-कभी शुल्कों को लेकर सौदेबाजी करने जैसी बात नहीं है।

पहले सूचना देने का मतलब है 'एक लिखित, प्रस्तुत और स्वीकृत पत्र' या फैक्स के द्वारा भेजा गया पत्र। संचार और प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में विकास के साथ अब बीमा कंपनियों/टीपीए द्वारा संचालित 24 घंटे खुले रहने वाले कॉल सेंटर के द्वारा और इंटरनेट तथा ई-मेल के माध्यम से सूचना देना संभव है।

ख) पंजीकरण

दावे का पंजीकरण दावे को सिस्टम में दर्ज करने और एक संदर्भ संख्या बनाने की प्रक्रिया है जिसका उपयोग करके किसी भी समय दावे के बारे में पता किया जा सकता है। इसे दावा संख्या, दावा संदर्भ संख्या या दावा नियंत्रण संख्या भी कहा जाता है। यह दावा संख्या सिस्टम और कार्रवाई करने वाले संगठन द्वारा इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रियाओं के आधार पर अंकीय या अक्षरांकीय हो सकती है।

आम तौर पर दावे की सूचना प्राप्त करने और सही पॉलिसी नंबर तथा बीमित व्यक्ति की जानकारी का मिलान करने के बाद ही पंजीकरण और संदर्भ संख्या तैयार की जाती है।

सिस्टम में दावा पंजीकृत हो जाने के बाद, उसी दावे के लिए बीमा कंपनी के खातों में एक संचिती बनायी जाएगी। सूचना/पंजीकरण के समय सटीक दावा राशि या अनुमानित राशि के बारे में नहीं जाना जा सकता है। इसलिए प्रारंभिक आरक्षित राशि (अधिकांशतः ऐतिहासिक रूप से औसत दावे के आकार पर आधारित होता है) मानक तौर पर आरक्षित होती है। एक बार जब अपेक्षित देयता राशि या अनुमानित राशि के बारे में पता चल जाता है तो फिर उसी के अनुसार आरक्षित राशि में घटा/बढ़ा कर संशोधित कर दिया जाता है।

ग) दस्तावेजों का सत्यापन

दावे पंजीकृत हो जाने के बाद दावे को आगे बढ़ाने के अगले कदम के तौर पर सभी आवश्यक दस्तावेजों के प्राप्त होने की जांच की जाती है।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि दावा की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए निम्नलिखित सबसे महत्वपूर्ण आवश्यकताएं हैं:

1. बीमारी का दस्तावेजी सबूत
2. प्रदान किया गया इलाज
3. भर्ती होने की अवधि
4. जांच रिपोर्ट
5. अस्पताल में किया गया भुगतान
6. इलाज के लिए आगे की सलाह
7. प्रत्यारोपण आदि के लिए भुगतान के सबूत

दस्तावेजों के सत्यापन के लिए एक चेकलिस्ट का पालन किया जाता है और दावे पर कार्रवाई करने वाला व्यक्ति उस चेकलिस्ट की जांच करता है। ज्यादातर कंपनियां यह सुनिश्चित करती हैं कि इस प्रकार का चेकलिस्ट दस्तावेजों को आगे बढ़ाने की प्रक्रिया का हिस्सा है।

इस चरण में अनुपलब्ध दस्तावेजों को नोट किया जाता है – जहां कुछ प्रक्रियाओं में इस बिंदु पर ग्राहक/अस्पताल द्वारा प्रस्तुत नहीं किए गए दस्तावेजों को प्रस्तुत करने का अनुरोध किया जाना शामिल है जबकि अधिकतर कंपनियां अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध करने से पहले सभी प्रस्तुत दस्तावेजों की जांच-पड़ताल करती हैं ताकि ग्राहक को कोई असुविधा ना हो।

घ) बिलिंग की जानकारी इकट्ठा करना

बिलिंग दावे पर कार्रवाई करने के चक्र का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां विभिन्न मदों के तहत निर्दिष्ट सीमाओं के साथ इलाज में किए गए खर्चों की क्षतिपूर्ति का प्रावधान करती हैं। मानक व्यवहार उपचार के शुल्कों को इस प्रकार वर्गीकृत करना है:

- ✓ पंजीकरण और सेवा शुल्क सहित कमरा, बोर्ड और नर्सिंग के खर्च।
- ✓ आईसीयू और किसी भी गहन देखभाल के ऑपरेशनों का शुल्क।
- ✓ ऑपरेशन थियेटर का शुल्क, एनेस्थेसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, शल्य चिकित्सा उपकरणों, दवाओं, जांच सामग्री और एक्स-रे, डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी, पेसमेकर की लागत, कृत्रिम अंग और कोई अन्य चिकित्सा खर्च जो आपरेशन का अभिन्न हिस्सा है।
- ✓ सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस।
- ✓ एम्बुलेंस का शुल्क
- ✓ रक्त परीक्षण, एक्स-रे, स्कैन, आदि को कवर करने वाले परीक्षण शुल्क
- ✓ दवाएं और ड्रग्स

इन मदों के तहत जानकारी इकट्ठा करने के लिए ग्राहक द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों की जांच की जाती है ताकि दावे को सटीकता के साथ निपटाया जा सके।

हालांकि ये सारे प्रयास अस्पतालों के बिलिंग पैटर्न को मानकीकृत करने के लिए हैं, प्रत्येक अस्पताल के लिए बिलिंग के लिए एक अलग विधि का प्रयोग करना आम बात है और इसमें सामने आने वाली चुनौतियां इस प्रकार हैं:

- ✓ कमरे के शुल्क में सेवा शुल्क या आहार शुल्क जैसी कुछ गैर-देय मदों को शामिल किया जा सकता।
 - ✓ एक अकेले बिल में अलग-अलग मद या सभी प्रकार की जांच अथवा सभी दवाओं के लिए एकमुश्त बिल शामिल हो सकता है।
 - ✓ गैर-मानकीकृत नामों का इस्तेमाल किया जाता है - जैसे नर्सिंग शुल्क को सेवा शुल्क कहा जाता है।
 - ✓ बिल में "एक समान शुल्क", "आदि", "संबद्ध खर्च" जैसे शब्दों का प्रयोग किया जाता है।
- जहां पर बिलिंग की जानकारी स्पष्ट नहीं है, प्रोसेसर बिल का ब्रेकअप या अतिरिक्त जानकारी मांगता है ताकि वर्गीकरण और स्वीकार्यता पर संदेह का समाधान किया जा सके।

इस समस्या का समाधान करने के लिए आईआरडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देश जारी किया है जिसमें इस तरह के बिल के प्रारूप को और गैर-देय वस्तुओं की सूची को मानकीकृत किया गया है।

पैकेज की दरें

कई अस्पतालों में कुछ निश्चित बिमारियों के इलाज के लिए पैकेज दरों पर सहमति बनी है। यह उपचार की प्रक्रिया को मानकीकृत करने और संशाधनों का उपयोग करने की अस्पताल की क्षमता पर आधारित है। हाल के दिनों में, पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क में इलाज के लिए और राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) के मामले में कई प्रक्रियाओं की पैकेज लागत पहले से ही निर्धारित कर दी गयी है।

उदाहरण

क) कार्डियक पैकेज: एंजियोग्राम, एंजियोप्लास्टी, सीएबीजी या ओपन हार्ट सर्जरी आदि

ख) गाइनेकोलॉजिकल पैकेज: सामान्य प्रसव, सीजेरियन प्रसव, गर्भाशय निकालना आदि

ग) ऑर्थोपेडिक पैकेज

घ) नेत्र चिकित्सा पैकेज

सर्जरी के बाद की जटिलताओं के कारण अतिरिक्त लागत आती है तो उसे वास्तविक आधार पर अलग से वसूल किया जाता है, अगर यह इसके अतिरिक्त होती है।

पैकेजों में शामिल लागत की निश्चितता और प्रक्रियाओं के मानकीकरण का लाभ होता है और इसलिए इस तरह के दावों को निपटाना आसान होता है।

च) दावों की कोडिंग

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा विकसित बीमारियों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी) कोड इस्तेमाल किया जाने वाला सबसे महत्वपूर्ण कोड सेट है।

हालांकि आईसीडी का इस्तेमाल मानकीकृत स्वरूप में रोग को समझने के लिए किया जाता है, मौजूदा प्रक्रिया शब्दावली (सीपीटी) जैसे प्रक्रिया संबंधी कोड बीमारी के इलाज के लिए अपनायी गयी प्रक्रियाओं को समझते हैं।

बीमा कंपनियां तेजी से इस कोडिंग पर भरोसा कर रहे हैं और बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी), जो बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) का हिस्सा है, इसने एक सूचना बैंक की शुरुआत की है जहां इस तरह की सूचना का विश्लेषण किया जा सकता है।

छ) दावों पर कार्रवाई करना

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी को पढ़ने के बाद पता चलता है कि जहां यह एक व्यावसायिक अनुबंध है इसमें ऐसी चिकित्सा शब्दावली शामिल है जो यह परिभाषित करती है कि दावा कब देय है और किस सीमा तक देय है। किसी भी बीमा पॉलिसी में दावे पर कार्रवाई का केंद्र बिंदु दो प्रमुख सवालों का जवाब देने में है:

✓ क्या दावा पॉलिसी के तहत देय है?

✓ यदि हां, वास्तविक देय राशि क्या है?

इनमें से प्रत्येक सवाल में जारी की गई पॉलिसी के नियमों और शर्तों और अस्पताल के साथ सहमत दरों को समझने की आवश्यकता है, अगर इलाज किसी नेटवर्क अस्पताल में किया गया है।

दावे की स्वीकार्यता

स्वास्थ्य दावा को स्वीकार्य होने के लिए निम्नलिखित शर्तों को पूरा करना चाहिए।

i. अस्पताल में भर्ती हुए सदस्य को बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया गया होना चाहिए।

हालांकि यह सरल लगता है, हमने ऐसी स्थितियों को भी देखा है जहां कवर किए गए व्यक्ति का नाम (और अधिक मामलों में, उम्र) और अस्पताल में भर्ती हुए व्यक्ति का नाम नहीं मिलता है। ऐसा हो सकता है क्योंकि:

यह सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है कि पॉलिसी के तहत कवर किया गया व्यक्ति और अस्पताल में भर्ती हुआ व्यक्ति एक ही है। स्वास्थ्य बीमा में इस तरह की धोखाधड़ी बहुत आम है।

ii. बीमा की अवधि के भीतर मरीज का भर्ती होना

iii. अस्पताल की परिभाषा

जिस अस्पताल में व्यक्ति को भर्ती किया गया था उसे पॉलिसी के तहत "अस्पताल या नर्सिंग होम" की परिभाषा के अनुसार होना चाहिए अन्यथा दावा देय नहीं होता है।

iv. आवासीय अस्पताल में भर्ती होना

कुछ पॉलिसियां आवासीय अस्पताल में भर्ती होने को कवर करती हैं यानी भारत में एक ऐसी बीमारी के

लिए 3 दिन से अधिक की अवधि तक घर पर किया गया उपचार जिसके लिए सामान्यतः अस्पताल/नर्सिंग होम में इलाज कराने की आवश्यकता होती है।

पॉलिसी के तहत कवर किए जाने पर, आवासीय अस्पताल में भर्ती होने का खर्च केवल तभी देय होता है जब:

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

v. अस्पताल में भर्ती होने की अवधि

सामान्य रूप से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां अंतःरोगी के तौर पर 24 घंटे से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती होने को कवर करती हैं। इसलिए अस्पताल में प्रवेश के साथ-साथ अस्पताल से छुट्टी की तिथि और समय को नोट करना महत्वपूर्ण हो जाता है अगर यह शर्त पूरी की गयी है।

डे-केयर उपचार

स्वास्थ्य सेवा उद्योग में हुए तकनीकी विकास ने अस्पताल में भर्ती होने के लिए आवश्यक पूर्व की जटिल और लंबे समय वाली कई प्रक्रियाओं का सरलीकरण किया है। 24 घंटे से अधिक अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता के बिना दिन भर की देखभाल के आधार पर कई प्रक्रियाओं की शुरुआत की गई है।

अधिकांश डेकेयर प्रक्रियाओं को पूर्व व्यक्त सहमति के पैकेज दर के आधार पर लागू किया गया है जिसके परिणाम स्वरूप लागत में एक निश्चितता आई है।

vi. ओपीडी

कुछ पॉलिसियां बहिरंग मरीज के तौर पर भी उपचार/परामर्श को कवर करती हैं जो एक विशिष्ट बीमा राशि पर निर्भर करता है और सामान्य तौर पर यह अस्पताल में भर्ती होने की बीमा राशि से कम होता है।

ओपीडी के तहत कवरेज अलग-अलग पॉलिसी के मामले में भिन्न होता है। इस तरह की प्रतिपूर्ति के लिए, 24 घंटे अस्पताल में भर्ती होने का क्लॉज लागू नहीं होता है।

vii. उपचार की प्रक्रिया/उपचार की प्रणाली

आम तौर पर अस्पताल में भर्ती होने को इलाज की एलोपैथिक पद्धति के साथ जोड़ कर देखा जाता है। हालांकि, मरीज इलाज की अन्य प्रणालियों को भी अपना सकता है, जैसे:

- ✓ यूनानी
- ✓ सिद्ध
- ✓ होम्योपैथी
- ✓ आयुर्वेद
- ✓ प्राकृतिक चिकित्सा आदि

अधिकांश पॉलिसियां इलाज की इन प्रणालियों को बाहर रखती हैं वहीं कुछ पॉलिसियां एक उप-सीमा के साथ इलाज की इन प्रणालियों में से एक या अधिक को कवर करती हैं।

vii. पहले से मौजूद बीमारियां

परिभाषा

पहले से मौजूद बीमारियों का मतलब है ऐसी कोई भी स्थिति, बीमारी या चोट या संबंधित समस्या(एं) जिसके लिए बीमित व्यक्ति में संकेत और लक्षण देखे गए हैं और/या जिनका पता चला था और/या कंपनी के साथ उसकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी से 48 महीने पहले की अवधि के भीतर चिकित्सा सलाह/उपचार प्राप्त किया गया था, चाहे इसके बारे में उसे स्पष्ट रूप से ज्ञात था या नहीं था।

बीमा के बुनियादी सिद्धांतों के कारण पहले से मौजूद बीमारियों को बाहर रखा गया है जिसके अनुसार एक निश्चितता को बीमा के तहत कवर नहीं किया जा सकता है।

हालांकि, इस सिद्धांत को लागू करना काफी मुश्किल होता है और इसमें यह पता लगाने के लिए कि बीमा के समय व्यक्ति में समस्या मौजूद थी या नहीं, लक्षणों और इलाज की एक सुव्यवस्थित जांच करना शामिल है। चूंकि चिकित्सा पेशेवरों में बीमारी की अवधि के बारे में अपनी अलग-अलग राय हो सकती है, किसी भी दावे को इनकार करने से पहले सावधानी से यह राय ली जाती है कि बीमारी पहली बार कब दिखाई दी थी।

स्वास्थ्य बीमा के विकास में, हमें इस अपवर्जन में दो संशोधनों दिखाई देते हैं।

- ✓ पहला संशोधन समूह बीमा के मामले में है जहां समूह में शामिल सभी लोग बीमाधारक होते हैं, इसमें बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन की कोई गुंजाइश नहीं होती है। जैसे सभी सरकारी

कर्मचारियों, गरीबी रेखा से नीचे के सभी परिवारों, बड़े कॉर्पोरेट समूह के कर्मचारियों के परिवार के सदस्य आदि को कवर करने वाली समूह पॉलिसियों को पहली बार कवर का विकल्प चुनने वाले एक एकल परिवार की तुलना में अधिक अनुकूल माना जाता है। इन पॉलिसियों में अक्सर अपवाद को हटा दिया जाता है क्योंकि पर्याप्त मूल्य का अपवाद अंतर्निहित होता है।

✓ दूसरा संशोधन यह है कि पहले से मौजूद बीमारियों को निरंतर कवरेज की एक निश्चित अवधि के बाद कवर किया जाता है। यह इस सिद्धांत को मानता है कि व्यक्ति में एक स्थिति वर्तमान रहने पर भी अगर यह एक निश्चित समय अवधि में दिखाई नहीं देता है तो फिर इसे एक निश्चितता के रूप में नहीं देखा जा सकता है।

ix. प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि

एक आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी केवल एक प्रारंभिक 30 दिनों की अवधि के बाद (दुर्घटना संबंधी अस्पताल में भर्ती होने को छोड़कर) बीमारियों को कवर करती है।

इसी प्रकार बीमारियों की सूची भी उपलब्ध है जैसे:

✓ मोतियाबिंद,	✓ हर्निया,
✓ मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रोफी,	✓ हाइड्रोसील,
✓ गर्भाशय निकालना,	✓ साइनसाइटिस,
✓ फिस्ट्युला,	✓ घुटने/कूल्हे के जोड़ को बदलना आदि
✓ बवासीर,	

इन्हें एक प्रारंभिक अवधि के लिए कवर नहीं किया जा सकता है जो विशिष्ट बीमा कंपनी के उत्पाद के आधार पर एक वर्ष या दो वर्ष या अधिक हो सकती है।

दावे को आगे बढ़ाने वाला व्यक्ति यह पहचान करता है कि क्या बीमारी इनमें से एक है और अगर यह इस स्वीकार्यता शर्त के भीतर आती है तो व्यक्ति को कब तक के लिए कवर किया गया है।

x. अपवर्जन

इस पॉलिसी में अपवर्जनों का एक सेट बनाया गया है जिसे आम तौर पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता है:

✓ मातृत्व जैसे लाभ (हालांकि कुछ पॉलिसियों में इसे कवर किया जाता है)।

- ✓ आउटपेशेंट और दंत चिकित्सा उपचार।
- ✓ ऐसी बीमारियां जिनको कवर करने का इरादा नहीं रहता है, जैसे एचआईवी, हार्मोन चिकित्सा, मोटापे का इलाज, प्रजनन क्षमता का उपचार, कॉस्मेटिक सर्जरी आदि।
- ✓ शराब/मादक पदार्थों के दुरुपयोग से होने वाली बीमारियां।
- ✓ भारत के बाहर चिकित्सा उपचार।
- ✓ उच्च जोखिमपूर्ण गतिविधियां, आत्महत्या का प्रयास, रेडियोधर्मी संदूषण।
- ✓ केवल जांच/परीक्षण के प्रयोजन से प्रवेश।

इस तरह के एक मामले में दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति के लिए परिस्थितियों को विशेष रूप से स्पष्ट करना अत्यंत महत्वपूर्ण हो जाता है ताकि विशेषज्ञ की राय बिलकुल सटीक हो और चुनौती दिए जाने पर एक कानून की अदालत में जांच-पड़ताल के लिए प्रस्तुत किया जा सके।

xi. दावों के संबंध में शर्तों का अनुपालन।

बीमा पॉलिसी एक दावे के मामले में बीमित व्यक्ति द्वारा उठाए जाने वाले कुछ कदमों को भी परिभाषित करती है जिनमें से कुछ दावे की स्वीकार्यता के लिए महत्वपूर्ण हैं।

सामान्यतः ये इनसे संबंधित होते हैं:

- ✓ निश्चित अवधि के भीतर दावे की सूचना देना - सूचना के महत्व को हमने पहले देख लिया है। पॉलिसी एक समय निर्धारित कर सकती है जिसके भीतर सूचना कंपनी के पास पहुंच जानी चाहिए।
- ✓ एक निश्चित अवधि के भीतर दावा दस्तावेज प्रस्तुत करना।
- ✓ महत्वपूर्ण तथ्यों की गलत बयानी, मिथ्या प्रस्तुति या गैर-प्रकटीकरण में शामिल नहीं होना।

ज) अंतिम देय दावे पर पहुंचना

एक बार दावा स्वीकार्य होने पर अगला कदम देय दावे की राशि तय करने का है। इसकी गणना करने के लिए हमें देय दावा राशि तय करने वाले कारकों को समझने की जरूरत है। ये कारक हैं:

i. पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि

कुछ पॉलिसियां अलग-अलग बीमा राशि के साथ जारी की गयी हैं, कुछ फ्लोटर आधार पर, जहां बीमा राशि पूरे परिवार के लिए उपलब्ध होती है या ऐसी पॉलिसियां जो फ्लोटर आधार पर होती हैं लेकिन प्रति सदस्य की एक सीमा होती है।

ii. पहले किए गए किसी भी दावे को ध्यान में रखते हुए पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध शेष बीमा राशि:

पहले से भुगतान किए गए दावों को घटाने के बाद उपलब्ध शेष बीमा राशि की गणना करते समय, बाद में अस्पतालों को उपलब्ध कराया गए किसी भी कैशलेस प्राधिकार पर भी ध्यान दिया जाना आवश्यक होगा।

iii. उप-सीमाएं

अधिकांश पॉलिसियों में कमरे के किराए, नर्सिंग शुल्क आदि को या तो बीमा राशि के एक प्रतिशत के रूप में या प्रति दिन की सीमा के रूप में सीमित कर दिया जाता है। इसी प्रकार की सीमा परामर्श शुल्क या एम्बुलेंस शुल्क आदि के लिए लागू हो सकती है।

iv. किसी भी रोग विशिष्ट सीमा की जांच करना

पॉलिसी मातृत्व कवर के लिए या अन्य बीमारियों जैसे दिल की बीमारी के लिए एक निश्चित राशि या सीमा निर्दिष्ट कर सकती है।

v. क्या संचयी बोनस का हकदार है या नहीं, इसकी जांच करना

पुष्टि करें कि क्या बीमाधारक किसी दावा-मुक्त बोनस का हकदार है (अगर बीमाधारक ने पिछले वर्ष(वर्षों) में अपनी पॉलिसी से कोई दावा नहीं किया है)। दावा-मुक्त बोनस अक्सर अतिरिक्त बीमा राशि के रूप में आता है जो वास्तव में रोगी / बीमाधारक की बीमा राशि को बढ़ा देता है। कभी-कभी संचयी बोनस को भी गलत तरीके से पिछले वर्ष के अंत में सूचित दावे के रूप में बताया जाता है जिसे संभवतः ध्यान में नहीं रखा गया होगा।

vi. सीमा के साथ कवर किए गए अन्य खर्चे:

अन्य सीमाएं भी हो सकती हैं जैसे उपचार दवा की आयुर्वेदिक प्रणाली के अंतर्गत किया गया था, आम तौर पर इसकी सीमा बहुत कम होती है। पॉलिसी के चार वर्षों के बाद स्वास्थ्य जांच की लागत केवल एक निश्चित सीमा तक होती है। अस्पताल नकद भुगतान में भी एक प्रति दिन की सीमा होती है।

vii. सह भुगतान

यह सामान्यतः भुगतान से पहले आकलित दावे का एक फ्लैट प्रतिशत होता है। सह-भुगतान केवल चुनिंदा परिस्थितियों में भी लागू हो सकता है - केवल माता-पिता के दावों के लिए, केवल मातृत्व दावों के लिए, केवल दूसरे दावे के बाद से या यहां तक कि केवल एक निश्चित राशि से अधिक के दावों पर।

देय राशि को इन सीमाओं के लिए समायोजित करने से पहले, देय दावा राशि की गणना गैर देय मदों के लिए शुद्ध कटौती पर की जाती है।

एक स्वास्थ्य दावे में गैर-देय मद

किसी बीमारी के इलाज में किए गए खर्चों को इस प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता है:

- ✓ इलाज के लिए खर्च और
- ✓ देखभाल के लिए खर्च।

किसी बीमारी के इलाज के खर्चों में सभी चिकित्सा लागतें और तत्संबंधी सामान्य सुविधाएं शामिल होती हैं। इसके अलावा, एक अधिक आरामदायक या आलीशान अस्पताल में ठहरने के लिए खर्चे हो सकते हैं।

एक आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी एक बीमारी के इलाज के खर्चों का भार उठाती है और जब तक विशेष रूप से नहीं कहा गया है, विलासिता के लिए अतिरिक्त खर्चे देय नहीं होते हैं।

इन खर्चों को गैर-उपचार शुल्कों पंजीकरण शुल्क, प्रलेखन शुल्क आदि के रूप में और ऐसे आइटमों के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है जिन पर इलाज से सीधा संबंध होने पर विचार किया जा सकता है (जैसे अंतःरोगी अवधि के दौरान विशेष रूप से निर्धारित प्रोटीन के पूरक)।

इससे पहले हर टीपीए/बीमा कंपनी के पास गैर-देय आइटमों की अपनी सूची होती थी, अब इसे आईआरडीए के स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के अंतर्गत मानकीकृत कर दिया गया है।

अंतिम देय दावे पर पहुंचने का अनुक्रम इस प्रकार है:

तालिका 2.1

चरण I	कमरे का किराया, परामर्श शुल्क आदि के विभिन्न मदों के तहत सभी बिलों और रसीदों की सूची
चरण II	प्रत्येक मद के नीचे दावा राशि से गैर-देय आइटमों को घटाएं
चरण III	खर्च के प्रत्येक मद के लिए लागू होने वाली किसी भी सीमा को लागू करें
चरण IV	कुल देय राशि निकालें और जांच करें कि क्या यह समग्र बीमा राशि के भीतर है
चरण V	शुद्ध देय दावे पर पहुंचने के लिए लागू होने वाले किसी भी सह-भुगतान को घटाएं

झ) दावे का भुगतान

एक बार जब देय दावा राशि निकाल ली जाती है, ग्राहक या अस्पताल को, जो भी मामला हो, भुगतान कर दिया जाता है। स्वीकृत दावा राशि के बारे में वित्त/लेखा प्रभाग को बता दिया जाता है और फिर चेक द्वारा या ग्राहक के बैंक खाते में दावा राशि को हस्तांतरित करके भुगतान किया जा सकता है।

जब अस्पताल को भुगतान किया जाता है, कोई भी आवश्यक कर कटौती भुगतान की राशि से की जाती है।

जहां भुगतान को तृतीय पक्ष व्यवस्थापक द्वारा नियंत्रित किया जाता है, भुगतान प्रक्रिया अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में भिन्न हो सकती है। टीपीए की कार्यप्रणाली के बारे में अधिक विस्तृत जानकारी बाद में दी गयी है।

सिस्टम में भुगतान का अपडेट ग्राहक की पूछताछ से निपटने के लिए महत्वपूर्ण है। आम तौर पर इस तरह का विवरण कॉल सेंटर/ग्राहक सेवा टीम को सिस्टम के माध्यम से साझा किया जाएगा।

एक बार भुगतान हो जाने पर दावे को निपटा लिया गया माना जाता है। निपटाए गए दावों की संख्या और मात्रा के लिए कंपनी के प्रबंधन, बिचौलियों, ग्राहकों और आईआरडीएआई को समय-समय पर रिपोर्ट भेजी जाती है। निपटाए गए दावों के सामान्य विश्लेषण में निपटान का प्रतिशत, एक अनुपात के रूप में गैर-देय राशि, दावों का निपटारा करने में लगा औसत समय आदि शामिल है।

ट) दस्तावेजों की कमी का प्रबंधन/आवश्यक अतिरिक्त जानकारी

दावों पर कार्रवाई करने में महत्वपूर्ण दस्तावेजों की एक सूची की जांच-पड़ताल करने की जरूरत होती है। ये इस प्रकार हैं:

- ✓ अस्पताल में भर्ती होने की टिप्पणी के साथ छुट्टी मिलने का सारांश,
- ✓ समर्थक जांच रिपोर्ट,
- ✓ अंतिम समेकित बिल, विभिन्न भागों में विवरण के साथ
- ✓ प्रेस्क्रिप्शन और दवाओं का बिल,
- ✓ भुगतान की रसीद,
- ✓ दावा प्रपत्र और
- ✓ ग्राहक की पहचान

अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए चार दावों में से एक मूल दस्तावेजों के संदर्भ में अपूर्ण होता है। इसलिए प्रस्तुत नहीं किए गए दस्तावेजों के बारे में ग्राहक को बताया जाना आवश्यक है और उसे एक समय सीमा दी जानी चाहिए जिसके भीतर वह इन्हें अपने दावे के साथ संलग्न कर सकता है।

इसी प्रकार, दावे पर कार्रवाई करते समय ऐसा हो सकता है कि अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता उत्पन्न हो जाए क्योंकि:

- i. अस्पताल से छुट्टी मिलने का उपलब्ध कराया गया सारांश प्रारूप में नहीं है या इसमें रोग निदान के बारे में कुछ विवरण या बीमारी का इतिहास सम्मिलित नहीं है।
- ii. उपचार का पर्याप्त विस्तार से विवरण नहीं दिया गया है या स्पष्टीकरण की आवश्यकता है।
- iii. अस्पताल से छुट्टी मिलने के सारांश के अनुसार उपचार रोग के लक्षण के अनुरूप नहीं है या बतायी गयी दवाएं उस बीमारी से संबंधित नहीं हैं जिसके लिए उपचार किया गया था।
- iv. उपलब्ध कराए गए बिलों में आवश्यक विवरण शामिल नहीं है।
- v. दो दस्तावेजों के बीच व्यक्ति की उम्र में फर्क है।

vi. अस्पताल से छुट्टी के सारांश और बिल के बीच में प्रवेश की तिथि/छुट्टी मिलने की तिथि में तालमेल नहीं है।

vii. दावे के लिए अस्पताल में भर्ती होने के बारे में एक अधिक विस्तृत जांच की आवश्यकता है और इसके लिए अस्पताल के इनडोर मामले के कागजात की आवश्यकता है।

दोनों ही मामलों में, अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता के विवरण के साथ लिखित रूप में या ईमेल के माध्यम से ग्राहक को सूचित किया जाता है। अधिकांश मामलों में ग्राहक आवश्यक जानकारी प्रदान करने में सक्षम होगा। हालांकि ऐसी परिस्थितियां भी हैं जहां आवश्यक जानकारी इतनी अधिक महत्वपूर्ण है कि इसको अनदेखा नहीं किया जा सकता है, लेकिन ग्राहक जवाब नहीं देता है। ऐसे मामलों में, ग्राहक को रिमाइंडर भेजा जाता है कि दावे की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए यह जानकारी आवश्यक है और ऐसे तीन रिमाइंडर के बाद दावा बंद करने का नोटिस भेज दिया जाता है।

कार्रवाई के दौरान दावे से संबंधित सभी पत्राचारों में आप देखेंगे कि पत्र के शीर्ष पर "प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना" शब्द उल्लिखित होता है। यह एक कानूनी आवश्यकता है जो यह सुनिश्चित करता है कि इन पत्राचारों के बाद दावे को अस्वीकार करने का बीमा कंपनी का अधिकार बरकरार रहता है।

उदाहरण

बीमा कंपनी मामले का विस्तार से अध्ययन करने के लिए मामले के इनडोर कागजातों की मांग कर सकती है और इस निष्कर्ष पर पहुंच सकती है कि प्रक्रिया/उपचार पॉलिसी की शर्तों के दायरे में नहीं आता है। अधिक जानकारी मांगने के कार्य को एक ऐसी कार्रवाई के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए जिसका अर्थ है कि बीमा कंपनी ने दावा स्वीकार कर लिया है।

दस्तावेजों में कमी और स्पष्टीकरण और आवश्यक अतिरिक्त जानकारी का प्रबंधन दावा प्रबंधन की एक प्रमुख चुनौती है। जहां सभी आवश्यक जानकारी के बिना दावे पर कार्रवाई नहीं की जा सकती है, ग्राहक से बार-बार अधिक से अधिक जानकारी का अनुरोध करके उसे असुविधा में नहीं डाला जा सकता है।

अच्छे आचरण के लिए यह आवश्यक है कि इस तरह का अनुरोध समस्त आवश्यक जानकारी की एक समेकित सूची के साथ किया जाए और उसके बाद कोई नई मांग नहीं की जाए।

ठ) दावों का अस्वीकरण

स्वास्थ्य संबंधी दावों के अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए 10% से 15% दावे पॉलिसी की शर्तों के भीतर नहीं आते हैं। ऐसा विभिन्न कारणों से हो सकता है, जिनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

- i. प्रवेश की तारीख बीमा की अवधि के भीतर नहीं है।
- ii. जिस सदस्य के लिए दावा किया गया है उसे कवर नहीं किया गया है।
- iii. पहले से मौजूद बीमारी के कारण (जहां पॉलिसी ऐसी स्थिति को अपवर्जित करती है)।
- iv. किसी वैध कारण के बिना प्रस्तुत करने में अनुचित देरी
- v. कोई सक्रिय उपचार नहीं; प्रवेश केवल जांच के प्रयोजन से किया गया है।
- vi. जिस बीमारी का इलाज किया गया उसे पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है।
- vii. बीमारी का कारण शराब या नशीले पदार्थों का दुरुपयोग है।
- viii. 24 घंटे से कम समय तक अस्पताल में भर्ती किया गया है।

दावे के अस्वीकरण या परित्याग (कारण चाहे जो भी हो) के बारे में लिखित रूप में ग्राहक को सूचित किया जाना चाहिए। आम तौर पर इस तरह के अस्वीकरण के पत्र में अस्वीकार करने का कारण स्पष्ट रूप से बताया जाता है, जिसमें पॉलिसी के उस नियम/शर्त का उल्लेख होता है जिसके आधार पर दावे को अस्वीकार किया गया था।

अधिकांश बीमा कंपनियों के पास एक ऐसी प्रक्रिया होती है जिसके द्वारा दावे को मंजूर करने के लिए प्राधिकृत प्रबंधक से एक वरिष्ठ प्रबंधक द्वारा अस्वीकृति को अधिकृत किया जाता है। ऐसा यह सुनिश्चित करने के लिए है कि कोई भी अस्वीकृति पूरी तरह से न्यायोचित है और अगर बीमाधारक कोई कानूनी उपाय चाहता है तो इसके बारे में स्पष्ट किया जाएगा।

बीमा कंपनी को प्रतिनिधित्व के अलावा, दावे के इनकार के मामले में ग्राहक के पास निम्नलिखित से संपर्क करने का विकल्प होता है:

- ✓ बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) या
- ✓ उपभोक्ता फोरम या
- ✓ आईआरडीएआई या
- ✓ कानून की अदालतें

प्रत्येक इनकार के मामले में यह आकलन करने के लिए फ़ाइल की जांच की जाती है कि क्या इनकार सामान्य प्रक्रिया में कानूनी जांच-पड़ताल पर खरा उतर पाएगा और दस्तावेजों को एक सुरक्षित स्थान पर रखा जाता है ताकि कहीं निर्णय का बचाव करने की कोई जरूरत ना उत्पन्न हो जाए।

ड) अधिक विस्तृत जांच-पड़ताल के लिए संदिग्ध दावे

बीमा कंपनियां व्यवसाय के सभी लाइनों में धोखाधड़ी की समस्या को दूर करने की पूरी कोशिश कर रही हैं। धोखाधड़ी के दावों के निपटान की विशुद्ध संख्या के संदर्भ में स्वास्थ्य बीमा, बीमा कंपनियों के लिए एक बड़ी चुनौती प्रस्तुत करता है।

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में की गयी धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण हैं:

- i. प्रतिरूपण, बीमित व्यक्ति उपचार किए गए व्यक्ति से अलग है।
- ii. दावा करने के लिए नकली दस्तावेज तैयार करना जहां अस्पताल में भर्ती होने का कोई मामला नहीं है
- iii. खर्चों को बढ़ा-चढ़ा कर बताना, या तो अस्पताल की मदद से या जालसाजी करके बनाए गए बाहरी बिलों को शामिल करके।
- iv. बीमारी का पता लगाने के खर्चों को पूरा करने के लिए आउटपेशेंट उपचार को इनपेशेंट / अस्पताल में भर्ती होने में बदल दिया गया जो कुछ मामलों में बहुत अधिक हो सकता है।

एक दैनिक आधार पर उभरते धोखाधड़ी के नए तरीकों की वजह से बीमा कंपनियों और टीपीए को लगातार जमीनी स्तर पर स्थिति पर नजर रखने और इस तरह की धोखाधड़ी का पता लगाने और उसे नियंत्रित करने के उपाय करने की जरूरत होती है।

दावों दो तरीकों के आधार पर जांच के लिए चुना जाता है:

- ✓ नियमित दावे और
- ✓ ट्रिगर हुए दावे

एक टीपीए या बीमा कंपनी एक आंतरिक मानक निर्धारित कर सकते हैं कि दावों के एक निर्दिष्ट प्रतिशत को प्रत्यक्ष रूप से सत्यापित किया जाएगा; यह प्रतिशत कैशलेस और प्रतिपूर्ति दावों के लिए अलग-अलग हो सकता है।

इस विधि में दावों को यादृच्छिक नमूना पद्धति का उपयोग करके चुना जाता है। कुछ बीमा कंपनियों यह निर्धारित करती हैं कि एक निश्चित मूल्य से अधिक के सभी दावों की जांच की जाएगी और उस सीमा से नीचे के दावों के एक नमूना सेट को सत्यापन के लिए लिया जाता है।

दूसरी विधि में, प्रत्येक दावे को चेकप्वाइंट के एक सेट से होकर गुजरना पड़ता है जो अनुरूप नहीं होने पर जांच के लिए भेजा जा सकता है जैसे

- i. चिकित्सा परीक्षणों या दवाओं से संबंधित दावे का एक उच्च भाग
- ii. ग्राहक भी निपटान के लिए उत्सुक है
- iii. ओवरराइटिंग वाले बिल आदि

अगर दावा असली नहीं होने का संदेह है तो दावे की जांच की जाती है, चाहे वह कितना ही छोटा हो।

थ. टीपीए द्वारा कैशलेस निपटान की प्रक्रिया

कैशलेस सुविधा कैसे काम करती है? इसके केंद्र में एक समझौता है जो टीपीए और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ करती है। अन्य चिकित्सा सेवा प्रदाताओं के साथ भी समझौते संभव हैं। हम इस खंड में कैशलेस सुविधा प्रदान करने के लिए अपनायी जाने वाली प्रक्रिया पर विचार करेंगे:

तालिका 3.1

चरण 1	<p>स्वास्थ्य बीमा के तहत कवर किया गया ग्राहक किसी बीमारी से ग्रस्त है या उसे कोई चोट लगी है और इसलिए अस्पताल में भर्ती करने की सलाह दी गई है। वह (या उसकी ओर से कोई अन्य व्यक्ति) इस तरह के बीमा विवरण के साथ अस्पताल के बीमा डेस्क पर पहुंचता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. टीपीए का नाम, ii. उसकी सदस्यता संख्या, iii. बीमा कंपनी का नाम, आदि
चरण 2	<p>अस्पताल आवश्यक जानकारी को संकलित करता है जैसे:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमारी का निदान (डायग्नोसिस)

