आईसी - 38
खंड-सामान्य
बीमा एजेंट

आभार

यह कोर्स भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित, एवं संशोधित पाठ्यक्रम पर आधारित है। इसे भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई ने तैयार किया है।

लेखक/समीक्षक (वर्णानुक्रम में)
डॉ. आर.के. दुग्गल
डॉ. शशिधरण के. कुट्टी
सीए पी. कोटेश्वर राव
डॉ. प्रदीप सरकार
प्रो. माधुरी शर्मा
डॉ. जॉर्ज ई. थॉमस
प्रो. अर्चना वझे

इस पाठ्यक्रम का हिन्दी अनुवाद तथा समिक्षक निम्नलिखित सहयोगी से किया गया.

सीडैक, पुणे.
श्री आनंद मिश्रा
सुश्री कृष्णा वशिष्ठ

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

जी-ब्लॉक, प्लॉट नंबर सी-४६, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व) मुंबई – ४०० ०५१

बीमा एजेंट
खंड-सामान्य
आईसी - 38

संस्करण का वर्ष: 2023

सभी अधिकार सुरक्षित

यह पाठ्य सामग्री भारतीय बीमा संस्थान (III) की कॉपीराइट है। इस कोर्स को भारतीय बीमा संस्थान की परीक्षाओं में बैठने वाले छात्र/छात्राओं के लिए शैक्षणिक जानकारी उपलब्ध कराने के मकसद से डिजाइन किया गया है। इस पाठ्य सामग्री को संस्थान की पहले से ली गई, स्पष्ट लिखित सहमति के बिना, आंशिक या पूर्ण रूप से, व्यावसायिक प्रयोजन के लिए पुनः-प्रस्तुत नहीं किया जा सकता।

इस कोर्स की सामग्रियां प्रचलित सर्वोत्तम प्रथाओं पर आधारित हैं, इनका मकसद कानूनी या अन्य विवादों के मामले में व्याख्या या समाधान उपलब्ध कराना नहीं है।

यह सिर्फ एक सांकेतिक पाठ्य सामग्री है। कृपया ध्यान दें कि परीक्षा में पूछे जाने वाले सवाल सिर्फ इस पाठ्य सामग्री तक ही सीमित नहीं होंगे।

प्रकाशक: महासचिव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉक, प्लॉट नं. सी-46, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पू.) मुंबई – 400 051, मुद्रणालय -

इस पाठ्य सामग्री से जुड़ा कोई भी संवाद ctd@iii.org.in के साथ किया जा सकता है, जहां कवर पेज पर विषय का नाम और यूनीक प्रकाशन संख्या लिखना ज़रूरी होगा।

प्रस्तावना

भारतीय बीमा संस्थान (संस्थान) ने इस पाठ्य सामग्री को भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित पाठ्यक्रम के आधार पर, बीमा एजेंटों के लिए तैयार किया है। इस पाठ्य सामग्री को तैयार करने में उद्योग से जुड़े विशेषज्ञों का सहयोग भी लिया गया है।

यह कोर्स जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमा के बारे में बुनियादी जानकारी प्रदान करता है। यह बीमा की संबंधित लाइनों में, एजेंटों को उनके पेशेवर कैरियर को सही परिप्रेक्ष्य में समझने और उनका मूल्यांकन करने में मदद करता है।

इस कोर्स को चार खंडों में बाँटा गया है। (1) संक्षिप्त विवरण (ओवरव्यू) – यह एक सामान्य खंड है जिसमें बीमा के सिद्धांतों, कानूनी सिद्धांतों और नियामक मामलों की चर्चा की गई है जिनकी जानकारी बीमा एजेंटों को होना ज़रूरी है। इसके अलावा, तीन अलग-अलग खंड (2) जीवन बीमा एजेंट, (3) साधारण बीमा एजेंट और (4) स्वास्थ्य बीमा एजेंट बनने के आकांक्षी व्यक्ति की मदद के लिए हैं।

इस कोर्स में मॉडल प्रश्नों का एक सेट भी दिया गया है जो छात्र/छात्राओं को परीक्षा के प्रारूप और परीक्षा में पूछे जाने वाले अलग-अलग तरह के वस्तुनिष्ट प्रश्नों का एक अंदाज़ा देगा। मॉडल प्रश्नों की मदद से छात्र-छात्रा अपनी सीखी गई चीज़ों को जांच कर भी देख सकते हैं।

बीमा एक परिवर्तनशील वातावरण में काम करता है। एजेंटों को बाज़ार में हो रहे बदलावों के बारे में जानकारी रखना ज़रूरी है। उन्हें निजी अध्ययन के साथ-साथ संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा संस्थान में आयोजित प्रशिक्षण कार्यक्रमों में हिस्सा लेकर अपनी जानकारी को तरोताज़ा रखना चाहिए।

यह संस्थान इस कोर्स को तैयार करने की ज़िम्मेदारी देने के लिए आईआरडीएआई को धन्यवाद करता है। संस्थान इस पाठ्य सामग्री का अध्ययन करने के इच्छुक सभी छात्र-छात्राओं के लिए बीमा मार्केटिंग में एक कामयाब कैरियर की कामना करता है।

विषय-वस्तु

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
<u>खंड</u>	**<u>सामान्य अध्याय</u>**	
C-01	बीमा का परिचय	2
C-02	बीमा की मुख्य बातें	21
C-03	बीमा के सिद्धांत	32
C-04	बीमा अनुबंधों की विशेषताएं	47
C-05	जोखिम अंकन और रेटिंग	56
C-06	दावों पर कार्रवाई	65
C-07	दस्तावेज़ तैयार करना	72
C-08	ग्राहक सेवा	82
C-09	शिकायत निवारण प्रणाली	99
C-10	बीमा एजेंटों के लिए नियामक पहलू	108

खंड

संक्षिप्त जानकारी

अध्याय C-01

बीमा का परिचय

अध्याय का परिचय

इस अध्याय का मकसद बीमा की बुनियादी बातों से अवगत कराने के साथ-साथ इसके विकास और कामकाज के तरीके के बारे में बताना है। इसमें यह बताया गया है कि कैसे बीमा अप्रत्याशित घटनाओं के परिणाम स्वरूप होने वाले आर्थिक नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है और कैसे यह जोखिम ट्रांसफर(स्थानांतरण) के उपकरण के रूप में काम करता है।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा – इतिहास और विकास

B. जोखिम पूलिंग का सिद्धांत

C. जोखिम प्रबंधन की तकनीकें

D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

E. बीमा का विकल्प चुनने से पहले विचारणीय बातें

F. बीमा बाज़ार की कंपनियां

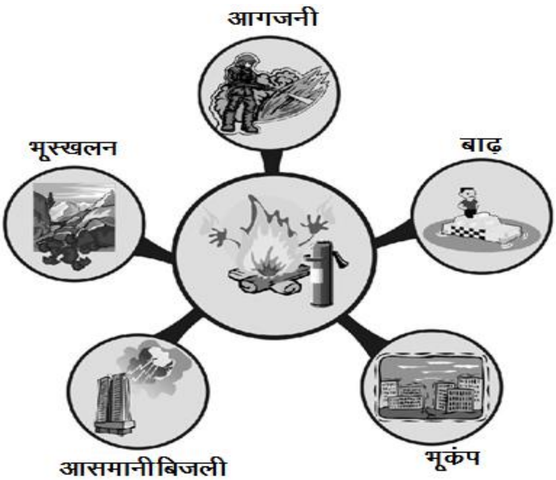
G. समाज में बीमा की भूमिका

A. बीमा – इतिहास और विकास

हम एक अनिश्चितता भरी दुनिया में रहते हैं। हम अक्सर इन घटनाओं के बारे में सुनते हैं:

- ✓ रेल दुर्घटना / ट्रेनों की टक्कर होना
- ✓ बाढ़ से पूरे समुदाय का खात्मा हो जाना
- ✓ भूकंप से इमारतों का नष्ट होना
- ✓ अप्रत्याशित रूप से युवाओं की मौत होना

चित्र 1: **हमारे आस-पास होने वाली घटनाएं**



ये घटनाएं लोगों को क्यों डराती और चिंतित करती हैं?