	<p>ii. उपचार,</p> <p>iii. इलाज करने वाले चिकित्सक का नाम,</p> <p>iv. अस्पताल में भर्ती होने के प्रस्तावित दिनों की संख्या और</p> <p>v. अनुमानित लागत</p> <p>इसे एक प्रारूप में प्रस्तुत किया है जो कैशलेस प्राधिकार फॉर्म कहलाता है।</p>
चरण 3	<p>टीपीए कैशलेस प्राधिकार फॉर्म में उपलब्ध कराई गई जानकारी का अध्ययन करता है। यह पॉलिसी की शर्तों और अस्पताल के साथ सहमत टैरिफ, यदि कोई हो, के साथ जानकारी की जांच करता है, और इस निर्णय पर पहुंचता है कि क्या कैशलेस अस्पताल में भर्ती होने का प्राधिकार प्रदान किया जा सकता है और अगर हां, तो कितनी राशि के लिए यह प्राधिकार दिया जाना चाहिए।</p> <p>टीपीए निर्णय पर पहुंचने के लिए और अधिक जानकारी मांग सकते हैं। एक बार निर्णय हो जाने पर बिना किसी देरी के इसके बारे में अस्पताल को सूचित कर दिया जाता है।</p> <p>दोनों फॉर्मों को अब आईआरडीएआई के स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत कर दिया गया है; (अंत में अनुलग्नक देखें)।</p>
चरण 4	<p>अस्पताल द्वारा रोगी का इलाज रोगी के खाते में जमा के रूप में टीपीए द्वारा अधिकृत राशि को ध्यान में रखते हुए किया जाता है। सदस्य को गैर-उपचार संबंधी खर्चों को कवर करने के लिए एक जमा राशि भुगतान करने और पॉलिसी के तहत आवश्यक कोई सह-भुगतान की राशि जमा करने के लिए कहा जा सकता है।</p>
चरण 5	<p>जब मरीज अस्पताल से छुट्टी के लिए तैयार हो जाता है, अस्पताल बीमा द्वारा कवर किए गए वास्तविक उपचार के खर्चों के विरुद्ध रोगी के खाते में टीपीए द्वारा मंजूर जमा राशि की जांच करता है।</p> <p>अगर जमा राशि कम होती है तो अस्पताल कैशलेस इलाज के लिए जमा राशि की अतिरिक्त मंजूरी का अनुरोध करता है।</p> <p>टीपीए इसका विश्लेषण करता है और अतिरिक्त राशि को मंजूर करता है।</p>
चरण 6	<p>मरीज गैर-स्वीकार्य प्रभार का भुगतान करता है और उसे अस्पताल से छुट्टी दे दी जाती है। दस्तावेज तैयार करने की प्रक्रिया पूरी करने के लिए उसे दावा प्रपत्र और बिल पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा।</p>
चरण 7	<p>अस्पताल सभी दस्तावेजों को समेकित करता है और बिल भुगतान की कार्रवाई आगे</p>

	<p>बढ़ाने के लिए निम्नलिखित दस्तावेज़ टीपीए को प्रस्तुत करता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. दावा प्रपत्र ii. अस्पताल से छुट्टी का सारांश / प्रवेश की टिप्पणियां iii. टीपीए द्वारा जारी किया गया मरीज/प्रस्तावक का पहचान कार्ड और और फोटो पहचान पत्र। iv. अंतिम समेकित बिल v. विस्तृत बिल vi जांच रिपोर्ट vii. प्रेस्क्रिप्शन और दवाओं का बिल viii. टीपीए द्वारा भेजे गए स्वीकृति पत्र
चरण 8	<p>टीपीए दावे की प्रक्रिया को आगे बढ़ाएगा और निम्नलिखित विवरण की पुष्टि करने के बाद अस्पताल को भुगतान की सिफारिश करेगा:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. इलाज किया गया मरीज वही व्यक्ति है जिसके लिए स्वीकृति प्रदान की गयी थी। ii. मरीज का इलाज उसी बीमारी के लिए किया गया है जिसके लिए स्वीकृति मांगी गयी थी। iii. अपवर्जित बीमारी के लिए खर्च, यदि कोई है, बिल का हिस्सा नहीं हैं। iv. अस्पताल को बतायी गयी सभी सीमाओं का पालन किया गया है। v. अस्पताल के साथ सहमत टैरिफ दरों का पालन किया गया है, शुद्ध देय राशि की गणना करें।

कैशलेस सुविधा के मूल्य में संदेह कोई नहीं है। ग्राहकों के लिए यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि सुविधा का सबसे अच्छा उपयोग कैसे किया जाए। ध्यान देने वाली बातें इस प्रकार हैं:

i. ग्राहक को यह सुनिश्चित करना होगा कि उसके पास अपने बीमा का विवरण उपलब्ध है। इसमें उसके निम्न दस्तावेज शामिल हैं:

- ✓ टीपीए कार्ड,
- ✓ पॉलिसी की प्रतिलिपि,
- ✓ कवर के नियम और शर्तें

इनके उपलब्ध नहीं होने पर वह (एक 24 घंटे की हेल्पलाइन के माध्यम से) टीपीए से संपर्क कर सकता है और जानकारी प्राप्त कर सकता है।

ii. ग्राहक को यह जांच करनी चाहिए कि क्या उसके परामर्शदाता चिकित्सक द्वारा बताया गया अस्पताल टीपीए के नेटवर्क में है। यदि नहीं तो उसे टीपीए से उपलब्ध विकल्पों की जानकारी प्राप्त करनी चाहिए जहां इस तरह के इलाज के लिए कैशलेस सुविधा उपलब्ध है।

iii. उसे यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि पूर्व-प्राधिकार फॉर्म में सही जानकारी दर्ज की गयी है। यदि मामला स्पष्ट नहीं है तो टीपीए कैशलेस सुविधा से इनकार कर सकता है या इस पर सवाल उठा सकता है।

iv. उसे यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि अस्पताल के शुल्क सीमाओं के अनुरूप हैं, उदाहरण के लिए, कमरे के किराए के लिए सीमा या मोतियाबिंद जैसे निर्दिष्ट उपचार की सीमा।

अगर वह पॉलिसी के द्वारा अनुमत सीमा से अधिक खर्च करना चाहता है तो अग्रिम में यह जान लेना बेहतर है कि खर्चों में उसका हिस्सा क्या होगा।

v. ग्राहक को अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले टीपीए को सूचित कर देना चाहिए और अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले आवश्यक कोई भी अतिरिक्त मंजूरी टीपीए को भेज देने का अनुरोध अस्पताल से करना चाहिए। इससे यह सुनिश्चित होगा कि मरीज को अस्पताल में अनावश्यक रूप से इंतजार नहीं करना पड़ता है।

यह भी संभव है कि ग्राहक एक अस्पताल में कैशलेस इलाज के लिए अनुरोध करता है और इसकी मंजूरी लेता है लेकिन मरीज को अन्यत्र भर्ती करने का फैसला करता है। ऐसे मामलों में, ग्राहकों को सूचित करना चाहिए और अस्पताल से टीपीए को यह बताने के लिए कहना चाहिए कि कैशलेस मंजूरी का उपयोग नहीं किया जा रहा है।

अगर ऐसा नहीं किया जाता है तो मंजूर की गयी राशि ग्राहक की पॉलिसी में अवरुद्ध हो सकती है और बाद में अनुरोध की मंजूरी पर इसका प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है।

ग. स्वास्थ्य बीमा दावों में दस्तावेज तैयार करना

जैसा कि पहले उल्लेख किया जा चुका है, स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों को पूरा करने के लिए कई दस्तावेजों की जरूरत पड़ती है। हर एक दस्तावेज में मूलतः दो प्रश्नों का उत्तर देने में सहायक होने की अपेक्षा की जाती है – स्वीकार्यता (क्या यह देय है?) और दावे का आकार (कितना?) यह खंड ग्राहकों द्वारा जमा किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों और विषय वस्तु का उल्लेख करता है।

1. अस्पताल से छुट्टी का सारांश (डिस्चार्ज सारांश)

अस्पताल से छुट्टी के सारांश को स्वास्थ्य बीमा के निष्पादन में सबसे आवश्यक दस्तावेज माना जा सकता है। मरीज की स्थिति और उसका इलाज किस तरीके से किया गया है, इस बात की पूरी जानकारी यह दस्तावेज देता है।

छुट्टी के सारांश में इन बातों का उल्लेख अवश्य होना चाहिए –

- क. मरीज का नाम, उम्र, लिंग और पूरा विवरण।
- ख. अस्पताल में भर्ती होने और छुट्टी की तिथि
- ग. भर्ती की वजह और उस समय मरीज की स्थिति; शरीर का तापमान, पल्स, रक्तचाप आदि की जानकारी।
- घ. बीमारी का इतिहास, जब से अपने आप में यह समस्या शुरू हुई थी। प्रसूती के मामलों में गर्भावस्था और जीवित बच्चे का विवरण उपलब्ध कराया जाता है।
- च. करायी गयी जांच।
- छ. समस्या का इलाज करने वाले चिकित्सक।
- ज. उपचार की आइस - सर्जरी का विवरण, यदि प्रासंगिक है।
- झ. ऑपरेशन के बाद के सुझाव।
- ट. दवाओं का प्रयोग।
- ठ. सर्जरी के बाद सुधार की जांच के लिए किए गए परीक्षण
- ड. छुट्टी के समय के हालात
- ढ. छुट्टी के समय ली गयी चिकित्सीय सलाह जिसमें इस्तेमाल की जाने वाली दवाइयां, अपनायी गयी प्रक्रिया/रोग निदान और बाद में डॉक्टर के पास जाना शामिल है।

ठीक से तैयार की गई छुट्टी का सारांश बीमारी और इलाज की पुख्ता जानकारी देने के साथ ही दावे के शीघ्र निपटारे में काफी सहायक होती है। आईआरडीएआई के मानक दिशानिर्देशों में छुट्टी के सारांश की विषय-वस्तु संबंधी सुझाव दिए गए हैं ताकि दावों का निपटारा आसानी से किया जा

सके। जिन मामलों में मरीज जीवित नहीं रह पाता ऐसे में कई अस्पताल छुट्टी का सारांश (डिस्चार्ज समरी) की जगह मृत्यु का सारांश (डेथ समरी) शब्द का इस्तेमाल करते हैं। हमेशा छुट्टी के सारांश की मूल प्रति मांगी जाती है।

2. जांच रिपोर्ट

जांच रिपोर्ट निदान और इलाज की तुलना करने में सहायता करता है और उस सही हालत को समझने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराता है जिसने अस्पताल में भर्ती होने के दौरान हुए इलाज और प्रगति को प्रेरित किया है।

आमतौर पर जांच रिपोर्ट निम्नलिखित रिपोर्ट से मिलकर बनता है:

- क. रक्त परीक्षण की रिपोर्ट
- ख. एक्सरे रिपोर्ट
- ग. स्कैन की रिपोर्ट और
- घ. बायोप्सी रिपोर्ट

सभी जांच रिपोर्ट नाम, आयु, लिंग, परीक्षण की तारीख आदि को दर्शाते हैं और आम तौर पर मूल रूप में प्रस्तुत किए जाते हैं। ग्राहकों के विशेष अनुरोध पर बीमा कंपनी एक्स-रे और अन्य फिल्में वापस कर सकती है।

3. समेकित और विस्तृत बिल:

यही वह दस्तावेज होता है जो यह निर्णय करता है कि बीमा पॉलिसी के तहत क्या भुगतान करना चाहिए। हालांकि बिल के लिए अभी तक कोई मानकीकृत प्रारूप नहीं है। सामान्य तौर पर निम्न मदों के तहत समेकित रूप में इलाज के सभी शुल्क को प्रस्तुत कर दिया जाता है:

- क. कमरे के किराए में ड्यूटी पर तैनात चिकित्सा अधिकारी और कमरे में प्रदान की गयी बुनियादी सुविधाओं के लिए दिए जाने वाला शुल्क भी शामिल होता है। नर्सिंग शुल्क भी इसका हिस्सा हो सकता है या यह एक अलग मद हो सकता है।
- ख. इंटेन्सिव केयर यूनिट प्रभार, अगर इलाज के लिए आईसीयू का उपयोग किया जाता है। इसमें ईसीयू में ड्यूटी पर तैनात चिकित्सा अधिकारी, विशेषज्ञ नर्सिंग, नाड़ी की निगरानी, ऑक्सीजन आदि का शुल्क भी शामिल होता है।
- ग. परामर्श शुल्क जिसमें मरीज का इलाज कर रहे सभी डॉक्टरों और विशेषज्ञों की फीस भी शामिल है।

घ. नैदानिक परीक्षण और जांच।

च. आईपी इलाज के तौर पर जो दवाइयां मंगाई गईं।

छ. प्रक्रिया प्रभार ,अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किसी भी विशिष्ट प्रक्रियाओं के लिए जैसे डायलिसिस, कीमोथेरेपी आदि।

ज. विविध प्रभार के तौर पर प्रवेश, पंजीकरण, दस्तावेज तैयार करने का शुल्क, सेवा शुल्क और करों के रूप में लिए जाने वाला शुल्क।

हालांकि समेकित बिल समग्र तौर पर तस्वीर प्रस्तुत करता है लेकिन विस्तृत बिल संदर्भ के साथ ब्रेकअप बिल प्रदान करेगा। इस प्रकार समेकित बिल कमरे का किराया और शुल्क के बारे में बताता है जबकि विस्तृत बिल कमरे का प्रकार, दिनों की संख्या, प्रतिदिन के अनुसार दर और मद में शामिल अन्य शुल्कों के बारे में बताएगा। इसी तरह, सलाहकार शुल्क के लिए, विस्तृत बिल हर दिन और हर सलाहकार के लिए एक ब्रेकअप प्रदान करेगा।

विस्तृत बिलिंग में संदर्भित विवरण के साथ फार्मसी का बिल भी शामिल होता है।

विस्तृत बिल का उपयोग कर गैर- देय व्यय की समीक्षा की जाती है और इस विस्तृत बिल में गैर स्वीकार्य खर्चों को गोल कर दिया जाता है और मद के तहत हुए संबंधित खर्च की कटौती के लिए विस्तृत बिल का उपयोग किया जाता है।

आईआरडीएआई मानकीकरण दिशानिर्देश समेकित और विस्तृत बिल का स्वरूप प्रदान करते हैं।

बिलों को मूल रूप में प्राप्त किया जाना चाहिए।

4. भुगतान की रसीद

बीमे की रकम के लिए हुए समझौते के तहत, स्वास्थ्य बीमा के दावे की पूर्ति के लिए अस्पताल में किए गए भुगतान की पक्की रसीद की भी जरूरत पड़ती है।

यह ध्यान रखना होगा कि रसीद में उल्लिखित राशि और भुगतान की गई राशि एक होनी चाहिए, क्योंकि कुछ अस्पताल भुगतान के समय छुट वगैरह भी देते हैं। ऐसे मामलों में बीमा करने वाले को सिर्फ उतनी ही राशि का भुगतान करने को कहा जाता है जितना मरीज के नाम अस्पताल को दिया गया है।

रसीद की मूल प्रति ही जमा करनी चाहिए जिसमें बिल का नंबर लिखा हो और मुहर लगी हो।

5. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र बीमा दावे का एक औपचारिक और कानूनी निवेदन है और इसे उपभोक्ता के असली हस्ताक्षर के साथ ही जमा किया जाता है।

क्लेम फॉर्म में निम्नलिखित जानकारियों का उल्लेख होता है-

- क. दावा करने वाले की पूरी जानकारी और पॉलिसी नंबर जिसके तहत दावा किया गया है।
- ख. मरीज का ब्यौरा।
- ग. दावा करने की वजह- जिसके लिए हॉस्पिटल में इलाज चला और बीमारी की वजह।
- घ. कितने वक्त तक इलाज चला।
- च. अलग अलग मदों में किए गए खर्चे।
- छ. साथ में लगाए गए दस्तावेजों की सूची।
- ज. बीमित व्यक्ति की घोषणा।

बीमारी और इलाज जैसी जानकारियों के साथ बीमित व्यक्ति द्वारा की गयी घोषणा कानूनी तौर पर क्लेम फॉर्म को सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज बना देता है।

यह घोषणा ही दावा को और विश्वसनीय बनाता है। इसकी अवहेलना नियम के अंतर्गत दावे को झूठा साबित कर सकता है।

6. पहचान प्रमाण पत्र

हमारे जीवन में विभिन्न गतिविधियों के लिए पहचान प्रमाण पत्र के बढ़ते उपयोग के साथ, सामान्य पहचान प्रमाण पत्र एक महत्वपूर्ण उद्देश्य को पूरा करता है – ताकि इसकी पुष्टि की जा सके कि जिस व्यक्ति को कवर किया गया है और वह वही व्यक्ति है जिसका इलाज हो रहा है।

आम तौर पर जिस पहचान दस्तावेज की मांग की जा सकती है वह है:

- क. मतदाता पहचान पत्र
- ख. ड्राइविंग लाइसेंस
- ग. पैन कार्ड
- घ. आधार कार्ड आदि

पहचान प्रमाण पत्र पर जोर देने का परिणाम यह हुआ है कि नकदरहित दावों के प्रतिरूपण मामलों में एक महत्वपूर्ण कमी आई है। जैसा कि अस्पताल में भर्ती होने से पहले पहचान प्रमाण पत्र की मांग की जाती है तो फिर अस्पताल का एक कर्तव्य हो जाता है कि इस पहचान प्रमाण पत्र को सत्यापित करे और उसी रूप में बीमा कंपनी या टीपीए को प्रस्तुत करे।

प्रतिपूर्ति दावों में, पहचान प्रमाण पत्र कम ही उद्देश्य को पूरा करता है।

7. विशिष्ट दावा करने के लिए आकस्मिक दस्तावेज

कुछ निश्चित प्रकार के दावों के लिए, जो उपर बताया गया है उससे अलग अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। जो इस प्रकार हैं:

- क. जिसमें एफआईआर या पंजीकृत पुलिस स्टेशन के लिए अस्पताल द्वारा जारी किया गया मेडिकोलीगल प्रमाणपत्र आवश्यक हो सकता है। यह दुर्घटना के कारणों के बारे में बताता है और यातायात दुर्घटनाओं के मामले में यह बताता है कि क्या व्यक्ति शराब के नशे में था।
- ख. जटिल या उच्च मूल्य के दावों के मामले में केस इंडोर पेपर केस की आवश्यकता होती है। इंडोर केस पेपर या केस सीट एक ऐसा दस्तावेज होता है जिसे अस्पताल में रखा जाता है और इसमें अस्पताल में भर्ती की पूरी अवधि के दौरान दिन के आधार पर रोगी को दिए गए सभी इलाज का ब्यौरा होता है।
- ग. डायलेसिस / कीमोथेरेपी / फिजियोथेरेपी चार्ट मान्य हैं
- घ. अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र, जो अस्पताल की परिभाषा के तहत उचित ठहराया जा सके।

दावा दिलवाने वाले दल दावा के निस्तारण के लिए कुछ निश्चित प्रारूप में ही दस्तावेज का इस्तेमाल करते हैं। जो इस प्रकार है:

- क. दस्तावेज के जांच की सूची
- ख. जांच / समझौते के कागजात
- ग. गुणवत्ता जांच / नियंत्रण का प्रारूप

यद्यपि सभी बीमा करने वाली कंपनियों के प्रारूप समान नहीं हैं, आइए सामान्य विषय – वस्तु के नमूनों के साथ दस्तावेजों के उद्देश्य का अध्ययन करें।

तालिका 2.2

1.	दस्तावेज सत्यापन पत्रक	यह सबसे आसान है, ग्राहक द्वारा प्रस्तुत किए गए दस्तावेजों को नोट करने के लिए प्राप्त दस्तावेजों की सूची में एक सही का चिह्न लगाया जाती है। कुछ बीमा कंपनियां पावती के रूप में ग्राहकों को इसकी एक प्रति उपलब्ध करा सकती हैं।
2.	जांच-पड़ताल / प्रक्रिया पत्रक	यह आम तौर पर एक एकल पत्रक होता है जहां कार्रवाई की सभी टिप्पणियों को दर्ज किया जाता है। क) ग्राहक का नाम और आईडी नंबर ख) दावा संख्या, दावा दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि

		<p>ग) पॉलिसी का संक्षिप्त विवरण, धारा 64VB का अनुपालन</p> <p>घ) बीमा राशि और बीमा राशि का उपयोग</p> <p>च) अस्पताल में भर्ती होने और छुट्टी मिलने की तिथि</p> <p>छ) रोग निदान और उपचार</p> <p>ज) दावा स्वीकार्यता / कार्रवाई की टिप्पणियां कारण सहित</p> <p>झ) दावा राशि की संगणना</p> <p>ट) दिनांक और कार्रवाई करने वाले लोगों के नाम के साथ दावे की गतिविधि</p>
3.	गुणवत्ता जांच / नियंत्रण प्रारूप	<p>अंतिम जांच या दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति के अलावा अन्य व्यक्ति द्वारा दावे की जांच के लिए गुणवत्ता नियंत्रण प्रारूप</p> <p>चेकलिस्ट और दावा जांच प्रश्नावली के अलावा गुणवत्ता नियंत्रण/लेखा परीक्षा प्रारूप में निम्नलिखित से संबंधित जानकारी भी शामिल होगी:</p> <p>क) दावे का निपटान,</p> <p>ख) दावे की अस्वीकृति या</p> <p>ग) अतिरिक्त जानकारी के लिए अनुरोध</p>

स्व-परीक्षण 2

निम्नलिखित में से कौन सा दस्तावेज़ अस्पताल में रहता है जिसमें एक अंतःरोगी पर किए गए सभी उपचारों का विवरण उपलब्ध होता है?

- I. जांच रिपोर्ट
- II. निपटान पत्रक
- III. मामले का दस्तावेज़
- IV. अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र

घ. दावा सुरक्षित करना

1. सुरक्षित करना (आरक्षण)

यह दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए गए प्रावधान की राशि को दर्शाता है। हालांकि यह बहुत आसान प्रतीत होता है, आरक्षित करने की प्रक्रिया में काफी सावधानी बरतने की जरूरत होती है - आरक्षण में कोई भी गलती बीमा कंपनी के मुनाफे और सॉल्वेंसी मार्जिन की गणना को प्रभावित करती है।

आजकल प्रोसेसिंग सिस्टमों में किसी भी समय आरक्षित राशियों (संचितियों) की गणना करने की अंतर्निहित क्षमता होती है।

स्व-परीक्षण 3

दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए गए प्रावधान की राशि को _____ के रूप में जाना जाता है।

- I. पूलिंग
- II. प्रोविजनिंग
- III. आरक्षण
- IV. निवेश

च. दावा प्रबंधन - व्यक्तिगत दुर्घटना

1. व्यक्तिगत दुर्घटना

परिभाषा

व्यक्तिगत दुर्घटना एक लाभ पॉलिसी है और यह दुर्घटना में मृत्यु, दुर्घटना में विकलांगता (स्थायी/आंशिक), अस्थाई पूर्ण विकलांगता को कवर करती है। इसमें आकस्मिक चिकित्सा खर्चों, अंतिम संस्कार के खर्चों, शैक्षणिक खर्चों आदि का ऐड-ऑन कवरेज भी शामिल हो सकता है जो विशेष उत्पाद पर निर्भर करता है।

पीए पॉलिसी के तहत कवर किया गया जोखिम "दुर्घटना" है।

परिभाषा

दुर्घटना को किसी भी अचानक, अप्रत्याशित, गैर-इरादतन, बाहरी, हिंसक और प्रत्यक्ष साधनों द्वारा हुई घटना के रूप में परिभाषित किया गया है।

दावा प्रबंधक को दावे की सूचना प्राप्त होने पर सावधानी बरतनी चाहिए और निम्नलिखित क्षेत्रों की जांच करनी चाहिए:

क) वह व्यक्ति जिसके संबंध में दावा किया गया है उसे पॉलिसी के तहत कवर किया गया है

ख) पॉलिसी नुकसान घटित होने की तिथि को मान्य है और प्रीमियम प्राप्त हो गया है

ग) नुकसान पॉलिसी की अवधि के भीतर है

घ) नुकसान "दुर्घटना" के कारण उत्पन्न हुआ है, बीमारी के कारण नहीं

च) किसी भी धोखाधड़ी के कारण की जांच करना और आवश्यक होने पर तहकीकात कराना

छ) दावा पंजीकृत करना और उसके लिए संचिती बनाना

ज) टर्नअराउंड समय (दावे पर कार्रवाई का समय) का ध्यान रखना और दावे की प्रगति के बारे में ग्राहक को सूचित करना

2. दावों की जांच-पड़ताल

अगर दावे की सूचना में या दावा दस्तावेज प्राप्त होने पर कोई किसी रेड अलर्ट का नोटिस मिलता है तो दावे के साथ-साथ सत्यापन के लिए इसे एक पेशेवर जांचकर्ता को सौंपा जा सकता है।

उदाहरण

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों के लिए रेड अलर्ट के उदाहरण (आगे की जांच पड़ताल के प्रयोजन से, लेकिन यह धोखाधड़ी के सकारात्मक संकेत या दावे के धोखाधड़ी पूर्ण होने को नहीं दर्शाता है):

- ✓ निकटता के करीब दावे (बीमा शुरू होने की एक छोटी सी अवधि के भीतर किया गया दावा)
- ✓ विकलांगता की लंबी अवधि के साथ उच्च साप्ताहिक लाभ राशि
- ✓ दावा दस्तावेजों में विसंगति
- ✓ एक ही बीमित व्यक्ति द्वारा कई दावे
- ✓ शराब के सेवन का संकेत
- ✓ संदिग्ध आत्महत्या
- ✓ देर रात की सड़क यातायात दुर्घटना जब वाहन को बीमित व्यक्ति चला रहा था
- ✓ सांप काटना
- ✓ डूब जाना
- ✓ ऊंचाई से गिर जाना
- ✓ संदिग्ध बीमारी से संबंधित मामले
- ✓ जहर देना
- ✓ हत्या
- ✓ गोली से घायल होना
- ✓ अत्यधिक ठंड की वजह से लापता हो जाना
- ✓ नरसंहार आदि

जांच के मुख्य उद्देश्य हैं:

- क) नुकसान के कारण की जांच करना
- ख) नुकसान की मात्रा और प्रकृति का पता लगाना
- ग) सबूत और जानकारी इकट्ठा करना
- घ) यह पता लगाना कि क्या दावे की राशि में धोखाधड़ी या अतिशयोक्ति का कोई तत्व शामिल है

कृपया ध्यान दें: जांच का उद्देश्य मामले के तथ्यों को सत्यापित करना और आवश्यक सबूत इकट्ठा करना है।

दावा परीक्षक द्वारा जांच के केंद्र बिंदु के बारे में जांचकर्ता का मार्गदर्शन किया जाना महत्वपूर्ण है।

उदाहरण

मामले के दिशानिर्देश का उदाहरण:

सड़क यातायात दुर्घटना

- i. घटना कब घटित हुई थी - सही समय, तिथि और स्थान? दिनांक और समय
- ii. क्या बीमाधारक एक पैदल यात्री था, यात्री/पिछली सीट की सवारी के रूप में यात्रा कर रहा था या दुर्घटना में शामिल वाहन को चला रहा था?
- iii. दुर्घटना का विवरण, यह कैसे घटित हुई?
- iv. क्या बीमाधारक दुर्घटना के समय शराब के नशे में था?
- v. मौत के मामले में, मौत का सही समय और दिनांक, मौत से पहले किया गया इलाज, कौन से अस्पताल में आदि?

दुर्घटना के लिए संभावित कारण:

वाहन के चालक की किसी भी बीमारी (दिल का दौरा, सीजर आदि), शराब के प्रभाव, सड़क की खराब हालत, मौसम की परिस्थिति, वाहन की गति आदि के कारण बीमाधारक की या विरोधी पक्ष की यांत्रिक विफलता (स्टीयरिंग, ब्रेक आदि फेल होना)।

3. दावा प्रलेखन

तालिका 2.3

		क) दावेदार के नामिती/परिवार के किसी सदस्य द्वारा हस्ताक्षरित विधिवत पूरा किया गया व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र
		ख) प्रथम सूचना रिपोर्ट की मूल या सत्यापित प्रतिलिपि(एफआईआर / पंचनामा / जांच पंचनामा की सत्यापित प्रतिलिपि)
		ग) मृत्यु प्रमाणपत्र की मूल या सत्यापित प्रतिलिपि
मृत्यु दावा		घ) पोस्टमार्टम रिपोर्ट की सत्यापित प्रति, यदि पोस्टमार्टम किया गया है
		च) एएमएल दस्तावेजों (एंटी मनी लॉन्ड्रिंग) की सत्यापित प्रति - नाम के सत्यापन के लिए (पासपोर्ट / पैन कार्ड / मतदाता पहचान पत्र / ड्राइविंग लाइसेंस), पते के सत्यापन के लिए (टेलीफोन बिल / बैंक खाते का विवरण / बिजली का बिल / राशन कार्ड)।
		छ) शपथ पत्र और क्षतिपूर्ति बांड सहित कानूनी वारिस प्रमाण पत्र, दोनों सभी कानूनी वारिसों द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित और नोटरीकृत होने चाहिए
स्थायी विकलांगता (पीटीडी) और स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी) दावा	पूर्ण और आंशिक	क) विधिवत पूरा किया गया व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित
		ख) प्रथम सूचना रिपोर्ट की सत्यापित प्रति, लागू होने पर।
		ग) बीमित व्यक्ति की विकलांगता को प्रमाणित करने के लिए एक सिविल सर्जन या किसी भी समकक्ष सक्षम चिकित्सक से प्राप्त स्थायी विकलांगता प्रमाणपत्र।

अस्थायी पूर्ण इलाज करने वाले चिकित्सा का प्रमाणपत्रनियोक्ता का अवकाश प्रमाणपत्र विकलांगता जिसमें अवकाश की सटीक अवधि का विवरण दिया गया, विधिवत हस्ताक्षरित (टीटीडी) दावा और नियोक्ता की मुहर लगी है

ख) इलाज करने वाले चिकित्सक का फिटनेस प्रमाणपत्र, यह प्रमाणित करते हुए कि बीमाधारक अपने सामान्य कर्तव्यों को पूरा करने के लिए फिट है

उपरोक्त सूची केवल सांकेतिक है, अन्य दस्तावेजों (चीरे के निशान, दुर्घटना स्थल आदि की तस्वीरों सहित) की आवश्यकता हो सकती है जो मामले के विशेष तथ्यों पर निर्भर करता है, विशेष रूप से उन मामलों के जहां संदिग्ध धोखाधड़ी की संभावना का पता चला है।

स्व-परीक्षण 4

निम्नलिखित में से कौन सा दस्तावेज स्थायी पूर्ण विकलांगता दावे के लिए प्रस्तुत किया जाना आवश्यक नहीं है?

- I. विधिवत पूरा किया गया व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित
- II. प्रथम सूचना रिपोर्ट की सत्यापित प्रति, लागू होने पर
- III. बीमित व्यक्ति की विकलांगता को प्रमाणित करते हुए एक सिविल सर्जन या किसी भी समकक्ष सक्षम चिकित्सक से प्राप्त स्थायी विकलांगता प्रमाणपत्र
- IV. इलाज करने वाले चिकित्सक का फिटनेस प्रमाणपत्र, यह प्रमाणित करते हुए कि बीमाधारक अपने सामान्य कर्तव्यों को पूरा करने के लिए फिट है

छ. तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की भूमिका (टीपीए)

1. भारत में टीपीए की शुरुआत

बीमा क्षेत्र को वर्ष 2000 में निजी कंपनियों के लिए खोला गया था। इस बीच, नए उत्पादों की शुरुआत के साथ स्वास्थ्य देखभाल संबंधी उत्पादों की मांग भी बढ़ रही थी। इसलिए स्वास्थ्य बीमा में बिक्री के बाद की सेवाओं के लिए एक चैनल शुरू करने की जरूरत महसूस की गयी। यह पेशेवर तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की शुरुआत के लिए एक अवसर बन गया।

इसे देखते हुए बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण ने आईआरडीएआई के लाइसेंस के तहत बाजार में टीपीए की शुरुआत की अनुमति दे दी, बशर्ते कि वे 17 सितंबर 2001 को अधिसूचित आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2001 का पालन करते हैं।

परिभाषा

विनियमों के अनुसार,

"तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या टीपीए का मतलब है ऐसा कोई भी व्यक्ति जिसे आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमन, 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त है और स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के प्रयोजनों से, एक बीमा कंपनी द्वारा एक शुल्क या पारिश्रमिक के बदले काम में लगाया गया है।

"टीपीए की स्वास्थ्य सेवाओं" का मतलब है स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के सिलसिले में एक समझौते के तहत बीमा कंपनी को टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवाओं से है, लेकिन इसमें किसी बीमा कंपनी के व्यवसाय या प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय की मांग करने या किसी दावे की स्वीकार्यता या अस्वीकृति पर निर्णय लेने को शामिल नहीं किया गया है।

इस प्रकार टीपीए की सेवाओं का दायरा बीमा पॉलिसी की बिक्री और पॉलिसी जारी होने के बाद शुरू होता है। अगर बीमा कंपनी टीपीए की सेवा का उपयोग नहीं कर रही है तो यह सेवा आंतरिक टीम द्वारा प्रदान की जाती है।

2. स्वास्थ्य बीमा की बिक्री के बाद की सेवा

क) एक बार जब प्रस्ताव (और प्रीमियम) को स्वीकार कर लिया जाता है, कवरेज शुरू हो जाता है।

ख) अगर पॉलिसी की सेवा प्रदान करने के लिए किसी टीपीए का इस्तेमाल किया जाता है, तो बीमा कंपनी ग्राहक और पॉलिसी के बारे में टीपीए को जानकारी प्रदान करती है।

ग) टीपीए सदस्यों को नामांकित करता है (जहां प्रस्तावक पॉलिसी लेने वाला व्यक्ति होता है, पॉलिसी के तहत कवर किए गए लोग सदस्य होते हैं) और एक प्रत्यक्ष या इलेक्ट्रॉनिक कार्ड के रूप में सदस्यता पहचान जारी कर सकता है।

घ) टीपीए की सदस्यता का उपयोग कैशलेस सुविधा का लाभ उठाने के साथ-साथ दावों पर कार्रवाई करने में किया जाता है जब सदस्य को कवर किए गए किसी अस्पताल में भर्ती होने या इलाज के लिए पॉलिसी के समर्थन की आवश्यकता होती है।

च) टीपीए दावे या कैशलेस अनुरोध पर कार्रवाई करता है और बीमा कंपनी के साथ सहमत समयसीमा के भीतर सेवाएं प्रदान करता है।

सेवा प्रदान करने वाली इकाई के रूप में टीपीए के नाम पर पॉलिसी के आवंटन समय वह कट-ऑफ बिंदु है जहां से एक टीपीए की भूमिका शुरू होती है। सेवा प्रदान करने की आवश्यकता पॉलिसी की अवधि में और आगे की किसी अन्य अवधि में जारी रहती है जो पॉलिसी के तहत दावे की सूचना देने के लिए अनुमत है।

जब हजारों की संख्या में पॉलिसियों की सेवाएं प्रदान की जाती हैं, यह गतिविधि लगातार जारी रहती है, विशेष रूप से जब एक ही पॉलिसी का नवीनीकरण किया जाता है और वही टीपीए पॉलिसी की सेवा प्रदान करता है।

3. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) के उद्देश्य

स्वास्थ्य बीमा में तृतीय पक्ष व्यवस्थापक की अवधारणा कथित रूप से निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ बनायी गयी है:

क) जरूरत के समय सभी संभव तरीकों से स्वास्थ्य बीमा के ग्राहक को सेवा प्रदान करना।

ख) नेटवर्क अस्पतालों में बीमाधारक मरीज के लिए कैशलेस इलाज की व्यवस्था करना।

ग) प्रस्तुत दावा दस्तावेजों के आधार पर और बीमा कंपनी की प्रक्रिया एवं दिशानिर्देशों के अनुसार ग्राहकों को दावों का निष्पक्ष और तेजी से निपटान प्रदान करना।

घ) स्वास्थ्य बीमा दावों और संबंधित सेवाओं के नियंत्रण में कार्यात्मक विशेषज्ञता तैयार करना।

च) समय पर और उचित तरीके से ग्राहकों को जवाब देना।

छ) एक ऐसा वातावरण तैयार करना जहां एक उचित लागत पर गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा का उपयोग करने में सक्षम होने के लिए एक बीमित व्यक्ति के बाजार के उद्देश्य को हासिल किया जाता है और

ज) रुग्णता, लागतों, प्रक्रियाओं, ठहरने के समय आदि से संबंधित प्रासंगिक डेटा तैयार/एकत्र करने में सहायता करना।

4. बीमा कंपनी और टीपीए के बीच संबंध

कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की बिक्री के बाद की सेवा के लिए टीपीए की सेवाओं का उपयोग करती हैं जबकि कुछ बीमा कंपनियां, विशेष रूप से जीवन बीमा क्षेत्र की कंपनियां भी पॉलिसी से पूर्व चिकित्सा जांच सेवा की व्यवस्था करने के लिए एक टीपीए की सहायता लेती हैं।

एक बीमा कंपनी और टीपीए के बीच अनुबंधात्मक संबंध होता है जहां कई प्रकार की आवश्यकताएं और प्रक्रिया के चरण अनुबंध में निहित होते हैं। आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देश में अब टीपीए और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध के लिए दिशानिर्देश निर्धारित किए गए हैं और निर्दिष्ट मानक क्लॉजों का एक सेट प्रदान किया गया है।

एक बीमा कंपनी टीपीए से निम्नलिखित सेवाओं की अपेक्षा करती है:

क. प्रदाता नेटवर्किंग सेवाएं

टीपीए से देश भर के अस्पतालों के एक नेटवर्क के साथ संबंध बनाने की अपेक्षा की जाती है जिसका उद्देश्य बीमित व्यक्तियों को स्वास्थ्य संबंधी दावों के लिए कैशलेस दावा भुगतान उपलब्ध कराना है। आईआरडीएआई के नए दिशानिर्देशों के अनुसार यह संबंध बीमा कंपनी को साथ लेकर त्रिकोणीय होना आवश्यक है, सिर्फ टीपीए और प्रदाता के बीच नहीं।

वे अस्पताल में भर्ती होने की विभिन्न प्रक्रियाओं और पैकेजों के लिए इस तरह के नेटवर्क अस्पतालों से बेहतर अनुसूचित दरों पर सौदेबाजी करते हैं जिसमें बीमाधारक और बीमा कंपनी की लागतों को कम करने की और संकुल के लिए अच्छा अनुसूचित दरों बातचीत।

ख. कॉल सेंटर की सेवाएं

टीपीए से आम तौर पर रातों को, सप्ताहांत में और छुट्टियों के दौरान हर समय पहुंच योग्य टोल फ्री नंबर यानी 24 * 7 * 365 पर एक कॉल सेंटर सेवा प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है। टीपीए का कॉल सेंटर निम्नलिखित से संबंधित जानकारी प्रदान करेगा:

- क) पॉलिसी के तहत उपलब्ध कवरेज और लाभ
- ख) स्वास्थ्य दावों से संबंधित प्रक्रियाएं और कार्यप्रणाली
- ग) सेवाओं और कैशलेस अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित मार्गदर्शन
- घ) नेटवर्क अस्पतालों के बारे में जानकारी
- च) पॉलिसी के तहत उपलब्ध शेष बीमा राशि की जानकारी
- छ) दावे की स्थिति की जानकारी
- ज) दावों के मामले में अनुपलब्ध दस्तावेजों के बारे में सलाह

कॉल सेंटर एक राष्ट्रीय टोल फ्री नंबर से पहुंच योग्य होना चाहिए और ग्राहक सेवा के कर्मचारियों को आम तौर पर ग्राहकों द्वारा बोली जाने वाली प्रमुख भाषाओं में संवाद करने में सक्षम होना चाहिए। ये विवरण निस्संदेह बीमा कंपनियों और उनके टीपीए के बीच अनुबंध द्वारा नियंत्रित होते हैं।

ग. कैशलेस उपयोग की सेवाएं

परिभाषा

"कैशलेस सुविधा" का मतलब है बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को प्रदान की गयी ऐसी सुविधा जहां पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार बीमाधारक द्वारा कराए गए उपचार की लागतों का भुगतान बीमा कंपनी द्वारा पहले से मंजूर प्राधिकार की सीमा तक सीधे नेटवर्क प्रदाता को किया जाता है।

यह सेवा प्रदान करने के लिए, अनुबंध के तहत बीमा कंपनी की आवश्यकताएं इस प्रकार हैं:

क) पॉलिसी से संबंधित सारी जानकारी टीपीए के पास उपलब्ध होनी चाहिए। इसे टीपीए को उपलब्ध कराना बीमा कंपनी का कर्तव्य है।

ख) पॉलिसी में शामिल किया गया सदस्यों का डेटा किसी भी त्रुटि या कमी के बिना उपलब्ध और सुलभ होना चाहिए।

ग) बीमित व्यक्तियों को एक ऐसा पहचान पत्र साथ रखना चाहिए जो उनको पॉलिसी और टीपीए से जोड़ता है। यह पहचान कार्ड एक सहमत प्रारूप में टीपीए द्वारा जारी किया गया होना चाहिए, इसे एक उचित समय के भीतर सदस्य के पास पहुंच जाना चाहिए और संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान मान्य होना चाहिए।

घ) टीपीए को कैशलेस सुविधा का अनुरोध करने के लिए उपलब्ध कराई गई जानकारी के आधार पर अस्पताल को एक पूर्व-प्राधिकार या गारंटी पत्र जारी करना चाहिए। वह बीमारी की प्रकृति, प्रस्तावित उपचार और शामिल लागत को समझने के लिए अधिक जानकारी की मांग कर सकता है।

च) जहां जानकारी स्पष्ट नहीं है या उपलब्ध नहीं है, टीपीए यह स्पष्ट करते हुए कैशलेस सुविधा को अस्वीकार कर सकता है कि कैशलेस सुविधा से इनकार करने को उपचार से इनकार नहीं समझा जाना चाहिए। सदस्य बाद में भुगतान करने और एक दावा दायर करने के लिए स्वतंत्र है जिस पर इसकी योग्यता के आधार पर विचार किया जाएगा।

छ) आपातकालीन मामलों में, अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर सूचना दी जानी चाहिए और कैशलेस सुविधा के निर्णय के बारे में बताया जाना चाहिए।

घ. ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन

टीपीए को एक ऐसी प्रणाली उपलब्ध कराने की जरूरत है जिसके द्वारा ग्राहक अपनी शिकायतें प्रस्तुत कर सकते हैं। यह स्वास्थ्य बीमा दावों को जांच और सत्यापन के दायरे में लाने के लिए सामान्य है। यह भी ध्यान दिया जाना चाहिए कि स्वास्थ्य बीमा दावों के एक छोटे से प्रतिशत को इनकार किया जाता है जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों के दायरे से बाहर होते हैं।

इसके अलावा, लगभग सभी स्वास्थ्य बीमा दावों में दावे की कुछ राशि पर कटौती की संभावना रहती है। इस तरह की कटौतियां ग्राहक की असंतुष्टि का कारण बनती हैं, खास तौर पर जहां कटौती या इनकार का कारण ग्राहक को सही तरीके से स्पष्ट नहीं किया गया है।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि इस तरह की शिकायतों का जल्द से जल्द समाधान किया जाता है, बीमा कंपनी द्वारा टीपीए के पास एक प्रभावशाली शिकायत निवारण प्रबंधन रखने की आवश्यकता होती है।

च. बिलिंग संबंधी सेवाएं

बिलिंग सेवा के अंतर्गत बीमा कंपनी टीपीए से तीन कार्य करने की अपेक्षा करती है:

क) मानकीकृत बिलिंग पैटर्न जो विभिन्न मदों के अंतर्गत कवरेज के उपयोग का विश्लेषण करने और मूल्य तय करने में बीमा कंपनी की मदद कर सकता है।

ख) यह पुष्टि कि वसूल की गयी राशि वास्तव में बीमारी के लिए आवश्यक उपचार के लिए प्रासंगिक है।

ग) निदान (डायग्नोसिस) और प्रक्रिया के कोड प्राप्त किए जाते हैं ताकि राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय मानकों के अनुसार सभी टीपीए भर में डेटा का मानकीकरण संभव हो सके।

इसके लिए टीपीए में प्रशिक्षित और कुशल कार्यबल की आवश्यकता होती है जो प्राप्त बिलिंग डेटा की कोडिंग, टैरिफ की पुष्टि और बिलिंग डेटा का मानकीकरण करने में सक्षम हैं।

छ. दावे पर कार्रवाई करने और भुगतान संबंधी सेवाएं

यह टीपीए द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली सबसे महत्वपूर्ण सेवा है। दावे पर कार्रवाई करने के लिए टीपीए द्वारा बीमा कंपनी को प्रदान की जाने वाली सेवाएं आम तौर पर शुरू से अंत तक की सेवा होती है जो सूचना दर्ज करने से लेकर इस पर कार्रवाई करने और फिर मंजूरी तथा भुगतान की सिफारिश करने तक चलती है।

दावों का भुगतान बीमा कंपनी से प्राप्त धनराशि के माध्यम से किया जाता है। धनराशि अग्रिम राशि के रूप में टीपीए द्वारा प्रदान की जा सकती है या इसका निपटान बीमा कंपनी द्वारा सीधे अपने बैंक के माध्यम से ग्राहक को या अस्पताल को किया जा सकता है।

टीपीए से पैसों का हिसाब-किताब रखने और बीमा कंपनी से प्राप्त धनराशियों का समय-समय पर समाधान उपलब्ध कराने की अपेक्षा की जाती है। पैसों का इस्तेमाल मंजूर दावों के भुगतान को छोड़कर किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं किया जा सकता है।

ज. प्रबंधन सूचना सेवाएं

चूंकि टीपीए दावे की कार्रवाई पूरी करता है, दावों से संबंधित सभी जानकारी व्यक्तिगत रूप से या सामूहिक रूप से टीपीए के पास उपलब्ध होती है। बीमा कंपनी को विभिन्न प्रयोजनों के लिए डेटा की आवश्यकता होती है और टीपीए द्वारा इस तरह का डेटा सही तरीके से और सही समय पर प्रदान किया जाना चाहिए।

इस प्रकार एक टीपीए की सेवाओं के दायरे को बीमा कंपनियों द्वारा जारी की गयी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के शुरू से अंत तक प्रदान की जाने वाली सेवा कहा जा सकता है, जो विशेष बीमा कंपनी की आवश्यकताओं और उसके साथ समझौता ज्ञापन के आधार पर कुछ गतिविधियों तक सीमित हो सकता है।

झ. टीपीए का पारिश्रमिक

इन सेवाओं के लिए टीपीए को निम्नलिखित में से किसी एक आधार पर शुल्क भुगतान किया जाता है:

क) ग्राहक से प्रीमियम के एक प्रतिशत का शुल्क लिया जाता है (सेवा कर को छोड़कर),

ख) एक निर्धारित समय अवधि के लिए टीपीए द्वारा सेवित प्रत्येक सदस्य के लिए एक निश्चित राशि, या

ग) टीपीए द्वारा प्रदान की सेवा के प्रत्येक लेनदेन के लिए एक निश्चित राशि - जैसे प्रति सदस्य जारी किए गए कार्ड की लागत, प्रति दावा आदि

इस प्रकार टीपीए की सेवाओं के माध्यम से बीमा कंपनियां निम्नलिखित के लिए पहुंच प्राप्त करती हैं:

- i. कैशलेस सेवाएं
- ii. डेटा संकलन और विश्लेषण
- iii. ग्राहकों के लिए एक 24 घंटे कॉल सेंटर और सहायता
- iv. अस्पतालों और अन्य चिकित्सा सुविधाओं का नेटवर्क
- v. प्रमुख समूह के ग्राहकों के लिए सहायता
- vi. ग्राहक के साथ दावों पर बातचीत की सुविधा
- vii. अस्पतालों के साथ टैरिफ और प्रक्रिया के मूल्यों पर बातचीत
- viii. ग्राहक सेवा को सरल बनाने के लिए तकनीक समर्थित सेवाएं
- ix. संदिग्ध मामलों की जांच और सत्यापन
- x. सभी कंपनियों में दावा पैटर्न का विश्लेषण और लागतों के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी की व्यवस्था, उपचार के नए तरीके, उभरते रुझान और धोखाधड़ी नियंत्रण
- xi. सेवाओं की पहुंच का तेजी से विस्तार

सारांश

क) बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे के लिए एक 'गवाह' है। पॉलिसी के तहत दावे का कारण बनने वाली बीमित घटना घटित होना उस वादे की असली परीक्षा है।

ख) बीमा में महत्वपूर्ण रेटिंग पैरामीटरों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

ग) बीमा खरीदने वाले ग्राहक प्राथमिक हितधारक होने के साथ-साथ दावे के प्राप्तकर्ता हैं।

घ) कैशलेस दावे में एक नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए की पूर्व मंजूरी के आधार पर चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है और बाद में दावे के निपटान के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करता है।

च) प्रतिपूर्ति दावे में, ग्राहक अपने स्वयं के संसाधनों से अस्पताल का भुगतान करता है और उसके बाद भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दावा दायर करता है।

छ) दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला दृष्टांत है।

ज) अगर किसी बीमा दावे के मामले में बीमा कंपनी द्वारा धोखाधड़ी का संदेह किया जाता है, तो इसे जांच के लिए भेजा जाता है। दावे की जांच एक बीमा कंपनी / टीपीए द्वारा आंतरिक रूप से की जा सकती है या इसे एक पेशेवर जांच एजेंसी को सौंपा जा सकता है।

झ) आरक्षण (रिजर्विंग) दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए जाने वाले प्रावधान की राशि को दर्शाता है।

ट) इनकार के मामले में बीमा कंपनी को प्रस्तुत करने के अलावा ग्राहक के पास बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) या ग्राहक फोरम या यहां तक कि वैधानिक प्राधिकरणों के पास जाने का भी विकल्प होता है।

ठ) धोखाधड़ी अधिकतर अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में होती है लेकिन व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों को भी धोखाधड़ीपूर्ण दावे करने में इस्तेमाल किया जाता है।

ड) टीपीए बीमा कंपनी को कई महत्वपूर्ण सेवाएं प्रदान करता है और फीस के रूप में पारिश्रमिक प्राप्त करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से किसे बीमा दावा प्रक्रिया में प्राथमिक हितधारक माना जाता है?

- I. ग्राहक
- II. मालिक
- III. बीमालेखक
- IV. बीमा एजेंट / ब्रोकर

प्रश्न 2

गिरीश सक्सेना के बीमा दावे को बीमा कंपनी द्वारा इनकार कर दिया था। इनकार के मामले में, बीमा कंपनी को प्रस्तुत करने के अलावा गिरीश सक्सेना के लिए कौन सा विकल्प उपलब्ध है?

- I. सरकार से संपर्क करना
- II. वैधानिक प्राधिकरणों से संपर्क करना
- III. बीमा एजेंट से संपर्क करना
- IV. मामले को इनकार करने पर कुछ भी नहीं किया जा सकता है

प्रश्न 3

राजीव महतो द्वारा प्रस्तुत एक स्वास्थ्य बीमा दावे की जांच के दौरान बीमा कंपनी को पता चलता है कि राजीव महतो के बजाय उसके भाई राजेश महतो को उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया था। राजीव महतो की पॉलिसी एक फैमिली फ्लोटर योजना नहीं है। यह _____ धोखाधड़ी का एक उदाहरण है।

- I. प्रतिरूपण
- II. नकली दस्तावेज बनाना
- III. खर्च को बढ़ा-चढ़ाकर बताना
- IV. आउटपैशेंट उपचार को इनपैशेंट/अस्पताल में भर्ती होने में परिवर्तित करना

प्रश्न 4

इनमें से कौन सी स्थिति में आवासीय अस्पताल में भर्ती होने को एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में कवर किया जाता है?

- I. रोगी की हालत ऐसी है कि उसे अस्पताल/नर्सिंग होम में ले जाया जा सकता है, लेकिन ऐसा नहीं करना पसंद किया गया
- II. अस्पताल/नर्सिंग होम में आवासीय सुविधा के अभाव के कारण रोगी को वहां नहीं ले जाया जा सका
- III. उपचार केवल अस्पताल/नर्सिंग होम में किया जा सकता है
- IV. अस्पताल में भर्ती होने की अवधि 24 घंटे से अधिक है

प्रश्न 5

निम्नलिखित में से कौन सा कोड बीमारी का इलाज करने की प्रक्रियाओं को दर्शाता है?

- I. आईसीडी
- II. डीसीआई
- III. सीपीटी
- IV. पीसीटी

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

ग्राहक बीमा दावे की प्रक्रिया में प्राथमिक हितधारक हैं।

उत्तर 2

सही उत्तर II है।

बीमा दावे को इनकार करने के मामले में व्यक्ति वैधानिक प्राधिकरणों से संपर्क कर सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

यह प्रतिरूपण का एक उदाहरण है क्योंकि बीमित व्यक्ति इलाज किए गए व्यक्ति से अलग है।

उत्तर 4

सही उत्तर II है।

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में आवासीय उपचार की सुविधा केवल तभी प्रदान की जाती है जब अस्पताल/नर्सिंग होम में आवासीय सुविधा के अभाव में रोगी को वहां नहीं ले जाया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

मौजूदा प्रक्रिया शब्दावली (सीपीटी) कोड बीमारी का इलाज करने की प्रक्रियाओं को दर्शाता है।

अध्याय 8

स्वास्थ्य बीमा बेचने की प्रक्रिया

अध्याय परिचय

यह अध्याय बीमा बिक्री की प्रक्रिया और इसके विभिन्न चरणों को समझाता है।

अध्ययन के परिणाम

क. बिक्री की प्रक्रिया

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

- क) बिक्री की प्रक्रिया में शामिल विभिन्न चरणों के बारे में समझाना
- ख) पॉलिसी वितरण प्रक्रिया को समझना
- ग) पॉलिसी का नवीनीकरण सुनिश्चित करने के महत्व को जानना

क. बिक्री की प्रक्रिया

हममें से हर व्यक्ति लगभग अपने जन्म के दिन से ही बिक्री की प्रक्रिया में संलग्न है। यहां तक कि बच्चों के रूप में भी, जब हमें किसी चीज की जरूरत होती है तो हम रोकर अपने माता-पिता को प्रभावित करते हैं और उनको खुश करने के लिए खिलखिला कर हंसने लगते हैं। हर दिन हम किसी भी काम को अपने तरीके से करने के लिए (या नहीं करने के लिए) एक दूसरे को मनाने, प्रभावित करने और समझाने की कोशिश करते हैं। हालांकि इसका मतलब यह नहीं है कि हम सभी पेशेवर विक्रेता हैं।

परिभाषा

एक पेशे के रूप में बिक्री का मतलब है किसी उत्पाद या सेवा की खरीद को प्रेरित करके एक व्यावसायिक लेनदेन पूरा करने का कार्य, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक अर्जित करने के इरादे से किया जाता है।

इस प्रकार विक्रेता बिक्री से एक आजीविका अर्जित करने का प्रयास करता है।

बीमा एजेंट ऐसे बिक्री प्रतिनिधि हैं जो समुदाय के सदस्यों को उस बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित बीमा अनुबंध खरीदने के लिए प्रभावित करना चाहते हैं जिनका वे प्रतिनिधत्व कर रहे हैं। बदले में उनको जो पारिश्रमिक मिलता है उसे एक कमीशन के रूप में जाना जाता है।

चित्र 1: बीमा बिक्री

- संभावित ग्राहक
- बीमा सलाहकार

अन्य उद्योगों और स्वास्थ्य बीमा में बिक्री के प्रकार

जहां सभी प्रकार की बिक्री में किसी न किसी को खरीदने के लिए राजी किया जाता है, बिक्री की प्रक्रिया अलग-अलग उद्योग में अलग-अलग हो सकती है। इसके अलावा यह उत्पाद और उद्योग की प्रकृति पर निर्भर करेगा। नतीजतन बिक्री प्रतिनिधि की भूमिका भी बदलती रहती है।

उदाहरण

- i. तेज खपत वाली उपभोक्ता वस्तुएं (एफएमसीजी): इनकी बिक्री आम तौर पर बड़े पैमाने पर मॉल और अन्य खुदरा बिक्री आउटलेट 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: एक शोरूम में 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 एक पूछताछ को एक बिक्री में बदलने की है।
- iii. दवाएं और औषधियां: ये आम तौर पर एक चिकित्सक द्वारा निर्धारित किए जाने के बाद एक 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 चिकित्सक के क्लिनिक पर जाते हैं। यहां बिक्री के प्रयासों का लक्ष्य एक चिकित्सा विशेषज्ञ है जो दवा दुकान 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. बिजनेस टू बिजनेस (बी2बी बिक्री): यहां ग्राहक एक अन्य फर्म 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। बिक्री प्रतिनिधि इस बात को प्रभावशाली ढंग से दर्शाता है कि कैसे उत्पाद और कंपनी खरीदने के मापदंड को पूरा करती है और कैसे यह प्रतिस्पर्धा से बेहतर है। इसके लिए प्रस्तुति कौशल, अनेक लोगों के साथ अच्छे संबंध बनाने और ऐसी प्रतिक्रिया एवं जानकारी के प्रति संवेदनशील होने की आवश्यकता है जो सौदे को अपने पक्ष में मोड़ने में मदद कर सकता है।

बीमा बिक्री के किसी भी प्रकार को अन्य उत्पादों और उद्योगों से अलग करने वाली दो बातें हैं:

- i. सबसे पहले ऐसा कहा जाता है कि '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। बीमा के मामले में आम तौर पर बिक्री प्रतिनिधि को संभावित ग्राहक के पास जाना पड़ता है और वह खरीदने की जरूरत पैदा करता है।
- ii. दूसरा बड़ा अंतर यह है कि बीमा क्षेत्र में, अधिकांश अन्य उत्पादों के विपरीत व्यक्ति कोई ठोस उत्पाद नहीं बल्कि केवल एक विचार नहीं बेच रहा होता है। इस उत्पाद को देखना, महसूस करना, स्पर्श करना या संचालित करना संभव नहीं है। बीमा उत्पाद केवल एक वादा है जिसे केवल भविष्य में अनुभव किया जा सकता है। इसके अलावा, बहुत संभव है कि खरीददार वादे को कभी भी सक्रिय रूप में नहीं देख पाता है है अगर कोई दावा नहीं किया गया है।

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 से व्यक्ति को, आंखों से आंखों को बेचने का तत्व शायद किसी भी अन्य व्यवसाय की तुलना में बीमा में कहीं अधिक है। यह उन कारणों में से एक है जिसकी वजह से बीमा बेचना मुश्किल माना जाता है। और यही वजह है कि दुनिया के कुछ सबसे महान और सबसे प्रसिद्ध विक्रेता बीमा उद्योग में अपने पंख फैलाते हैं।

बिक्री की प्रक्रिया

बिक्री एक कला और एक विज्ञान दोनों है। यह इस अर्थ में एक 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 में 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 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 उसके लिए सहायक सिद्ध होगा।

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 अधिक समय लग सकता है लेकिन सफलता सुनिश्चित है। व्यवसाय में दृढ़ता और धैर्य से ही कामयाबी मिलती 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 देखें:

चित्र 2: बिक्री प्रक्रिया

- संभावित ग्राहकों की पहचान करना और उनकी एक सूची बनाना
- संभावित ग्राहकों की सूची बना कर आगे बढ़ना
- इन लोगों के साथ मिलने का समय लेने के लिए संपर्क करना
- जानकारी जुटाना और जरूरतों का पता लगाना
- "सपनों और महत्वाकांक्षाओं" की सहायता से प्राथमिक जरूरत को समझना

- कुशलतापूर्वक समाधान प्रस्तुत करना
- बिक्री पूरी करना: आपत्तियों को दूर करना (यदि कोई हो)
- बिक्री के बाद हालचाल जानना
- पॉलिसी सुपुर्द करना
- 'बिक्री पश्चात सेवा' के लिए प्रतिबद्धता

आइए अब हम इनमें से हर प्रक्रिया को कुछ विस्तार से देखें।

1. चरण I: पूर्वक्षण यानी संभावनाओं की तलाश (संभावित ग्राहकों की पहचान करना और उनकी एक सूची बनाना)

संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जिनको आप अपने उत्पाद बेच सकते हैं। संभावित ग्राहकों की खोज यानी पूर्वक्षण ऐसे लोगों के नाम एकत्र करने की प्रक्रिया है जिनसे हम एक बिक्री साक्षात्कार का समय लेने के लिए संपर्क कर सकते हैं। एक सफल बिक्री कैरियर के लिए निरंतर पूर्वक्षण बहुत ही महत्वपूर्ण है।

प्रभावी पूर्वक्षण के लिए विशेष बाजारों को लक्ष्य बनाना महत्वपूर्ण है जहां आप ऐसे लोगों को कॉल करेंगे जिनमें एक या एक से अधिक लक्षण आम हैं। इन लोगों के साथ मजबूत संबंध बना कर आप तुरंत बेचे जाने वाले उत्पादों की ओर उनका ध्यान आकर्षित कर सकते हैं जिससे पूर्वक्षण की प्रक्रिया बहुत आसान हो जाती है। आइए हम इनमें से कुछ बाजारों पर नजर डालें।

क) तत्काल समूह

व्यक्ति के परिवार और दोस्तों से संपर्क करना सबसे आसान होता है। आप इन लोगों की आवश्यकताओं को जानते हैं और एक अनुकूल आधार पर उनसे संपर्क करने में सक्षम होंगे। इसके अलावा उन लोगों से भी संपर्क करना अपेक्षाकृत आसान होगा जिसके साथ आप कारोबार करते हैं; ऐसे लोग जो खाने-पीने के स्टोर्स, कपड़े की दुकानों, बैंको आदि में काम करते हैं। इस तरह के अन्य लोग वे हो सकते हैं जो आपको जानते हैं जैसे मित्र, परिचित, एक ही संगठन से जुड़े लोग आदि। वे ऐसे लोग होते हैं जो कम से कम आपको मिलने का समय दे सकते हैं, अगर आप उनसे संपर्क करते हैं।

ख) स्वाभाविक बाजार

संपर्क का दूसरा स्रोत स्वाभाविक बाजार है। इसमें ऐसे लोग शामिल हैं जो आपके रिश्तेदारों, दोस्तों और अन्य परिचितों के तत्काल समूह का हिस्सा नहीं हो सकते हैं लेकिन इन लोगों में कुछ बातें आम होने के कारण आप इनके बारे में जानने और इनसे परिचय बढ़ाने की स्थिति में होते हैं। अगर आप बस अपने चारों ओर देखेंगे तो आपको कई ऐसे समूह दिखाई देंगे जो आपके स्वाभाविक बाजारों का हिस्सा हो सकते हैं:

- ✓ एक जाति या सामुदायिक संघ के सदस्य;

- ✓ एक चर्च मंडली या सत्संग समूह के सदस्य;
- ✓ माता-पिता - शिक्षक संघ (पीटीए) के सदस्य;
- ✓ एक 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 महत्व देते हैं। यहां 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 रहस्य उस व्यक्ति को एक संतुष्ट ग्राहक के रूप में सुरक्षित करने में है जिनको आपने अच्छी सेवा प्रदान की है और फिर अन्य नए संभावित ग्राहक ढूंढने में उनकी सहायता मांगने में है। यहां तक कि अगर वह अभी तक आपका ग्राहक नहीं बना/बनी है, फिर भी यह पर्याप्त है कि उसे अन्य लोगों की सहायता करने में आपकी प्रतिबद्धता और तत्परता की जानकारी होनी चाहिए, साथ ही उसे आपकी जानकारी और 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 प्रशंसापत्र

जिस तरह आप प्रभाव के केंद्र का लाभ उठा सकते हैं, आप अन्य संतुष्ट ग्राहकों और उन संभावित ग्राहकों का भी लाभ उठा सकते हैं जिन्होंने किसी न किसी वजह से अभी तक बीमा नहीं खरीदा है या आपसे बीमा नहीं खरीद सकते हैं लेकिन फिर भी आपके समर्पण और पेशेवर व्यवहार से प्रभावित हुए हैं और अनुकूल रुझान दिखाया है।

- 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. परिचय: इससे कहीं बेहतर तरीका एक परिचय मांगना 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 जिसमें संदर्भित व्यक्ति का परिचय कराते हुए एक छोटी सी टिप्पणी जोड़ी जा सकती है।

निःसंदेह परिचय का सबसे अच्छा रूप वह होगा जहां व्यक्ति का हितकारी फोन उठाता है और एजेंट का परिचय कराने के लिए अपने संपर्क को यह सूचित करते हुए फोन करता है कि शीघ्र ही उस व्यक्ति से संपर्क किया जाएगा। व्यक्ति की सफलता की संभावनाएं कई गुणा बढ़ जाएंगी अगर

संदर्भित करने वाला व्यक्ति एक ऐसा व्यक्ति है जिसकी बातों का सम्मान किया जाता है और गंभीरता से लिया जाता है।

- iii. प्रशंसापत्र 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 किसी 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 आपके प्रतिस्पर्धी नहीं हैं। इनमें कपड़े धोने वाले, 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 अन्य पार्टी के लिए आँखें और कान बनने पर सहमत होता है और बदले में उनके द्वारा अपने आपको प्रकट और अनुशंसित करने का अवसर प्राप्त करता है।

अच्छे एजेंट बहुत प्रभावी ढंग से इस स्रोत का उपयोग करते हैं। वास्तव में अगर आप अपने दूधवाले या धोबी के पास जाते हैं तो आपको एक साइन बोर्ड दिखाई दे सकता है जिसमें किसी की बीमा संबंधी जरूरतों के लिए एक संपर्क नंबर पर फलां फलां व्यक्ति से संपर्क करने को कहा गया होता है।

छ) सेमिनारों और कार्यक्रमों का आयोजन

यह एक सामूहिक आधार पर बेचने का एक पेशेवर, कारगर तरीका है। आप एक जैसे नए और मौजूदा ग्राहकों को आकर्षित करने के लिए इसका इस्तेमाल कर सकते हैं। अगर आप पहले से मौजूदा ग्राहकों के साथ काम कर रहे हैं तो आप हमेशा उनको अपने साथ किसी दोस्त या साथी को आमंत्रित करने के लिए कह सकते हैं। सम्मेलन के क्षेत्र में विज्ञापन भी संख्या को बढ़ा सकते हैं। हालांकि अपने संगठन के समर्थन के बिना एक नियमित आधार पर सेमिनारों और कार्यक्रमों का आयोजन करना आसान और व्यावहारिक नहीं हो सकता है।

ज) सूचना पत्रक, न्यूजलेटर, ब्लॉग और वेब आधारित नेटवर्किंग

कंप्यूटर और इंटरनेट के आगमन से यह दुनिया एक छोटी सी जगह बन गयी है। वास्तव में अब इस माध्यम से एक बहुत व्यापक, विश्वव्यापी पहुंच बनाना संभव हो गया है।

i. ईमेल

एक बड़ी संख्या में संभावित ग्राहक के मन में अपन संदेश और मौजूदगी दर्ज कराने का एक तरीका नियमित आधार पर मेल या पुस्तिकाओं के माध्यम से उनको जानकारी भेजने का है। यह कार्य आज ई-मेलों के रूप में लगभग निःशुल्क पूरा किया जा सकता है।

ii. सूचनापत्र (न्यूजलेटर)

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, खास तौर पर अगर उनके नेटवर्क के सदस्यों द्वारा उनके विचार मांगे जाते हैं।

iii. निजी वेबसाइट या ब्लॉग

एक अन्य दृष्टिकोण एक निजी वेबसाइट के रूप में वर्ल्डवाइड वेब पर उपस्थिति दर्ज कराना है। इसके साथ शुरुआत करना थोड़ा महंगा हो सकता है लेकिन आज यह साइबर स्पेस में अपना काफी समय बिताने वाले व्यक्तियों के एक विस्तृत दायरे तक पहुंच बनाने का एक अच्छा तरीका है।

iv. सोशल नेटवर्किंग साइट

अंत में फेसबुक और WhatsApp तथा इसी तरह की अन्य सोशल नेटवर्किंग साइटों और ऐप्स का विकल्प है जहां आप लगभग दुनिया में कहीं भी लाखों अन्य लोगों तक पहुंच सकते हैं।

झ) कोल्ड कॉलिंग

यह दृष्टिकोण न केवल वित्तीय सेवाओं में बल्कि कई अलग-अलग उद्योगों में अनेकों विक्रेताओं द्वारा अपनाया जाता है। यहां आप बिना बताए लोगों या कंपनियों से संपर्क कर सकते हैं। यह कार्य कठिन है और आपको इनकार को स्वीकार करने में सक्षम होना चाहिए, लेकिन यह नाम एकत्र करने और लोगों से मिलने का एक बहुत ही त्वरित तरीका हो सकता है। एक बड़ी 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

एक संभावित ग्राहक की फाइल बनाना आपके लिए सबसे महत्वपूर्ण है। यह फाइल एक पुस्तिका या पंजी या डेटाबेस है जिसमें आपके संभावित ग्राहकों में से प्रत्येक के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी इस विवरण और तिथि के साथ शामिल होगी कि संभावित ग्राहक को कब फोन किया जाए। संभावित ग्राहक की फाइल हमेशा बदलते रहने वाला साधन है। इसमें एक दैनिक आधार पर लगातार नए नामों को जोड़ा जाना चाहिए और पुराने नामों को हटा दिया जाना चाहिए अगर व्यक्ति आपकी बिक्री के प्रयासों को स्वीकार नहीं कर रहा है। आपको यह सुनिश्चित करना होगा कि आपके पास प्रति दिन कॉल करने के लिए पर्याप्त संभावनाएं हैं।

2. चरण II: साक्षात्कार से पूर्व संपर्क

प्रत्येक संभावित ग्राहक को संभावनाओं की सूची में शामिल करना और उनसे मुलाकात का समय लेना अगला चरण है।

परिभाषा

"योग्य" संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जो:

- ✓ बीमा के लिए भुगतान कर सकते हैं,
- ✓ कंपनी की बीमालेखन संबंधी मांगों 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

आपको अपनी संभावना सूची में प्रत्येक नाम के बारे में पर्याप्त सार्थक जानकारी इकट्ठा करने की जरूरत है, इससे पहले कि आप उनको कॉल करें। यह प्रक्रिया संभावनाओं को योग्य ग्राहक 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 आपके प्रयास वांछित दिशा में चल रहे हैं। यह आपको संभावित ग्राहक को यह समझाने में सक्षम बनाता है कि आपके पास उसकी विशेष जरूरतों को पूरा करने के लिए आवश्यक ज्ञान और कौशल है, इससे एक अनुकूल प्रभाव पड़ता है।

प्रारंभिक संपर्क एक पत्र के माध्यम से, टेलीफोन या ई-मेल के द्वारा या एक आमने-सामने की मुलाकात में किया जा सकता है। जो भी तरीका अपनाया जाता है, उद्देश्य एक ही रहता है: संभावित ग्राहक को एक साक्षात्कार के लिए सहमत करना जहां आप उसकी जरूरतों को समझ सकते हैं और बदले में अपने पास उपलब्ध सेवा के बारे में समझाने का एक अवसर प्राप्त कर सकते हैं।

ऐसा करने के लिए आपके संपर्क से पूर्व के संचार में इन बातों को शामिल करना चाहिए:

- ✓ कुछ ऐसा जो संभावित ग्राहक की रुचि जगाएगा
- ✓ एक बहुमूल्य सेवा की पेशकश
- ✓ यह स्पष्ट करना कि कोई वादा नहीं किया जा रहा है
- ✓ एक तीसरे पक्ष के प्रभाव का उपयोग करना, यदि संभव हो
- ✓ एक सकारात्मक प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए विकल्पों का उपयोग करना
- ✓ एक निश्चित मुलाकात का समय लेना

यह बात महत्वपूर्ण है कि ग्राहक के साथ अपने पहले से संपर्क के दौरान आप अपने आपको इस प्रकार पेश करें जिससे कि एक साख्र बने और कुछ विश्वास और सहजता की भावना उत्पन्न हो सके।

3. चरण III: बिक्री का साक्षात्कार

साक्षात्कार प्राप्त करने में सफल होने के बाद इसे एक व्यवस्थित और पेशेवर तरीके से संचालित करना महत्वपूर्ण है। पहला कदम एक उचित दृष्टिकोण बनाना है जो स्वतः और सहज रूप से बिक्री साक्षात्कार के तथ्य ढूंढने वाले भाग की ओर ले जाता है। दृष्टिकोण (एप्रोच) में बुनियादी तौर पर एक परिचयात्मक बातचीत शामिल होता है जिसके दौरान आप संभावित ग्राहक की एक या एक से अधिक

जरूरत की पहचान करने में सक्षम होते हैं। अगला कदम इस बात की सहमति का पत्र प्राप्त करना है कि ये बीमा सुरक्षा के लिए महत्वपूर्ण आवश्यकताएं हैं। इस पर आपसी सहमति हो जाने के बाद आप आगे बढ़ सकते हैं।

यह एक तकनीक है जिसे आवश्यकता-कमी का विश्लेषण कहा जाता है जिसमें व्यक्ति संभावित ग्राहक की बीमा संबंधी आवश्यकताओं के बारे में विस्तृत जानकारी जुटाने की प्रक्रिया में संलग्न होता है ताकि उन संपत्तियों और जोखिमों की पहचान और निर्धारण किया जा सके जहां कवरेज अपर्याप्त है। यहां उद्देश्य संभावित ग्राहक के बारे में अधिक से अधिक संभव अतिरिक्त जानकारी एकत्र करना है। यह अतिरिक्त जानकारी एक अधिक तर्कसंगत तरीके से संभावित ग्राहक की विशिष्ट आवश्यकताओं की पहचान करने, उन आवश्यकताओं का समाधान बताने और आवश्यक होने पर प्रीमियम भुगतान की राशि का पता लगाने में संभावित ग्राहक की सहायता करने में मदद करती है।

जब व्यक्ति के पास कोई स्वास्थ्य कवर नहीं होता है, उसे स्वयं के लिए और शायद अपने परिवार के लिए भी एक अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसी खरीदने के लिए प्रेरित करना आसान हो सकता है। लेकिन जब उसे 3 लाख रुपए की एक बीमा राशि के लिए पहले से अपने नियोक्ता द्वारा कवर किया गया है जबकि वह इसे 5 लाख रुपए तक बढ़ाना चाहता है, तो एजेंट 2 लाख रुपए के टॉप-अप कवर के साथ इस जरूरत की खाई को पाटने का काम कर सकता है। इसके अलावा वह एक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के साथ भी संभावित ग्राहक को क्रॉस-बिक्री करने की कोशिश कर सकता है।

एक नए ग्राहक के साथ काम करते समय बिक्री का एक नरम दृष्टिकोण रखना और एक लंबे बिक्री चक्र की उम्मीद करना अक्सर समझदारी होती है। अक्सर पहला कदम शिक्षित करने का होता है क्योंकि अधिकांश संभावित ग्राहक स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को जटिल और भ्रामक मानते हैं। ऐसा इसलिए भी किया जा सकता है क्योंकि आप संभावित ग्राहक की बीमा की आवश्यकताओं को जान लेते हैं। आज की उच्च और बढ़ती चिकित्सा लागतों, लोगों के लंबे समय तक जीवित रहने की संभावनाओं और कम से कम बुढ़ापे के दौरान चिकित्सा देखभाल की बढ़ती जरूरतों की ओर ध्यान दिला कर संभावित ग्राहक को स्वास्थ्य बीमा के बारे में शिक्षित होने के लिए अधिक तैयार किया जा सकता है।

उपरोक्त बातों में मोटे तौर पर 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 तैयार किया जाना

पिछले चरण को पूरा करने के बाद आपको एक समाधान तैयार करने और उसकी सिफारिश करने के लिए संभावित ग्राहक के बारे में पर्याप्त जानकारी हो जानी चाहिए। यह उसकी सभी वित्तीय परिस्थितियों को देखते हुए इस समय उसके लिए सबसे अच्छा समाधान हो सकता है। कई मामलों में,

खास तौर पर अगर समाधान और सिफारिश सरल प्रकृति के हैं, आप एक समाधान बताने और एक ही साक्षात्कार में बिक्री पूरी करने में सक्षम होंगे।

अन्य मामलों में, जहां परिस्थिति अधिक जटिल है, आपको उचित समाधान तैयार करने के लिए अपने कार्यालय में कुछ समय बिताने की जरूरत पड़ सकती है और फिर आप संभावित ग्राहक के पास लौट कर दूसरे साक्षात्कार में अपना सुझाव दे सकते हैं।

अगर आप तथ्यों का पता लगाने के लिए एक सत्र आयोजित करते हैं और अपने सभी समाधान एक ही साक्षात्कार में प्रस्तुत करते हैं तो आपको तथ्यों का पता लगाने के चरण से लेकर समाधान और सिफारिश के चरण तक एक पूल 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। तब आप अपने संभावित ग्राहक के समक्ष समस्या का एक समाधान प्रस्तुत करने की स्थिति में होंगे।

समाप्त

आम तौर पर व्यक्ति को तथ्य ढूंढने वाला प्रारंभिक साक्षात्कार संभावित ग्राहक की चिह्णित 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 मुलाकात 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 आपको साक्षात्कार के अन्य सत्र आयोजित करने की आवश्यकता पड़ सकती है।