इसकी वजह सामान्य है।

- **i.** सबसे पहले, ये **घटनाएं अनिश्चित होती हैं**। अगर किसी घटना का पूर्वानुमान किया जा सकता है और अंदाजा लगाया जा सकता है, तो उसके लिए तैयारी भी की जा सकती है।
- **ii.** दूसरे, ऐसी अप्रत्याशित और अप्रिय घटनाएं अक्सर **आर्थिक नुकसान और दुख का कारण** बनती हैं।

आस-पास के लोग ऐसी घटनाओं से प्रभावित लोगों की मदद के लिए आगे आ सकते हैं। इसके लिए आपसी सहयोग और साझाकरण (शेयरिंग) की एक प्रणाली होना ज़रूरी है। बीमा का विचार हज़ारों साल पुराना है। फिर भी, बीमा का मौजूदा रूप केवल दो या तीन सदी पुराना है।

1. बीमा का इतिहास

बीमा ईसा पूर्व 3000 से ही किसी न किसी रूप में मौजूद रहा है। कई सभ्यताओं ने समुदाय के कुछ सदस्यों को हुए सभी नुकसानों की भरपाई के लिए अपने बीच पूलिंग और शेयरिंग की अवधारणा को लागू किया है। आइए, हम कुछ तरीकों पर नज़र डालें जिनकी मदद से इस अवधारणा को लागू किया गया।

2. सदियों से प्रचलित बीमा – कुछ उदाहरण

बॉटमरी लोन	**बेबीलोन के व्यापारी** अपने ऋणदाताओं को अतिरिक्त पैसे देते थे, ताकि किसी शिपमेंट के गुम या चोरी होने पर, उनके ऋणों को बट्टे खाते में डाल दिया जाए। **भरूच और सूरत** के व्यापारी भी इसी तरह की प्रथाएं अपनाते थे।
परोपकारी समाज / दोस्ताना समाज	सातवीं सदी के यूनानी लोग मृतक सदस्य के परिवार की देखभाल के साथ-साथ सदस्य के अंतिम संस्कार के खर्चों के लिए अग्रिम भुगतान किया करते थे। इंग्लैंड में भी इसी तरह की प्रथाएं अपनाई जाती थीं।
रोड्स	रोड्स के व्यापारी जो समुद्री मार्ग से सामान भेजा करते थे, सामान को बचाने के प्रयास (jettison[1]) में किसी भी सामान के गुम हो जाने पर उसके नुकसानों को आपस में बाँट लेते थे।
चीनी व्यापारी	प्राचीन काल में चीनी व्यापारी अलग-अलग जहाज (शिप) से अपने सामान भेजा करते थे, ताकि कुछ नावों के डूब जाने पर भी उनका नुकसान ज़्यादा न हो।

3. बीमा की आधुनिक अवधारणाएं

भारत में जीवन बीमा का सिद्धांत संयुक्त परिवार की व्यवस्था में देखा जाता था। इसमें, किसी सदस्य की मौत से होने वाले नुकसानों को परिवार के कई सदस्यों द्वारा साझा किया जाता था, ताकि परिवार का हर सदस्य सुरक्षित महसूस करता रहे।

आधुनिक जमाने में संयुक्त परिवार की व्यवस्था के बिखरने और एकाकी परिवार के उभरने के साथ-साथ रोजमर्रा के जीवन के तनाव ने सुरक्षा के लिए वैकल्पिक प्रणालियां विकसित करना आवश्यक बना दिया है। यह किसी व्यक्ति के लिए जीवन बीमा के महत्व को रेखांकित करता है।

i. **लॉयड्सः** आधुनिक व्यावसायिक बीमा का मूल लंदन के लॉयड्स कॉफी हाउस से हुआ। यहाँ व्यापारी समुद्र में विभिन्न जोखिमों के कारण होने वाले नुकसानों को आपस में साझा करने के लिए सहमत होते थे।

ii. **ऐमिकेबल सोसायटी फॉर पर्पेचुअल एश्योरेंस** (**Amicable Society for a Perpetual Assurance**) की स्थापना वर्ष 1706 में, लंदन में हुई थी, जिसे दुनिया की पहली जीवन बीमा कंपनी माना जाता है।

[1]Jettison/ Jettisoning' का मतलब है समुद्र में जहाज का वजन कम करने के लिए कार्गो के कुछ हिस्से को फेंक देना।

4. भारत में बीमा का इतिहास

a) **भारतः** भारत में आधुनिक बीमा की शुरुआत 1800 ई. के आस-पास हुई, जब विदेशी बीमा कंपनियों की एजेंसियों ने समुद्री बीमा कारोबार करना शुरू किया।

द ओरिएंटल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	भारत में बनाई गई पहली जीवन बीमा कंपनी एक अंग्रेज़ी/ब्रिटिश कंपनी थी
ट्राइटन इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	यह भारत में स्थापित पहली गैर-जीवन बीमा कंपनी थी
बॉम्बे म्यूचुअल एश्योरेंस सोसायटी लिमिटेड	पहली भारतीय बीमा कंपनी। इसका गठन 1870 में मुंबई में हुआ।
नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	भारत की सबसे पुरानी बीमा कंपनी। यह कंपनी 1906 में बनी थी।

बाद में, सदी बदलने के साथ स्वदेशी आंदोलन के परिणाम स्वरूप कई अन्य भारतीय कंपनियां बनाई गईं।

महत्वपूर्ण

a) **बीमा अधिनियम** 1938 भारत में बीमा कंपनियों के आचरण को नियंत्रित करने के लिए बना पहला क़ानून था। यह कानून, समय-समय पर होने वाले संशोधनों के साथ आज भी लागू है।

b) जीवन बीमा कारोबार को 1 सितंबर 1956 को राष्ट्रीयकृत किया गया और **भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी)** का गठन किया गया। 1956 से 1999 तक, एलआईसी के पास भारत में जीवन बीमा कारोबार करने का विशिष्ट अधिकार रहा।

c) 1972 में, गैर-जीवन बीमा कारोबार को भी राष्ट्रीयकृत कर दिया गया और **भारतीय साधारण बीमा निगम (जीआईसी)** के साथ-साथ इसकी चार सहयोगी कंपनियों का गठन किया गया।

d) **मल्होत्रा समिति ने** 1994 **में अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की**, जिसमें प्रतिस्पर्धा के लिए बाज़ार को खोलने की सिफ़ारिश की गई।

e) वर्ष 2000 में बीमा बाज़ार का उदारीकरण किया गया, जब बीमा नियामक एवं विकास अधिनियम, 1999 (आईआरडीएआई) को पारित किया गया। साथ ही, अप्रैल 2000 में बीमा उद्योग के लिए एक वैधानिक नियामक संस्था के रूप में, भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) का भी गठन किया गया।