5. चरण V: समाधान प्रस्तुत करना

अपना समाधान पेश करते समय याद रखने वाली सबसे महत्वपूर्ण बात पूरी तरह से तैयार रहना है। अपना प्रस्ताव तैयार करने से पहले आपको संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं की विस्तार से समीक्षा करने, एक अंतिम बार अपने समाधान की समीक्षा करने और अपनी प्रस्तुति की योजना तैयार करने की जरूरत पड़ सकती है ताकि यह आपके संभावित ग्राहक के खरीदने के उद्देश्यों को आकर्षित कर सके। आप यह भी अनुमान लगाना पसंद करेंगे कि संभावित ग्राहक आपके प्रस्ताव पर क्या-क्या सवाल उठा सकता है।

अपने प्रस्ताव को एक ऐसे समय और स्थान पर संभावित ग्राहक के समक्ष प्रस्तुत करने का उपाय करना आवश्यक है जो बाधाओं और रुकावटों से मुक्त होगा। जब आप अपना समाधान पेश करना शुरू करते हैं, आपको संभावित ग्राहक को सहज बनाए रखने के साथ-साथ सुनिश्चित करना चाहिए कि उसे यह बात समझ में आ रही है कि यह एक निर्णय-लेने का सत्र है।

आपको तथ्य खोजने के सत्र में प्राप्त सभी डेटा की समीक्षा करते हुए और संभावित ग्राहक की प्रत्येक समस्या के बारे में सकारात्मक ढंग से बताते हुए शुरू करने की जरूरत है। आपको यह सुनिश्चित करना चाहिए कि आपके संभावित ग्राहक को यह बात समझ में आ रही है कि आपने उसकी परिस्थिति की समीक्षा करने में काफी समय लगाया है और आप इस बात से आश्वस्त हैं कि आपके सुझाव इन समस्याओं के लिए सर्वोत्तम संभव समाधान हैं।

चूंकि स्वास्थ्य बीमा योजनाएं संभावित ग्राहक के लिए भ्रमित करने वाली हो सकती हैं, उसे एक सीमित संख्या में पॉलिसी के ऐसे विकल्प प्रस्तुत करने की सलाह दी जा सकती है जिनके बीच आपस में स्पष्ट अंतर हो। आवश्यक होने पर आप बाद में अन्य विकल्प प्रदान करते हैं, लेकिन पहली पसंद को सरल बनाएं। एक साधारण आरेख या फ्लो चार्ट का प्रयोग उपयोगी हो सकता है और इसके अलावा संभावित ग्राहक को योजना के विस्तार के साथ एक विवरिणी (प्रास्पेक्टस) पेश कर सकते हैं।

यह बात बहुत महत्वपूर्ण है कि आप अपने सुझाव की प्रत्येक विशेषता का संबंध किसी विशेष लाभ के साथ जोड़ें जो आपका प्रस्ताव खरीदने की स्थिति में संभावित ग्राहक को प्राप्त हो सकता है। आपके पास जो प्रस्ताव है उसका तकनीकी शब्दों में वर्णन करने के बजाय आपको यह बताना चाहिए कि संभावित ग्राहक को उसकी पसंद और जरूरत के मुताबिक क्या कुछ प्राप्त हो सकता है।

चरण VI: आपत्तियों से निपटना (यदि कोई हो)

चित्र 3: आपत्तियों से निपटना

- बीमा सलाहकार
- संभावित ग्राहक

संभावित आपत्तियों की सूची बहुत लंबी है। यह संभावित ग्राहक के व्यस्त होने से लेकर दिलचस्पी नहीं रखने, उसके विचार में अपनी आवश्यकता के अनुरूप सभी बीमा उपलब्ध होने, अपने लिए पहले से एक एजेंट होने, पैसे नहीं होने आदि तक कुछ भी हो सकता है।

अंत में एक ऐसा प्रस्तावक हो सकता है जो आपकी 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 मतलब है कि संभावित ग्राहक के पास पर्याप्त जानकारी उपलब्ध नहीं है जो आपसे बीमा खरीदने का निर्णय लेने में उसकी सहायता कर सके।

अगर कोई संभावित ग्राहक "इस समय बहुत व्यस्त" है तो इसका मतलब है कि आपने ऐसी जानकारी उपलब्ध नहीं करायी है जो उसकी दिलचस्पी जगा सकता है या 'बेचा गया' होने की उसकी सतर्कता से उबार सकता है। इसी प्रकार "पैसे नहीं हैं" की आपत्ति का मतलब हो सकता है कि वह इस बात से पर्याप्त रूप से आश्वस्त 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 बिक्री प्रतिनिधि कम से कम इतना कर सकता है कि वह इस तथ्य को स्वीकार कर सकता है और जिम्मेदारी ले सकता है कि उसने संभावित ग्राहक को इसकी पसंद की जानकारी प्रदान करने के कार्य को पर्याप्त ढंग से पूरा नहीं किया है; और वह देखेगा कि इसके बारे में और क्या कुछ किया जा सकता है। आपत्ति चाहे जिस प्रकार की हो, उसे इस दृष्टिकोण के साथ निपटाया जा सकता है। यहां विचार यह है कि इसे आपके और संभावित ग्राहक के बीच एक ऐसी लड़ाई के रूप में नहीं लिया जाए जिसमें आपकी जीत और उसकी हार होती है, बल्कि इसे एक ऐसी चर्चा समझें जिसमें आपके द्वारा अपनी जानकारी उसे बताया जाना आपसे मिलने और आपसे खरीदने के महत्व के बारे में उसे मनाने में सहायक हो सकता है।

क) लापाक (LAPAC) के माध्यम से आपत्तियों से निबटना

आपत्तियों से निपटने के सबसे महत्वपूर्ण तकनीकों में से एक को लापाक (LAPAC) (सुनना, स्वीकार करना, जांच-पड़ताल करना, उत्तर देना और पुष्टि करना) 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, यह दिखाता है कि आप 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. सुनना

सभी बयानों 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 विनम्रता से जांचने की आवश्यकता हो सकती है।

उदाहरण

'पैसे नहीं हैं' शब्द का क्या मतलब है, इसे समझने की कोशिश करें।

- ✓ क्या इसका मतलब अभी पैसा उपलब्ध नहीं है या
- ✓ क्या इसका मतलब इसे खरीदने के लिए मूल्य बहुत अधिक है या
- ✓ क्या संभावित ग्राहक ऐसा महसूस नहीं करता है कि इसमें पैसे खर्च करने का कोई महत्व है?

ii. स्वीकार करना

जोर देकर स्वीकार करना महत्वपूर्ण है ताकि संभावित ग्राहक और विक्रेता दोनों एक ही स्तर पर रहें। इसके अलावा स्वीकार एक अन्य बहुत ही महत्वपूर्ण कार्य अर्थात् संभावित ग्राहक के साथ सहानुभूति से पेश आने के साथ भी जुड़ा हुआ है। सहानुभूति का मतलब यह नहीं है कि आप दूसरे पक्ष द्वारा अपनाए गए दृष्टिकोण 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 करके की अनिच्छा को देखने 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 पर आप दूसरे पक्ष की समस्या के बारे में अपनी समझ का प्रदर्शन कर सकते हैं।

iii. जांच-पड़ताल

यह कदम संभावित ग्राहक की चिंता 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 के सेट 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, उसके पास आपसे मिलने के लिए समय और झुकाव होना चाहिए। अगर पैसे की समस्या है तो उसे इसकी व्यवस्था करने के तरीके खोजने की जरूरत है।

जांच-पड़ताल से दो बातें हो सकती हैं। अगर यह कार्य एक समझाने वाले और दोस्ताना तरीके से किया जाता है तो सरल सवालों का एक सेट संभावित ग्राहक को अपनी चिंताओं के 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. उत्तर देना

यहां जिम्मेदारी स्पष्ट रूप से सतर्क भरे शब्दों में ऐसा जवाब देने की है जो परिस्थिति के अनुकूल हो और संभावित ग्राहक को आश्वस्त करने में सक्षम हो। उत्तर उठायी गयी चिंताओं की दिशा में निर्देशित और इनका समाधान करने में कारगर होने चाहिए। गोलमाल या चिंताओं से ध्यान हटाने वाले उत्तर नहीं दिए जाने चाहिए।

iv. पुष्टि करना

अंतिम कदम यह पुष्टि करना है कि क्या संभावित ग्राहक उत्तर से संतुष्ट है और क्या उसे कुछ और अधिक जानकारी चाहिए। 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। यह पुष्टि होना बहुत महत्वपूर्ण है क्योंकि एक बार जब संभावित ग्राहक यह कह देता है कि वह संतुष्ट है, बिक्री पूरी करने की दिशा में आगे बढ़ने की जमीन तैयार हो जाती है।

7. चरण VII: बिक्री 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 के लिए 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 उत्तर देने 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, तब हम एक निश्चित समापन कर सकते हैं।

क) समापन की विधियां

i. निहित सहमति

एक अक्सर प्रयोग किया जाने वाला दृष्टिकोण "निहित-सहमति" विधि है। हम बस एक सरल प्रश्न पूछ कर आवेदन भरने के साथ शुरुआत करते हैं जैसे "तो, आपके अंतिम नाम की वर्तनी _____ है।" अगर संभावित ग्राहक हमें नहीं रोकता है तो बिक्री संभवतः पूरी हो गयी है।

ii. विकल्प प्रस्तुत करना

एक अन्य समापन विधि संभावित ग्राहक को दो छोटे फैसलों के बीच एक विकल्प की पेशकश करना है, जिनमें से कोई एक समापन का कारण बनेगा। उदाहरण के लिए, हम संभावित ग्राहक से यह पूछ सकते हैं कि क्या वह व्यक्तिगत पॉलिसी लेना पसंद करेगा या फ्लोटर पॉलिसी। यहां कदाचित एक छोटे से 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 नहीं आजमानी 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 हैं।

अन्य मामलों में, जहां व्यक्ति एक सकारात्मक कार्रवाई करने के लिए संभावित ग्राहक को राजी करता है, हमें यह पता होना चाहिए कि हम वास्तव में संभावित ग्राहक को एक महत्वपूर्ण सेवा प्रदान करने जा रहे हैं जिसे वह अंततः समझेगा और इसकी सराहना करेगा।

8. चरण VIII: बिक्री पश्चात सेवा

प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के समय और पॉलिसी पूरी होने तथा सौंपे जाने तक के बीच एजेंट की चार सबसे महत्वपूर्ण जिम्मेदारियां हैं:

- i. यह देखना कि प्रस्ताव स्पष्ट, पूर्ण और सही है
- ii. यह सुनिश्चित करने में सक्रिय रूप से शामिल होना कि इसके बाद आवश्यक कोई भी जांच-पड़ताल सुविधाजनक तरीके से और समय पर पूरी हो जाती है
- iii. यह सुनिश्चित करना कि ग्राहक के सलाहकारों जैसे लेखाकारों या वकीलों के साथ उसी तरह का व्यवहार किया जाता है जैसा हमारे ग्राहकों के साथ होता है और यह कि हम उनकी विशेषज्ञता के क्षेत्रों पर अतिक्रमण नहीं करते हैं, और
- iv. यह सुनिश्चित करना कि सभी प्रश्नों और अनुरोधों का तत्परता से उत्तर दिया जाता है।

9. चरण IX: पॉलिसी डिलीवरी

पॉलिसी की सुपुर्दगी बीमा बिक्री चक्र में एक बहुत ही महत्वपूर्ण कदम है। यह एजेंट को चार महत्वपूर्ण कार्य करने के अवसर प्रदान करता है:

- i. आवश्यकता की पुनःबिक्री और पुनःपुष्टि करना
- ii. अगली खरीद के बारे में ग्राहक की सोच को जानना
- iii. रेफरल प्राप्त करना और
- iv. प्रतिष्ठा अर्जित करना

क) पॉलिसी डिलीवरी की प्रक्रिया

बिक्री की प्रक्रिया की तरह ही सही तरीके से पॉलिसी की सुपुर्दगी के लिए एक सुव्यवस्थित, चरणबद्ध प्रक्रिया अपनाने की जरूरत होती है जैसे:

- i. सटीकता के लिए पूरी पॉलिसी की जांच करना
- ii. पॉलिसी और पॉलिसी डॉकेट तैयार करना, यदि उपलब्ध हो
- iii. मुलाकात का समय लेने के लिए ग्राहक को फोन करना
- iv. डिलीवरी साक्षात्कार के लिए अच्छी तरह से तैयारी करना
- v. बीमा खरीदने के लिए ग्राहक को बधाई देना

- vi. पॉलिसी की विशेषताओं, लाभों और फायदों को समझाना। 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 करना। 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 को ईमानदारी से सेवा प्रदान करना। ग्राहक को बताएं कि आप उससे नियमित रूप से संपर्क करते रहेंगे और कोई सवाल या समस्या होने पर उसे आपको तुरंत फोन करना चाहिए।
- ix. ग्राहक से रेफरल लीड मांगना

10. चरण X: सेवा के लिए प्रतिबद्धता

एजेंट की ओर से प्रदान की जाने वाली सेवा बिक्री चक्र का एक अभिन्न तत्व है। सेवा की प्रतिबद्धता के लिए ग्राहकों के साथ संपर्क बनाए रखने का एक सुव्यवस्थित कार्यक्रम होना अनिवार्य है। इस तरह के कार्यक्रम में निम्न बातें शामिल होती हैं:

क) स्पष्ट रूप से बताना

पॉलिसी सुपुर्द करने के समय आपको अपने ग्राहक के प्रति सेवा की प्रतिबद्धता दिखाने की जरूरत है। हमें ग्राहक को यह बताना चाहिए कि कम से कम वर्ष में एक बार आप उनके बीमा कार्यक्रम की ध्यान से समीक्षा करने के लिए कॉल करेंगे। कई अच्छे एजेंट सुपुर्दगी के साक्षात्कार के समाप्त होने से पहले इस सेवा कॉल के लिए सटीक तिथि निर्धारित कर लेते हैं।

ख) निरंतर संपर्क 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। समय-समय पर एक छोटा सा उपहार भेजा जा सकता है जो व्यक्तिगत और उपयोगी हो। अखबारों की कतरनें, बीमा संबंधी चीजें, यात्रा की पोस्टकार्ड तस्वीरें, ये सभी एजेंट की विचारशीलता के टोकन हैं और एक रैंडम आधार पर ग्राहक को भेजे जा सकते हैं।

ग) वार्षिक सेवा समीक्षा की योजना

कम से कम वर्ष में एक बार ग्राहक के साथ एक वार्षिक सेवा समीक्षा का कार्यक्रम बनाया जाना चाहिए। आपको इस सेवा कॉल का कार्यक्रम काफी पहले से 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।

दृढता

एक उचित बिक्री और अनुवर्ती सेवा प्रदान करने के महत्वपूर्ण कारणों में से एक यह सुनिश्चित करना है कि पॉलिसी धारक पॉलिसी को प्रतिवर्ष नवीनीकृत करता जा रहा है।

परिभाषा

दृढता को एक निश्चित वर्ष में ऐसी पॉलिसियों के प्रतिशत/भुगतान किए गए प्रीमियमों के आधार पर परिभाषित किया जा सकता है जिन्हें बाद के वर्षों में नवीनीकृत किया गया है।

जब पॉलिसियों को नवीनीकृत नहीं किया जाता है तो कंपनी को नुकसान होता है क्योंकि ऐसे में नया व्यवसाय प्राप्त करते समय खर्च की गयी भारी-भरकम लागतों को वसूल नहीं किया जा सकता है। इससे भी अधिक महत्वपूर्ण बात है कि यह अक्सर बीमा कंपनी के साथ बीमाधारक की असंतुष्टि और विश्वास खोने का एक लक्षण होता 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 पहुंचाने का कारण बन सकता है। इसलिए दृढता की दरों पर नजर रखना बहुत ही आवश्यक है क्योंकि यह कंपनी के स्वास्थ्य का एक निश्चित संकेत है।

इसके अलावा निरंतर सेवा का भी बहुत बड़ा महत्व है और इसको कभी भी अनदेखा नहीं किया जा सकता है। यह उच्च दृढता की महत्वपूर्ण कुंजियों में से एक है। सभी लोगों को, विशेष रूप से बीमा की बिक्री में, हमेशा यह याद करने की जरूरत है कि जहां उनका उद्देश्य ग्राहकों को एक आवश्यकता आधारित समाधान प्रदान करना है, उनको पूरी ईमानदारी से एक ऐसी निरंतर सेवा प्रदान करने के लिए भी प्रतिबद्ध होना चाहिए जिसका मुकाबला किसी अन्य प्रतिस्पर्धी द्वारा नहीं किया जा सकता है।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन "प्रशंसापत्र या संस्तुति" का सबसे अच्छा वर्णन करता है?

- I. एक संतुष्ट ग्राहक से सहमति
- II. एक मानक परीक्षा में उत्पाद के लिए परीक्षा का परिणाम
- III. परीक्षणों की सूची जिनसे एक उत्पाद का गुजरना होगा
- IV. किसी उत्पाद के परीक्षण के लिए आवश्यक पैसा

सारांश

क) एक पेशे के रूप में बिक्री का मतलब है किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके एक व्यावसायिक लेनदेन पूरा करने का कार्य, इस तरह का कार्य पारिश्रमिक कमाने के इरादे से किया जाता है।

ख) बीमा एजेंट ऐसे बिक्री प्रतिनिधि हैं जो समुदाय के सदस्यों को उस बीमा कंपनी द्वारा लिखित बीमा अनुबंधों को खरीदने के लिए प्रेरित करने का प्रयास करते हैं जिनका वे प्रतिनिधित्व कर रहे हैं।

ग) पूर्वक्षण ऐसे लोगों के नाम एकत्र करने की प्रक्रिया है जिनसे एक बिक्री साक्षात्कार के लिए संपर्क किया जा सकता है।

घ) पूर्वक्षण के लिए लक्ष्य बाजारों में शामिल हैं:

- ✓ तत्काल समूह
- ✓ स्वाभाविक बाजार
- ✓ प्रभाव के केंद्र
- ✓ संदर्भ, परिचय और प्रशंसापत्र
- ✓ अन्य सेवा प्रदाता

च) एक समूह के आधार पर बेचने की एक व्यावसायिक, कुशल विधि में संगोष्ठियों और कार्यक्रमों का आयोजन करना शामिल है।

छ) एक व्यापक पैमाने पर संभावित ग्राहकों तक पहुंचने के सरल और व्यावहारिक साधनों में ईमेल, न्यूजलेटर, निजी वेबसाइट या ब्लॉग, सोशल नेटवर्किंग वेबसाइटों आदि शामिल हैं।

ज) "सुयोग्य" संभावित ग्राहक ऐसे लोग हैं जो:

- ✓ बीमा के लिए भुगतान कर सकते हैं,
- ✓ कंपनी की बीमालेखन संबंधी 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

झ) संभावित ग्राहक के साथ एक बिक्री साक्षात्कार के दौरान; एजेंट को एक आवश्यकता-कमी का विश्लेषण करना चाहिए।

ट) आवश्यकता-कमी के विश्लेषण में हम संभावित ग्राहक की बीमा संबंधी आवश्यकताओं के बारे में

विस्तृत जानकारी जुटाने की एक प्रक्रिया में संलग्न होते हैं जिससे उन संपत्तियों और जोखिमों की पहचान करना और पता लगाना संभव होता है जिनके लिए पर्याप्त कवरेज उपलब्ध नहीं है।

ठ) सफलतापूर्वक बिक्री साक्षात्कार पूरा करने के बाद एजेंट को संभावित ग्राहक की आवश्यकता के आधार पर एक समाधान तैयार करना चाहिए और फिर वह समाधान प्रस्तुत करना चाहिए।

ड) एजेंट लापाक (LAPAC) (सुनना, स्वीकार करना, जांच-पड़ताल करना, उत्तर देना और पुष्टि करना) दृष्टिकोण का उपयोग करके ग्राहक की आपत्तियों को दूर कर सकता है।

ढ) बिक्री पूरी करने में अब संभावित ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए राजी करना शामिल है। समापन करते समय एजेंट 'निहित सहमति' विधि का प्रयोग कर सकता है या संभावित ग्राहक को अन्य विकल्प प्रस्तुत कर सकता है।

त) एक बार बिक्री पूरी हो जाने पर एजेंट को एक बिक्री पश्चात सेवा प्रदान करनी चाहिए और पॉलिसी सुपुर्द करना चाहिए।

थ) एजेंट की ओर से प्रदान की जाने वाली 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 होना अनिवार्य है।

महत्वपूर्ण शब्द

1. एक पेशे के रूप में बिक्री
2. बिक्री की प्रक्रिया
3. पूर्वक्षण
4. स्वाभाविक बाजार
5. प्रभाव के केंद्र
6. संदर्भ (रेफरेंस)
7. प्रशंसापत्र (अनुशंसा)
8. सुयोग्य प्रस्तावक
9. आवश्यकता-कमी का विश्लेषण
10. लापाक (सुनना, स्वीकार करना, जांच-पड़ताल करना, उत्तर देना और पुष्टि करना)
11. समापन
12. निहित सहमति

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही उत्तर। 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 क्या बिक्री की प्रक्रिया का हिस्सा नहीं है?

- I. पूर्वक्षण
- II. बिक्री साक्षात्कार
- III. नुकसान का आकलन
- IV. समापन

प्रश्न 3

बीमा की बिक्री में पूर्वक्षण का मतलब है _____ ।

- I. ऐसे लोगों के नाम एकत्र करना जिनकी बीमा में रुचि हो सकती है
- II. शहर के सभी लोगों की सूची तैयार करना
- III. शाखा कार्यालय के सभी पॉलिसीधारकों की सूची बनाना
- IV. पड़ोस के सभी एजेंटों की सूची तैयार करना

प्रश्न 4

बीमा में आवश्यकता-कमी के 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 की गरीबी के स्तर की पहचान करना

प्रश्न 5

कोल्ड कॉलिंग है _____ ।

- I. सर्दियों में ग्राहकों से मिलना
- II. उस समय ग्राहकों से मिलना जब वे ठंड से पीड़ित हैं
- III. बिना बताए लोगों से मिलना
- IV. आग बुझ जाने के बाद ग्राहकों से मिलना

प्रश्न 5

एक पेशे के रूप में _____ किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके एक 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. बीमा बेचा जाता है, खरीदा नहीं जाता
- II. बीमा खरीदा जाता है, बेचा नहीं जाता
- III. बीमा को न तो खरीदा जाता है और न ही बेचा जाता है; यह एक जरूरत है और इसलिए हर व्यक्ति द्वारा खरीदा जाना चाहिए।
- IV. इनमें से कोई भी नहीं

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

- I. बिक्री एक कला है, एक विज्ञान नहीं
- II. बिक्री एक विज्ञान है, एक कला नहीं
- III. बिक्री न तो एक कला है और न ही एक विज्ञान है
- IV. बिक्री एक कला और एक 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 एक अनुकूल आधार पर संपर्क किया जा सकता है
- III. एक योग्य प्रस्तावक वह है जो शैक्षणिक रूप से बीमा खरीदने के लिए सुशिक्षित 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।

एक बीमा बिक्री में पूर्वक्षण ऐसे लोगों के नाम एकत्र करना है जिनकी बीमा में रुचि हो सकती है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

आवश्यकता-कमी के 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 बिना बताए लोगों से मिलना शामिल है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

एक पेशे के रूप में बिक्री किसी उत्पाद या सेवा की खरीद के लिए प्रेरित करके एक 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 "बीमा बेचा जाता है, खरीदा नहीं जाता"।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

बिक्री एक कला और एक विज्ञान दोनों है।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

बीमा की 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 है।

अध्याय 9

ग्राहक सेवा और ग्राहक के हितों का संरक्षण

अध्याय परिचय

इस अध्याय में आप ग्राहक सेवा के महत्व और ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में एजेंटों की भूमिका के बारे में जानेंगे। आप ग्राहकों के साथ संवाद करने और संबंध बनाने के तरीकों की भी जानकारी प्राप्त करेंगे।

इसके अलावा यह अध्याय आपको ग्राहकों की रक्षा करने के लिए नियामक और सरकार द्वारा किए गए विभिन्न उपायों और बीमा पॉलिसीधारकों के लिए उपलब्ध शिकायत निवारण प्रणालियों के बारे में भी शिक्षित करेगा।

अध्ययन के परिणाम

- क. ग्राहक सेवा - सामान्य अवधारणाएं
- ख. बेहतर ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका
- ग. संचार प्रक्रिया
- घ. गैर-मौखिक (संप्रेषण)
- च. नैतिक आचरण
- छ. पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण
- ज. शिकायत निवारण

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. ग्राहक सेवा के महत्व का मूल्यांकन करना
2. सेवा की गुणवत्ता का वर्णन करना
3. बीमा उद्योग में सेवा के महत्व की जांच करना
4. उत्कृष्ट सेवा प्रदान करने में एक बीमा एजेंट की भूमिका पर चर्चा करना
5. संप्रेषण की प्रक्रिया को समझना
6. गैर-मौखिक संचार के महत्व को उदाहरण देकर समझना
7. अनुशंसित नैतिक आचरण
8. पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करने के तरीकों की चर्चा करना
9. बीमा में शिकायत निवारण प्रणाली की समीक्षा करना

क. ग्राहक सेवा - सामान्य अवधारणाएं

1. ग्राहक सेवा क्यों?

किसी भी व्यवसाय के लिए ग्राहक प्रमुख कमाई प्रदान करने वाला व्यक्ति होता है और कोई भी व्यवसाय उसके साथ लापरवाह तरीके से पेश आने का जोखिम नहीं ले सकता। दूसरे उत्पादों की अपेक्षा बीमा के मामले में ग्राहक सेवा और संबंध कहीं अधिक महत्वपूर्ण होता है।

ऐसा इसलिए क्योंकि बीमा एक सेवा है और वास्तविक वस्तुओं बहुत अलग है।

आइए हम जांच करें कि बीमा खरीदना एक कार खरीदने से कितना अलग है।

एक कार	कार का बीमा
यह एक मूर्त वस्तु है जिसे देखना, महसूस करना, चलाकर जांचना और अनुभव करना संभव है।	यह एक अनुबंध है जिसके तहत भविष्य में किसी अप्रत्याशित दुर्घटना के कारण कार को कोई नुकसान या क्षति पहुंचने पर उसके विरुद्ध क्षतिपूर्ति की जा सकती है। जब तक दुर्भाग्यपूर्ण घटना नहीं घटती है तब तक कोई भी इस बीमा लाभ को न तो देख सकता है, न स्पर्श कर सकता है और न ही अनुभव कर सकता है।
कार को खरीदते समय खरीदार को कुछ खुशी की उम्मीद होती है। यह अनुभव वास्तविक होता है और जिसे आसानी से समझा जा सकता है।	बीमा की खरीद तत्काल खुशी पहुंचाने वाली उम्मीदों पर नहीं बल्कि एक संभव त्रासदी को लेकर भय/चिंता पर आधारित होती है। इसमें यह संभावना नहीं होती है कि कोई भी बीमा ग्राहक इससे लाभ देय होने की किसी स्थिति की उम्मीद करे।
एक कार को कारखाने में जोड़-जोड़ कर तैयार किया जाता है, शो रूम में बेचा जाता है और सड़क पर इस्तेमाल किया जाता है। बनाने, बेचने और इस्तेमाल करने की तीन प्रक्रियाओं को आम तौर पर तीन अलग-अलग समय और जगहों पर अंजाम दिया जाता है।	बीमा के मामलों में उत्पादन और खपत को साथ साथ देखा जा सकता है। उत्पादन और खपत का एक साथ होना सभी सेवाओं की एक विशिष्ट विशेषता है।

बीमा के मामलों में ग्राहक वास्तव में जो कुछ भी पाता है वह सेवा के अनुभव के तौर पर ही होता है। अगर किसी कमी की वजह से यह स्वीकार योग्य नहीं है तो यह असंतुष्टि की वजह बनती है। अगर

सेवा उम्मीदों से बढ़कर है तो ग्राहक बहुत ही खुश होगा। हर व्यवसाय का लक्ष्य होना चाहिए कि वह अपने ग्राहकों को खुश रखे।

2. सेवा की गुणवत्ता

यह बीमा कंपनियों और उनके कर्मियों, जिसमें उनके एजेंट भी शामिल हैं, के लिए आवश्यक है कि वह उच्च गुणवत्तापूर्ण सेवा प्रदान करें और ग्राहक को खुश रखें।

लेकिन उच्च गुणवत्तापूर्ण सेवा क्या है? इसके गुण क्या हैं?

सेवा की गुणवत्ता के संदर्भ में एक प्रसिद्ध “सर्वक्वाल” [SERVQUAL] नामक मॉडल है जो हमें कुछ अर्न्तदृष्टि प्रदान करेगा। यह सेवा की गुणवत्ता के पांच प्रमुख संकेतकों पर प्रकाश डालता है :

क) विश्वसनीयता: भरोसे के साथ किए गए सेवा के वादे को सही तौर पर पूरा करने की क्षमता। ज्यादातर ग्राहक विश्वसनीयता को सेवा की गुणवत्ता के पांच संकेतकों में सबसे महत्वपूर्ण मानते हैं। इसी बुनियाद पर विश्वास का निर्माण किया जाता है।

ख) जवाबदेही: यह ग्राहकों की मदद करने और ग्राहकों की जरूरतों को त्वरित प्रतिक्रिया प्रदान करने की सेवा कर्मियों की इच्छा और क्षमता को दर्शाता है। सेवा देने के दौरान इसको गति, सटीकता और रवैए जैसे संकेतकों के तौर पर मापा जा सकता है।

ग) आश्वासन: यह सेवा प्रदान करने वाले के ज्ञान, सक्षमता और शिष्टाचार के अलावा उनके भरोसे और आत्मविश्वास को व्यक्त करने की उनकी क्षमता को दर्शाता है। जिसका ग्राहक के द्वारा इस आधार पर मूल्यांकन किया जाता है कि सेवा कर्मी उनकी जरूरतों को कितनी अच्छी तरह से समझने और उसे पूरा करने में सक्षम है।

घ) सहानुभूति: इसे मानव स्पर्श के तौर पर रेखांकित किया गया है। यह ग्राहकों के प्रति देखभाल के रवैए और व्यक्तिगत रूप से ध्यान दिए जाने को दर्शाता है।

च) मूर्त वस्तुएं: यह भौतिक पर्यावरणीय कारकों को निर्धारित करता है जिसको ग्राहक देख, सुन और स्पर्श कर सके। उदाहरण के तौर पर, जब कोई ग्राहक बीमा कंपनी के कार्यालय जाता है तो स्थान, उसकी बनावट और साफ-सफाई, आदेशात्मक व्यवस्था और व्यावसायिकता की समझ ग्राहक की मनोदशा पर एक प्रभावशाली छाप छोड़ सकती है। भौतिक वातावरण या माहौल विशेष तौर पर महत्वपूर्ण हो जाता है क्योंकि सेवा को वास्तविक तौर पर अनुभव करने से पहले या बाद के लिए पहला और स्थायी छाप छोड़ जाता है।

3. ग्राहक सेवा और बीमा

बीमा उद्योग के किसी भी अग्रणी बिक्री उत्पादक से पूछिए कि वे किन तरीकों से शीर्ष तक पहुँचे और कामयाबी के साथ वहां टिके हुए हैं। आपको एक ही एक आम जवाब मिलने की संभावना है। यह मौजूदा ग्राहकों का संरक्षण और समर्थन था जिसने इस व्यवसाय के निर्माण में सहयोग किया।

आप यह भी जानेंगे कि उनकी आय का एक बड़ा हिस्सा बीमा अनुबंधों के नवीनीकरण के कमीशन से आता है। इसके अलावा उनके ग्राहक ही नए ग्राहकों को प्राप्त करने के स्रोत हैं।

उनकी सफलता का राज क्या है?

सबसे अधिक संभावित जवाब है, अपने ग्राहकों की सेवा के प्रति प्रतिबद्धता।

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।

ग्राहक के जीवन मूल्य को उन आर्थिक लाभों की मात्रा के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो एक लंबी समय अवधि में किसी ग्राहक के साथ एक मजबूत संबंध बनाने से प्राप्त किए जा सकते हैं।

चित्र 1: ग्राहक का आजीवन मूल्य

इसके तीन भाग हैं —

- ऐतिहासिक मूल्य: प्रीमियम और अन्य आय जो अतीत में ग्राहक से प्राप्त किए गए हैं
- वर्तमान मूल्य - भविष्य के प्रीमियमों का वर्तमान मूल्य जिनके मौजूदा व्यवसाय बने रहने की स्थिति में प्राप्त होने की अपेक्षा की जाती है
- संभावित मूल्य - उन प्रीमियमों का मूल्य जो ग्राहक को अतिरिक्त उत्पाद खरीदने के लिए राजी करके प्राप्त किया जा सकता है

एक एजेंट वह होता है जो ग्राहकों के सामने सेवा पेश करता है और अपने ग्राहकों के साथ घनिष्ठ संबंध बनाता है, जो साख और ब्रांड वैल्यू बनाता है जिससे व्यापार के विस्तार में मदद मिलती है।

स्व-परीक्षण 2

ग्राहक के जीवन मूल्य का क्या मतलब है?

- I. ग्राहक को आजीवन सेवा देने के दौरान खर्च की गयी लागतों का योग
- II. प्राप्त व्यवसाय के आधार पर ग्राहकों को दिया गया रैंक
- III. आर्थिक लाभों के योग जिसे ग्राहकों के साथ एक दीर्घकालिक संबंध बना कर प्राप्त किया जा सकता है
- IV. अधिकतम बीमा जिसका जिम्मेदार ग्राहक को जिम्मेदार कहा जा सकता है

ख. उत्कृष्ट 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। इस भूमिका की शुरुआत बिक्री के स्तर पर होती है और अनुबंध की अवधि के दौरान जारी रहती है जिसमें निम्नांकित चरण शामिल हैं। अब हम एक अनुबंध के कुछ महत्वपूर्ण पड़ावों और प्रत्येक चरण में निभाई जाने वाली भूमिका पर एक नजर डालते हैं।

1. बिक्री के समय - सर्वोत्तम सलाह

सेवा के लिए पहला बिंदु बिक्री का समय है। कोई भी बीमा की खरीदने में और विशेष रूप से स्वास्थ्य बीमा खरीदने में खरीदे जाने वाले कवरेज की राशि [बीमा राशि] निर्धारित करना एक गंभीर समस्या होती है।

यहां एक बुनियादी सिद्धांत को ध्यान में रखना पर महत्वपूर्ण होता है — ऐसी स्थिति में बीमा की सिफारिश ना करें जहां जोखिम को अन्यथा प्रबंधित किया जा सकता है। बीमाधारक को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि संभव अनुमानित नुकसान बीमा की लागत से अधिक है।

यदि प्रीमियम का भुगतान होने वाले नुकसान की तुलना में अधिक है तो इस जोखिम को सहन करने की सलाह दी जा सकती है।

वहीं दूसरी ओर, किसी भी दुर्भाग्यपूर्ण घटना की वजह से आने वाले भारी वित्तीय बोझ से बचने के लिए आकस्मिकता के विरुद्ध बीमा करना एक समझदार कदम है।

बीमा की आवश्यकता है या नहीं, यह परिस्थितियों पर निर्भर करता है। अगर किसी आपदा की वजह से किसी संपत्ति (व्यक्ति के शरीर या स्वास्थ्य सहित) के नुकसान या क्षति की संभावना नगण्य है तो उसका बीमा करने के बजाय उसे बनाए रखा जा सकता है। इसी प्रकार अगर किसी वस्तु की कीमल मामूली है तो उसका भी बीमा नहीं कराया जा सकता है।

उदाहरण

एक बाढ़ प्रवण क्षेत्र में रहने वाले एक मकान मालिक को बाढ़ से बचने के लिए कवर खरीदना अधिक लाभकारी सिद्ध होगा।

वहीं दूसरी ओर मकान का मालिक एक ऐसे स्थान पर मकान लेता है जहां पर बाढ़ का जोखिम नगण्य है, वहां उसके लिए कवर प्राप्त करना आवश्यक नहीं है।

भारत में मोटर बीमा कानून के तहत तीसरी पार्टी की देयता के विरुद्ध बीमा कराना अनिवार्य है। इस मामले में बीमा की जरूरत है या नहीं, यह बहस अप्रासंगिक है।

अगर किसी के पास अपना वाहन है तो उसे तीसरी पार्टी बीमा खरीदना चाहिए क्योंकि यह अनिवार्य है अगर वह सड़क पर वाहन चलाना चाहता है। साथ ही वाहन की वजह से होने वाले नुकसान से खुद को बचाने के लिए कवर प्राप्त करना बुद्धिमानी होगी जो कि अनिवार्य नहीं है।

संभावित नुकसान के एक हिस्से को खुद वहन करने के मामले में बीमाधारक के लिए एक कटौती का विकल्प चुनना अधिक किफायती होगा। एक कॉर्पोरेट ग्राहक की कारखाने की कवरेज से लेकर लोगों, कारों, देयता जोखिमों आदि तक विभिन्न आवश्यकताएं हो सकती हैं। उसे कवरेज और ली जाने वाली पॉलिसियों के लिए सही सलाह की जरूरत होती है।

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

- ✓ नामांकित आपदा पॉलिसियां
- ✓ समस्त जोखिम पॉलिसियां

समस्त जोखिम पॉलिसियां अधिक महंगी होती हैं क्योंकि ये उन सभी जोखिमों को कवर करती हैं जिन्हें पॉलिसी के अंतर्गत विशेष रूप से अपवर्जित नहीं किया गया है। इसलिए “नामित जोखिम” पॉलिसियों का विकल्प चुनना अधिक लाभकारी हो सकता है जहां नुकसान के सबसे अधिक संभावित कारणों को नामित जोखिमों के द्वारा पॉलिसी में कवर किया जाता है। इस तरह का कदम बीमाधारक के लिए प्रीमियमों की बचत कर सकता है और आवश्यकता आधारित कवर प्रदान कर सकता है।

एजेंट वास्तव में अपना कमीशन उस समय अर्जित करना शुरू करता है जब वह मामले पर सर्वोत्तम सलाह देता है। यह एजेंट के लिए यह याद रखना महत्वपूर्ण होगा कि जहां वह जोखिम के साथ मानक दृष्टिकोण रखते हुए बीमा प्रदान करता है, वहीं जोखिम प्रतिधारण या नुकसान की रोकथाम जैसी अन्य तकनीकों को बीमा की लागत को कम करने के उपलब्ध विकल्पों के रूप में पेश करे।

बीमाधारक के नजरिए से कुछ सवाल प्रासंगिक हो सकते हैं जैसे:

- ✓ कटौतियों पर विचार करके कितना प्रीमियम बचाया जा सकता है?
- ✓ नुकसान की रोकथाम संबंधी गतिविधि के परिणाम स्वरूप प्रीमियम में कितनी कमी आएगी?

स्वास्थ्य बीमा विक्रेता के तौर पर ग्राहक से संपर्क करते समय एक एजेंट को अपने आप से यह सवाल करना आवश्यक होता है कि ग्राहक के लिए उसकी क्या भूमिका है। क्या वह सिर्फ एक बिक्री पाने के लिए वहां जा रहा है या एक प्रशिक्षक और भागीदार के रूप में ग्राहक से अपना संबंध जोड़ने के लिए जो उसके जोखिमों का अधिक प्रभावी ढंग से प्रबंधन करने में उसकी सहायता करेगा?