f) वर्ष 2021 में बीमा अधिनियम के एक संशोधन से विदेशी निवेशकों को किसी भारतीय बीमा कंपनी में प्रदत्त इक्विटी पूँजी का 74% हिस्सा रखने की अनुमति दी गई। अब विदेशी बीमा कंपनियां, पुनर्बीमा के लिए भारत में शाखाएं खोल सकती हैं।

a. आज का बीमा उद्योग (30 **सितंबर** 2021 **तक**)

a) भारत में 24 जीवन बीमा कंपनियां काम करती हैं। बेशक, भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी) एक सार्वजनिक क्षेत्र की कंपनी (पीएसयू) है और बाकी 23 जीवन बीमा कंपनियां निजी क्षेत्र की हैं।

b) साधारण बीमा कंपनियों की संख्या 34 है जिनमें से 4 कंपनियां – नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड पीएसयू कंपनियां हैं जो साधारण बीमा के सभी लाइनों में काम करती हैं। 6 साधारण बीमा कंपनियां सिर्फ़ स्वास्थ्य बीमा में काम करती हैं। 2 विशिष्ट बीमा कंपनियां हैं – एग्रीकल्चरल इंश्योरेंस कंपनी [एआईसी] और एक्सपोर्ट क्रेडिट एंड गारंटीज कॉर्पोरेशन [ईसीजीसी] – दोनों का गठन सार्वजनिक क्षेत्र की संस्था के रूप में किया गया है।

c) एक पुनर्बीमा कंपनी है – भारतीय साधारण बीमा निगम [जीआईसी री] और 11 विदेशी पुनर्बीमा कंपनियां शाखा कार्यालयों के माध्यम से काम करती हैं।

d) भारत सरकार का डाक विभाग (जिसे इंडिया पोस्ट कहा जाता है) भी जीवन बीमा करता है जिसे डाक जीवन बीमा कहा जाता है। इंडिया पोस्ट को बीमा नियामक के नियंत्रण क्षेत्र से बाहर रखा गया है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प भारतीय बीमा उद्योग के लिए नियामक संस्था है?

I. भारतीय बीमा प्राधिकरण

II. भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण

III. भारतीय जीवन बीमा निगम

IV. भारतीय साधारण बीमा निगम

बीमा कैसे काम करता है

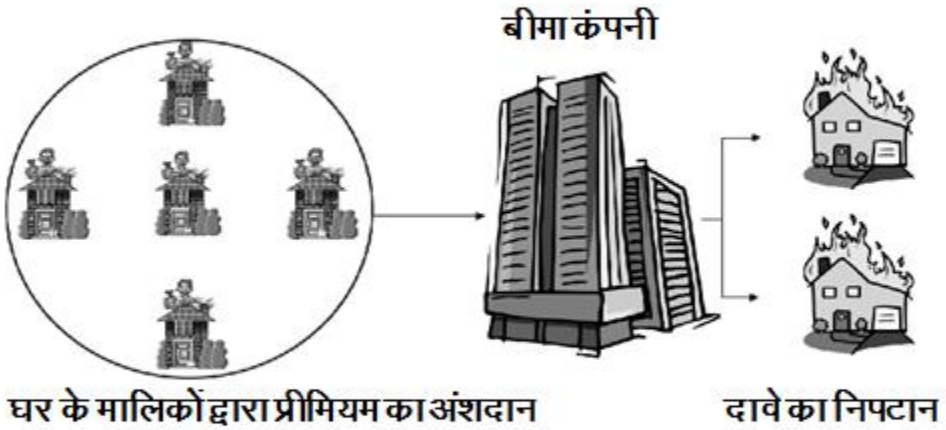
आधुनिक व्यापार की परिकल्पना संपत्ति के मालिकाना हक के सिद्धांत पर की गई थी। जब किसी संपत्ति का मूल्यह्रास होता है (नुकसान या क्षति के कारण), तो संपत्ति के मालिक को आर्थिक नुकसान उठाना पड़ता है। इस नुकसान की भरपाई ऐसी ही कई संपत्तियों के मालिकों के छोटे-छोटे योगदान से बने सामान्य फंड से की जा सकती है। नुकसान करने वाली घटना की संभावना और परिणाम को ट्रांसफर करने की प्रक्रिया ही बीमा है।

जोखिमों की पूलिंग की यह प्रणाली मृत्यु और दिव्यांगता/विकलांगता के मामले में अलग तरह से काम करती है, क्योंकि वहां किसी व्यावसायिक संपत्ति का नुकसान/क्षति नहीं होती है।

परिभाषा

बीमा को एक ऐसी प्रक्रिया माना जा सकता है जिससे कुछ लोगों के नुकसानों को इसी तरह की अनिश्चित घटनाओं/परिस्थितियों के दायरे में आने वाले कई लोगों के बीच बाँट दिया जाता है।

चित्र 2: बीमा कैसे काम करता है



हालांकि, कुछ सवालों के जवाब देना ज़रूरी है।

i. क्या लोग ऐसा सामान्य फंड बनाने के लिए अपनी गाढ़ी कमाई के पैसे देने पर सहमत होंगे?

ii. वे यह भरोसा कैसे कर सकते हैं कि दरअसल उनके योगदानों का इस्तेमाल वांछित प्रयोजन के लिए किया जा रहा है?

iii. उन्हें कैसे पता चलेगा कि वे बहुत ज़्यादा या बहुत कम पैसे दे रहे हैं?

iv. इन फंडों के प्रबंधन और नुकसान उठाने वाले लोगों को पैसे देने की ज़िम्मेदारी कौन लेगा?

इन सभी सवालों के जवाब के तौर पर, एक बीमा कंपनी की ज़रूरत होती है। बीमा कंपनी जोखिम का आकलन करती है, व्यक्तिगत योगदान (जिसे प्रीमियम कहा जाता है) तय करती है और उसे इकट्ठा करती है, जोखिमों और प्रीमियमों का पूल बनाती है, और नुकसान उठाने वाले लोगों को पैसे देने की व्यवस्था करती है। इसके अलावा, बीमा कंपनी को लोगों और समाज का भरोसा भी जीतना होता है।

1. **बीमा का संबंध मूल्य से है**

   a) सबसे पहले, कोई ऐसी संपत्ति होनी चाहिए जिसका आर्थिक मूल्य हो। संपत्ति इस प्रकार की हो सकती है:

      i. **भौतिक** (जैसे कोई कार या भवन) या

      ii. **गैर-भौतिक** (जैसे प्रतिष्ठा, साख, किसी को पैसे चुकाने की देनदारी) या

iii. **व्यक्तिगत** (जैसे, किसी की आँखें, हाथ-पैर, शरीर और शारीरिक क्षमताएं)।

b) अगर कोई घटना होती है, तो संपत्ति अपना मूल्य खो सकती है। नुकसान की इस संभावना को जोखिम कहा जाता है। जोखिम की घटना के कारण को खतरा (पेरिल) कहा जाता है।

c) पूलिंग का एक सिद्धांत होता है। इसमें कई लोगों के व्यक्तिगत योगदानों (जिसे प्रीमियम कहते हैं) को इकट्ठा किया जाता है। इन लोगों के पास एक जैसी संपत्तियां होती हैं और वे एक जैसे जोखिमों के दायरे में आते हैं। कई मामलों में, उनकी संपत्तियों को भी 'जोखिम' कहा जाता है।

d) फंड के इस पूल का इस्तेमाल उन कुछ लोगों को मुआवजा देने के लिए किया जाता है जो खतरे (पेरिल) के कारण नुकसान उठा सकते हैं।