ग्राहक का दृष्टिकोण अलग होता है। उसके लिए यह बात ज्यादा मायने रखती है कि खर्च किए गए हर रुपए के लिए उसे अधिकतम बीमा प्राप्त हो रहा है या नहीं बजाय इसके कि जोखिम से निपटने की लागत को कम किया जाए। इस प्रकार उन खतरों की पहचान करना महत्वपूर्ण होगा जिसे ग्राहक अपने पास नहीं रख सकता है और इसलिए उनका बीमा किया जाना चाहिए।

दूसरे शब्दों में, एक बीमा एजेंट की भूमिका एक मामूली विक्रेता की तुलना में अधिक है। उसे एक जोखिम निर्धारक, बीमालेखक, जोखिम प्रबंधन सलाहकार, अनुकूलित समाधान तैयार करने वाला और संबंध बनाने वाला व्यक्ति होना चाहिए जो विश्वास और दीर्घकालिक संबंध बनाने पर जोर देता है यानी एक साथ सभी भूमिकाओं का निर्वहन करना चाहिए।

2. प्रस्ताव का चरण

एजेंट को बीमा प्रस्ताव भरने में ग्राहक का सहयोग करना होता है। बीमाधारक को प्रस्ताव में अपने द्वारा दिए गए बयानों की जिम्मेदारी लेनी होती है। प्रस्ताव के मुख्य पहलुओं की चर्चा पीछे के एक अध्याय में की गई है।

यह बात बहुत महत्वपूर्ण है कि एजेंट को प्रस्ताव फॉर्म में दिए गए प्रत्येक प्रश्न के उत्तर के रूप में भरे जाने वाले विवरणों के बारे में प्रस्तावक को समझाए और उसे स्पष्ट करे। दावे की स्थिति में, उचित और पूरी जानकारी देने में विफल रहना ग्राहक के दावे को खतरे में डाल सकता है।

कभी-कभी पॉलिसी को पूरा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता हो सकती है। ऐसे मामलों में कंपनी ग्राहक को सीधे तौर पर या एजेंट के जरिए 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 का चरण

क) कवर नोट

कवर नोट के बारे में पहले चर्चा की गई है। यह सुनिश्चित करना यह एजेंट का दायित्व होता है कि कंपनी द्वारा बीमाधारक को कवर नोट जारी किया गया है, जहां वह लागू होता 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 दस्तावेज सुपुर्द किए जाने की अनुमति देते हैं तो दस्तावेज 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 व्यक्ति को ग्राहक से संपर्क करना चाहिए। इस 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 पॉलिसी की बिक्री से दूर जाकर एक स्तर पर सेवा प्रदान करने की इच्छाशक्ति 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 अन्य व्यक्तियों के नाम और विवरण पूछना होगा जिनको ग्राहक जानता है जो संभवतः एजेंट की सेवाओं से लाभ प्राप्त कर 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 है।

ग) पॉलिसी नवीनीकरण

सभी गैर-जीवन और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को प्रत्येक वर्ष नवीनीकृत करना होता है और उस समय ग्राहकों के पास एक विकल्प होता है कि वह पहले वाली कंपनी के साथ ही अपनी पॉलिसी जारी रखे या दूसरी कंपनी के साथ जुड़ जाए। यह एक महत्वपूर्ण बिंदु है जहां एजेंट और कंपनी द्वारा बनाए गए भरोसे और साख की परीक्षा होती है।

हालांकि बीमा कंपनी के लिए बीमाधारक को यह बताने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं है कि उसकी पॉलिसी एक विशेष तिथि को समाप्त होने जा रही है, फिर भी एक शिष्टाचार और एक स्वस्थ व्यापार प्रथा के रूप में बीमा कंपनियां बीमाधारक को एक महीने पहले ही एक "नवीनीकरण सूचना" जारी कर देती हैं। एजेंट को नवीनीकरण की नियत तारीख से पहले नवीनीकरण के बारे में ग्राहकों को याद दिलाने के लिए उसके संपर्क में रहना आवश्यक है ताकि वह इसके लिए व्यवस्था कर सके।

ग्राहक के साथ कुछ विशेष अवसरों, त्योहारों या पारिवारिक आयोजन पर ग्रीटिंग के जरिए संपर्क करके मजबूत संबंध बनाया जा सकता है। इसी प्रकार कठिनाई या दुःख के पलों में किसी तरह की संभावित सहायता की पेशकश से संबंधों को अधिक सुदृढ़ बनाया जा सकता है।

क) दावे का चरण

दावा निपटान के समय एजेंट को एक महत्वपूर्ण भूमिका निभानी होती है। एजेंट का काम यह सुनिश्चित करना होता है कि दावे को उत्पन्न करने वाली घटना के बारे में तुरंत बीमा कंपनी को सूचित किया जाता है और ग्राहक सावधानी से सभी औपचारिकताओं को पूरा करता है और नुकसान के आकलन करने से संबंधित सभी तरह की जांच में सहायता करता है।

एजेंट को अपने दृष्टिकोण और सलाह देने में ईमानदार होना चाहिए। साथ ही उसे आगे बढ़ कर यह सुनिश्चित करना चाहिए जब ग्राहक को उसकी सबसे अधिक जरूरत है, वह उसकी सेवा में उपलब्ध है।

स्व-परीक्षण 2

उस परिदृश्य को पहचानें जहां बीमा की आवश्यकता पर बहस करना जरूरी नहीं है।

- I. संपत्ति बीमा
- II. व्यावसायिक देयता बीमा
- III. तीसरी पार्टी की देयता के लिए मोटर बीमा
- IV. अग्नि बीमा

1. ग्राहक सेवा में संचार कौशल

कार्यस्थल में प्रभावशाली प्रदर्शन करने के लिए एक एजेंट या सेवा कर्मी के पास जिन महत्वपूर्ण योग्यताओं का होना आवश्यक है उनमें से एक है सहज कौशल।

कठिन कौशल के विपरीत - जिसका संबंध एक विशेष प्रकार का कार्य या गतिविधि पूरी करने की व्यक्ति की क्षमता के साथ है - सहज कौशल का संबंध कार्यस्थल पर और बाहर दोनों जगह व्यक्ति की अन्य कर्मचारियों और ग्राहकों के साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने की क्षमता से है। संचार कौशल इन सहज कौशलों में सबसे महत्वपूर्ण है।

1. संचार और ग्राहक संबंध

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

सेवा और संबंध का अनुभव दोनों ही अंततः कंपनी के प्रति ग्राहक की विचारधारा का खाका तैयार करते हैं।

एक बेहतर 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। आइए हम इनमें से कुछ तत्वों को उदाहरण देकर स्पष्ट करते हैं।

चित्र 2: विश्वास के तत्व

विश्वास

- आकर्षण
- उपलब्ध रहना
- संचार

i. हर संबंध की शुरुआत आकर्षण के साथ होती है।

व्यक्ति को बस पसंद किए जाने और 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। इसके बिना कोई संबंध शायद ही संभव है। एक ऐसे विक्रेता के बारे में विचार करें जिसे पसंद नहीं किया जाता

है। क्या आपको लगता है कि वास्तव में वह बिक्री के कैरियर में काफी प्रगति करने में सक्षम हो पाएगा?

ii. संबंध का दूसरा तत्व व्यक्ति की "उपलब्धता" है - जरूरत पड़ने पर उपलब्ध होना।

इसका सबसे अच्छा उदाहरण शायद एक शादी का है। क्या यह पति के लिए महत्वपूर्ण नहीं है कि जब उसकी पत्नी को उसकी जरूरत हो तब उसका पति उपलब्ध हो? इसी प्रकार ग्राहक संबंध में मुद्दा यह है कि आवश्यकता पड़ने पर कंपनी या उसका प्रतिनिधि वहां उपलब्ध हो। क्या वह वहां पूरी तरह से मौजूद है और ग्राहकों की आवश्यकताओं को सुन रहा है?

उदाहरण के तौर पर यह हो सकता है कि वह ग्राहकों की सभी उम्मीदों के साथ न्याय करने के लिए पूरी तरह से वहां मौजूद नहीं 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 एक भावना प्रकट करता है।

ऊपर की सभी बातें जैसे:

- ✓ व्यक्ति जो प्रभाव बनाता है या
- ✓ जिस तरह से वह मौजूद रहता है और सुनता है या
- ✓ जो संदेश वह दूसरे को भेजता है

- संचार के आयाम हैं और इसके लिए अनुशासन और कौशल की जरूरत होती है। एक अर्थ में व्यक्ति जो संवाद करता है वही अंततः उसकी सोच और देखने के तरीके को बताता है।

व्यवसाय ग्राहक संबंध प्रबंधन पर बहुत जोर देते हैं क्योंकि एक नया ग्राहक प्राप्त करने की तुलना में एक ग्राहक को बनाए रखने की लागत कहीं कम होती है। ग्राहक संबंध बहुत सारे स्पर्श बिंदुओं पर बनता है। उदाहरण के तौर पर, ग्राहकों की बीमा संबंधी आवश्यकताओं को समझने में, कवरेज को समझाने, फॉर्म सौंपते समय, फॉर्म को भरने में उसकी मदद करते समय, दावे के समय उसके साथ आपस में संवाद करते समय। इस प्रकार, इनमें से प्रत्येक बिंदु पर संबंधों को मजबूत करने के लिए एजेंट के पास कई अवसर होते हैं।

2. संप्रेषण की प्रक्रिया

संप्रेषण क्या है?

सभी तरह के संप्रेषण के लिए एक प्रेषक, जो संदेश भेजता है और एक प्राप्तकर्ता जो संदेश पहुंचाता

है, की आवश्यकता होती है। यह प्रक्रिया तब पूरी हो चुकी है जब प्राप्तकर्ता को प्रेषक का संदेश समझ में आ जाता है।

चित्र 3: संप्रेषण के रूप

संप्रेषण के रूप

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

संप्रेषण कई रूपों में हो सकता है।

- ✓ मौखिक
- ✓ लिखित
- ✓ गैर-मौखिक
- ✓ 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, संचार का अर्थ प्राप्तकर्ता द्वारा संचार की बातों को समझ लेने से निकलता है।

किसी व्यवसाय के लिए यह चयन करना महत्वपूर्ण है कि अभीष्ट प्राप्तकर्ताओं को संदेश कैसे और कब भेजा जाएगा।

संप्रेषण प्रक्रिया को नीचे सचित्र दर्शाया गया है।

आइए अब हम चित्र में शब्दों को परिभाषित करते हैं:

चित्र 4: संप्रेषण प्रक्रिया

स्रोत -> संदेश -> एनकोडिंग -> संदेश -> चैनल -> संदेश -> डीकोडिंग -> संदेश -> प्राप्तकर्ता
प्रतिक्रिया
प्रसंग

परिभाषा

- i. **स्रोत:** संदेश के स्रोत के रूप में, एजेंट को यह स्पष्ट होना चाहिए कि वह संवाद क्यों कर रहा है और बताना क्या चाहता है और उसे यह विश्वास होना चाहिए कि प्रदान की जाने वाली जानकारी उपयोगी और सटीक है।
- ii. **संदेश** एक सूचना है जिसके बारे में व्यक्ति बताना चाहता है।
- iii. **एनकोडिंग** सूचना के हस्तांतरण की एक प्रक्रिया है जिसे व्यक्ति एक ऐसे रूप में बताना चाहता है जिसे भेजा जा सकता है और दूसरी तरफ सही ढंग से डीकोड किया जा सकता है। एनकोडिंग की सफलता इस बात पर निर्भर करती है कि व्यक्ति सूचना को कितनी अच्छी तरह से समझने और दुविधा के स्रोतों को खत्म करने में सक्षम होता है। इसके लिए अपने श्रोताओं/दर्शकों को जानना आवश्यक है। ऐसा करने में विफल होने का परिणाम इस प्रकार संदेश दिया जाना हो सकता है जिसे गलत समझा जा सकता है।
- iv. संदेश एक **चैनल** के माध्यम से भेजा जाता है जिसे इस प्रयोजन के लिए चयनित करना होता है। यह चैनल व्यक्तिगत, आमने-सामने की मुलाकातों, टेलीफोन और वीडियो कांफ्रेंसिंग सहित मौखिक हो सकता है; या पत्र, ईमेल, मेमो, और रिपोर्ट सहित लिखित तौर पर हो सकता है।
- v. **डीकोडिंग** एक ऐसा कदम है जिसके तहत सूचना को उसके गंतव्य पर एक निश्चित तरीके से प्राप्त किया, बताया और समझा जाता है। यह देखा जा सकता है कि डीकोडिंग [या व्यक्ति संदेश को कैसे प्राप्त करता है] उतना ही महत्वपूर्ण है जितना कि एनकोडिंग [व्यक्ति इसे कैसे भेजता है]।
- vi. **प्राप्तकर्ता (रिसीवर):** अंत में एक प्राप्तकर्ता (रिसीवर) व्यक्ति या अनेक व्यक्ति [श्रोता/दर्शक] होते हैं जिनको संदेश भेजा गया है। दर्शकों के प्रत्येक सदस्य के पास अपने विचार, धारणाएं और भावनाएं होती हैं। ये इस बात को प्रभावित करेंगे कि संदेश वास्तव में कैसे प्राप्त किया गया और उस पर कैसे अमल किया गया। प्रेषक को संदेश भेजने का निर्णय लेते समय स्पष्ट रूप से इन कारकों पर विचार करने की जरूरत है कि क्या संदेश भेजा जाना है।
- vii. **प्रतिक्रिया:** संदेश भेने और प्राप्त किए जाने के बाद भी प्राप्तकर्ता द्वारा प्रेषक को मौखिक और गैर-मौखिक संदेशों के रूप में प्रतिक्रिया भेजने की संभावना बनी रहती है। प्रेषक को ऐसी प्रतिक्रिया की तलाश होती है और इन प्रतिक्रियाओं को ध्यान से समझने की जरूरत होती है क्योंकि इससे यह तय करने में मदद मिलती है कि संदेश को कैसे प्राप्त किया गया है और उसे कैसे अमल में लाया गया है। आवश्यक होने पर संदेश को बदला या नए तरीके से तैयार किया जा सकता है।

3. प्रभावी संप्रेषण की बाधाएं

ऊपर की प्रक्रिया के प्रत्येक चरण में प्रभावी संचार की बाधाएं उत्पन्न हो सकती हैं। प्रेषक के बारे में बनाई गई धारणा के कारण, या संदेश को अच्छी तरह से तैयार नहीं किए जाने के कारण, बहुत अधिक बताए जाने अथवा बहुत कम बताए जाने के कारण, या प्रेषक द्वारा प्राप्तकर्ता की संस्कृति को नहीं समझ पाने के कारण संचार विकृत हो सकता है। इन सभी बाधाओं को दूर करना एक चुनौती है।

स्व-परीक्षण 7

क्या एक स्वस्थ संबंध बनाने में सहायक नहीं होता है?

- I. आकर्षण
- II. विश्वास (भरोसा)
- III. संप्रेषण
- IV. अविश्वास (संदेह)

घ. गैर-मौखिक संप्रेषण

आइए हम कुछ ऐसी अवधारणाओं पर नज़र डालें जिनको समझना एजेंट के लिए आवश्यक है।

महत्वपूर्ण

एक शानदार पहला प्रभाव बनाना

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 कि पहला प्रभाव काफी समय तक बना रहता है। एक अच्छा पहला प्रभाव बनाने के लिए कुछ उपयोगी सुझाव इस प्रकार हैं:

i. **हमेशा समय के पाबंद रहें।** सभी प्रकार की संभव 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 स्वरूप आम तौर पर वह पहला सुराग होता है जिस पर उसे आगे बढ़ना होता है।

✓ क्या आपका स्वरूप अनुकूल पहला प्रभाव बनाने में मदद कर रहा है?

✓ क्या आपके पहनावे का तरीका इस मुलाकात या अवसर के लिए उपयुक्त है?

✓ क्या आपकी सज्जा साफ़-सुथरी और ठीक-ठाक है - बाल अच्छी तरह से कटे हुए और दाढ़ी बनी हुई, साफ़-सुथरे और ठीक-ठाक 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।

✓ 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 मुलाकात अपेक्षा के अनुरूप नहीं होने पर भी सकारात्मक बने रहते हैं?

v. **दूसरे व्यक्ति में दिलचस्पी होना** - दूसरे व्यक्ति में वास्तव में दिलचस्पी होना सबसे महत्वपूर्ण बात 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 आप अपने ग्राहक के लिए पूरी तरह से मौजूद और उपलब्ध हैं या आपके अधूरे साक्षात्कार के दौरान आपका मोबाइल फोन आपको उलझाता रहता है?

1. शारीरिक भाषा (बॉडी लैंग्वेज)

शारीरिक भाषा हरकतों, मुद्राओं और चेहरे के भावों को दर्शाती है। हम जिस तरह से बात करते, चलते, बैठते और खड़े होते हैं, ये सभी हमारे बारे में और हमारे भीतर क्या चल रहा है उसके बारे में कुछ न कुछ कहते हैं।

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।

क) आत्मविश्वास

आश्वस्त और आत्मविश्वासी होने 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 का ठोस संपर्क - एक "मुस्कराते" चेहरे के साथ

✓ उद्देश्यपूर्ण और सुविचारित भाव-भंगिमाएं

ख) विश्वास (भरोसा)

एक विक्रेता की बातों को अक्सर अनसुना कर दिया जाता है क्योंकि सामने वाला व्यक्ति उस पर विश्वास नहीं करता है - उसकी शारीरिक भाषा यह आश्वस्त नहीं करती है कि वह जो कुछ भी कह रहा है उसके प्रति ईमानदार है। कुछ सामान्य संकेतों के बारे में जानकारी होना महत्वपूर्ण है जिससे

यह पता चल सकता है कि कब व्यक्ति ईमानदार और भरोसेमंद नहीं है और नीचे दिए गए अनुसार उसके विरुद्ध सतर्क रहें:

- ✓ आंखों का बहुत कम या कोई संपर्क नहीं, या तेजी से आंखें चमकाना
- ✓ बात करते समय हाथ या उंगलियां व्यक्ति के मुंह के सामने हैं
- ✓ व्यक्ति का शरीर प्रत्यक्ष रूप से दूसरे व्यक्ति से दूर की ओर मुड़ा हुआ है
- ✓ व्यक्ति की धड़कन बढ़ जाती है
- ✓ शरीर का रंग बदलता है; चेहरे या गर्दन का हिस्सा लाल हो जाता है
- ✓ तेजी से पसीना निकलने लगता है
- ✓ आवाज बदल जाती है जैसे आवाज का उतार उतार-चढ़ाव, तुतलाना, गला साफ़ करना
- ✓ बोली - धीमी और साफ़ जहां आवाज की टोन मध्यम और निम्न रहती है

रक्षात्मकता और अग्रहणशीलता का संकेत देने वाली कुछ शारीरिक गतिविधियों में शामिल हैं:

- ✓ हाथ/बाजुओं की मुद्राएं छोटी और व्यक्ति के शरीर के करीब हैं
- ✓ चेहरे पर बहुत कम भाव उभरते हैं
- ✓ शरीर प्रत्यक्ष रूप से आपसे दूर मुड़ा हुआ है
- ✓ शरीर के सामने क्रॉस किए हुए हाथ
- ✓ आंखें से संपर्क बहुत कम या नीचे की ओर झुकी हुई आंखें

अगर आपका ग्राहक इनमें से कोई भी भाव व्यक्त करता है तो शायद आपको खुद की जांच करने और इस बात पर अधिक ध्यान देने की जरूरत है कि ग्राहक के मन में क्या चल रहा है।

2. सुनने का कौशल

संप्रेषण कौशल का तीसरा सेट है सुनने का 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 होकर सुनना:

यहां हम न केवल बातों को ध्यान से सुनने की कोशिश करते हैं बल्कि इससे भी अधिक महत्वपूर्ण बात यह कि अन्य व्यक्ति द्वारा भेजे जाने वाले संपूर्ण संदेश को समझने का प्रयास 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। याद रखें, गैर-मौखिक संचार भी जोर से "बोलता है। ध्यान देने के कुछ पहलू इस प्रकार हैं:

- ✓ सीधे वक्ता की ओर देखें
- ✓ ध्यान भंग करने वाले विचारों को अलग रखें
- ✓ मानसिक रूप से एक अलग दृष्टिकोण तैयार ना करें
- ✓ सभी बाहरी विकर्षणों से बचें (उदाहरण के लिए, अपने मोबाइल को मौन अवस्था में रखें)
- ✓ वक्ता की शारीरिक भाषा पर "ध्यान दें"

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 सिर हिलाना और मुस्कुराना
- ✓ एक खुली और दूसरे को निःसंकोच बोलने की आजादी देने वाला भाव अपनाना
- ✓ "हाँ", "मैं सहमत हूँ" या "मैं समझता हूँ" जैसी मौखिक टिप्पणियां करना

iii. प्रतिक्रिया देना

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 पता होना और वास्तव में क्या कुछ कहा जा रहा है उसे समझने की कोशिश करना आवश्यक है।

- ✓ 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 अन्य महत्वपूर्ण तरीका वक्ता के शब्दों को दोहराना या उसे अलग ढंग से प्रस्तुत 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 सामने इसे वापस दोहराने का है।

उदाहरण

स्पष्ट करने के लिए कहना - मैंने जो कुछ सुना है उससे क्या मैं यह सही समझ रहा हूँ कि आपको हमारी कुछ स्वास्थ्य योजनाओं में लाभों के बारे में समस्याएं हैं, क्या आप इसे और अधिक स्पष्ट कर सकते हैं?

वक्ता की बातों को अलग ढंग से प्रस्तुत करना — तो आप कह रहे हैं कि “हमारी स्वास्थ्य योजनाएं अधिक आकर्षक लाभ प्रदान नहीं करती हैं” — क्या मैंने आपकी बातों को सही तरीके से 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 चाह रहा होगा।

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 परिणाम स्वरूप 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 है:

- ✓ कोई भी सवाल पूछने से पहले वक्ता को अपनी बात खत्म करने की अनुमति देना
- ✓ किसी विरोधी तर्क के साथ वक्ता को रोक-टोक नहीं करना

v. सही तरीके से जवाब देना

सक्रिय रूप से सुनने का मतलब सिर्फ वक्ता की कही बातों को सुनना ही नहीं बल्कि उससे कहीं अधिक है। संचार केवल तभी पूरा हो सकता है जब श्रोता शब्द या गतिविधि 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 दिखाया जा रहा है बल्कि उसके साथ सम्मान और आदर का बर्ताव किया जा रहा है। इनमें शामिल हैं:

- ✓ अपनी प्रतिक्रिया में खरा, खुला और ईमानदार होना
- ✓ व्यक्ति की राय को सम्मानपूर्वक स्वीकार करना

✓ दूसरे व्यक्ति के साथ वही व्यवहार करना जो आप अपने साथ किया जाना पसंद करते हैं

vi. सहानुभूति के साथ सुनना

सहानुभूति के साथ सुनने का मतलब है अपने आपको दूसरे व्यक्ति के स्थान पर रख कर देखना और उसके अनुभव को अपने अनुभव की तरह महसूस करना।

सहानुभूति के साथ सुनना सभी प्रकार की उत्कृष्ट ग्राहक सेवा का एक महत्वपूर्ण पहलू है। यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो जाता है जब दूसरा व्यक्ति एक शिकायत करने वाला और बहुत तकलीफ में रहा ग्राहक है।

सहानुभूति 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 हैं। वक्ता को स्वीकृति दिखाना महत्वपूर्ण है, अनिवार्य रूप से सहमत होना नहीं। केवल सिर हिला कर या "मैं समझता हूँ" या "मैं सहमत हूँ" जैसे वाक्यांशों का प्रयोग करके ऐसा किया जा सकता है।

स्व-परीक्षण

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

- I. अच्छी तरह ध्यान देना
- II. अत्यंत पूर्वाग्रही होना
- III. सहानुभूति के साथ सुनना
- IV. सही तरीके से जवाब देना

1. संक्षिप्त विवरण

हाल ही में व्यवसाय में शुद्धता को लेकर गंभीर चिंताएं उभरी थीं क्योंकि अनुचित व्यवहार की सूचनाएं तेजी से सामने आ रही थीं। दुनिया की कुछ सबसे बड़ी कंपनियों को झूठे खातों और गलत तरीके से प्राप्त लेखा परीक्षा प्रमाणपत्रों के माध्यम से धोखाधड़ी करते पाया गया है। बैंकों की धनराशियों का उनके प्रबंधनों द्वारा अपने कुछ दोस्तों और स्वयं के लालच को पूरा करने के लिए दुरुपयोग किया गया है। अधिकारियों ने व्यक्तिगत लाभों को बढ़ावा देने के लिए अपने अधिकार का इस्तेमाल किया है। जिन लोगों पर अपने समुदाय द्वारा अपना काम सही तरीके से पूरा करने का भरोसा किया गया है उनको लगातार भरोसा तोड़ते हुए देखा गया है। निजी आडंबर और लालच का बोलबाला है।

नतीजतन, जवाबदेही और कॉर्पोरेट प्रशासन के बारे में तेजी से चर्चा हो रही है, इन सबको एक साथ व्यवसाय में "नैतिकता" कहा जा सकता है। 'सूचना का अधिकार अधिनियम' जैसे कानून और 'जनहित याचिका' जैसी प्रगति का बेहतर जवाबदेही और प्रशासन का लक्ष्य प्राप्त करने के साधन के रूप में काफी महत्व माना गया है।

नैतिक आचरण अपने आप सुशासन की ओर ले जाता है। जब व्यक्ति अपना कर्तव्य निष्ठा और ईमानदारी से पूरा करता है, यह सुशासन है। अनैतिक व्यवहार दूसरों की परवाह नहीं करता है और अपने फायदे की सोचता है। जब व्यक्ति अपनी आधिकारिक स्थिति के माध्यम से स्वार्थ साधने का प्रयास करता है, यह अनैतिक आचरण है। अपने हितों का ध्यान रखना गलत नहीं है। लेकिन दूसरों के हितों के साथ-साथ संगठन के हितों की कीमत पर ऐसा करना गलत है।

बीमा एक विश्वास का व्यवसाय है। शुद्धता और नैतिकता के मुद्दे बीमा के इस व्यवसाय में अत्यंत महत्वपूर्ण हैं। विश्वासघात धोखाधड़ी का कारण बनता है और यह गलत है। जब प्रस्तावक को बीमा खरीदने के लिए गलत जानकारी प्रदान की जाती है या बीमा की बतायी गयी योजना प्रस्तावक की सभी जरूरतों को पूरा नहीं करती है तो बात बिगड़ जाती है।

अनैतिक आचरण तब होता है जब अपने लाभों को दूसरे व्यक्ति के लाभों की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण मान लिया जाता है। विभिन्न विनियमों में आईआरडीए द्वारा वर्णित आचार संहिता नैतिक आचरण की ओर निर्देशित है।

जहां आचार संहिता में हर क्लॉज को जानना महत्वपूर्ण है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि कोड का उल्लंघन नहीं किया गया है, अगर बीमा कंपनी और उसके प्रतिनिधि प्रस्तावक के हितों का

हमेशा ध्यान रखें तो अनुपालन स्वतः हो जाएगा। जब बीमा कंपनियों के अधिकारी प्रस्तावक के लाभों के बजाय व्यवसाय के लक्ष्यों की अधिक चिंता करते हैं तो बात बिगड़ जाती है।

2. विशेषताएं (लक्षण)

नैतिक आचरण की कुछ विशेषताएं हैं:

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

ख) ग्राहक के मामलों से संबंधित सभी व्यावसायिक और व्यक्तिगत जानकारी के प्रति पूरी गोपनीयता बरतना और इसे विशेषाधिकार मानना

ग) ग्राहक द्वारा जानकार निर्णय लिया जाना संभव बनाने के लिए सभी तथ्यों का पूर्ण और पर्याप्त प्रकटीकरण

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

क) दो योजनाओं के बीच चयन करने की आवश्यकता जहां एक योजना अन्य की तुलना में बहुत कम प्रीमियम या कमीशन देती है

ख) एक मौजूदा पॉलिसी को बंद करने और एक नई पॉलिसी लेने की सिफारिश करने का प्रलोभन

ग) ऐसी परिस्थितियों की जानकारी होना जिनके बारे अगर बीमा कंपनी को पता हो जाता है तो ग्राहक के हितों या दावे के लाभार्थियों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है। इसका एक उदाहरण, यह जानते हुए कि ग्राहक को पहले से मौजूद बीमारी है लेकिन प्रस्ताव प्रपत्र में इस महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा किए बिना उसे स्वास्थ्य पॉलिसी लेने के लिए प्रेरित करना है।

स्व-परीक्षण 6

इनमें से कौन सा विकल्प नैतिक व्यवहार की एक विशेषता नहीं है?

- I. एक जानकार निर्णय लेने में ग्राहकों को सक्षम बनाने के लिए पर्याप्त खुलासे करना
- II. ग्राहक के व्यवसाय और व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता बनाए रखना
- III. स्वयं के हितों को ग्राहक के हितों के आगे रखना
- IV. ग्राहक के हितों को स्वयं के हितों के आगे रखना

छ. पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण

बीमा नियामक आईआरडीए यह सुनिश्चित करने के लिए भी तत्पर है कि जब बीमा सेवाओं की बात आती है तो बीमा ग्राहकों को सबसे अच्छा अनुभव दिया जाता है। इसके सारे विनियमों में यह सुनिश्चित करने का एक सिद्धांत निहित है कि पॉलिसीधारकों के हितों को खतरे में नहीं डाला जाता है।

बीमा पॉलिसी की सारी बातों, दरों और बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए दस्तावेजों की आईआरडीए द्वारा छानबीन की जाती है और मंजूर किया जाता है। बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए विज्ञापन भी विनियमित होते हैं। ब्रोकरों और एजेंटों की आचार संहिता, पॉलिसियां जारी करने, दावों के शीघ्र निपटान, ग्राहक शिकायत निवारण प्रणाली आदि से संबंधित मामलों पर दिशानिर्देश दिए गए हैं।

इस संबंध में विशिष्ट विनियमों में से एक बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 है। इन विनियमों की कुछ महत्वपूर्ण विशेषताएं नीचे दी गयी हैं जो एजेंटों के हित में हो सकती हैं:

1. बिक्री के समय

क) प्रॉस्पेक्टस में पॉलिसी के नियमों, शर्तों और वारंटियों का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए।

ख) बीमा कंपनी, एजेंट या अन्य मध्यस्थ को एक प्रस्तावित कवर के संबंध में सभी आवश्यक जानकारी संभावित ग्राहक को प्रदान करना चाहिए ताकि उसे अपने हित में सर्वोत्तम कवर तय करने के लिए सक्षम बनाया जा सके।

ग) जहां संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या एक बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, इस तरह के व्यक्ति को शांत भाव से संभावित ग्राहक को सलाह देनी चाहिए।

घ) जहां प्रस्ताव को संभावित ग्राहक द्वारा नहीं भरा जाता है, प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में प्रस्तावक से इस बात का एक प्रमाणपत्र सम्मिलित किया जाना चाहिए कि प्रपत्र और दस्तावेजों की सामग्रियों के बारे में उसे अच्छी तरह से समझाया गया है और यह कि उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को अच्छी तरह से समझ लिया है।

च) बीमा कंपनी, एजेंट या किसी भी मध्यस्थ को कुछ निर्धारित आचार संहिता के अनुसार कार्य करना चाहिए।

2. प्रस्ताव प्रपत्र (फॉर्म)

क) एक मरीन बीमा कवर के मामले को छोड़ कर, आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र को एकत्र किया जाना चाहिए और प्रस्ताव की स्वीकृति के 30 दिनों के भीतर प्रस्ताव प्रपत्र की एक प्रति बीमाधारक को प्रदान की जानी चाहिए।

ख) प्रपत्रों और दस्तावेजों को जहां तक व्यावहारिक हो, भारतीय संविधान के तहत मान्यता प्राप्त भाषाओं में उपलब्ध कराया जाना चाहिए।

ग) जहां प्रस्ताव प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है, बीमा कंपनी को मौखिक रूप से या लिखित रूप में प्राप्त जानकारी दर्ज करनी चाहिए और उसके 15 दिनों की अवधि के भीतर प्रस्तावक को इसकी पुष्टि करनी चाहिए और जानकारी को अपने कवर नोट या पॉलिसी में शामिल करना चाहिए।

घ) जहां कहीं भी नामांकन का लाभ के प्रस्तावक के लिए उपलब्ध है, बीमा कंपनी, एजेंट या अन्य मध्यस्थ को प्रस्तावक का ध्यान इसकी ओर आकर्षित करना चाहिए और इस सुविधा का लाभ उठाने के लिए प्रस्तावक को प्रोत्साहित करना चाहिए।

च) बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों पर तीव्रता और दक्षता के साथ कार्रवाई की जानी चाहिए और उसके बारे में सभी निर्णयों की जानकारी लिखित रूप में एक उचित अवधि के भीतर प्रदान करनी चाहिए जो बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों की प्राप्ति से 15 दिन से अधिक नहीं होगी।

3. पॉलिसीधारक को सेवा प्रदान करना

क) बीमा कंपनी को सभी निर्धारित विवरणों के साथ सभी मामलों में एक पॉलिसी जारी करनी चाहिए

ख) बीमा कंपनी को पॉलिसीधारकों से कोई भी सूचना प्राप्त होने के 10 दिनों के भीतर सभी पॉलिसीधारकों के सेवा के अनुरोधों (जैसे परिवर्तनों को दर्ज करना, जानकारी की मांग करना, समनुदेशन को बदलना, एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करना आदि) का जवाब देना चाहिए। दावों की सेवा प्रदान करने के संबंध में निम्नलिखित विशिष्ट उपायों के लिए विनियम उपलब्ध हैं।

4. दावे

क) दावे की सूचना मिलने के 72 घंटे के भीतर एक सर्वेक्षक की नियुक्ति।

ख) अगर बीमाधारक द्वारा अपने दावे के समर्थन में दस्तावेज प्रस्तुत करने में कोई भी देरी होती है या सहयोग में कोई कमी होती है तो सर्वेक्षक या बीमा कंपनी लिखित रूप में उसे यह सूचित करने के लिए बाध्य है कि इसकी वजह से उसके दावे में देरी हो सकती है।

ग) सर्वेक्षकों की विशिष्ट आचार संहिता की आवश्यकता है कि सर्वेक्षक को अपनी नियुक्ति के 30 दिनों के भीतर बीमा कंपनी को अपने निष्कर्ष और सिफारिश प्रस्तुत करने चाहिए और इसकी एक प्रतिलिपि बीमाधारक को भी प्रस्तुत करनी चाहिए, अगर उसके द्वारा ऐसी मांग की जाती है। बीमा कंपनी द्वारा समय बढ़ाए जाने की कोई भी अनुमति केवल इसके लिए कारण का वर्णन करते हुए और बीमाधारक की जानकारी के साथ सर्वेक्षक के अनुरोध पर दी जा सकती है। सर्वेक्षक की रिपोर्ट प्रस्तुत करने की अधिकतम समय सीमा छः महीने है।

घ) अगर बीमा कंपनी को किसी अन्य स्पष्टीकरण की आवश्यकता है तो उसे सर्वेक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर एक अतिरिक्त रिपोर्ट मांगनी चाहिए। प्रति दावा एक से अधिक अतिरिक्त रिपोर्ट की मांग नहीं की जा सकती है। सर्वेक्षक को बीमा कंपनी का अनुरोध प्राप्त होने के 21 दिनों के भीतर अतिरिक्त रिपोर्ट प्रस्तुत करनी होगी।

च) बीमा कंपनी को सर्वेक्षक की रिपोर्ट या अतिरिक्त रिपोर्ट, जैसा भी मामला हो, प्राप्त होने के 30 दिनों के भीतर कारणों के साथ अपने निपटान या अपने दावे के परित्याग का प्रस्ताव करना होगा।

छ) अपने प्रस्ताव को बीमाधारक की स्वीकृति प्राप्त होने पर बीमा कंपनी को 7 दिनों के भीतर उसके दावे का निपटान करना होगा, जिसमें विफल रहने पर बैंक की दर से 2% अधिक पर बीमाधारक को ब्याज देय होगा।

1. संक्षिप्त विवरण

उच्च प्राथमिकता की कार्रवाई का समय वह है जब ग्राहक को कोई शिकायत होती है। याद रखें कि शिकायत के मामले में सेवा की विफलता का मुद्दा जिसने ग्राहक को असंतुष्ट किया है, केवल कहानी का एक हिस्सा है। सेवा की विफलता का दायरा बीमा कंपनी के रिकॉर्डों को ठीक करने में देरी से लेकर दावे को निपटाने में तत्परता की कमी तक हो सकता है।

सेवा की विफलता से अधिक महत्वपूर्ण यह है कि इस तरह की विफलता को लेकर अपनी समझ के कारण ग्राहक और 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 क्षण" है; अगर कंपनी तत्काल इसे ठीक करने में सफल होती है तो वास्तव में ग्राहक की विश्वसनीयता में सुधार होने संभावना रहती है। इस मामले में मानव स्पर्श महत्वपूर्ण है; ग्राहक अपने आपको महत्व दिया जाना पसंद करते हैं।

अगर आप एक पेशेवर बीमा एजेंट और सलाहकार हैं तो आप पहली बार ऐसी स्थिति उत्पन्न होने नहीं देंगे। आप इस मामले को कंपनी के उपयुक्त अधिकारी के पास ले जाएंगे। याद रखें, कंपनी में किसी भी अन्य व्यक्ति 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। ये वास्तव में ऐसे ढोस स्तंभ हैं जिन पर एक बीमा एजेंट की साख और व्यवसाय में वृद्धि होती है। प्रत्येक पॉलिसी दस्तावेज के अंत में बीमा कंपनियों ने शिकायत निवारण प्रक्रिया का विवरण उपलब्ध कराया है जिस पर दस्तावेज के प्रावधानों को स्पष्ट करते समय ग्राहकों का ध्यान दिलाया जाना चाहिए।

बिक्री और सेवा प्रदान करने में मौखिक प्रचार (अच्छा या बुरा) की महत्वपूर्ण भूमिका होती 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।

फिर बीमा ग्राहकों के पास अपनी शिकायतों के निवारण के लिए कौन से विभिन्न उपाय उपलब्ध हैं?

2. बीमा कंपनियों का व्यक्तिगत शिकायत प्रकोष्ठ

सभी बीमा कंपनियों को बीमाधारकों से प्राप्त शिकायतों पर ध्यान देने के लिए एक उचित "शिकायत प्रकोष्ठ" रखना चाहिए।

ऐसे शिकायत प्रकोष्ठों के साथ-साथ बीमा ओम्बड्समैन की उपस्थिति के बारे में पॉलिसी जारी करने के समय पॉलिसीधारकों को जानकारी प्रदान की जानी चाहिए।

अगर बीमाधारक बीमा कंपनी के शिकायत/उपभोक्ता शिकायत प्रकोष्ठ के जवाब से संतुष्ट नहीं हैं तो वे आईआरडीए के शिकायत प्रकोष्ठ से संपर्क कर सकते हैं। हालांकि, आईआरडीए केवल बीमा कंपनी के साथ फॉलो-अप कर सकती है लेकिन किसी भी दावे के मामले में निर्णय नहीं ले सकती है।

3. समेकित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

बीमा नियामक, आईआरडीए ने एक समेकित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) शुरू की है

जो बीमा शिकायत डेटा के एक केंद्रीय डाटा बैंक के रूप में और शिकायतों की निगरानी के लिए और उद्योग में उनके निवारण के लिए एक उपकरण के रूप में काम करती है।

पॉलिसीधारक अपनी पॉलिसी के विवरण के साथ इस प्रणाली पर पंजीकृत करके अपनी शिकायत दर्ज कर सकते हैं। फिर शिकायतों को संबंधित बीमा कंपनी के पास भेजा जाता है। आईजीएमएस शिकायतों और निवारण में लगने वाले समय पर नज़र रखती है। शिकायतों को यहां दर्ज किया जा सकता है:

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

4. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986

यह अधिनियम "उपभोक्ताओं के हितों की बेहतर सुरक्षा के लिए प्रावधान करने और उपभोक्ता के विवादों के निपटान के लिए उपभोक्ता परिषदों तथा अन्य प्राधिकरणों की स्थापना का प्रावधान करने के

लिए" पारित किया गया था। इस अधिनियम को उपभोक्ता संरक्षण (संशोधन) अधिनियम, 2002 के द्वारा संशोधित किया गया है।

क) अधिनियम के अंतर्गत परिभाषाएं

अधिनियम में उपलब्ध कुछ परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

परिभाषा

"सेवा" का मतलब है किसी भी विवरण की सेवा जो संभावित उपयोगकर्ताओं के लिए उपलब्ध कराई गयी है और इसमें बैंकिंग, वित्तपोषण, बीमा, परिवहन, प्रसंस्करण, 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 के अनुबंध के तहत कोई भी सेवा प्रदान करना शामिल नहीं है।

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

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

- i. किसी प्रतिफल के बदले में कोई सामान खरीदता है और इसमें इस तरह के सामान का कोई भी उपयोगकर्ता शामिल है। लेकिन ऐसा कोई व्यक्ति शामिल नहीं है जो इस तरह के सामान को पुनर्बिक्री के लिए या किसी भी व्यावसायिक उद्देश्य के लिए प्राप्त करता है।
- ii. एक 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, स्वभाव और प्रदर्शन के तरीके में कोई भी त्रुटि, कमी या अपर्याप्तता जो किसी भी क़ानून के तहत या इसके द्वारा बनाए रखा जाना आवश्यक है या जिसे किसी सेवा के संबंध में किसी अनुबंध के अनुपालन में या अन्यथा किसी व्यक्ति द्वारा पूरा किए जाने का वचन दिया गया है।

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

- i. एक अनुचित व्यापार प्रथा या प्रतिबंधात्मक व्यापार प्रथा अपनायी गयी है
- ii. उसके द्वारा खरीदे गए सामान में एक या एक से अधिक दोष हैं
- iii. उसके द्वारा किराए पर ली गयी या प्राप्त की गयी सेवाओं में किसी भी प्रकार की कमी है
- iv. 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 सामग्रियों, 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 से इनकार करता है और उन पर विवाद उत्पन्न करता है।

ख) उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

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

- i. **जिला फोरम** : इस फोरम का अधिकार क्षेत्र ऐसी शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 20 लाख रुपए तक का है। जिला फोरम को अपना आदेशाडिक्री निष्पादन के लिए उचित सिविल कोर्ट में भेजने का अधिकार है।
- ii. **राज्य आयोग**: इस निवारण प्राधिकरण के पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है। यह जिला फोरम की याचिकाओं पर विचार करता है। इसका मूल अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर विचार करने का है जहां वस्तुओं/सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा/, यदि कोई है, 20 लाख रुपए से अधिक लेकिन 100 लाख रुपए से अधिक नहीं है। अन्य अधिकार और प्राधिकार जिला फोरम के समान ही हैं।
- iii. **राष्ट्रीय आयोग**: अधिनियम के तहत स्थापित अंतिम प्राधिकरण राष्ट्रीय आयोग है। इसके पास मूल, अपीलीय पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है। यह राज्य आयोग द्वारा पारित आदेश की याचिकाओं की सुनवाई कर सकता है और अपने मूल अधिकार क्षेत्र में यह ऐसे विवादों पर विचार करेगा जहां वस्तुओं/सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 100 लाख रुपए से अधिक का है। इसका राज्य आयोग पर पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है।

सभी तीन एजेंसियों के पास एक सिविल कोर्ट के अधिकार हैं।

ग) शिकायत दर्ज कराने की प्रक्रिया

उपरोक्त तीनों निवारण एजेंसियों के पास शिकायत दर्ज कराने की प्रक्रिया बहुत 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 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 है।

घ) उपभोक्ता फोरम के आदेश

अगर फोरम इस बात से संतुष्ट है कि जिस वस्तु के खिलाफ शिकायत की गयी है उसमें शिकायत में निर्दिष्ट कोई भी त्रुटि मौजूद है या सेवाओं के बारे में शिकायत में निहित कोई भी आरोप साबित हो जाता है तो फोरम विपक्षी पार्टी को निम्नलिखित में से एक या एक से अधिक कदम उठाने के लिए निर्देशित करते करते हुए एक आदेश जारी कर सकता है अर्थात् -

- i. शिकायतकर्ता को मूल्य (या बीमा के मामले में प्रीमियम), शिकायतकर्ता द्वारा भुगतान किए गए 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 व्यापार प्रथा या प्रतिबंधात्मक व्यापार प्रथा को बंद करने या उनको नहीं दोहराने के लिए
- v. पार्टियों को पर्याप्त लागत प्रदान करने के लिए

च) उपभोक्ता विवाद की श्रेणियां

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

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

5. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

केंद्र सरकार ने बीमा अधिनियम, 1938 के अधिकारों के तहत 11 नवंबर 1998 को आधिकारिक राजपत्र में प्रकाशित एक अधिसूचना के द्वारा लोक शिकायत निवारण नियम, 1998 बनाए थे। ये नियम जीवन और गैर-जीवन बीमा कंपनियों के लिए बीमा के सभी व्यक्तिगत लाइनों यानी 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 (ओम्बड्समैन), 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 (ओम्बड्समैन) का निर्णय अंतिम होता है।

क) लोकपाल (ओम्बड्समैन) से शिकायत

लोकपाल से की गयी कोई भी शिकायत लिखित रूप में, बीमाधारक या उसके कानूनी वारिसों द्वारा हस्ताक्षरित, एक ऐसे लोकपाल को संबोधित होनी चाहिए 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 (ओम्बड्समैन) के पास शिकायत की जा सकती है यदि:

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी से पहले एक लिखित शिकायत की थी और बीमा कंपनी ने यह कदम उठाया था:

✓ शिकायत को अस्वीकार कर दिया था या

✓ शिकायतकर्ता को बीमा कंपनी द्वारा शिकायत प्राप्त किए जाने के बाद एक माह के भीतर कोई जवाब नहीं मिला था

✓ शिकायतकर्ता बीमा कंपनी द्वारा दिए गए जवाब से संतुष्ट नहीं है

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

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

ख) लोकपाल (ओम्बड्समैन) की सिफारिशें

लोकपाल (ओम्बड्समैन) से कुछ कर्तव्यों/प्रोटोकॉलों का पालन करने की अपेक्षा की जाती है:

- i. सिफारिशें इस तरह की शिकायत प्राप्त होने के एक माह के भीतर की जानी चाहिए
- ii. प्रतियां शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी दोनों को भेजी जानी चाहिए
- iii. सिफारिशों को इस तरह की सिफारिश प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर शिकायतकर्ता द्वारा लिखित रूप में स्वीकार किया जाना चाहिए
- iv. बीमित व्यक्ति द्वारा स्वीकृति पत्र की एक प्रतिलिपि बीमा कंपनी को भेजी जानी चाहिए और इस तरह का स्वीकृति पत्र प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर उसकी लिखित पुष्टि उसकी मांगी जानी चाहिए

अगर विवाद का निपटारा मध्यस्थता द्वारा नहीं होता है तो लोकपाल (ओम्बड्समैन) बीमाधारक को ऐसा फैसला देगा जो उसकी नज़र में उचित है और बीमाधारक के नुकसान को कवर करने के लिए आवश्यक राशि से अधिक नहीं है।

ग) लोकपाल (ओम्बड्समैन) का फैसला

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 एक अंतिम निपटान के रूप में संपूर्ण फैसले 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 इस तरह के फैसले की स्वीकृति लिखित सूचना नहीं देता है तो बीमा कंपनी फैसले को लागू नहीं कर सकती है
- v. फैसला बीमा कंपनी पर बाध्यकारी है अगर इसे बीमाधारक द्वारा स्वीकार किया जाता है लेकिन बीमाधारक अभी भी संतुष्ट नहीं होता है तो उसे कानून की एक अदालत में जाने का अधिकार है।

स्व-परीक्षण 7

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

- I. निजी इस्तेमाल के लिए वस्तुओं/सेवाओं को किराए पर लेता है
- II. वह व्यक्ति जो पुनर्बिक्री के प्रयोजन से सामान खरीदता है
- III. एक प्रतिफल के बदले वस्तुओं और सेवाओं को खरीदता है और उनका इस्तेमाल करता है
- IV. एक प्रतिफल के बदले दूसरे व्यक्ति की सेवाओं का उपयोग करता है

V.

सारांश

क) ग्राहक सेवा और संबंध की भूमिका किसी अन्य उत्पाद की तुलना में बीमा के मामले में कहीं अधिक महत्वपूर्ण है।

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

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

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

च) एक अच्छा एजेंट बेहतर संचार कौशल - मौखिक और गैर-मौखिक विकसित करता है।

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

ज) नैतिक आचरण में ग्राहक के हित को स्वयं के हित से पहले रखना शामिल है।

झ) पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण विनियम बीमा ग्राहकों के लिए आईआरडीए की प्रतिबद्धता का प्रमाण है।

ट) आईआरडीए ने एक समेकित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) शुरू की है जो बीमा शिकायत डेटा के एक केंद्रीय डाटा बैंक के रूप में और उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी के लिए एक उपकरण के रूप में कार्य करती है।

ठ) लोकपाल (ओम्बड्समैन) बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से संदर्भ की शर्तों के भीतर एक मध्यस्थ और परामर्शदाता के रूप में कार्य कर सकता है।

महत्वपूर्ण शब्द

क) सेवा की गुणवत्ता

ख) ग्राहक का आजीवन मूल्य

ग) सहानुभूति

- घ) शारीरिक भाषा (बॉडी लॅंग्वेज)
- च) सक्रिय होकर सुनना
- छ) नैतिक आचरण
- ज) पॉलिसीधारक का हित
- झ) समेकित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)
- ट) ग्राहक संरक्षण अधिनियम, 1986
- ठ) उपभोक्ता फोरम
- ड) बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

ग्राहक के साथ एक दीर्घकालिक संबंध बना कर प्राप्त किए जाने वाले आर्थिक लाभों के योग को ग्राहक के आजीवन मूल्य के रूप में जाना जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

तृतीय पक्ष की देयता के लिए मोटर बीमा को कानून द्वारा अनिवार्य किया गया है और इसलिए इसकी आवश्यकता पर बहस की जरूरत नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986 के अनुसार पुनर्बिक्री के प्रयोजन से सामान खरीदने वाले व्यक्ति को उपभोक्ता के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

अविश्वास से एक स्वस्थ संबंध नहीं बनता है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

अत्यंत पूर्वाग्रही होना सक्रिय होकर सुनने का एक तत्व नहीं है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

स्वयं के हित को ग्राहक के हितों के आगे रखना नैतिक आचरण 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. सहानुभूति
- IV. जवाबदेही

प्रश्न 3

भारत में _____ बीमा अनिवार्य है।

- I. मोटर तृतीय पक्ष देयता
- II. मकानों के लिए अग्नि बीमा
- III. घरेलू यात्रा के लिए यात्रा बीमा
- IV. व्यक्तिगत दुर्घटना

प्रश्न 4

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

- I. पुनर्बीमा
- II. कटौती
- III. सह-बीमा
- IV. छूट

प्रश्न 5

वह ग्राहक जिसे अपनी बीमा पॉलिसी के संबंध में शिकायत है, _____ के माध्यम से आईआरडीए से संपर्क कर सकता है।

- I. आईजीएमएस
- II. जिला उपभोक्ता फोरम
- III. लोकपाल (ओम्बड्समैन)
- IV. आईजीएमएस या जिला उपभोक्ता फोरम या लोकपाल (ओम्बड्समैन)

प्रश्न 6

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम इससे संबंधित है:

- I. बीमा कंपनियों के खिलाफ शिकायत
- II. दुकानदारों के खिलाफ शिकायत
- III. ब्रांड के खिलाफ शिकायत
- IV. बीमा कंपनियों, ब्रांड और दुकानदारों के खिलाफ शिकायत

प्रश्न 7

_____ के पास ऐसे मामलों पर विचार करने का अधिकार क्षेत्र है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 20 लाख रुपए तक का है।

- I. उच्च न्यायालय
- II. जिला फोरम
- III. राज्य आयोग
- IV. राष्ट्रीय आयोग

प्रश्न 8

ग्राहक संबंध में पहली धारणा बनाई जाती है:

- I. आत्मविश्वासी होकर
- II. समय का पाबंद होकर
- III. दिलचस्पी दिखा कर
- IV. समय का पाबंद होकर, दिलचस्पी दिखा कर और आत्मविश्वासी होकर

प्रश्न 9

सही कथन का चयन करें:

- I. बीमा बेचते समय नैतिक आचरण असंभव है
- II. बीमा एजेंटों के लिए नैतिक आचरण 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 10

सक्रिय रूप से सुनने में शामिल है:

- I. वक्ता की बातों पर ध्यान देना
- II. समय-समय पर सिर हिलाना और मुस्कुराना
- III. प्रतिक्रिया देना
- IV. वक्ता की बातों पर ध्यान देना, समय-समय पर सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना

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 एक सूचक नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

मोटर तृतीय पक्ष देयता बीमा भारत में अनिवार्य है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

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

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

अगर ग्राहक को अपनी बीमा पॉलिसी के संबंध में कोई शिकायत है तो वह आईजीएमएस के माध्यम से आईआरडीए से संपर्क कर सकता है।

उत्तर 6

सही विकल्प IV है।

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

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

जिला फोरम का अधिकार क्षेत्र ऐसे मामलों पर विचार करने का है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 20 लाख रुपए तक है।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

ग्राहक संबंध में पहला प्रभाव आत्मविश्वासी होकर, समय का पाबंद बन कर और दिलचस्पी दिखा कर बनाया जाता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

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

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

सक्रिय रूप से सुनने में वक्ता की बातों पर ध्यान देना, समय-समय पर सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना शामिल है।

अध्याय 10

बीमा एजेंसी के कानूनी और नियामक पहलू

अध्याय परिचय

इस अध्याय बीमा विनियमों के महत्व को समझाना है। इसके अलावा यह अध्याय आपको एक बीमा एजेंट की कानूनी स्थिति की समझ भी प्रदान करता है। आप सामान्य रूप से एजेंटों के लिए और विशेष रूप से बीमा एजेंटों के लिए लागू विभिन्न नियमों और विनियमों को भी जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

- क. बीमा विनियमों का महत्व
- ख. भारत में बीमा नियामक ढांचा
- ग. आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम 2013
- घ. बीमा एजेंटों के लिए लागू विनियम
- च. बीमा बिचौलिए और उनकी भूमिकाएं
- छ. भारतीय संविदा अधिनियम, 1972: प्रिंसिपल-एजेंट संबंध

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. बीमा विनियमों के महत्व का वर्णन करें
2. देश के बीमा विनियामक ढांचे की व्याख्या करना
3. आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियमों की विस्तार से चर्चा करना
4. बीमा एजेंटों के लिए लागू होने वाले विनियमों की व्याख्या करना
5. एजेंटों के लिए लागू आचार संहिता का मूल्यांकन करना
6. बीमा एजेंटों के लिए भारतीय संविदा अधिनियम, 1972 की प्रासंगिकता का वर्णन करना

क. बीमा विनियमों का महत्व

1. बीमा विनियमों का महत्व

एक बीमा एजेंट को यह बात हमेशा ध्यान में रखना चाहिए कि वह एक वादा बेच रहा है कि अगर कोई विपत्ति आती है तो बीमा कंपनी एक निश्चित धनराशि भुगतान करेगी। बीमित व्यक्ति को निस्संदेह खरीदे गए बीमा को लेकर कई चिंताएं होंगी।

एक बीमाधारक की कुछ सामान्य चिंताएं इस प्रकार होंगी:

क) क्या बीमा वैध है?

ख) क्या बीमा एजेंट कानून द्वारा मान्यता प्राप्त हैं?

ग) क्या ये बीमा कंपनियां विनियमित या निगरानीकृत हैं?

घ) क्या बीमा कंपनी द्वारा मुझे दिया गया दस्तावेज कानूनी रूप से वैध है?

च) क्या कोई नुकसान घटित होने पर बीमा कंपनी मुझे पैसे भुगतान करेगी?

छ) क्या वे मेरे नुकसान की पूरी राशि मुझे भुगतान करेंगे?

ज) क्या बीमा अनुबंध में ऐसा कोई छिपा हुआ प्रावधान है जिससे बीमा कंपनी मुझे दावे के भुगतान से परहेज कर सकती है?

झ) क्या मुझे अपने दावे का भुगतान पाने के लिए किसी जटिल प्रक्रिया से गुजरना होगा?

ट) अगर मुझे दावा नहीं मिलता है तो क्या मैं उनके द्वारा दिए गए दस्तावेजों के आधार पर अदालत जा सकता हूँ?

2. बीमा विनियमों की आवश्यकता

बीमा विनियमों की आवश्यकता क्यों होती है?

बीमा विनियमन का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की रक्षा करना है। पॉलिसीधारक ने पैसे देकर बीमा पॉलिसी खरीदी है। उसे यह आश्वासन मिलना चाहिए कि उसके द्वारा खरीदी गयी बीमा पॉलिसी को बीमा कंपनी द्वारा सम्मान दिया जाएगा।

क) सबसे पहले, एक बीमाधारक को यह समझना चाहिए कि बीमा भारतीय संविदा अधिनियम के प्रावधानों और देश के अन्य कानूनों के अनुपालन में एक पूर्णतः वैधानिक अनुबंध है।

ख) सरकार अपनी वैधानिक और न्यायिक प्रणाली के माध्यम से अपने सभी नागरिकों और देश की सभी संस्थाओं की रक्षा करने के कर्तव्य से बंधी है।

आईआरडीएआई द्वारा बनाए गए विनियम यह सुनिश्चित करने के लिए हैं कि बीमा कंपनियों को अपने द्वारा किए गए अनुबंधों का सम्मान करने के लिए आर्थिक रूप से मजबूत संगठनों के रूप में मौजूद होना चाहिए। आईआरडीएआई कंपनियों को उनके पंजीकरण के बाद से नियंत्रित करती है और बीमालेखन, दावा प्रबंधन, निवेश, लेखांकन आदि जैसी उनकी सभी प्रमुख गतिविधियों पर नजर रखती है।

सूचना

अर्थव्यवस्था के विशेष क्षेत्रों में सरकार क्षेत्र को विनियमित करने के लिए संस्थाओं का निर्माण करती है। इस प्रकार हमारे पास बैंकों को विनियमित करने के लिए भारतीय रिजर्व बैंक (आरबीआई) और पूंजी (शेयर) बाजार को विनियमित करने के लिए भारतीय प्रतिभूति एवं विनिमय बोर्ड (सेबी) जैसी संस्थाएं मौजूद हैं। इसी प्रकार बीमा क्षेत्र को विनियमित करने के लिए सरकार ने भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) अधिनियम 1999 को लागू किया और बीमा उद्योग को विनियमित करने के उद्देश्य से एक स्वतंत्र प्राधिकरण के रूप में आईआरडीएआई का गठन किया।

बीमा पॉलिसी की सभी बातों, दरों, नियमों एवं शर्तों और बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए दस्तावेजों को आईआरडीएआई द्वारा विनियमित किया जाता है। बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए विज्ञापन भी विनियमित होते हैं। दावों के शीघ्र निपटान के संबंध में दिशानिर्देश, कंपनी और आईआरडीएआई के स्तर पर शिकायतों से निपटने के लिए प्रत्येक कंपनी में और आईआरडीएआई स्तर पर शिकायत निवारण प्रणालियां उपलब्ध हैं।

आईआरडीएआई ने यह सुनिश्चित करने के लिए दिशानिर्देश जारी किए हैं कि बीमा कंपनी देश के ग्रामीण क्षेत्रों और जनसंख्या के कमजोर वर्गों को समान रूप से लक्ष्य बनाती है। बीमा पॉलिसियों की बिक्री और सेवा प्रदान करने के कामकाज से जुड़े सभी लोगों अर्थात् एजेंटों, कॉर्पोरेट एजेंटों, ब्रोकरों, सर्वेक्षकों, तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों और बीमा कंपनियों को विभिन्न विनियमों के अनुसार आईआरडीएआई द्वारा लाइसेंस देने, पंजीकृत और विनियमित करने का काम किया जाता है।

स्व-परीक्षण 1

बीमा विनियमों का प्राथमिक उद्देश्य क्या है?

1. शुल्क आय उत्पन्न करना
2. पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करना

- III. ग्राहक के विवादों का निपटारा करना
- IV. निजी बीमा कंपनियों की बाजार की हिस्सेदारी को नियंत्रित करना

ख). भारत में बीमा नियामक ढांचा

बीमा अधिनियम, 1938 और बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण, 1999 भारत में बीमा विनियमों का आधार बनते हैं। इसके अलावा देश में कुछ अन्य कानून हैं जो प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से बीमा व्यवसाय के लिए लागू होते हैं।

1. बीमा अधिनियम, 1938

बीमा अधिनियम, 1938 भारत में बीमा व्यवसाय को नियंत्रित करने वाला देश का आधारभूत बीमा कानून है। इसे बीमा करने वाले लोगों के हितों की रक्षा करने के लिए बनाया गया है जिसमें बीमा कंपनियों की गतिविधियों पर प्रभावी नियंत्रण के लिए व्यापक प्रावधान शामिल हैं। यह 1 जुलाई 1939 को प्रभावी हुआ था। अधिनियम के कानूनी प्रावधानों को मजबूत करने के लिए समय-समय पर इस अधिनियम में संशोधन किया गया है।

बीमा अधिनियम 1938 में बीमा कंपनियों की गतिविधियों की निगरानी और नियंत्रण के लिए प्रावधान किए गए हैं; अधिनियम की कुछ महत्वपूर्ण धाराओं को नीचे सूचीबद्ध किया गया है:

- क) बीमा कंपनियों का पंजीकरण और पंजीकरण का नवीनीकरण
- ख) कंपनी के लिए पर्याप्त पूंजी रखने और शोधन क्षमता बनाए रखने की आवश्यकता। (शोधन क्षमता एक बीमा कंपनी को दावों का भुगतान करने और दिवालिया नहीं होने में सक्षम बनाती है)।
- ग) यह अनिवार्यता कि बीमा कंपनियों की संपत्तियों का निवेश केवल उसके लिए निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया जाना चाहिए।
- घ) लेखा परीक्षा कराने और नियामक को रिटर्न जमा करने की आवश्यकता
- च) ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्रों की ओर बीमा कंपनियों के दायित्व
- छ) पॉलिसियों के समनुदेशन, हस्तांतरण और नामांकन के लिए नियम
- ज) प्रबंधन के खर्चों की सीमाएं
- झ) एजेंटों को लाइसेंस देना और उनके पारिश्रमिक (धारा 40 से 44 तक)
- ट) भारत में एक बीमा पॉलिसी लेने, नवीनीकृत करने और जारी रखने के लिए किसी भी व्यक्ति को एक प्रलोभन के रूप में छूट का उपयोग करने का निषेध (धारा 41)
- ठ) जोखिम स्वीकार करने से पहले प्रीमियम का अग्रिम भुगतान (धारा 64VB)
- ड) नुकसानों के सर्वेक्षण की आवश्यकता

2. बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999

भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) की स्थापना वर्ष 2000 में संसद के एक अधिनियम [अर्थात् बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999] द्वारा बीमा उद्योग को विनियमित और विकसित करने के लिए एक स्वतंत्र प्राधिकरण के रूप में की गयी थी।

आईआरडीएआई अधिनियम की प्रस्तावना यह कहती है:

"बीमा पॉलिसियों के धारकों के हितों की रक्षा करने, बीमा उद्योग को विनियमित करने, बढ़ावा देने और उसका सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करने तथा उससे जुड़े या उसके आकस्मिक मामलों के लिए एक प्राधिकरण की स्थापना का प्रावधान करने वाला एक अधिनियम।"

आईआरडीएआई ने बीमा कंपनियों और बिचौलियों दोनों पर दायित्व तय करते हुए पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए विनियमों का निर्धारण किया है। इन विनियमों में बिक्री के समय, पॉलिसी की सेवा प्रदान करने, दावों की सेवा प्रदान करने की दिशा में और अपने खर्चों पर नियंत्रण करने तथा पॉलिसीधारकों के लिए प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए निवेश और वित्तीय ताकत संबंधी बीमा कंपनियों के दायित्व निर्धारित किए गए हैं।

3. बीमा से जुड़े अन्य अधिनियम/विनियम

इसके अलावा, भारत में बीमा व्यवसाय देश के विभिन्न अन्य अधिनियमों/कानूनों से जुड़ा हुआ है, जिनमें से कुछ नीचे सूचीबद्ध हैं:

- क) कामगार मुआवजा अधिनियम, 1923 [2010 में नाम बदल कर और संशोधित कर कर्मचारी मुआवजा अधिनियम 1923 रखा गया]
- ख) कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948
- ग) जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956
- घ) निक्षेप बीमा और प्रत्यय गारंटी निगम अधिनियम, 1961
- च) समुद्री बीमा अधिनियम, 1963
- छ) निर्यात ऋण गारंटी निगम अधिनियम, 1964
- ज) साधारण बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) अधिनियम, 1972
- झ) साधारण बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) संशोधन अधिनियम, 2002
- ट) मोटर वाहन अधिनियम, 1988

ठ) सार्वजनिक देयता बीमा अधिनियम, 1991

ड) उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986

इन सामान्य कानूनों के अलावा बीमा व्यवसाय के संचालन और पॉलिसीधारकों के संरक्षण से संबंधित विशिष्ट मामलों पर समय-समय पर आईआरडीएआई द्वारा कई नियम, आदेश और सर्कुलर जारी किए गए हैं।

स्व-परीक्षण 2

निम्नलिखित में से कौन सी गतिविधि बीमा अधिनियम, 1938 के प्रावधानों के अनुसार निषिद्ध है?

- I. शोधन क्षमता संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए संचिती को अलग करके रखना
- II. बीमा पॉलिसियां बेचने के एक उपकरण के रूप में छूट का प्रयोग
- III. ग्राहकों का पूर्वक्षण
- IV. प्रबंधन के खर्चों को सीमित करना

ग. आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम 2013

1. हालांकि विभिन्न नियम को और इसलिए स्वास्थ्य बीमा को नियंत्रित करते हैं, स्वास्थ्य बीमा एजेंट को आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम 2013 का विशेष अध्ययन करने की जरूरत है। इन विनियमों की महत्वपूर्ण विशेषताओं को नीचे संक्षेप में दिया गया है:

2. कुछ महत्वपूर्ण परिभाषाएं:

स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय या स्वास्थ्य कवर का मतलब ऐसे बीमा अनुबंधों को प्रभावी करना है जो निश्चित लाभ और दीर्घकालिक लाभ, यात्रा बीमा और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर सहित बीमारी लाभ या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या अस्पताल के खर्चों लाभ का प्रदान करते हैं।

पॉलिसी में रुकावट मौजूदा पॉलिसी अवधि के अंत में आती है जब किसी निर्दिष्ट पॉलिसी पर नवीनीकरण के लिए देय प्रीमियम का भुगतान प्रीमियम नवीनीकरण की तिथि से पहले या उसके 30 दिन के भीतर नहीं किया गया है।

कैशलेस सुविधा का मतलब है बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को प्रदान की गयी एक ऐसी सुविधा जहां पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार बीमाधारक द्वारा कराए गए उपचार की लागतों का भुगतान पूर्व-प्राधिकार की मंजूरी की सीमा तक बीमा कंपनी द्वारा सीधे नेटवर्क प्रदाता को किया जाता है।

स्वास्थ्य सह जीवन कॉम्बी उत्पाद का मतलब है ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी के शुद्ध सावधि जीवन बीमा कवर और गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कवर का एक संयोजन प्रदान करते हैं।

नेटवर्क प्रदाता का मतलब है एक बीमा कंपनी द्वारा या एक टीपीए और बीमा कंपनी द्वारा एक साथ मिलकर सूचीबद्ध अस्पतालों या स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा कैशलेस आधार पर एक बीमाधारक को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करना।

पोर्टेबिलिटी का मतलब है पहले से मौजूद बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जनों के लिए प्राप्त क्रेडिट 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 एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसीधारक (परिवार कवर सहित) को प्रदान किया गया अधिकार, बशर्ते कि पिछली पॉलिसी को किसी रुकावट के बिना बनाए रखा गया है।

तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या टीपीए का मतलब है ऐसा कोई व्यक्ति जिसे आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमन, 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त है और एक शुल्क या पारिश्रमिक के बदले एक बीमा कंपनी द्वारा स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के प्रयोजन से सम्मिलित किया गया है।

3. स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का पंजीकरण और दायरा:

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पाद केवल आईआरडीएआई से लाइसेंस प्राप्त कंपनियों द्वारा ही उपलब्ध कराए जा सकते हैं।
2. जीवन बीमा कंपनियां दीर्घकालिक स्वास्थ्य उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं लेकिन इस तरह के उत्पादों के लिए प्रीमियम कम से कम तीन वर्ष के प्रत्येक खंड की अवधि के लिए अपरिवर्तित रहेगा।
3. गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक वर्ष की न्यूनतम अवधि और तीन वर्ष की अधिकतम अवधि के लिए व्यक्तिगत स्वास्थ्य उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं, बशर्ते कि इस अवधि के लिए प्रीमियम अपरिवर्तित रहे।
4. समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की पेशकश किसी भी बीमा कंपनी द्वारा की जा सकती है बशर्ते कि इस तरह के सभी उत्पादों में केवल एक वर्ष का नवीनीकरण योग्य अनुबंध होगा। हालांकि, गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक वर्ष से कम की अवधि के लिए समूह व्यक्तिगत दुर्घटना उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं और किसी भी विशिष्ट घटना के लिए कवरेज प्रदान कर सकती हैं।
5. विदेशी या घरेलू यात्रा बीमा पॉलिसियां केवल एक गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा या तो एक स्टैंडअलोन उत्पाद के रूप में या एक मौजूदा स्वास्थ्य पॉलिसी में किसी ऐड-ऑन कवर के रूप में उपलब्ध करायी जा सकती हैं, बशर्ते कि ऐड-ऑन कवर के लिए प्रीमियम को फ़ाइल और उपयोग प्रक्रिया के तहत प्राधिकरण द्वारा मंजूरी दी गयी है।

4. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए **फाइल और उपयोग की प्रक्रिया**। इसकी चर्चा पहले के एक अध्याय में की गई है।

5. स्वास्थ्य पॉलिसियों से संबंधित सामान्य प्रावधान

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को विभिन्न कवर प्रदान करने के लिए तैयार किया जा सकता है और कवर की सभी प्रासंगिक जानकारियों का अग्रिम में और स्पष्ट रूप से उत्पाद की विवरणी में, दस्तावेजों में और बिक्री प्रक्रिया के दौरान खुलासा किया जाना चाहिए।
2. बीमा कंपनी अन्य स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की ओर पलायन करने के लिए बीमाधारक को मजबूर नहीं करेगी, अगर यह बीमाधारक के लिए नुकसान का कारण बनता है।

3. बीमा कंपनियां अपनी वेबसाइटों पर अपने उत्पादों का वर्णन उपलब्ध कराना सुनिश्चित करेंगी। इस जानकारी में उत्पाद का विवरण, फ़ाइल और उपयोग प्रक्रिया के तहत मंजूर किए गए अनुसार विवरणी की प्रतिलिपियां, प्रस्ताव प्रपत्र, पॉलिसी दस्तावेज की बातें और प्रीमियम की दरें सेवा कर के साथ और उसके बिना, लागू होने के अनुसार शामिल होंगी।
4. नामांकन की सुविधाएं बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 39 के अनुसार प्रस्ताव के समय सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए उपलब्ध होनी चाहिए। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के किसी भी समनुदेशन की अनुमति नहीं दी जाएगी। हालांकि, जीवन-स्वास्थ्य कॉम्बी उत्पादों में बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 38 के अनुसार केवल उत्पाद के जीवन बीमा घटक के लिए समनुदेशन की अनुमति दी जा सकती है।
5. सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां आम तौर पर कम से कम 65 वर्ष की प्रवेश की उम्र का प्रावधान करेंगी और जब एक बार प्रस्ताव को स्वीकार कर लिया जाता है और पॉलिसी जारी कर दी जाती है जिसे उसके बाद किसी रुकावट के बिना समय-समय पर नवीनीकृत किया जाता है, आगे बीमाधारक द्वारा धोखाधड़ी, नैतिक जोखिम और गलतबयानी या असहयोग के मामलों को छोड़ कर आजीवन नवीनीकरण की अनुमति दी जाएगी।
6. बीमाधारक द्वारा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण की मांग को मनमाने ढंग से इनकार नहीं किया जाएगा। अगर इनकार किया जाता है तो बीमा कंपनी इस प्रकार नवीनीकरण के इनकार के लिए पॉलिसीधारक को स्पष्ट कारण प्रदान करेगी।
7. एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण को इस आधार पर इनकार नहीं किया जा सकता है कि बीमाधारक ने पिछले या पहले के वर्षों में एक या अनेक दावा किया था (लाभ आधारित पॉलिसियों के मामले को छोड़ कर जहां पॉलिसी के तहत कवर किए गए लाभ का भुगतान होने के बाद पॉलिसी समाप्त हो जाती है)। उदाहरण के लिए, एक गंभीर बीमारी पॉलिसी में एक गंभीर बीमारी लाभ के भुगतान पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है।
8. पॉलिसी में रुकावट तत्काल नहीं है और नवीनीकरण में देरी को नवीनीकरण की देय तिथि से 30 दिनों तक माफ़ किया जाना चाहिए। पॉलिसी के अर्जित लाभ (संचयी बोनस, पहले से मौजूद बीमारियों की छूट आदि) जारी रहेंगे अगर इन 30 दिनों के भीतर नवीनीकृत कर लिया जाता है। हालांकि ऐसी अवधि के लिए कवरेज उपलब्ध होना आवश्यक नहीं है जब प्रीमियम देय था लेकिन भुगतान नहीं किया गया।
9. प्रचार सामग्री और पॉलिसी दस्तावेज में ऐसी परिस्थितियां स्पष्ट रूप से वर्णित होंगी जिनके तहत एक पॉलिसी समाप्त हो जाती है, जैसे गंभीर बीमारी लाभ पॉलिसियों के मामले में लाभ का भुगतान होने पर।
10. फ्री लुक पीरियड: इसकी चर्चा पहले के एक अध्याय में की गई है। (हाल ही में आईआरडीएआई ने 3 वर्ष के बजाय 1 वर्ष या उससे अधिक की अवधि वाली स्वास्थ्य पॉलिसियों के लिए इस सुविधा का विस्तार किया है)

11. बीमा से पहले स्वास्थ्य जांच की लागत: एक बार प्रस्ताव स्वीकृत हो जाने पर इस तरह की लागत का कम से कम 50% बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाएगा, सिवाय यात्रा बीमा पॉलिसियों के जहां इस तरह की लागतों की प्रतिपूर्ति करने की जरूरत नहीं है।
12. संचयी बोनस: यह क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए अनुमत है। इसकी गणना कैसे की जाएगी, इसके बारे में स्पष्ट रूप से प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में बताया जाएगा।
13. अगर किसी किसी विशेष वर्ष में कोई दावा किया गया है तो उपार्जित संचयी बोनस को उसी दर से घटा दिया जाएगा जिस दर पर यह उपार्जित हुआ है। लाभ आधारित पॉलिसियों पर संचयी बोनस की अनुमति नहीं दी जाएगी।
14. उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की ओर पलायन करने का विकल्प: किसी भी परिवार या समूह पॉलिसी के सदस्यों द्वारा अर्जित क्रेडिट को उपलब्ध कराया जाना चाहिए जब कोई भी सदस्य उस परिवार/समूह से बाहर निकल कर उसी तरह की एक पॉलिसी में जाता है या नवीनीकरण के समय, बशर्ते कि पॉलिसी को किसी रुकावट के बिना बनाए रखा गया है।
15. सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में किसी भी पॉलिसी की पोर्टेबिलिटी (दूसरी बीमा कंपनी के पास जाने पर भी मौजूदा लाभों की निरंतरता) की अनुमति होगी।
16. आयुष कवरेज: बीमा कंपनियां गैर-एलोपैथिक उपचार के लिए कवरेज प्रदान कर सकती हैं बशर्ते कि उपचार किसी सरकारी अस्पताल में या सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त और/या भारतीय गुणवत्ता परिषद्/स्वास्थ्य संबंधी राष्ट्रीय प्रत्यायन बोर्ड या किसी भी अन्य उपयुक्त संस्थान द्वारा मान्यता प्राप्त किसी संस्थान में किया गया है।
17. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रॉस्पेक्टस में इसके नवीनीकरण की शर्तों, कवरेज और उम्र बढ़ने के अनुसार लागू प्रीमियम, पॉलिसी की निश्चित अवधि के बाद या एक निश्चित उम्र के बाद कवर के दायरे में कोई भी बदलाव, क्या नवीनीकरण प्रीमियम किसी संशोधन के अधीन है, विशेष परिस्थितियों का विवरण, यदि कोई है, जहां बीमा कंपनी द्वारा प्रीमियम का अधिभार लगाया जा सकता है (या छूट वापस ली जा सकती है) और वह सीमा जहां तक ऐसा किया जा सकता है, बीमा राशि या कवर का दायरा बढ़ाने की प्रक्रियाएं और शर्तें, सभी अपवर्जन, रद्दकरण की शर्तें और अन्य पहलुओं के संबंध में सभी जानकारी अनिवार्य रूप से सम्मिलित होगी।
18. घोषणाएं केवल प्रस्ताव प्रपत्र का एक हिस्सा होंगी और इन्हें पॉलिसी दस्तावेज में शामिल नहीं किया जाएगा। प्रस्ताव प्रपत्र में मानक घोषणाओं की बातें भी उल्लिखित होंगी।
19. अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में अपवर्जित खर्चों की मानक सूची पर भी विचार किया गया और बाद में स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण के लिए दिशानिर्देश जारी किए गए।
20. बीमित व्यक्तियों के लिए विशेष प्रावधानों पर भी वरिष्ठ नागरिकों के संदर्भ में विचार किया गया जैसे कि प्रीमियम और शर्तों में निष्पक्षता, स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों और वरिष्ठ नागरिकों की शिकायतों का समाधान करने के लिए एक अलग चैनल स्थापित करना।