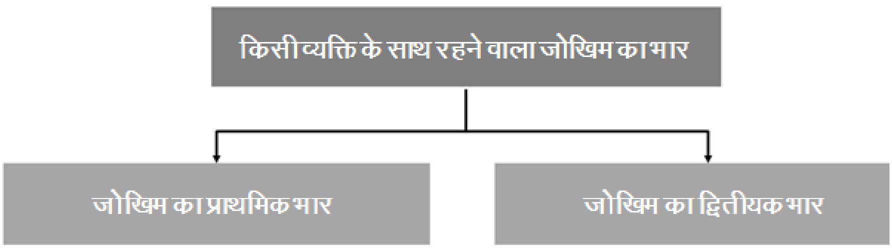
e) फंड की पूलिंग और बदकिस्मत रहे कुछ लोगों को मुआवजा देने की यह प्रक्रिया एक संस्था के माध्यम से पूरी की जाती है जिसे बीमाकर्ता (बीमा कंपनी) कहते हैं।

f) बीमा कंपनी हर उस व्यक्ति के साथ एक बीमा अनुबंध करती है जो पूलिंग की इस प्रणाली में हिस्सा लेना चाहते हैं। इसमें हिस्सा लेने वाले व्यक्ति को बीमाधारक कहा जाता है।

2. बीमा, जोखिम का भार कम करता है

जोखिम के भार का मतलब है वे खर्चे, नुकसान और अक्षमताएं जो किसी निर्दिष्ट नुकसान की स्थिति/घटना के जोखिम में आने के परिणाम स्वरूप व्यक्ति को उठाना पड़ता है।

चित्र 3: किसी व्यक्ति के साथ रहने वाला जोखिम का भार



कोई व्यक्ति दो तरह के जोखिम का भार उठाता है – **प्राथमिक और द्वितीयक** जोखिम।

a) जोखिम का प्राथमिक भार

जोखिम के प्राथमिक भार में ऐसे नुकसान शामिल होते हैं जो वास्तव में परिवारों (और कारोबारी इकाइयों) को शुद्ध जोखिम की घटनाओं के परिणाम स्वरूप उठाने पड़ते हैं। ये नुकसान अक्सर प्रत्यक्ष और मापने योग्य होते हैं और इन्हें बीमा के द्वारा आसानी से क्षतिपूरित किया जा सकता है।

उदाहरण

जब कोई फैक्ट्री आग के कारण नष्ट हो जाती है, तो नष्ट या क्षतिग्रस्त सामानों के वास्तविक मूल्य का अनुमान लगाया जा सकता है और नुकसान उठाने वाली फैक्ट्री के मालिक को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

इसी तरह, अगर किसी व्यक्ति की दिल की सर्जरी होती है, तो इसकी चिकित्सा लागत का पता पता लगाकर मुआवजा दिया जाता है। इसके अलावा, कुछ अप्रत्यक्ष नुकसान भी हो सकते हैं।

उदाहरण

आग लगने से कारोबारी गतिविधियों में रुकावट आ सकती है और इसके कारण मुनाफे का नुकसान हो सकता है। इसका अनुमान लगाकर नुकसान उठाने वाले व्यक्ति को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

अगर किसी व्यक्ति का स्कूटर किसी पैदल यात्री को ठोकर मार देता है, तो उसे पीड़ित व्यक्ति को मुआवजा देना होता है, जिसकी रकम अदालत तय करती है।

b) जोखिम का द्वितीयक भार

ऐसी कोई घटना नहीं होने पर और कोई नुकसान नहीं होने पर भी, जोखिम के दायरे में आने वाले व्यक्ति को कुछ भार उठाना पड़ता है। अर्थात, प्राथमिक भार के अलावा, व्यक्ति पर जोखिम का द्वितीयक भार भी होता है।

जोखिम के द्वितीयक भार में ऐसे खर्चे और तनाव शामिल होते हैं जो उक्त घटना नहीं होने पर भी व्यक्ति को सहन करने पड़ते हैं। ऐसा सिर्फ़ इस तथ्य के कारण होता है कि व्यक्ति नुकसान की स्थिति के दायरे में आता है।

आइए, इनमें से कुछ भारों के बारे में समझें:

i. सबसे पहले, भय और चिंता के कारण शारीरिक और मानसिक तनाव होता है। इस तनाव के कारण व्यक्ति की सेहत और तंदुरुस्ती पर असर पड़ सकता है।

ii. दूसरे, जब व्यक्ति को यह पता नहीं होता है कि नुकसान होगा या नहीं, तो ऐसी आकस्मिक घटना से निबटने के लिए एक रिजर्व फंड रखना समझदारी होती है। ऐसे फंड को नगदी में रखा जा सकता है और इससे कम आय अर्जित होती है।

बीमा कंपनी को जोखिम ट्रांसफर करके, मानसिक शांति का आनंद लेना और व्यक्ति के फंड को अधिक कुशलता से निवेश करना संभव होता है। इन्हीं वजहों से बीमा की ज़रूरत महसूस होती है।

भारत में, अगर किसी व्यक्ति के पास कोई वाहन है तो उसके लिए तीसरे पक्ष का बीमा खरीदना ही होगा, क्योंकि सार्वजनिक सड़क पर वाहन चलाने के लिए ऐसा करना अनिवार्य है। साथ ही, कार को होने वाली क्षति से हुए नुकसान की संभावना को कवर करना भी समझदारी होगी, भले ही यह अनिवार्य नहीं है। मालिक-चालक के पास व्यक्तिगत दुर्घटना कवर होना भी ज़रूरी है।

खुद को जांचें 2

इनमें से क्या जोखिम का द्वितीयक भार है?

I. कारोबार में रुकावट की कीमत

II. क्षतिग्रस्त सामान की कीमत

III. भविष्य में होने वाले संभावित नुकसानों की भरपाई करने के प्रावधान के तौर पर रिजव अलग करके रखना

IV. हार्ट अटैक के कारण अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे

B. जोखिम संयोजन (पूलिंग) का सिद्धांत

बीमा कंपनियां विभिन्न इकाइयों यानी पॉलिसीधारकों के साथ अनुबंध करती हैं, जो व्यक्ति या कॉरपोरेट हो सकते हैं। पॉलिसीधारकों को किए जाने वाले लाभों के भुगतान अनुबंधात्मक दायित्व होते हैं। बीमा अनुबंध सिर्फ़ तभी सार्थक होते हैं जब बीमा कंपनियां नुकसान की घटना के लिए और ऐसी घटना होने पर, जोखिम उठाने और नुकसानों पर मुआवजा देने में आर्थिक रूप से सक्षम होती हैं। यह ढ़ांचा पारस्परिकता या संयोजन (पूलिंग) के सिद्धांत को लागू करने पर तैयार होता है।

पारस्परिकता और विविधीकरण, वित्तीय बाज़ारों में जोखिम को कम करने के दो महत्वपूर्ण तरीके हैं। ये बुनियादी तौर पर अलग-अलग होते हैं।

विविधीकरण	**पारस्परिकता**
इसमें फंड को विभिन्न संपत्तियों के बीच बाँट दिया जाता है (यानी अंडों को अलग-अलग टोकरी में रखा जाता है)।	पारस्परिकता या पूलिंग में, कई लोगों को फंड को एक साथ जोड़ दिया जाता है (यानी सभी अंडों को एक टोकरी में रखा जाता है)।
फंड एक स्त्रोत से कई मंज़िलों तक जाता है।	फंड कई स्त्रोतों से एक जगह आता है।