21. एकाधिक पॉलिसियों के मामले में, अगर किसी बीमाधारक द्वारा एक अवधि में एक या अधिक बीमा कंपनियों से दो या दो से अधिक पॉलिसियां ली गयी हैं तो योगदान का क्लॉज लागू नहीं होगा जहां उपलब्ध कवर/लाभ की प्रकृति निश्चित होती है और उसका उपचार से कोई संबंध नहीं होता है।
22. अगर किसी बीमाधारक द्वारा उपचार की लागतों की क्षतिपूर्ति करने के लिए एक या एक से अधिक बीमा कंपनियों से एक अवधि के दौरान दो या दो से अधिक पॉलिसियां ली गयी हैं तो बीमा कंपनी योगदान का क्लॉज लागू नहीं करेगी लेकिन पॉलिसी धारक को अपनी किसी भी पॉलिसी के संदर्भ में अपने दावे के निपटान की मांग करने का अधिकार होगा। योगदान केवल तभी लागू होगा जब उपचार की लागत चुनी गयी पॉलिसी की स्वीकार्य सीमा से अधिक होगी।

6. बीमालेखन

1. सभी बीमा कंपनियां एक स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन (बीमालेखन) नीति तैयार करेंगी जिसे कंपनी के बोर्ड द्वारा मंजूर किया जाएगा। बीमालेखन नीति को प्राधिकरण के पास फ़ाइल किया जाएगा। कंपनी अपनी आवश्यकता के अनुसार इस नीति को संशोधित करने का अधिकार रखती है, लेकिन प्रत्येक संशोधन को भी प्राधिकरण के पास दर्ज किया जाएगा।
2. स्वास्थ्य बीमा के किसी भी प्रस्ताव को बोर्ड द्वारा मंजूर बीमालेखन नीति के आधार पर पूरी तरह से स्वीकार या इनकार किया जा सकता है। प्रस्ताव के इनकार के कारणों को दर्ज करते हुए उसके बारे में प्रस्तावक को सूचित कर दिया जाएगा।
3. प्रीमियम के अतिरिक्त लिए जाने वाले किसी भी बीमालेखन अधिभार के बारे में बीमाधारक को सूचित कर दिया जाएगा और इस तरह के अधिभार के लिए पॉलिसी जारी करने से पहले पॉलिसीधारक की विशिष्ट सहमति प्राप्त की जाएगी।
4. अगर बीमा कंपनी को पॉलिसी के किसी भी अनुवर्ती चरण में या इसके नवीनीकरण के समय किसी अन्य जानकारी की आवश्यकता है जैसे कि पेशे में बदलाव, तो वह निम्नलिखित कदम उठाएगी -
 - i. बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाने वाला मानक फॉर्म निर्धारित करेगी और इन फॉर्मों को पॉलिसी दस्तावेज का हिस्सा बनाएगी
 - ii. उन घटनाओं का स्पष्ट रूप से उल्लेख करेगी जिनके लिए इस तरह की जानकारी प्रस्तुत करने की आवश्यकता होगी
 - iii. ऐसी स्थिति में लागू शर्तों के बारे में स्पष्ट रूप से बताएगी
5. बीमा कंपनियां शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीनीकरण, एक ही बीमा कंपनी के साथ अनुकूल दावा अनुभव आदि के संबंध में पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने के लिए प्रणालियां या प्रोत्साहन तैयार कर सकती हैं और फ़ाइल एवं उपयोग दिशानिर्देशों के तहत मंजूर किए गए अनुसार इस तरह की प्रणालियों या प्रोत्साहनों के बारे में प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में अग्रिम में खुलासा कर सकती हैं।

7. स्वास्थ्य उत्पादों के मूल्य निर्धारण के सिद्धांत

मोटे तौर पर दिशानिर्देशों में निम्नलिखित बातें होंगी:

- क. प्रस्ताव के समय प्रस्तावकों की पूर्ण उम्र के आधार पर प्रीमियम
- ख. पॉलिसी जारी होने के बाद बीच की अवधि में प्रीमियम दरों में कोई परिवर्तन नहीं
- ग. फ़ाइल एवं उपयोग के तहत मंजूरी के बाद 3 वर्षों तक किसी उत्पाद की दरों को बनाए रखना
- घ. संशोधन के मामले में प्रीमियम दरों के केवल प्रत्याशित परिवर्तन

8. पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण

इसकी चर्चा एक पिछले अध्याय में की गई है।

9. स्वास्थ्य पॉलिसियों का प्रबंधन

इन विनियमों का संबंध कैशलेस सुविधा प्रदान करने से है जिसकी चर्चा पिछले एक अध्याय में की गई है। विनियम यह सुनिश्चित करते हैं कि बीमित व्यक्तियों को प्रदाता नेटवर्क के विवरण के बारे में सूचित कर दिया गया है, यह सुविधा उन सभी नेटवर्क प्रदाताओं के पास उपलब्ध है जिनके साथ बीमा कंपनी का सेवा का समझौता है, भले ही टीपीए बदल गया है या नहीं और अन्य बीमा कंपनियों के साथ प्रदाता नेटवर्कों को साझा करने की जानकारी दी गयी है।

इन विनियमों से संबंधित अन्य क्षेत्र इन बातों पर ध्यान देते हैं

10. नेटवर्क प्रदाताओं को भुगतान और पॉलिसीधारकों के दावों का निपटान

ये विनियम यह स्पष्ट करते हैं कि बीमा कंपनियां बीमाधारकों के दावों के निपटान के लिए टीपीए को किस प्रकार फंड उपलब्ध कराएंगी।

11. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में टीपीए द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं

इसकी चर्चा पिछले एक अध्याय में की गई है।

12. एक टीपीए और एक बीमा कंपनी के बीच समझौता

ये विनियम यह स्पष्ट करते हैं कि टीपीए और बीमा कंपनी के बीच सेवा के मानकों, पारिश्रमिक, समापन आदि सहित कौन सी बातें समझौते में निर्धारित करनी आवश्यक हैं। समझौते की एक प्रति नियामक के पास फ़ाइल की जानी चाहिए।

13. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवा प्रदान करने के लिए टीपीए को बदलना

ये नियम यह स्पष्ट करते हैं कि टीपीए में परिवर्तन के मामले में क्या किया जाना आवश्यक है और ऐसे किसी भी परिवर्तन के बारे में बीमाधारक को कैसे अवगत कराया जाएगा।

14. डेटा और संबंधित मुद्दे

ये नियम यह तय करते हैं कि बीमा कंपनी और टीपीए के बीच डेटा का सहज प्रवाह होना चाहिए और यह कि सभी निपटायी गयी फ़ाइलों को निपटान के 15 दिनों के भीतर टीपीए द्वारा बीमा कंपनी को भेज दिया जाना चाहिए।

15. प्राधिकरण के पास रिटर्न जमा करना

ये विनियम यह तय करते हैं कि सभी बीमा कंपनियों को निर्धारित किए गए अनुसार नियामक के पास रिटर्न जमा करना चाहिए।

घ. बीमा एजेंटों के लिए लागू विनियम

1. बीमा एजेंटों के लिए विनियम

बीमा अधिनियम 1938 (धारा 42 में संशोधन) के अनुसार एक बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए व्यक्ति को पंजीकृत होना आवश्यक है। आईआरडीएआई ने एजेंट की भर्ती से संबंधित नियुक्ति पत्र जारी करने और अन्य मामलों को नियंत्रित करने के लिए भी विनियम जारी किया है। प्रक्रिया में सभी चरणों में इन विनियमों का पालन किया जाना आवश्यक है। बीमा अधिनियम 1938, भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) अधिनियम 1999 और बीमा एजेंटों की नियुक्ति पर नवीनतम दिशानिर्देश, 2015 में वर्णित एजेंटों से संबंधित कुछ महत्वपूर्ण प्रावधानों की चर्चा नीचे की गयी है:

क) बीमा अधिनियम, 1938: एक बीमा एजेंट को धारा 42 के तहत पंजीकृत होना आवश्यक है (पहले इसके लिए लाइसेंस दिया जाता था)। इस धारा के अंतर्गत, एक बीमा एजेंट "बीमा की पॉलिसियों की निरंतरता, नवीनीकरण या पुनर्जीवन से संबंधित व्यवसाय सहित बीमा व्यवसाय मांगने या खरीदने के अपने प्रतिफल में कमीशन या अन्य पारिश्रमिक के माध्यम से भुगतान" प्राप्त करता है या प्राप्त करने के लिए सहमत होता है।

ख) एजेंट एक व्यक्तिगत एजेंट या एक कॉर्पोरेट एजेंट हो सकता है। व्यक्तिगत एजेंट एक बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने वाला व्यक्ति होता है जबकि कॉर्पोरेट एजेंट एक बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने वाले व्यक्ति के अलावा अन्य व्यक्ति होता है। आईआरडीएआई ने विभिन्न प्रकार के एजेंटों के लिए अलग-अलग विनियम जारी किए हैं।

एक एजेंट को 'जीवन' या 'साधारण' या "स्वास्थ्य" बीमा या सभी तीन प्रकार का बीमा करने के लिए नियुक्ति पत्र जारी किया जा सकता है। ऐसे बीमा एजेंट जिनके पास इस तरह के नियुक्ति पत्र होते हैं जो उनको एक जीवन बीमा कंपनी, एक साधारण बीमा कंपनी, एक स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक मोनो-लाइन बीमाकर्ता में से एक सहित दो या दो से अधिक बीमा कंपनियों के लिए एक एजेंट के रूप में कार्य करने की अनुमति देते हैं, उनको "समग्र बीमा एजेंट" कहा जाता है।

ग) संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 यह अनिवार्य करता है कि एक बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए व्यक्ति को एक एजेंट के रूप में धारा 42 के तहत पंजीकृत होना आवश्यक है। भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों की लाइसेंसिंग) विनियम, 2000 और भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों की लाइसेंसिंग) (संशोधन) विनियम, 2002 एजेंटों की "लाइसेंसिंग" से संबंधित विस्तृत प्रावधान करते हैं जैसा कि इसे पहले कहा जाता था। मार्च 2015 में

जारी किए गए नवीनतम दिशानिर्देशों के साथ-साथ स्वास्थ्य बीमा में अलग प्रमाणपत्र के लिए प्रावधान बहुत व्यापक हैं। एजेंटों की नियुक्ति (न कि लाइसेंसिंग जैसा कि यह पहले था) के तरीके में अब एक विशिष्ट बदलाव आया है। ये दिशानिर्देश आईआरडीएआई की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं: www.IRDAIndia.gov.in.

महत्वपूर्ण

प्रतिकूल चयन (एंटी-सेलेक्शन)

यह उन आवेदकों के बारे में बीमा कंपनी की स्वीकृति को दर्शाता है जो सामान्य की तुलना में अधिक जोखिम (या बीमा के लिए अयोग्य) पर हैं लेकिन अपनी वास्तविक हालत या स्थिति के बारे में जानकारी को छिपाते/झूठा साबित करते हैं। उनके आवेदन की स्वीकृति का बीमा कंपनियों पर एक 'प्रतिकूल' प्रभाव पड़ता है क्योंकि सामान्यतः बीमा प्रीमियमों की गणना पॉलिसीधारकों के औसत परिस्थितियों में होने के आधार पर की जाती है (जैसे अच्छे स्वास्थ्य का आनंद लेना/गैर-खतरनाक वातावरण में कार्यरत होना)।

एजेंट बीमा कंपनियों का प्रतिनिधित्व करते हैं और वे बीमा कंपनी और बीमा धारक के बीच मुख्य कड़ी के रूप में काम करते हैं। उनकी भूमिका ग्राहकों को सही उत्पादों की सिफारिश करने और ग्राहकों की जरूरतों को पूरा करने की है। साथ ही उनको बीमित जोखिम को उचित रूप से समझकर बीमा कंपनी के हित में कार्य करना चाहिए जिससे कि बीमा कंपनी के खिलाफ किसी भी प्रतिकूल चयन से बचा जा सके।

2. बीमा एजेंटों के “पंजीकरण” को नियंत्रित करने वाले नियम

बीमा एजेंटों को नियुक्ति पत्र जारी करने और उनके नवीनीकरण से संबंधित नियम और इसे प्राप्त करने की प्रक्रियाओं का उल्लेख बीमा अधिनियम और विनियमों में किया गया है जिनको नीचे सारांशित किया गया है:

क) आवेदक की योग्यताएं

आवेदक को ऐसे किसी भी मान्यता प्राप्त बोर्ड/संस्थान द्वारा आयोजित 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 पर निवास करता है, और अगर आवेदक किसी अन्य स्थान में रहता है तो उसे किसी मान्यता प्राप्त बोर्ड/संस्थान से 10वीं कक्षा या समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण होना चाहिए।

ख) आवेदक की अयोग्यताएं

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42 उपधारा (4) के अनुसार कुछ ऐसी शर्तें हैं जो आवेदक को अयोग्य घोषित करती हैं।

एजेंट पंजीकरण के आवेदक को अयोग्य घोषित किया जाता है अगर वह:

- i. एक नाबालिग है,
- ii. मानसिक रूप से अस्वस्थ है,
- iii. एक सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक गबन या आपराधिक विश्वासघात / धोखाधड़ी / जालसाजी / ऐसा कोई अपराध करने का प्रयास / उसके लिए उकसाने का दोषी पाया गया है,
- iv. किसी बीमा कंपनी या बीमाधारक के विरुद्ध किसी भी धोखाधड़ी, बेईमानी या गलतबयानी में जानबूझकर भाग लेने या मिलीभगत करने का दोषी पाया गया है,
- v. [एक व्यक्ति के मामले में] जिसके पास आवश्यक योग्यता और अधिक से अधिक बारह महीने की एक अवधि के लिए व्यावहारिक प्रशिक्षण नहीं है, जैसा कि प्राधिकरण द्वारा बनाए गए विनियमों द्वारा निर्दिष्ट किया जा सकता है,
- vi. [एक कंपनी या फर्म के मामले में], अगर किसी निदेशक / भागीदार / मुख्य कार्यकारी अधिकारी / अन्य नामित कर्मचारियों के पास अपेक्षित योग्यता और व्यावहारिक प्रशिक्षण उपलब्ध नहीं है और उसने निर्धारित परीक्षा उत्तीर्ण नहीं की है
- vii. आईआरडीए द्वारा निर्मित विनियमों द्वारा निर्दिष्ट के अनुसार आचार संहिता का उल्लंघन करता है

ग) व्यावहारिक प्रशिक्षण

- i. पहली बार एजेंसी पंजीकरण पाने के इच्छुक आवेदक को आईआरडीएआई द्वारा मंजूर किसी संस्थान से जीवन या साधारण या स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में कम से कम **पचास घंटे** का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया होना चाहिए, जो दो से तीन सप्ताह में फैला हो सकता है।
- ii. एक समग्र बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए पहली बार पंजीकरण की मांग करने वाले आवेदक को आईआरडीए द्वारा मंजूर किसी संस्थान से जीवन और/या साधारण बीमा और/या स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय (चाहे जो भी मामला हो सकता है) में कम से कम **पचहत्तर घंटे** का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया होना चाहिए, जो दो से तीन सप्ताह में फैला हो सकता है।
- iii. जहां आवेदक है -

- ✓ भारतीय बीमा संस्थान का एक एसोसिएट/फेलो,
- ✓ भारतीय सनदी लेखाकार संस्थान का एक एसोसिएट/फेलो,
- ✓ भारतीय लागत एवं निर्माण लेखाकार संस्थान का एक एसोसिएट/फेलो,
- ✓ भारतीय कंपनी सचिव संस्थान का एक एसोसिएट/फेलो,
- ✓ भारतीय बीमांकिक सोसायटी का एक एसोसिएट/फेलो,
- ✓ किसी भी राज्य सरकार या केंद्र सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त किसी संस्थान/विश्वविद्यालय से व्यवसाय प्रबंधन में स्नातकोत्तर डिग्री (एमबीए), या
- ✓ किसी भी राज्य सरकार या केंद्र सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त किसी भी संस्थान/विश्वविद्यालय से मार्केटिंग में कोई भी पेशेवर योग्यता रखता हो और एक अनुमोदित संस्था से कम से कम **पच्चीस घंटे** का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया हो।

घ) परीक्षा

आवेदक जीवन या साधारण बीमा या स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में या इनके संयोजन में, चाहे जैसा भी मामला हो, भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई या किसी भी अन्य 'परीक्षा संस्था' द्वारा आयोजित पूर्व-भर्ती परीक्षा उत्तीर्ण किया होना चाहिए। इस तरह की परीक्षा के लिए पाठ्यक्रम आईआरडीएआई द्वारा निर्धारित के अनुसार होगा।

च) देय शुल्क

पहले बीमा एजेंट या समग्र बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए लाइसेंस जारी करने/नवीनीकरण के लिए प्राधिकरण को देय शुल्क दो सौ पचास रुपए था। नए विनियमों में कोई शुल्क भुगतान करने की जरूरत नहीं है।

छ) एजेंट की नियुक्ति के लिए आवेदन करने की प्रक्रिया (2015 के दिशानिर्देशों के अनुसार)

एजेंट की नियुक्ति की प्रक्रिया आम तौर पर बीमा कंपनी द्वारा एक उम्मीदवार को व्यावहारिक प्रशिक्षण के लिए प्रायोजित करने के साथ शुरू होती है। अनिवार्य प्रशिक्षण पूरा होने पर आवेदक को एक लिखित परीक्षा में बैठने के लिए निर्धारित प्रारूप में आवेदन करना होता है।

अपनी लिखित परीक्षा में सफल होने पर आवेदक प्रायोजक बीमा कंपनी के "नामित अधिकारी" को अपने पैन कार्ड की प्रति के साथ फॉर्म I-ए में एक आवेदन देगा। ("नामित अधिकारी" का मतलब है एक एजेंट के रूप में व्यक्ति की नियुक्ति करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत अधिकारी)।

नामित अधिकारी को अपने आपको यह संतुष्ट करना होता है कि

- क. फॉर्म I-ए में आवेदन पूर्ण है और साथ में आवेदक के पैन कार्ड की एक प्रति संलग्न है।
- ख. आवेदक ने बीमा एजेंटों के लिए अपेक्षित परीक्षा(एं) उत्तीर्ण कर ली है।
- ग. आवेदक को अन्यथा अधिनियम के अनुसार एक बीमा एजेंट बनने से अयोग्य घोषित नहीं किया गया है।
- घ. आवेदक के पास बीमा व्यवसाय मांगने और प्राप्त करने तथा पॉलिसीधारकों को आवश्यक सेवा प्रदान करने के लिए अपेक्षित जानकारी है।
- च. आवेदक के पास एक से अधिक जीवन बीमा कंपनियों, एक गैर-जीवन बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी या प्रत्येक मोनो लाइन बीमा कंपनियों में से एक का एजेंसी नियुक्ति पत्र नहीं है।
- छ. आवेदक को काली सूची में नहीं डाला गया है।

(अंतिम दो को आईआरडीएआई के पास उपलब्ध एजेंटों और काली सूची में डाले गए एजेंटों की केंद्रीकृत सूची से पैन कार्ड के विवरण के आधार पर सत्यापित किया जा सकता है।)

एक बार इस बात से संतुष्ट हो जाने पर कि आवेदक उपरोक्त सभी आवश्यकताओं को पूरा करता है, और फिट तथा उपयुक्त है, नामित व्यक्ति आवेदन प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर एजेंट को एक नियुक्ति पत्र जारी करेगा। नियुक्ति पत्र में नियुक्ति की शर्तों और एजेंट के कार्यों के साथ-साथ उसके द्वारा पालन की जाने वाली आचार संहिता का विवरण शामिल होगा। उसके बाद कंपनी के एक एजेंट के रूप में आवेदक की पहचान कराने वाले एजेंट के पहचान पत्र के साथ नियुक्ति पत्र 7 दिनों के भीतर एजेंट को भेज दिया जाना चाहिए। एजेंट को अपने नाम के प्रारंभिक अक्षरों का उपसर्ग जोड़ कर एक एजेंट कोड आवंटित किया जाएगा। नियुक्ति 3 वर्ष की अवधि के लिए मान्य है जब तक कि इसे समाप्त या आत्मसमर्पण नहीं किया जाता है।

ऐसे सभी नियुक्तियों के विवरण के साथ-साथ नवीनीकरण या काली सूची में डाले गए नामों के सभी मामलों को तुरंत आईआरडीएआई के पोर्टल पर अपडेट किया जाना चाहिए।

अगर आवेदक दिशानिर्देशों में निर्धारित किसी भी शर्त को पूरा नहीं करता है, नामित अधिकारी एजेंसी की नियुक्ति प्रदान करने से मना कर सकता है। अगर नामित अधिकारी इस विनियम के तहत एक एजेंसी नियुक्ति को नवीनीकृत करने से मना कर देता है तो उसके लिए 21 दिनों के भीतर लिखित में आवेदक को कारण बताया जाना चाहिए। भावी एजेंट बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त अपीलीय प्राधिकरण के पास इसके खिलाफ अपील कर सकता है जो समीक्षा आवेदन पर विचार करेगा और 15 दिनों के भीतर अंतिम निर्णय होगा।

एक समग्र बीमा एजेंट के आवेदक को फॉर्म I-ए के बजाय समग्र एजेंसी आवेदन फॉर्म I-बी में संबंधित जीवन, गैर-जीवन, स्वास्थ्य या मोनो-लाइन बीमा कंपनी के नामित अधिकारी के पास आवेदन लागू करना चाहिए।

3. एजेंट की आचार संहिता

आईआरडीए विनियम यह निर्धारित करते हैं कि एक बीमा एजेंट के रूप में पंजीकृत हर व्यक्ति नीचे निर्दिष्ट आचार संहिता का पालन करेगा: -

क) हर बीमा एजेंट यह करेगा -

- i. खुद की और उस बीमा कंपनी की पहचान करेगा/करेगी जिसका/जिसकी वह एक एजेंट है;
- ii. संभावित ग्राहक की मांग पर उसको अपना एजेंसी नियुक्ति पत्र दिखाएगा/दिखाएगी;
- iii. अपनी बीमा कंपनी द्वारा बिक्री के लिए उपलब्ध कराए गए बीमा उत्पादों के संबंध में आवश्यक जानकारी को ध्यान से समझाएगा और एक विशेष बीमा योजना की सिफारिश करते समय संभावित ग्राहक की जरूरतों को ध्यान में रखेगा;
- iv. अगर वह प्रतिस्पर्धी उत्पाद की पेशकश करने वाली एक से अधिक बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करता है तो संभावित ग्राहक को उत्पादों के बारे में ग्राहक के सर्वोत्तम हित में उचित तरीके से सलाह देगा;
- v. संभावित ग्राहक द्वारा पूछे जाने पर बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन के पैमाने का खुलासा करेगा;
- vi. बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के लिए बीमा कंपनी द्वारा वसूल किए जाने वाले प्रीमियम के बारे में स्पष्ट करेगा;
- vii. संभावित ग्राहक को बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में आवश्यक जानकारी की प्रकृति और एक बीमा अनुबंध की खरीद में महत्वपूर्ण जानकारी के प्रकटीकरण के महत्व को समझाएगा;

viii. संभावित ग्राहक के बारे में सभी प्रकार की उचित पूछताछ करके बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए गए 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 महत्वपूर्ण तथ्य को बीमा कंपनी की जानकारी में लाएगा जो प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में बीमा कंपनी के बीमालेखन संबंधी निर्णय को प्रतिकूल तरीके से प्रभावित कर सकता है।

ix. बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति के बारे में संभावित ग्राहक को तुरंत सूचित करेगा;

x. बीमा कंपनी के पास प्रस्ताव प्रपत्र दाखिल करने के समय आवश्यक दस्तावेज; और बाद में प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा मांगे गए अन्य दस्तावेज प्राप्त करेगा,

xi. बीमा कंपनी द्वारा दावों के निपटान की आवश्यकताओं के अनुपालन में पॉलिसीधारक या दावेदारों या लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

xii. प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसीधारक को नामांकन या समनुदेशन या पते में परिवर्तन करने या विकल्पों का प्रयोग करने, चाहे जैसा भी मामला हो, की सलाह देगा और जहां आवश्यक हो, इस संबंध में आवश्यक सहायता प्रदान करेगा,

ख) कोई भी बीमा एजेंट यह नहीं करेगा -

- i. एक बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त किए बिना बीमा व्यवसाय मांगना या प्राप्त करना;
- ii. संभावित ग्राहक को प्रस्ताव प्रपत्र में कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छोड़ देने के लिए प्रेरित करना;
- iii. प्रस्ताव की स्वीकृति के लिए बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए गए प्रस्ताव प्रपत्र या दस्तावेजों में गलत जानकारी देने के लिए प्रस्तावक को प्रेरित करना;
- iv. बीमा व्यवसाय मांगने या प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार की मल्टी-लेवल मार्केटिंग का सहारा लेना
- v. संभावित ग्राहक के साथ अभद्र तरीके से व्यवहार करना;
- vi. किसी भी अन्य बीमा एजेंट द्वारा पेश किए गए किसी भी प्रस्ताव के साथ हस्तक्षेप करना;
- vii. अपने बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, नियमों और शर्तों के अलावा अन्य विकल्पों की पेशकश करना;
- viii. एक बीमा अनुबंध के तहत लाभार्थी से आय का एक हिस्सा मांगना या प्राप्त करना;

- ix. किसी पॉलिसीधारक को मौजूदा पॉलिसी को समाप्त करने और इस तरह के समापन की तिथि से तीन वर्ष के भीतर अपने पास से एक नया प्रस्ताव लेने के लिए जोर डालना;
- x. एक कॉर्पोरेट एजेंट के मामले में, बीमा व्यवसाय का एक ऐसा पोर्टफोलियो रखना जिसके तहत प्रीमियम किसी एक व्यक्ति (जो एक आदमी नहीं है) या एक संगठन या संगठनों के एक समूह से किसी भी वर्ष में कुल प्राप्त प्रीमियम के पचास प्रतिशत से अधिक हो;
- xi. एक बीमा एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए नई एजेंसी की नियुक्ति का आवेदन देना, अगर उसकी एजेंसी की नियुक्ति को पहले नामित व्यक्ति द्वारा रद्द कर दिया गया था, और इस तरह रद्द किए जाने की तारीख से पांच वर्षों की अवधि नहीं बीती है;
- xii. किसी बीमा कंपनी का एक निदेशक होना या रहना;

ग) व्यवसाय की सुरक्षा और नवीनीकरण

हर बीमा एजेंट खुद के माध्यम से पहले से प्राप्त बीमा व्यवसाय को बनाए रखने के दृष्टिकोण के साथ मौखिक और लिखित रूप में पॉलिसीधारक को नोटिस देकर निर्धारित समय के भीतर पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम का प्रेषण सुनिश्चित करने के लिए हर संभव कोशिश करेगा। इसका मतलब है एजेंट को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि नवीकरण पर प्रीमियम का भुगतान काफी पहले किया जाता है या अन्यथा बीमा कंपनी द्वारा जोखिम को स्वीकार नहीं किया जाएगा।

4. दंड/जुर्माना

- क. कोई भी व्यक्ति जो अधिनियम के उल्लंघन में एक बीमा एजेंट के रूप में कार्य करता है, एक दंड का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है जो 10,000 रुपए तक का हो सकता है।
- ख. कोई भी बीमा कंपनी या बीमा कंपनी की ओर से काम करने वाला व्यक्ति जो एक ऐसे व्यक्ति को बीमा एजेंट के रूप में नियुक्त करता है जिसे ऐसा करने की अनुमति नहीं है या ऐसे व्यक्ति के माध्यम से भारत में कोई बीमा व्यवसाय का लेनदेन करता है तो वह एक दंड का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है जो 1 करोड़ रुपए तक हो सकता है।
- ग. बीमा कंपनी आचार संहिता के उल्लंघन सहित अपने एजेंटों के किसी भी कृत्य या चूक के लिए जिम्मेदार होगी और एक दंड का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होगी जो 1 करोड़ रुपए तक का हो सकता है।

5. जांच करने के लिए प्राधिकरण का अधिकार

प्राधिकरण एक बीमा एजेंट के मामलों की जांच करने के लिए अपने एक या एक से अधिक अधिकारी को एक "जांच अधिकारी" के रूप में नियुक्त कर सकता है ताकि यह पता लगाया और देखा जा सके कि क्या उसके द्वारा यह व्यवसाय अधिनियमों, विनियमों और प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किए गए निर्देशों के अनुसार लाया गया है, इसके अलावा वह एजेंट के बही-खातों, रिकॉर्डों और दस्तावेजों की भी जांच करेगा। हालांकि, इस तरह की जांच बीमा एजेंट द्वारा किए गए बीमा व्यवसाय से संबंधित मामलों तक ही सीमित रहेगी।

जांच के प्रयोजनों में निम्न बातें शामिल हो सकती हैं, लेकिन यहीं तक सीमित नहीं हैं:

1. अधिनियम के प्रावधानों, नियमों, विनियमों आदि के अनुपालन की निगरानी करना
2. किसी भी बीमाधारक, किसी भी बीमा कंपनियों, अन्य हितधारकों या एजेंट की बीमा संबंधी गतिविधियों पर प्रभाव डालने वाले किसी भी मामले पर किसी भी अन्य व्यक्ति से प्राप्त गंभीर प्रकृति की शिकायतों की जांच करना
3. बीमा व्यवसाय के उचित विकास के हित में या पॉलिसीधारक के हित के संरक्षण में बीमा एजेंट के मामलों में जांच-पड़ताल करना।

जांच अधिकारी जांच प्रक्रिया के दौरान शपथपूर्वक बीमा एजेंट या किसी भी अन्य व्यक्ति की जांच कर सकता है जिसके पास किसी भी पुस्तिका, लेखा या अन्य दस्तावेजों का स्वामित्व के या नियंत्रण होना पाया जाता है। ऐसी जांच-पड़ताल के दौरान बीमा एजेंट या ऐसे व्यक्ति द्वारा दिए गए किसी भी बयान को उसके बाद दिशानिर्देशों के तहत किसी भी कार्यवाही में साक्ष्य के रूप में इस्तेमाल किया जा सकता है।

इसके अलावा प्राधिकरण बीमा एजेंट से किसी भी अन्य जानकारी की मांग कर सकता है और वह उसे प्राधिकरण द्वारा उसमें संदर्भित समय सीमाओं के भीतर प्रस्तुत करेगा।

6. एजेंट की नियुक्ति का निलंबन

किसी एजेंट की नियुक्ति को उचित नोटिस भेजने के बाद और उसे सुनवाई के लिए उचित अवसर दिए जाने के बाद रद्द या निलंबित किया जा सकता है अगर वह:-

1. बीमा अधिनियम, 1938 के प्रावधानों, भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 या उसमें दिए गए नियमों या विनियमों का उल्लंघन करता है, जिसमें समय-समय पर संशोधन किया जा सकता है।
2. उपरोक्त किसी भी योग्यता को आकर्षित करता है।

3. ऊपर निर्धारित आचार संहिता और समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किए गए दिशानिर्देशों का पालन करने में विफल रहता है।
4. नियुक्ति की शर्तों का उल्लंघन करता है।
5. बीमा कंपनी या प्राधिकरण द्वारा अपेक्षित एक एजेंट के रूप में अपनी गतिविधियों से संबंधित कोई भी जानकारी को प्रस्तुत करने में विफल रहता है।
6. प्राधिकरण द्वारा जारी किए गए दिशानिर्देशों का पालन करने में विफल रहता है।
7. गलत या झूठी जानकारी प्रस्तुत करता है; या एजेंट की नियुक्ति के लिए प्रस्तुत आवेदन या इसकी वैधता की अवधि के दौरान तथ्यों का खुलासा करने में विफल रहता है।
8. बीमाकर्ता/प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर अपेक्षित रिटर्न जमा नहीं करता है।
9. प्राधिकरण द्वारा किए गए किसी भी निरीक्षण या जांच में सहयोग नहीं करता है।
10. पॉलिसीधारकों की शिकायतों का समाधान करने में विफल रहता है या इस संबंध में प्राधिकरण को एक संतोषजनक जवाब देने में विफल रहता है।

7. बीमा कंपनी द्वारा एजेंटों की नियुक्ति के लिए सामान्य शर्तें

1. बीमा कंपनी निर्धारित किए गए अनुसार एजेंसी के मामलों को कवर करने के लिए एक 'बोर्ड स्वीकृत नीति' तैयार करेगी और प्रत्येक वर्ष 31 मार्च से पहले प्राधिकरण के पास उसे फाइल करेगी।
2. कोई भी व्यक्ति एक से अधिक जीवन बीमा कंपनी, एक साधारण बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक अन्य मोनो-लाइन बीमा कंपनियों में से एक के लिए एक बीमा एजेंट के रूप में काम नहीं करेगा।
3. कोई भी व्यक्ति जो इस अधिनियम के प्रावधानों के उल्लंघन में एक बीमा एजेंट के रूप में कार्य करता है, वह एक जुर्माना भुगतने के लिए उत्तरदायी होगा जो दस हजार रुपये तक का हो सकता है।
4. कोई भी बीमा कंपनी या बीमा कंपनी की से काम करने वाला बीमा कंपनी का कोई प्रतिनिधि जो एक ऐसे व्यक्ति को बीमा एजेंट के रूप में नियुक्त करता है जिसे ऐसा कार्य करने या भारत में किसी भी बीमा व्यवसाय का लेनदेन करने की अनुमति नहीं है तो वह एक जुर्माना भरने के लिए उत्तरदायी होगा जो एक करोड़ रुपये तक का हो सकता है।

5. कोई भी बीमा कंपनी बीमा कानून (संशोधन) अध्यादेश 2014 के प्रारंभ होने पर या उसके बाद किसी भी प्रधान एजेंट, मुख्य एजेंट और विशेष एजेंट की नियुक्ति नहीं करेगा और उनके माध्यम से भारत में किसी भी बीमा व्यवसाय का लेनदेन नहीं करेगा।
6. कोई भी व्यक्ति मल्टी-लेवल मार्केटिंग योजना के माध्यम से एक बीमा पॉलिसी लेने, नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी भी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से एक प्रलोभन की अनुमति नहीं देया या ऐसी पेशकश करने की अनुमति नहीं देगा।
7. प्राधिकरण इस संबंध में प्राधिकृत अधिकारी के माध्यम से मल्टी लेवल मार्केटिंग योजनाओं में शामिल संस्था या व्यक्तियों के संबंध में उपयुक्त पुलिस अधिकारियों के पास शिकायत कर सकता है।
8. प्रत्येक बीमा कंपनी और प्रत्येक नामित अधिकारी जो किसी बीमा कंपनी की ओर से बीमा एजेंटों की नियुक्ति के लिए काम कर रहा है, अपने द्वारा नियुक्त प्रत्येक बीमा एजेंट का नाम और पता दर्शाते हुए एक रजिस्टर अपने पास रखेगा, उस रजिस्टर में उसकी नियुक्ति शुरू होने की तिथि और वह तिथि शामिल होगी, यदि कोई है, जब उसकी नियुक्ति को समाप्त किया गया था।
9. ऊपर (8) में उल्लिखित के अनुसार रिकॉर्ड बीमा कंपनी के पास बीमा एजेंट की सेवा अवधि के दौरान और नियुक्ति की समाप्ति से पांच वर्ष की अवधि तक मौजूद रहेंगे।

8. प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त मौजूदा एजेंट

1. विभिन्न बीमा कंपनियों के बीमा एजेंटों के रूप में कार्य करने के लिए प्राधिकरण द्वारा जारी वैध लाइसेंस रखने वाले बीमा एजेंट और ऐसे एजेंट जिनके लाइसेंस स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों /भारत की एआईसी को प्राधिकारी द्वारा प्रदत्त विशेष अनुमति के तहत स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों/एग्रीकल्चर इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के साथ जोड़ा गया है, उनको संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा नियुक्त किया गया माना जाएगा और वे संबंधित स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों/भारत की एआईसी के बीमा एजेंटों के रूप में काम करना जारी रखेंगे।
2. बीमा कंपनी के नामित अधिकारी इन दिशानिर्देशों के प्रारंभ होने से पहले एजेंट को प्राधिकरण की ओर से जारी किए एजेंसी लाइसेंस और पहचान पत्र को प्राप्त करेंगे और इन दिशानिर्देशों के प्रारंभ होने के 90 दिनों के भीतर इन दिशानिर्देशों के तहत एजेंटों को नियुक्ति पत्र और नया पहचान पत्र जारी करेंगे।

3. प्राधिकरण की ओर से जारी किए गए और बीमा कंपनी द्वारा प्राप्त एजेंसी लाइसेंस और पहचान कार्ड और बीमा कंपनी द्वारा जारी किए गए नए नियुक्ति पत्र को बीमा कंपनी द्वारा सावधानी पूर्वक संरक्षित रखा जाना चाहिए ताकि जब कभी भी मांग होने पर इसे प्राधिकरण के समक्ष प्रस्तुत किया जा सके।

4. रियायतों का निषेध

किसी भी बिचौलिए (मध्यस्थ) को किसी भी व्यक्ति को बीमा पॉलिसी लेने को प्रेरित करने के लिए प्रलोभन देने की अनुमति नहीं है। इसलिए बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 41 बीमा एजेंट के लिए एक महत्वपूर्ण धारा है। इसे इस प्रकार पढ़ा जाता है:

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

बशर्ते कि एक बीमा एजेंट द्वारा अपने खुद के जीवन पर उसके द्वारा ली गयी जीवन बीमा की पॉलिसी के संबंध में कमीशन की स्वीकृति इस उप-धारा के अर्थ के भीतर प्रीमियम की छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा अगर इस तरह की स्वीकृति के समय बीमा एजेंट यह स्वीकार करते हुए निर्धारित शर्तों को संतुष्ट करता है कि वह बीमा कंपनी द्वारा नियोजित एक प्रामाणिक बीमा एजेंट है। "

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

इसमें कहा गया है कि **एक एजेंट बीमा कंपनी की अनुमति के मामले को छोड़कर, पॉलिसीधारक को एक प्रलोभन के रूप में प्रीमियम पर किसी भी छूट की पेशकश नहीं कर सकता है।**

स्व-परीक्षण 3

एक जीवन बीमा कंपनी और एक साधारण बीमा कंपनी दोनों के लिए एक एजेंट के रूप में कार्य करने का लाइसेंस रखने वाले बीमा एजेंटों को _____ कहा जाता है।

- I. आम बीमा एजेंट
- II. समग्र बीमा एजेंट
- III. एकाधिक बीमा एजेंट
- IV. साधारण बीमा एजेंट

च. बीमा के बिचौलिए और उनकी भूमिकाएं

1. बीमा के अन्य बिचौलिए

एजेंटों के अलावा बैंक और ब्रोकर सहित कॉर्पोरेट एजेंट जैसे अन्य बीमा बिचौलिए भी होते हैं जो ग्राहक और बीमा कंपनी के बीच मध्यस्थ का काम करते हैं।

क) कॉर्पोरेट एजेंट

व्यक्तिगत बीमा एजेंटों की तरह कॉर्पोरेट एजेंटों को भी आईआरडीएआई द्वारा लाइसेंस दिया जाता है और बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (कॉर्पोरेट एजेंटों की लाइसेंसिंग) विनियम, 2002 द्वारा नियंत्रित किया जाता है। एक एजेंट केवल एक बीमा कंपनी (एक साधारण, एक जीवन, एक स्वास्थ्य या एक मोनो लाइन) का या समग्र बीमा एजेंट होने पर इनके संयोजन का प्रतिनिधित्व करता है।

ख) बीमा ब्रोकर:

इनको आईआरडीए द्वारा लाइसेंस दिया जाता है और बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (बीमा ब्रोकर) विनियम, 2002 द्वारा नियंत्रित किया जाता है। ये विनियम संबंधित बिचौलियों के लिए आचार संहिता निर्धारित करते हैं। एक बीमा ब्रोकर को ग्राहकों की ओर से बीमा कंपनियों के साथ बीमा अनुबंधों की व्यवस्था करने के लिए आईआरडीए द्वारा लाइसेंस प्राप्त होता है। एक ब्रोकर स्वतंत्र रूप से काम करता है और एक से अधिक जीवन बीमा कंपनी या साधारण बीमा कंपनी या दोनों के साथ काम कर सकता है।

ग) सर्वेक्षक और तृतीय पक्ष व्यवस्थापक:

ये ऐसे मध्यस्थ हैं जो व्यवसाय प्राप्त करने में शामिल नहीं होते हैं। सर्वेक्षक बीमा कंपनियों या बीमाधारक की ओर से नुकसान का आकलन करते हैं। तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर) बीमा कंपनियों के लिए स्वास्थ्य बीमा से संबंधित सेवाएं प्रदान करते हैं।

स्व-परीक्षण 4

इनमें से कौन सा मध्यस्थ व्यवसाय प्राप्त करने में शामिल नहीं होता है?