चित्र 4: **पारस्परिकता –परस्पर संबंध (फंड कई स्त्रोतों से एक जगह जाता है)**

पारस्परिकता का सिद्धांत ही बीमा अनुबंधों को शक्ति और विशिष्टता देता है। एक छोटा सा योगदान (प्रीमियम) देकर, बीमाधारक तुरंत एक बड़ा फंड (कॉर्पस) तैयार करता है, जो बीमित जोखिम के कारण होने वाली नुकसान की घटना में उसके लिए उपलब्ध होता है। पैसों का यह

संभावित कॉर्पस बीमा को खास बनाता है और सभी वित्तीय उत्पादों में कोई भी इसकी जगह नहीं ले सकता।

C. जोखिम प्रबंधन की तकनीकें

यह भी पूछा जा सकता है कि क्या बीमा जोखिम की सभी तरह की परिस्थितियों के लिए सही समाधान है। इसका जवाब है 'नहीं'।

बीमा उन कई तरीकों में से एक है जिसके द्वारा लोग अपने जोखिमों को प्रबंधित कर सकते हैं। यहां वे अपने जोखिमों को बीमा कंपनी के पास ट्रांसफर करते हैं। हालांकि, जोखिमों से निबटने के अन्य तरीके भी हैं, जिनके बारे में नीचे बताया गया है:

1. जोखिम से बचाव

किसी नुकसान की परिस्थिति से बचकर जोखिम को कम करना, जोखिम से बचाव कहलाता है। इसलिए, व्यक्ति उन गतिविधियों या परिस्थितियों से बचने या ऐसी संपत्ति या लोगों से बचने की कोशिश कर सकता है जिनके कारण कोई जोखिम हो सकता है।

उदाहरण

i. निर्माण का अनुबंध किसी अन्य को देकर निर्माण के कुछ जोखिमों से बचा जा सकता है।

ii. कोई दुर्घटना हो जाने के डर से व्यक्ति घर से बाहर निकलना बंद कर सकता है या विदेश में बीमार हो जाने के डर से व्यक्ति विदेश यात्रा का विचार त्याग सकता है।

जोखिम से बचाव को जोखिम से निबटने का एक नकारात्मक तरीका माना जाता है। व्यक्तियों और समाज को अपनी प्रगति से जुड़ी गतिविधियों के लिए कुछ जोखिम लेने की ज़रूरत पड़ सकती है। जोखिम लेने वाली ऐसी गतिविधियों से बचने के कारण इन गतिविधियों से होने वाला फायदा नहीं मिलेगा।

2. जोखिम प्रतिधारण

इसमें व्यक्ति जोखिम के प्रभाव को प्रबंधित करने की कोशिश करता है; वह खुद ही जोखिम लेने और इसके प्रभावों को झेलने का फैसला करता है। इसे स्व-बीमा कहा जाता है।

उदाहरण

कोई कारोबारी संगठन एक निश्चित सीमा तक छोटे नुकसानों का भार उठाने की अपनी क्षमता से जुड़े अनुभव के आधार पर, उस जोखिम को अपने पास बनाए रखने का फैसला कर सकता है।

3. जोखिम को कम और नियंत्रित करना

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

महत्वपूर्ण

नुकसान का कारण बनने वाली घटना होने की संभावना को कम करने के उपायों को '**नुकसान की रोकथाम**' कहा जाता है। नुकसान की घटना होने पर, नुकसान की डिग्री को कम करने के उपायों को '**नुकसान में कमी**'/ नुकसान कम करना कहा जाता है।

जोखिम को कम करने में, नुकसान की आवृत्ति और/या आकार को कम करना शामिल हैः

a) **विभिन्न प्रकार के कर्मचारियों को जोखिम कम करने की उचित प्रथाओं के बारे में शिक्षण और प्रशिक्षण देना** – जैसे कि (i) 'फायर ड्रिल' में हिस्सा लेना; (ii) कारों पर सीट बेल्ट लगाना, हेलमेट पहनना।

b) **माहौल में बदलाव लाना** – जैसे कि भौतिक परिस्थितियों में सुधार करना – उदहारण के लिए, (i) फायर अलार्म इंस्टॉल करना; (ii) मलेरिया के फैलाव को कम करने के लिए मच्छड़ मारने वाले रसायनों का छिड़काव करना।

c) **खतरनाक या जोखिम वाली गतिविधियों में बदलाव करना** (मशीनरी और उपकरण का इस्तेमाल करते समय या कोई अन्य कार्य करते समय ऐसा किया जा सकता है) – जैसे कि (i) कंस्ट्रक्शन साइटों के अंदर हेलमेट पहनना; (ii) रसायनों का इस्तेमाल करते समय दस्ताने और फेस शील्ड पहनना।

d) **स्वस्थ जीवनशैली अपनाना** – बीमार पड़ने की घटना को कम करने में मदद करता है – जैसे कि (i) नियमित रूप से चिकित्सा जांच कराना; (ii) नियमित रूप से योगा करना।

e) **अलग करना** या संपत्ति की विभिन्न चीज़ों को एक ही जगह जमा रखने के बजाय उन्हें अलग-अलग जगहों में फैला देना, ताकि किसी एक जगह पर दुर्घटना के प्रभाव को कम किया जा सके – जैसे कि (i) बड़ी मात्रा के ज्वलनशील पदार्थों को अलग-अलग जगहों पर रखना; (ii) कारखानों के खतरनाक इलाकों में फायर प्रूफ दरवाज़े लगाना।

4. जोखिम का वित्तपोषण

इसका मतलब है आगे हो सकने वाले नुकसानों की भरपाई के लिए फंड का प्रावधान करना।

a) **स्व-वित्तपोषण के माध्यम से जोखिम प्रतिधारण** – इसमें, नुकसान की घटना होने पर जोखिम का भार खुद उठाना। कोई फर्म अपने जोखिम को स्वीकार कर, खुद से या उधार के फंड से उसका वित्तपोषण करता है, जिसे **स्व-बीमा** कहा जाता है।

b) **एक बड़े समूह के भीतर जोखिम प्रतिधारणः** अगर जोखिम किसी बड़े समूह, जैसे कि पैरेंट कंपनी का हिस्सा है, तो जोखिम को बड़े समूह में बनाए रखा जा सकता है, जो नुकसानों का वित्तपोषण करेगा। यह आपसी सहमति से बनाया गया समूह भी हो सकता है।

c) **जोखिम ट्रांसफर**, जोखिम प्रतिधारण का एक विकल्प है। इसमें नुकसानों की ज़िम्मेदारी दूसरे पक्ष को ट्रांसफर करना शामिल है।

बीमा जोखिम ट्रांसफर के विभिन्न रूपों में से एक है। कई अलग-अलग प्रकार की अनिश्चितता का सामना करने के बजाय, लोग बीमा को प्राथमिकता देते हैं, क्योंकि यह निश्चितता और मानसिक शांति प्रदान करता है।

5. **बीमा (इंश्योरेंस बनाम एश्योरेंस)**

बीमा (इंश्योरेंस) का इस्तेमाल ज़्यादातर साधारण बीमा अनुबंधों के लिए किया जाता है जो ऐसी किसी घटना के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है जो घटित हो सकती है या नहीं भी हो सकती है; जहां नुकसान की मात्रा का आकलन सिर्फ घटना होने के बाद ही किया जा सकता है।

बीमा (एश्योरेंस) का मतलब बढ़ाई गई अवधि या मृत्यु होने तक के लिए वित्तीय कवरेज। जीवन के मामले में, मृत्यु होना (नुकसान वाली घटना) निश्चित है। सिर्फ उसका समय निश्चित नहीं है। इसके अलावा, किसी व्यक्ति की मृत्यु पर होने वाले आर्थिक नुकसान की मात्रा का अनुमान लगाना भी संभव नहीं होता है। नुकसान की भरपाई की रकम पहले से तय की जाती है। यही कारण है कि जीवन बीमा के मामले में लोग बीमा (एश्योरेंस) का इस्तेमाल करते हैं।

हालांकि कुछ सूक्ष्म तकनीकी अंतर भी होते हैं; 'इंश्योरेंस' और 'एश्योरेंस' शब्दों को भारत सहित ज़्यादातर बाज़ारों में अदल-बदलकर इस्तेमाल किया जाता है। *[भारत की सबसे बड़ी बीमा कंपनियों में से एक का नाम – न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड है और भारत में कोई भी जीवन बीमा कंपनी अपने नाम में **'एश्योरेंस'** शब्द का इस्तेमाल नहीं करती है!*

चित्र 5: बीमा कैसे बीमाधारक को क्षतिपूरित करता है

खुद को जांचें 3

इनमें से क्या जोखिम ट्रांसफर का एक तरीका है?