- I. बीमा दलाल/ब्रोकर
- II. व्यक्तिगत एजेंट
- III. सर्वेक्षक

IV. कॉर्पोरेट एजेंट

बीमा अनुबंध बीमा कंपनी और बीमा धारक के बीच एक समझौता है और यह भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 के प्रावधानों के अंतर्गत आता है।

बीमा का अनुबंध

परिभाषा

बीमा अनुबंध एक ऐसा समझौता है जिसके द्वारा एक पक्ष, जिसे बीमाकर्ता कहा जाता है, एक सहमत प्रतिफल के बदले में, जिसे प्रीमियम कहा जाता है, दूसरे पक्ष को, जिसे बीमाधारक कहा जाता है, एक निर्दिष्ट घटना घटित होने के परिणाम स्वरूप उसको हुए नुकसान की स्थिति में एक धनराशि या वस्तु के रूप में इसके समकक्ष का भुगतान करने का वचन देता है।

अन्य अनुबंधों की तरह बीमा अनुबंध भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 में संहिताबद्ध के अनुसार अनुबंध (संविदा) के कानून के सामान्य सिद्धांतों द्वारा संचालित होते हैं। (इसकी चर्चा अध्याय 2 में की गई है)।

कानून के सामान्य सिद्धांतों के अलावा बीमा अनुबंध भी आम कानून के तहत विकसित और बाद में समुद्री बीमा अधिनियम, 1963 में संहिताबद्ध कुछ विशेष सिद्धांतों द्वारा संचालित होते हैं। बीमा अनुबंध के लिए लागू कानूनी सिद्धांतों की चर्चा एक पिछले अध्याय में की गयी है।

सारांश

क) बीमा विनियमों का मुख्य उद्देश्य पॉलिसीधारक की रक्षा करना है।

ख) भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) अधिनियम 1999 ने बीमा उद्योग को विनियमित करने के प्रयोजन से आईआरडीए को एक स्वतंत्र प्राधिकरण बनाया।

ग) बीमा अधिनियम, 1938 में बीमा कंपनियों की गतिविधियों की निगरानी और नियंत्रण के लिए प्रावधान किए गए हैं।

घ) व्यक्तिगत एजेंट एक बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करने वाला व्यक्ति है जबकि कॉरपोरेट एजेंट व्यक्ति के अलावा अन्य कोई है जो एक बीमा कंपनी का प्रतिनिधित्व करता है।

च) ऐसे बीमा एजेंट जिनको एक से अधिक बीमा कंपनी (चाहे जीवन, साधारण, स्वास्थ्य, मोनो-लाइन बीमा कंपनी और प्रत्येक में से एक) के एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए पंजीकृत किया जाता है, समग्र बीमा एजेंट कहे जाते हैं।

छ) एक एजेंट के रूप में नियुक्ति के लिए पहली बार आवेदन करने वाले आवेदक को एक आईआरडीए द्वारा अनुमोदित संस्थान से जीवन या साधारण या स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में कम से कम पचास घंटे का व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा किया होना चाहिए।

ज) अगर बीमा एजेंट एक एजेंट के रूप में नियुक्ति की चालू अवधि के दौरान किसी भी समय विनियमों में उल्लिखित किसी भी अयोग्यता का सामना करता है तो उसका लाइसेंस रद्द किया जा सकता है।

झ) एक एजेंट बीमा कंपनी द्वारा अनुमत को छोड़कर पॉलिसीधारक को एक प्रलोभन के रूप में प्रीमियम पर किसी भी छूट की पेशकश नहीं कर सकता है।

मुख्य शब्द

क) एजेंट

ख) छूट/रियायत

ग) बिचौलिए/मध्यस्थ

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प ॥ है।

बीमा विनियमों का प्राथमिक उद्देश्य पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करना है।

उत्तर 2

सही विकल्प ॥ है।

बीमा पॉलिसियां बेचने के एक साधन के रूप में छूट का प्रयोग बीमा अधिनियम 1938 के तहत निषेध है।

उत्तर 3

सही विकल्प ॥ है।

ऐसे बीमा एजेंट जिनके पास एक जीवन बीमा कंपनी और एक साधारण बीमा कंपनी दोनों के लिए एक एजेंट के रूप में कार्य करने का लाइसेंस होता है, समग्र बीमा एजेंट कहे जाते हैं।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

सर्वेक्षक बीमा व्यवसाय प्राप्त करने में शामिल नहीं होते हैं।

अध्याय 11

स्वास्थ्य बीमा में कैरियर की संभावनाएं

अध्याय परिचय

पिछले अध्यायों में हमने बिक्री की प्रक्रियाओं और ग्राहक सेवा सहित स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय की विभिन्न अवधारणाओं और प्रथाओं का अध्ययन किया। इस अंतिम अध्याय में आपको स्वास्थ्य बीमा उद्योग में एक एजेंट के कैरियर के बारे में बताया जाएगा। साथ ही इस उद्योग में आपके लिए भविष्य की संभावनाओं के संबंध में भी एक संक्षिप्त जानकारी प्रदान की जाएगी।

अध्ययन के परिणाम

- | |
|---|
| क. एक कैरियर के रूप में बीमा एजेंसी
ख. बीमा क्षेत्र में अलग-अलग कैरियर |
|---|

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. एक कैरियर के रूप में बीमा एजेंसी का आकलन करना।
2. बीमा क्षेत्र में विभिन्न कैरियर के बारे में चर्चा करना।

क. एक कैरियर के रूप में बीमा एजेंसी

बिक्री के क्षेत्र में अपना कैरियर शुरू करते समय किसी व्यक्ति के मन में पहला सवाल हो सकता है कि क्या वह वास्तव में इस काम के लिए उपयुक्त है या नहीं, और क्या वह सफल होगा या नहीं। यहीं से यह सवाल उठता है कि एक अच्छा बिक्री प्रतिनिधि कैसे बना जा सकता है।

1. क्या अच्छा बिक्री प्रतिनिधि (सेल्स पर्सन) कैसे बना जा सकता है?

1964 में हार्वर्ड बिजनेस रिव्यू में एक दिलचस्प अध्ययन प्रकाशित हुआ था, "क्या एक अच्छा विक्रेता बनाया जाता है?"। लेखकद्वय, डेविड मेयर और हरबर्ट एम ग्रीनबर्ग ने सात वर्षों के गहन अनुसंधान के बाद एक रोचक जानकारी प्रस्तुत की थी।

उन्होंने पाया कि एक अच्छे विक्रेता में दो आधारभूत गुण होने चाहिए - सहानुभूति और आत्म-सम्मान (इगो ड्राइव)।

सहानुभूति अन्य व्यक्ति की तरह महसूस करने की क्षमता है जिससे कि उसे एक उत्पाद या सेवा बेचना संभव हो सके। एक विक्रेता को इस बात के प्रति संवेदनशील होना आवश्यक है कि ग्राहक के मन में क्या चल रहा है और एक उचित दृष्टिकोण अपना कर उसके अनुसार तदनुसार संवाद करना चाहिए।

आत्म-सम्मान (इगो ड्राइव) सिर्फ पैसे प्राप्त करने के लिए नहीं बल्कि बिक्री पूरी करने के लिए व्यक्ति की तीव्र इच्छा और प्रयास को दर्शाता है, क्योंकि यह स्वयं की उपलब्धि का एहसास देता है।

दूसरे शब्दों में महान बिक्री प्रतिनिधियों के पास आम तौर पर उत्कृष्टता प्राप्त करने और इस प्रक्रिया में आपकी आर्थिक स्थिति को सुधारने की एक व्यापक भूख होती है। इसके अलावा उनमें एक उद्यमशीलता की भावना भी होती है – अपने कार्य को एक रोमांचक साहसिक कार्य की तरह देखना और जीवन में सफल होने की अपनी खुद की क्षमता में विश्वास और एक ऐसे जॉब की तलाश करना जहां सुरक्षा परिणाम हासिल करने की क्षमता से आती है। उनके पास लोगों से संबंध बनाने और जोड़ने की क्षमता भी होती है। वे अन्य लोगों के साथ नेटवर्क बनाने, दोस्त बनाने और उनको प्रभावित करने में सहज होते हैं।

2. गैर-जीवन बीमा की बिक्री में कैरियर का पुरस्कार

अब तक आप यह जान चुके हैं कि बीमा में बिक्री व्यवसाय की प्रकृति अन्य मामलों से काफी अलग है। अन्य उत्पादों के विपरीत बीमा अमूर्त है। व्यक्ति को अक्सर संभावित ग्राहक के मन में एक आवश्यकता उत्पन्न करना और उसे बीमा खरीदने के लिए प्रेरित करना होता है।

इसमें अवधारणा बेचने का एक बहुत ही उच्च स्तर शामिल है और इसलिए बीमा विक्रेता आम तौर पर सबसे अच्छे बिक्री पेशेवर होते हैं। उनको कमीशन के माध्यम से पारिश्रमिक दिया जाता है ताकि एक एजेंट की कमाई की कोई सीमा ना हो। सीमा उसके अपने मन में निर्धारित होती है – वह जो भी प्रीमियम आय उत्पन्न करता है वही उसकी सीमा होती है।

उच्च आय अर्जित करने की गुंजाइश के अलावा एक बीमा एजेंट काफी जॉब संतुष्टि और सामाजिक सम्मान प्राप्त कर सकता है अगर वह अपना काम एक नैतिक और पेशेवर तरीके से पूरा करता है। पुरस्कारों और सम्मानों को इस प्रकार सूचीबद्ध किया जा सकता है:

- i. समाज के द्वारा एक जानकार पेशेवर के रूप में सामान प्राप्त होना।
- ii. लोगों की समस्याओं का बीमा समाधान प्रदान करने में सक्षम होना काफी सामाजिक महत्व की बात है जिसका लाभ बीमा एजेंटों को मिलता है।
- iii. सामाजिक प्रतिष्ठा जो दुर्भाग्य से पीड़ित लोगों की आर्थिक रूप से सहायता करने में तत्पर होने से आती है।
- iv. किसी दुर्घटना या बीमारी को कवर करने के लिए सही पॉलिसी लेने की सलाह देकर लोगों की मदद करने में सक्षम होना स्वस्थ बीमा एजेंटों के लिए अत्यधिक निजी संतोष की बात है।
- v. एजेंट कई ग्राहकों के साथ काम करते हैं और अपने परस्पर संवाद के दौरान सीखते रहते हैं। एक अवधि के दौरान बीमा एजेंट कई विशेषज्ञों के साथ काम करके कई क्षेत्रों में काफी जानकार हो जाते हैं।
- vi. सफल बीमा एजेंट अपने आसपास एक ब्रांड बनाने में सक्षम होते हैं और बीमा की जानकारी एवं दावों की सलाह प्राप्त करने के लिए एक एकल खिड़की के रूप में जाने जाते हैं।

बीमा एजेंट व्यावहारिक रूप से दुनिया के लगभग हर कोने में मौजूद हैं। **कुछ बाजारों में उनको बीमा सलाहकार भी कहा जाता है।** उनको बीमा के क्षेत्र में उत्पादों की अच्छी जानकारी रखने वालों के रूप में देखा जाता है जो व्यक्तिगत या औद्योगिक जोखिमों को कवर करने के लिए आवश्यक बीमा कवर के सही प्रकार के बारे में लोगों को सलाह दे सकते हैं।

महत्वपूर्ण

बीमा एजेंटों के अनन्य फायदे

बीमा एजेंटों को अपने स्वयं के कैरियर की महत्वाकांक्षाओं के अनुसार काम करने के अनन्य फायदे हैं।

- क) अगर कोई व्यक्ति अपने आपके लिए काम करना चाहता है न कि एक “बॉस” के लिए, तो यह कैरियर का एक शानदार अवसर है।
- ख) अगर कोई एजेंट एक नियमित कमीशन आय चाहता है, तो वह एक निर्धारित संख्या में संभावित ग्राहकों के साथ या नवीनीकरण के लिए एक निश्चित संख्या में मौजूदा ग्राहकों के साथ संपर्क करेगा।
- ग) अगर वह अधिक कमीशन अर्जित करना चाहता है तो वह विकास की अपनी भूख के आधार पर अपने प्रयासों को आगे बढ़ाएगा।
- घ) वह अपने खुद के शर्तों पर काम कर सकता है और उसे सुबह 10 से शाम 5 बजे तक का एक कार्यक्रम बनाने की जरूरत नहीं है। यहां तक कि वह अपनी अन्य प्राथमिकताओं के आधार पर कुछ महीनों में अधिक सक्रिय होने और अन्य महीनों में कम सक्रिय होने का फैसला भी कर सकता है।
- च) अगर उसे बिक्री की भूख है तो वह बीमा में अपने प्रयासों को बैंकिंग जैसे अन्य क्षेत्रों या यहां तक कि शिक्षण जैसे अन्य क्षेत्रों अथवा अपनी रुचि के अनुसार किसी भी क्षेत्र के साथ तालमेल बिटाने में सक्षम हो सकता है।

काम और जीवन का संतुलन जो व्यक्ति अपने स्वयं के कैरियर और महत्वाकांक्षाओं के अनुसार काम करते हुए हासिल करता है, बीमा एजेंटों के लिए एक उपलब्धि है।

3. उभरता परिवेश

एक एजेंट को उस बाहरी परिवेश की जानकारी होनी चाहिए जिसमें वह काम कर रहा है।

- क) भारत में बीमा उद्योग में जीवन और गैर-जीवन दोनों क्षेत्रों में पिछले एक दशक में तीव्र वृद्धि देखी गई है।
- ख) वर्ष 2013-14 में भारत में साधारण बीमा व्यवसाय का सकल प्रत्यक्ष व्यवसाय 77,500 करोड़ रुपए था और यह उद्योग लगभग 15 प्रतिशत की एक अच्छी दर से आगे बढ़ रहा है।
- ग) इसमें से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय 19,700 करोड़ रुपए का था और इसमें तेजी से वृद्धि हो रही है।
- घ) जीवन प्रत्याशा 74 वर्ष पर पहुंचने के साथ भारत की बीमा योग्य आबादी 2020 में 75 करोड़ पर पहुंच जाने की उम्मीद है।
- च) आज भी एक परिवार के लगभग 75% चिकित्सा खर्चों को परिवार द्वारा अपने आप उठाया जाता है और इसलिए स्वास्थ्य बीमा के लिए अपार संभावनाएं मौजूद हैं।

भारतीय बीमा बाजार अभी भी विकास के चरण में है और बढ़ती चिकित्सा लागतों तथा बीमारी की घटनाओं की वजह से स्वास्थ्य क्षेत्र के विकास की संभावना कहीं अधिक है। आज बड़ी संख्या में लोग अपनी बीमा की आवश्यकता के बारे में अपने आप अवगत हो रहे हैं।

2012 के आंकड़ों के अनुसार भारत में गैर-जीवन क्षेत्र का प्रवेश [जो जीडीपी के प्रतिशत के रूप में प्रीमियमों द्वारा निकाला जाता है] अभी भी 0.7% के आसपास है और घनत्व [प्रति व्यक्ति प्रीमियम] अभी भी 550/- रुपए के आसपास है। इससे पता चलता है कि यह बाजार लगभग अभी भी अछूता है और इस क्षेत्र में विकास की काफी गुंजाइश है।

वित्तीय वर्ष 2013-14 के अंत तक 24 कंपनियां जीवन बीमा के क्षेत्र से और 28 कंपनियां साधारण बीमा उद्योग से जुड़ी हुई हैं जिनमें से 5 स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां हैं। भविष्य में कई अन्य कंपनियां बाजार में प्रवेश कर सकती हैं क्योंकि यहां भारी मात्रा में अछूती संभावनाएं मौजूद हैं। इन संभावनाओं को बिक्री के एजेंसी चैनल के माध्यम से वास्तविकता में बदला जा सकता है। क्षेत्र के विकास के साथ-साथ विशेष रूप से बीमा की बिक्री में नए रोजगार की संभावनाएं उपलब्ध होंगी।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से एक बेहतर बिक्री प्रतिनिधि (सेल्स पर्सन) बनने के दो बुनियादी गुण कौन से हैं?

- I. सहानुभूति और इगो ड्राइव
- II. पूर्वाग्रह और घृणा
- III. गर्व और ईमानदारी
- IV. अविश्वास और हठ

ख. बीमा में अलग-अलग कैरियर

एक बीमा एजेंट के रूप में कैरियर कई लोगों के लिए बीमा क्षेत्र के अन्य क्षेत्रों में नए द्वार खोलने के लिए प्रारंभिक बिंदु है। बीमा कंपनियों के फ्रील्ड स्तर और कार्यालय स्तर दोनों में नौकरियां उपलब्ध हैं। एक बीमा एजेंट जो इस प्रकार के कैरियर में आगे बढ़ना चाहता है, उसे निश्चय ही अपने आपको ऐसे आवश्यक ज्ञान और कौशल के साथ सुसज्जित करने की जरूरत होगी जो संबंधित भूमिकाओं के लिए आवश्यक हैं।

इनमें से कुछ कैरियरों की चर्चा नीचे की गयी है:

1. कॉर्पोरेट एजेंट

यह एक ऐसा चैनल है जो केवल हाल के वर्षों में उदारीकरण की प्रक्रिया के एक भाग के रूप में उभरा है। यह "व्यक्तिगत एजेंसी" मॉडल के समान है। यहां एक कॉर्पोरेट निकाय जिसके पास ग्राहकों का अपना वर्ग है, उनके पास जाने और बीमा उत्पाद बेचने की कोशिश करता है।

उदाहरण

एक बड़ी सहकारी समिति जो अपने सदस्यों को विभिन्न उत्पादों का वितरण करने में लगी हुई है, एक बीमा कंपनी का कॉर्पोरेट एजेंट बनने का फैसला कर सकती है।

कॉर्पोरेट एजेंट हो सकता है:

- क) एक फर्म
- ख) कंपनी अधिनियम, 1956 के तहत गठित एक कंपनी
- ग) एक बैंकिंग कंपनी
- घ) एक क्षेत्रीय ग्रामीण बैंक
- च) एक सहकारी समिति/सहकारी बैंक
- छ) एक पंचायत / स्थानीय प्राधिकरण

आईआरडीए के विनियमों की आवश्यकता है कि कॉर्पोरेट एजेंट को एक प्रधान अधिकारी (प्रिंसिपल ऑफिसर) और किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से अनिवार्य प्रशिक्षण प्राप्त करके आए प्रशिक्षित कार्यबल के साथ एक अलग इकाई स्थापित करने की जरूरत है।

कोई व्यक्ति एक कॉर्पोरेट एजेंसी में एक बीमा कार्यकारी के रूप में कैरियर बना सकता है। इसके लिए उसे बीमा उत्पादों के संबंध में उचित रूप से प्रशिक्षित, कुशल और जानकार होने की आवश्यकता होगी।

2. बीमा ब्रोकर

ईआरडीए (बीमा ब्रोकर) विनियम, 2002 ब्रोकिंग पेशे का विवरण देता है। ब्रोकर ऐसे बीमा बिचौलिए हैं जो ग्राहक का प्रतिनिधित्व करते हैं। एक ब्रोकिंग फर्म को एक न्यूनतम पूंजी की आवश्यकता होती है और इसके अधिकारियों को 50 घंटे का प्रशिक्षण प्राप्त करना और एक परीक्षा उत्तीर्ण करना आवश्यक है।

ब्रोकिंग फर्म के साथ कैरियर उन लोगों के लिए एक आकर्षक विकल्प होगा जो बीमा की मार्केटिंग में रुचि रखने वाले किसी व्यक्ति को चुनते हैं।

एजेंट और ब्रोकर दोनों ही बिचौलिए हैं जो बीमा कंपनी और ग्राहक के साथ बातचीत करते हैं।

हालांकि इन दोनों के बीच कुछ अंतर भी हैं जो नीचे दिए गए बॉक्स में दिखाए गए हैं।

एजेंट	ब्रोकर
बीमा कंपनी का एक प्रतिनिधि है और प्रिंसिपल - एजेंट संबंध से संचालित होता है।	एक बीमा ब्रोकर बीमाधारक का प्रतिनिधित्व करता है। ग्राहक/बीमाधारक उसका प्रिंसिपल है।
एजेंट का प्राथमिक संबंध और जिम्मेदारी बीमा कंपनी के प्रति है, बीमा खरीदार के प्रति नहीं।	इसके पास किसी भी एक बीमा कंपनी की सेवा करने के लिए विशेष रूप से कोई अनुबंध नहीं होता है और इससे ग्राहक की विशेष आवश्यकताओं के अनुरूप सही उत्पाद और कंपनी चुनने में ग्राहक के हित का प्रतिनिधित्व करने की अपेक्षा की जाती है।
एजेंट से ईमानदारी से अपनी कंपनी का प्रतिनिधित्व करने और ग्राहक के लिए कंपनी के उत्पादों की श्रेणी में जो कुछ भी उपलब्ध है उसकी पेशकश करने की अपेक्षा की जाती है।	ब्रोकर ग्राहकों की जोखिम प्रोफाइल के लिए उचित जोखिम प्रबंधन रणनीति विकसित करने में अपने ग्राहकों और संभावित ग्राहकों की सहायता करते हैं। वे यह पता लगाने में कि उनके ग्राहक को नियमित रूप से किस प्रकार के जोखिमों का सामना करना पड़ता है, उनके साथ मिलकर काम करते हैं और प्रत्येक प्रकार के जोखिम के लिए बाजार में उपलब्ध पॉलिसियों के बारे में उनको समझाते हैं। ब्रोकर ग्राहकों को अपनी बीमा पॉलिसियों का चयन करने में सावधानी बरतने और कटौतियों तथा स्वयं-बीमा प्रतिधारणों का उपयोग करके उनके प्रीमियमों को कम करने की सलाह देते हैं।

3. बैंकएश्योरेंस

'बैंकएश्योरेंस' शब्द मोटे तौर पर बैंकों और बीमा कंपनियों के बीच एक गठबंधन को दर्शाता है जिसमें वे अपने ग्राहक आधार में बीमा उत्पादों का वितरण करते हैं। यह विश्व स्तर पर एक महत्वपूर्ण वितरण चैनल के रूप में उभरा है और यह परिचालन लागत एवं क्षमता के मामले में उपलब्ध कराए जाने वाले लाभों के कारण अपेक्षाकृत कम समय में कामयाबी के शिखर पर पहुंचा है। यह बैंकों के लिए सुलभ व्यापक उपभोक्ता नेटवर्क की वजह से संभव हुआ है।

भारत में बैंकएश्योरेंस अभी भी काफी नया है। हालांकि इसमें अपार संभावनाएं हैं जो इसके द्वारा पहले से की गयी तीव्र प्रगति में देखा जाता है। भारत में दो व्यापक बैंकएश्योरेंस मॉडल हैं:

क) एक, जहां बैंक एक बीमा कंपनी का कॉर्पोरेट एजेंट बन जाता है और बीमा उत्पादों को बेचने के लिए अपने ग्राहक आधार का फ़ायदा उठाता है। इस मामले में बैंक के कर्मचारियों को बीमा कंपनी के उत्पादों की बिक्री का कार्यभार दिया जाता है।

ख) एक रेफरल मॉडल, जहां बैंक डेटा बेस के साथ बीमा कंपनी का समर्थन करता है, जबकि बीमा उत्पादों की बिक्री बीमा कंपनी द्वारा की जाती है।

पहला विकल्प, जहां बैंक एक बीमा कंपनी के कॉर्पोरेट एजेंट बन जाते हैं, तेजी से आगे बढ़ रहा है। इस चैनल के लिए काफी संभावनाएं मौजूद हैं क्योंकि बैंकों के पास पूरे भौगोलिक प्रसार में एक विशाल पहुंच होती है और अपने ग्राहकों द्वारा समर्थित एक मजबूत ब्रांड होता है।

बैंकएश्योरेंस तेजी से बढ़ रहा है और इसमें एक बड़ी संख्या में बीमा बिक्री कर्मियों की जरूरत है। यह बीमा एजेंट के लिए आकर्षक संभावनाएं प्रदान करता है। जब कुछ कंपनियों के बीमा उत्पादों के वितरण की बात आती है, यह चैनल पहले से लगभग एक "एकाधिकार" बनने की स्थिति में आ गया है।

4. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)

हमने यह चर्चा कर ली है कि कैसे टीपीए पॉलिसी प्रबंधन के पहलू से बीमा कंपनियों के ग्राहकों को सेवाएं प्रदान करने में सहयोग करते हैं जैसे पहचान कार्ड जारी करने से लेकर दावा निपटान कार्य पूरा करने तक। यह एक अन्य क्षेत्र है जो स्वास्थ्य उद्योग के तेजी से विकसित होने के बावजूद काफी उभर रहा है और स्वास्थ्य बीमा पेशेवरों के लिए एक कैरियर के रूप में एक अन्य मार्ग उपलब्ध कराता है।

5. कैरियर के अन्य अवसर

पिछले अनुच्छेदों में हमने व्यक्तिगत एजेंसी चैनल के अलावा वितरण चैनलों के विभिन्न प्रकारों पर

विचार किया जो बीमा उद्योग में बिक्री/मार्केटिंग कैरियर के अवसर प्रदान करते हैं। आइए अब हम एक बीमा कंपनी में विकास के अवसर के कुछ अन्य क्षेत्रों की पड़ताल करें।

क) मार्केटिंग प्रोफेशनल

बीमा एजेंट का काम और कैरियर उस शाखा के साथ जुड़े होने की संभावना रहती है जिनके साथ वे संलग्न होते हैं या पेशेवर कार्यकारी जो व्यवसाय में सफलता प्राप्त करने के लिए एजेंट को मार्गदर्शन और समर्थन प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होते हैं। इनमें निम्नलिखित व्यक्ति शामिल हैं:

- i. **शाखा प्रबंधक:** शाखा में कार्य और उत्पादकता के लिए एक अनुकूल वातावरण तैयार करने के संबंध में महत्वपूर्ण व्यक्ति है। वह शाखा क्षेत्र में कंपनी का प्रतिनिधित्व करता है और शाखा परिवार का मुखिया होता है। उसे शाखा के विकास और लाभप्रदता की अंतिम जिम्मेदारी होती है। शाखा प्रबंधक एक व्यवस्थापक की भूमिका भी निभाता है जो शाखा की रोजमर्रा की सेवा और व्यवस्थापन कार्यों के प्रबंधन के लिए जिम्मेदार है।
- ii. **विकास अधिकारी / इकाई प्रबंधक / बिक्री प्रबंधक:** वह तात्कालिक व्यक्ति जिसे हर एजेंट रिपोर्ट करता है और मार्गदर्शन तथा समर्थन चाहता है, एक विकास अधिकारी या बिक्री/इकाई प्रबंधक है। उसे एक एजेंसी प्रबंधक के रूप में भी जाना जा सकता है। एजेंसी प्रबंधक भर्ती, विकास, पर्यवेक्षण और एक सफल एजेंसी कैरियर निर्माण में एजेंट की मदद करने में नेतृत्व गुण प्रदान करने के लिए जिम्मेदार है।

बिक्री प्रबंधक अन्य प्रकार की विक्रय शक्तियों का भी प्रबंधन कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, किसी कंपनी के पास एक डायरेक्ट सेल्स फ़ोर्स हो सकता है और वह इन इकाइयों की देखभाल करने के लिए बिक्री प्रबंधकों की नियुक्ति कर सकती है।

प्रबंधक को कुछ प्रशासनिक कार्य भी हाथ में लेने होते हैं और उनको निम्न बातों के लिए समय निकालना होता है:

- ✓ व्यवसाय लॉगिन / प्रस्ताव परिचय और बातचीत पर फॉलो अप करना
- ✓ दावों और नवीकरणों आदि पर फॉलो-अप करना

iii. बिक्री प्रशिक्षक (सेल्स ट्रेनर)

कई बीमा कंपनियों ने बिक्री-बल को प्रशिक्षित करने के लिए प्रशिक्षण विभागों की स्थापना की है।

प्रशिक्षक विभिन्न प्रकार के प्रशिक्षण कार्यों में लगे होते हैं:

- ✓ **भर्ती से पहले प्रशिक्षण:** भावी एजेंट सलाहकारों के लिए उपयोगी, इसमें आईआरडीए द्वारा

निर्धारित 50 घंटे का प्रशिक्षण शामिल है जो प्रस्तावक को आईआरडीए परीक्षा उत्तीर्ण करने में मदद करता है।

✓ **उत्पाद का प्रशिक्षण:** प्रिंसिपल द्वारा उपलब्ध कराए गए उत्पादों और सेवाओं के संबंध में सलाहकार बनाने के लिए आवश्यक। यह प्रशिक्षण नए और मौजूदा सलाहकार, दोनों के लिए उपयोगी है, आम तौर पर जब वे लाइसेंस प्राप्त करने की परीक्षा उत्तीर्ण कर लेते हैं। केवल तभी सलाहकार को बाजार में उपलब्ध संभावित ग्राहकों के लिए तैयार माना जाता है। प्रशिक्षण बाजार में एक नया उत्पाद पेश किए जाते समय भी प्रदान किया जाता है।

✓ **बिक्री प्रशिक्षण:** अधिकांश एजेंटों को फ़ील्ड में प्रभावी होने के लिए उचित बिक्री प्रशिक्षण से सुसज्जित होने की जरूरत है।

✓ **प्रक्रिया प्रशिक्षण:** हर संगठन (प्रिंसिपल) की अपनी परिभाषित प्रणालियां और प्रक्रियाएं होती हैं। एजेंटों को इस प्रकार प्रशिक्षित किया जाता है ताकि वे उनका पालन कर सकें। यह सुनिश्चित करना भी प्रिंसिपल की जिम्मेदारी है कि एजेंट एएमएल (एंटी-मनी-लॉन्ड्रिंग) के दिशानिर्देशों, बीमालेखन के दिशानिर्देशों आदि के प्रशिक्षण से गुजरते हैं।

✓ **व्यवहार कुशलता का प्रशिक्षण:** प्रशिक्षण का एक अन्य क्षेत्र वह है जहां आचरण और अन्य विषयों के लिए नियमित आधार पर सत्र संचालित किए जाते हैं जैसे:

- लक्ष्य निर्धारण
- समय प्रबंधन
- व्यवसाय नियोजन
- काम करने की आदत
- नेतृत्व और व्यक्तिगत प्रभावशीलता

iv. सलाहकार (काउंसलर)

प्रशिक्षक एजेंटों और एजेंसी या बिक्री प्रबंधकों के लिए काउंसलर की भूमिका भी निभाते हैं, विशेष रूप से जब वे हतोत्साहित होते हैं और उनको तरोताजा करने और फिर से ग्राहकों से मिलने को तैयार करने के लिए प्रोत्साहन की एक ताजा खुराक की जरूरत होती है। ऐसे बीमा एजेंट जिनको उपरोक्त का अनुभव मिल गया है और जो शिक्षण और दूसरों को सलाह देने के कैरियर में प्रवेश करना चाहते हैं, एक प्रशिक्षक (ट्रेनर) के विकल्प पर विचार कर सकते हैं।

ख) मार्केटिंग से परे अन्य भूमिकाएं

मार्केटिंग विभाग बाजार में ग्राहकों की जरूरतों को समझने और उनको संतुष्ट करने से संबंधित गतिविधियों की एक श्रृंखला के लिए जिम्मेदार है।

मार्केटिंग कैरियर के कई उम्मीदवार इन कार्यों में लगे हुए हैं और एक एजेंट भविष्य में उनमें से कुछ पर विचार कर सकता है।

- i. **मार्केटिंग रिसर्च (विपणन शोध):** यह निर्धारित करने के लिए कि ग्राहक कौन हैं और उनकी जरूरतों और चाहतों की एक प्रोफाइल बनाने के लिए उपयोगी।
- ii. **ब्रांड प्रबंधन:** मार्केटिंग यह निर्धारित करता है कि कंपनी और उसके उत्पादों को ग्राहकों के मस्तिष्क में कैसी स्थिति में रखा जाए। यह कार्य ब्रांडिंग के माध्यम से किया जाता है। ब्रांड प्रबंधन के लिए जिम्मेदार मार्केटिंग एग्जिक्यूटिव को मार्केटिंग संचार अभियानों और प्रचार-प्रसार की गतिविधियों के लिए मीडिया, विज्ञापन एजेंसियों और अन्य संस्थाओं के साथ भी काम करना पड़ सकता है।
- iii. **उत्पाद विकास:** मार्केटिंग विभाग बाजार के अध्ययन और प्रतिस्पर्धी की गतिविधियों के विश्लेषण के आधार पर नए उत्पाद विकसित करने की पहल करता है और इसके लिए जिम्मेदार है। इस उद्देश्य के लिए मार्केटिंग विभाग के एग्जिक्यूटिव बीमांकिक और कानूनी जैसे अन्य विभागों के अधिकारियों के साथ टीम बना सकते हैं।
- iv. **पदोन्नति:** मार्केटिंग विभाग उत्पादों और कंपनी को बढ़ावा देने के लिए भी जिम्मेदार है। उनके अधिकारी मार्केटिंग की योजना बनाने, विभिन्न उत्पादों के लिए प्रचार सामग्री डिजाइन करने, ग्राहकों को उत्पाद बेचने और उनको सेवाएं उपलब्ध कराने का काम करते हैं। मार्केटिंग विभाग की भूमिका एक उत्पाद की परिकल्पना से भी पहले शुरू होती है और ग्राहक को उत्पाद बेच दिए जाने के बाद भी बनी रहती है।
- v. **बीमालेखक या जोखिम अंकक:** बीमा के हर प्रस्ताव [या आवेदन] को एक प्रवेशद्वार से गुजरना पड़ता है जहां एक द्वारपाल यह तय करता है कि क्या प्रस्ताव को स्वीकार किया जाना चाहिए, क्या जोखिम को स्वीकार किया जा सकता है, और अगर हां तो किन शर्तों पर। इस द्वारपाल को बीमालेखक या जोखिम अंकक के रूप में जाना जाता है।

बीमालेखन अनिवार्य रूप से दो उद्देश्यों को पूरा करता है। सबसे पहले प्रतिकूल चयन को रोकने के लिए आवेदनों की जांच-पड़ताल और बीमा के लिए जोखिमों के चयन का काम पूरा किया जाता है। दूसरे, बीमालेखन जोखिम का उचित वर्गीकरण करने और उसका मूल्य निर्धारण करने में मदद करता है ताकि पॉलिसीधारकों के बीच समानता कायम रहे।

एक बीमा एजेंसी का कैरियर एक ऐसे उद्योग में एक कैरियर की शुरुआत भर है जो मानव और समाज कल्याण को आगे बढ़ाने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। यह न केवल वित्तीय सफलता के लिए एक प्रवेश द्वार हो सकता है बल्कि इस काम से जुड़ने वाले लोगों को काफी संतुष्टि प्रदान करता है।

स्व-परीक्षण 2

इनमें में किसमें संभावित उम्मीदवारों को आईआरडीए की परीक्षा उत्तीर्ण करने में मदद के लिए आईआरडीए द्वारा निर्धारित 50 घंटे का प्रशिक्षण शामिल होने की सबसे अधिक संभावना है?

- I. प्रक्रिया प्रशिक्षण
- II. उत्पाद प्रशिक्षण
- III. भर्ती-पूर्व प्रशिक्षण
- IV. बिक्री प्रशिक्षण

सारांश

- क) एक अच्छे विक्रेता (सेल्समैन) में दो आधारभूत गुण होने चाहिए: सहानुभूति और इगो ड्राइव।
- ख) एक बीमा एजेंट होने के पुरस्कार में जरूरतमंद लोगों के लिए बीमा समाधान की सिफारिश करने की योग्यता रखने वाले जानकार पेशेवर व्यक्ति के रूप में समाज में मान्यता प्राप्त होना शामिल है।
- ग) बीमा के क्षेत्र में कैरियर के अन्य विकल्पों में कॉर्पोरेट एजेंट, बीमा ब्रोकर और बैंकएश्योरेंस आदि शामिल हैं।

मुख्य शब्द

- क) सहानुभूति
ख) इगो ड्राइव
ग) ब्रोकर
घ) बैंकएश्योरेंस