I. बैंक फिक्स्ड डिपॉजिट

II. बीमा

III. इक्विटी शेयर

IV. रीयल एस्टेट

D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

'जोखिम' शब्द का मतलब ऐसा नुकसान नहीं है जो वास्तव में हो चुका है, बल्कि ऐसा नुकसान है जिसके होने की संभावना है। इस प्रकार, यह एक अपेक्षित नुकसान है। इस अपेक्षित नुकसान की लागत दो कारकों का गुणन है:

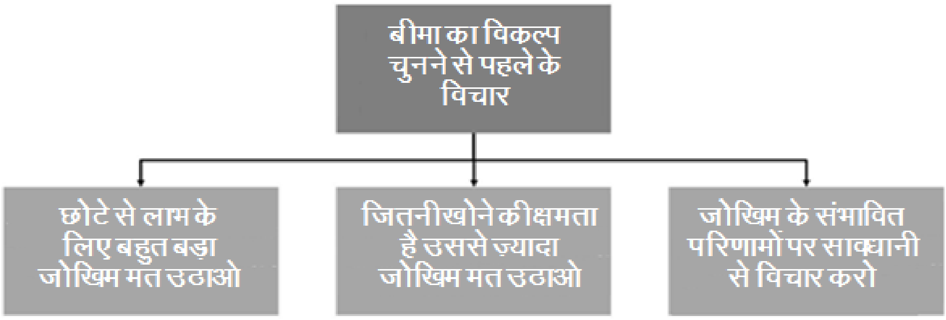
i. यह **संभावना** कि जिस खतरे के विरुद्ध बीमा किया गया है वह घटना हो सकती है, जो नुकसान का कारण बन सकती है।

ii. नुकसान की **गंभीरता** (प्रभाव) या मात्रा जो उस घटना के परिणाम स्वरूप हो सकती है।

जोखिम की लागत संभावना और गंभीरता (नुकसान की मात्रा), दोनों के सीधे अनुपात में बढ़ जाएगी। यह अलग-अलग तरीके से काम करता है - (क) अगर नुकसान की मात्रा बहुत अधिक है और इसके होने की संभावना कम है, तो जोखिम की लागत कम होगी, क्योंकि ऐसे मामले बहुत

कम हो सकते हैं। (ख) नुकसान की मात्रा कम होने पर भी, अगर उसके होने की संभावना बहुत अधिक है, तो जोखिम की लागत अधिक होगी, क्योंकि ऐसी बहुत सी घटनाएं होंगी। बीमा को व्यक्ति के जोखिम प्रबंधन के शक्तिशाली साधन के रूप में देखा जा सकता है। यह किसी बीमित नुकसान की घटना के कारण व्यक्ति की संपत्तियों/धन के खोने के वित्तीय प्रभाव से उसकी सुरक्षा करता है।

चित्र 6: बीमा का विकल्प चुनने से पहले के विचार



E. बीमा का विकल्प चुनने से पहले के विचार

बीमा करना है या नहीं, इस बात का फैसला लेते समय व्यक्ति को खुद जोखिम उठाने की लागत के विरुद्ध जोखिम को ट्रांसफर करने की लागत [बीमा प्रीमियम] का मूल्यांकन करना ज़रूरी है। बीमा की सबसे अधिक ज़रूरत वहां होगी जहां नुकसान का प्रभाव बहुत अधिक होगा, मगर इसकी संभावना (और इसलिए प्रीमियम) बहुत कम होगी। जैसे, (i) भूकंप आने की संभावना; (ii) जहाज डूब जाने की संभावना।

a) **छोटे से लाभ के लिए बहुत बड़ा जोखिम मत उठाओः** जोखिम को ट्रांसफर करने की लागत और प्राप्त मूल्य के बीच एक उचित संबंध होना चाहिए।

   क्या एक साधारण कलम का बीमा करना समझदारी होगी?

b) **जितनी खोने की क्षमता है उससे ज़्यादा जोखिम मत उठाओ**: अगर किसी घटना के परिणाम स्वरूप हो सकने वाला नुकसान इतना बड़ा है कि उसकी वजह से दिवालियेपन का खतरा हो सकता है, तो जोखिम को बनाए रखना (प्रतिधारण) उचित नहीं होगा।

   अगर कोई बड़ी ऑयल रिफाइनरी नष्ट हो जाती है, तो उसके मालिक उस नुकसान को सहन नहीं कर सकते।

c) **जोखिम के संभावित परिणामों पर सावधानी से विचार करो**: उन संपत्तियों का बीमा करना सबसे अच्छा है जिनके लिए नुकसान की घटना होने की संभावना (आवृत्ति) कम है, लेकिन संभावित प्रभाव (गंभीरता) अधिक है।

अंतरिक्ष उपग्रह (स्पेस सैटेलाइट) का नुकसान इतना बड़ा हो सकता है कि इसका बीमा करना बेहद ज़रूरी होगा।

खुद को जांचें 4

इनमें से किन परिस्थितियों में बीमा की ज़रूरत होगी?

I. परिवार के एकमात्र कमाऊ व्यक्ति की अकाल मृत्यु हो सकती है

II. कोई व्यक्ति अपना बटुआ खो सकता है

III. शेयर की कीमतों में भारी गिरावट आ सकती है

IV. सामान्य टूट-फूट (इस्तेमाल) के कारण कोई मकान अपना मूल्य खो सकता है

F. बीमा बाज़ार के खिलाड़ी (कंपनियां)

बीमा कंपनियां (बीमाकर्ता) बीमा उद्योग के प्रमुख खिलाड़ी हैं। बीमा कंपनियों के अलावा, कई और पार्टियां बीमा की मूल्य श्रृंखला का हिस्सा होती हैं। बीमा नियामक भी होता है, जो पूरे बाज़ार को नियंत्रित करता है।

मध्यस्थ जैसे कि एजेंट, ब्रोकर, बैंक (बैंकएश्योरेंस के माध्यम से), बीमा मार्केटिंग फ़र्म और पॉइंट ऑफ़ सेल पर्सन, बीमाधारक/संभावित ग्राहकों के साथ संवाद करने के क्षेत्र में कार्यरत होते हैं जो ग्राहकों की ज़रूरतों का पता लगाकर उन्हें कवर करने के लिए उपलब्ध पॉलिसियों के बारे में ग्राहकों को जानकारी प्रदान करते हैं।

सर्वेयर और हानि निर्धारक/समायोजक दावों के मूल्यांकन के साथ-साथ उससे जुड़े अन्य काम करने जाते हैं। थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर, स्वास्थ्य और यात्रा बीमा दावों पर काम करते हैं। विनियमों में यह प्रावधान किया गया है कि सभी मध्यस्थों (बिचौलियों) की ग्राहक के प्रति ज़िम्मेदारी होती है।

एजेंट, बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच मध्यस्थ होते हैं, उनके पास यह पक्का करने की ज़िम्मेदारी होती है कि जोखिम के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी बीमाधारक ने बीमा कंपनी को उपलब्ध करा दी है।

महत्वपूर्ण

संभावित ग्राहक के प्रति बीमा एजेंट/मध्यस्थ का कर्तव्य

आईआरडीएआई के विनियमों में यह प्रावधान किया गया है कि संभावित ग्राहक के प्रति मध्यस्थों की कुछ जिम्मेदारियां होती हैं। इसी प्रकार, बीमा कंपनी के प्रति भी मध्यस्थ की ज़िम्मेदारी होती है।

विनियम के अनुसार संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, ऐसे व्यक्ति को उचित तरीके से संभावित ग्राहक को सलाह देनी चाहिए। इसमें यह भी कहा गया है कि “एक बीमा कंपनी या उसका एजेंट या अन्य मध्यस्थ किसी प्रस्तावित

कवर के संबंध में सभी महत्वपूर्ण जानकारी संभावित ग्राहक को प्रदान करेगा, ताकि संभावित ग्राहक अपने हित में सबसे अच्छा कवर लेने के बारे में निर्णय ले सके।"

अगर प्रस्ताव और अन्य संबंधित दस्तावाजों को ग्राहक ने नहीं भरा है, तो प्रस्ताव फॉर्म के अंत में ग्राहक की ओर से इस आशय का एक प्रमाणपत्र शामिल किया जा सकता है कि फॉर्म और दस्तावेज़ में कही गई बातें उसे अच्छी तरह समझा दी गई हैं और उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को अच्छी तरह समझ लिया है।

जब ग्राहक बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान करता है, तो बीमा कंपनी को एक रसीद जारी करना होता है। अग्रिम में प्रीमियम भुगतान करने पर भी ऐसा करना ज़रूरी है।

G. समाज में बीमा की भूमिका

बीमा कंपनियां किसी देश के आर्थिक विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। वे यह पक्का करती हैं कि देश की संपत्ति सुरक्षित और संरक्षित है। उनके कुछ योगदानों के बारे में नीचे बताया गया है।

a) बीमा की परिकल्पना पारस्परिकता के सिद्धांत के आधार पर की गई है, जिसमें समाज की संयुक्त शक्ति को एक साथ लाकर, आर्थिक नुकसान का सामना करने वाले कुछ बदकिस्मत सदस्यों की मदद की जाती है। बीमा का कोई विकल्प नहीं है।

b) बीमा कंपनियां प्रीमियम की छोटी-छोटी रकम इकट्ठा करके उनका पूल बनाकर एक विशाल फंड बनाती हैं। इन फंडों को पॉलिसीधारकों के हितों और समाज के लाभ के लिए अपने पास रखकर निवेश किया जाता है। अटकलबाजी या सट्टे जैसी चीजों में अनुचित रूप से उनका निवेश नहीं किया जाता है।

c) बीमा कई बीमाधारकों यानी व्यक्तियों और उद्यमों को दुर्घटनाओं या आकस्मिक घटनाओं के कारण होने वाले नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा लाभ प्रदान करता है। यह पूँजी को सुरक्षित रखता है और फिर कारोबार और उद्योग के विकास के लिए उसका इस्तेमाल करता है, जिससे देश की प्रगति में मदद मिलती है।

d) बीमा पूँजी के निवेश को सक्षम बनाता है जिससे व्यावसायिक और औद्योगिक विकास होता है। इससे उद्यमिता के साथ जुड़े भय, आशंका और चिंता को दूर करने में भी मदद मिलती है।

e) कई बैंक और वित्तीय संस्थान संपत्ति पर ऋण नहीं देते हैं, जब तक कि नुकसान या क्षति के विरुद्ध उसका बीमा न किया गया हो। उनमें से कई तो संपार्श्विक जमानत के तौर पर पॉलिसी असाइन करने पर भी जोर देते हैं।

f) साधारण बीमा कंपनियां बड़े और जटिल जोखिमों को स्वीकार करने से पहले सुयोग्य इंजीनियरों/अन्य विशेषज्ञों द्वारा संपत्ति की जांच-पड़ताल की व्यवस्था करती हैं। वे जोखिम का मूल्यांकन कर जोखिम को कम करने और रेटिंग में मदद के लिए जोखिम प्रबंधन के उपाय सुझाते हैं।

g) बीमा देश के लिए विदेशी मुद्रा भी अर्जित करता है, जैसे कि व्यापार, शिपिंग और बैंकिंग सेवाएं।

h) बीमा कंपनियां आग से होने वाले नुकसान की रोकथाम, कार्गो के नुकसान की रोकथाम, औद्योगिक सुरक्षा और सड़क सुरक्षा में शामिल संस्थानों के साथ जुड़ी होती हैं।

i) बीमा से मिली सुरक्षा के कारण उद्यमियों में नए और अपेक्षाकृत अज्ञात क्षेत्रों में निवेश करने का आत्मविश्वास पैदा होता है।

जानकारी

बीमा और सामाजिक सुरक्षा

a) सामाजिक सुरक्षा राज्य का एक दायित्व है। राज्य की सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में सामाजिक सुरक्षा के साधन के तौर पर, अनिवार्य या स्वैच्छिक बीमा का इस्तेमाल शामिल होता है। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम,1948 में, कवर किये गए औद्योगिक कर्मचारियों और उनके परिवारों की बीमारी, अक्षमता, मातृत्व और मृत्य के खर्चों की भरपाई के लिए **कर्मचारी राज्य बीमा निगम** का प्रावधान किया गया है।

b) बीमा कंपनियां सरकार द्वारा प्रायोजित सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं, जैसे कि

1. पीएमजेजेबीवाय – प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना
2. पीएमएसबीवाय – प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना
3. पीएमएफबीवाय – प्रधानमंत्री फसल बीमा योजना
4. पीएमजेएवाय – प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (आयुष्मान भारत)
5. पीएमवीवीवाय – प्रधानमंत्री वय वंदना योजना – एक पेंशन योजना
6. एपीवाय – अटल पेंशन योजना

ये और अन्य सरकारी योजनाएं भारतीय समाज/समुदाय को फायदा पहुंचा रही हैं।

c) सरकारी योजनाओं में सहयोग करने के अलावा, बीमा उद्योग व्यावसायिक आधार पर बीमा कवर भी प्रदान करता है, जिसका मुख्य मकसद सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना है। व्यावसायिक आधार पर चलाई जाने वाली **ग्रामीण बीमा योजनाएं** ग्रामीण परिवारों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के हिसाब से डिजाइन की गई हैं।

खुद को जांचें 5

इनमें से कौन सी बीमा योजनाएं भारत सरकार द्वारा प्रायोजित हैं?

I. पीएम जन आरोग्य योजना – आयुष्मान भारत

II. पीएम फसल बीमा योजना

III. पीएम सुरक्षा बीमा योजना

IV. उपरोक्त सभी

सारांश

- बीमा का मतलब जोखिम पूलिंग के माध्यम से जोखिम ट्रांसफर है।
- आज जिस व्यावसायिक बीमा कारोबार का प्रचलन है उसकी शुरुआत लंदन के लॉयड्स कॉफी हाउस में हुई थी।
- बीमा की व्यवस्था में ये चीज़ें शामिल होती हैं:
  - ✓ संपत्ति,
  - ✓ जोखिम,
  - ✓ खतरा,
  - ✓ अनुबंध,
  - ✓ बीमा कंपनी और
  - ✓ बीमाधारक
- जब एक जैसी संपत्तियां रखने वाले और एक जैसे जोखिमों के दायरे में आने वाले लोग फंड के एक सामान्य पूल में योगदान करते हैं, तो इसे पूलिंग कहा जाता है।
- बीमा के अलावा, जोखिम प्रबंधन की अन्य तकनीकों में शामिल हैं:
  - ✓ जोखिम से बचाव,
  - ✓ जोखिम नियंत्रण,
  - ✓ जोखिम प्रतिधारण,
  - ✓ जोखिम वित्तपोषण और
  - ✓ जोखिम ट्रांसफर
- बीमा के आदर्श वाक्य हैं:
  - ✓ जितनी खोने की क्षमता है उससे ज़्यादा जोखिम मत उठाओ,
  - ✓ जोखिम के संभावित परिणामों पर सावधानी से विचार करो और
  - ✓ छोटे से लाभ के लिए बहुत बड़ा जोखिम मत उठाओ

मुख्य शब्द

1. जोखिम
2. पूलिंग
3. संपत्ति/एसेट
4. जोखिम का भार
5. जोखिम से बचाव
6. जोखिम नियंत्रण
7. जोखिम प्रतिधारण
8. जोखिम का वित्तपोषण
9. जोखिम ट्रांसफर

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प II है।
उत्तर 2 - सही विकल्प III है।
उत्तर 3 - सही विकल्प II है।
उत्तर 4 - सही विकल्प I है।
उत्तर 5 - सही विकल्प IV है।

अध्याय C-02

बीमा की मुख्य बातें

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम बीमा की कार्यप्रणाली को नियंत्रित करने वाले विभिन्न मुख्य तत्वों और सिद्धांतों के बारे में जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

बीमा के तत्व

संपत्तियां और जोखिम

खतरा और जोखिम

जोखिम पूलिंग

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, ये बातें समझ में आएंगीः

1. संपत्तियां क्या हैं
2. जोखिम, खतरे और आपदाएं क्या हैं
3. जोखिम प्रबंधन का मूल्यांकन
4. बीमा में जोखिम पूलिंग को समझना

A. बीमा के तत्व

हमने देखा है कि बीमा की प्रक्रिया में तीन तत्व होते हैं

- ✓ संपत्ति/एसेट
- ✓ जोखिम
- ✓ जोखिम पुलिंग

आइए, अब हम बीमा की प्रक्रिया के विभिन्न तत्वों को थोड़ा विस्तार से जानें।

1. **संपत्ति/एसेट**

परिभाषा

किसी संपत्ति को 'ऐसी चीज़ के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिससे कुछ लाभ मिलता है और जिसमें उसके मालिक के लिए आर्थिक मूल्य होता है।'

किसी संपत्ति की ये विशेषताएं हो सकती हैं:

- **आर्थिक मूल्य**: संपत्ति का आर्थिक मूल्य होना ज़रूरी है। मूल्य दो तरीकों से उत्पन्न हो सकता है।

a) **आय अर्जित करके:** संपत्ति उत्पादक हो सकती है और उससे आय अर्जित की जा सकती है।

उदाहरण

बिस्किट बनाने के लिए इस्तेमाल होने वाली मशीन या दूध देने वाली गाय, दोनों अपने मालिक के लिए आय अर्जित करती है। एक स्वस्थ कर्मचारी संगठन की संपत्ति होता है।

---

b) **ज़रूरतों को पूरा करके:** संपत्ति किसी आवश्यकता या आवश्यकताओं के समूह को पूरा करके भी मूल्य अर्जित कर सकती है।

उदाहरण

एक रेफ्रिजरेटर भोजन को ठंडा और सुरक्षित रखता है, जबकि एक कार परिवहन में आराम और सुविधा देता है। इसी तरह, बीमारी से मुक्त शरीर, व्यक्ति के साथ-साथ उसके परिवार के लिए भी बहुमूल्य होता है।

- **अभाव/कमी और मालिकाना हक**

हवा और सूरज की रोशनी के बारे में क्या कहेंगे? क्या वे संपत्तियां नहीं हैं? – **इसका जवाब है 'नहीं'**।

कुछ चीज़ें हवा और सूरज की रोशनी के समान बहुमूल्य हैं। हम उनके बिना नहीं जी सकते। फिर भी, उन्हें आर्थिक संदर्भ में संपत्तियां नहीं माना जाता है।

इसके दो कारण हैं:

- ✓ उनकी आपूर्ति प्रचुर है और कोई कमी नहीं है।
- ✓ उन पर किसी एक व्यक्ति का मालिकाना हक नहीं है, बल्कि वे सभी के लिए स्वतंत्र रूप से उपलब्ध हैं।

इसका मतलब है कि आर्थिक संदर्भ के लिए किसी संपत्ति को दो अन्य शर्तों को पूरा करना ज़रूरी है – इसकी कमी/अभाव हो और किसी के पास उसका अधिकार या मालिकाना हक हो।

➢ **संपत्तियों का बीमा**

बीमा सिर्फ अप्रत्याशित घटनाओं के कारण होने वाले आर्थिक नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है; यह समय के साथ संपत्तियों के इस्तेमाल के कारण होने वाली स्वाभाविक टूट-फूट के मामले में सुरक्षा नहीं देता।

हमें यह ध्यान देना होगा कि **बीमा नुकसान या क्षति से किसी संपत्ति की सुरक्षा नहीं कर सकता।** किसी मकान का बीमा किया गया हो या नहीं, भूकंप उसे नष्ट कर देगा। बीमा कंपनी केवल एक धनराशि भुगतान कर सकती है, जो नुकसान के आर्थिक प्रभाव को कम कर देगा।

किसी समझौते के उल्लंघन के कारण भी नुकसान हो सकते हैं।

उदाहरण

निर्यातक को भारी नुकसान हो जाएगा, अगर दूसरी तरफ आयातक सामानों को स्वीकार करने से मना कर देता है या पैसे नहीं चुका पाता है।

➢ **जीवन बीमा**

हमारे जीवन के बारे में क्या कहेंगे? दरअसल, हमारे लिए हमारी अपनी जिंदगी और हमारे प्रियजनों की जिंदगी से ज़्यादा कीमती कुछ भी नहीं है। कोई दुर्घटना या बीमारी होने पर, हमारी जिंदगी पर बहुत बुरा असर पड़ता है।

इसका असर दो तरीकों से पड़ सकता है:

- ✓ सबसे पहले, किसी विशेष बीमारी के इलाज के अपने खर्चे होते हैं।
- ✓ दूसरे, मृत्यु या अक्षमता, दोनों के कारण आर्थिक आय का नुकसान हो सकता है।

इस तरह के नुकसानों को व्यक्तिगत बीमा या बीमा की व्यक्तिगत लाइनों के माध्यम से कवर किया जा सकता है। बीमा ऐसे किसी भी व्यक्ति के लिए संभव है जिसके पास ऐसी संपत्तियां हों जिनका कोई मूल्य है [अर्थात जिनसे आय अर्जित हो या कुछ ज़रूरतें पूरी हो सकें]; जिनके नुकसान (आकस्मिक या दुर्घटनाओं के कारण) से ऐसी वित्तीय हानि हो सकती है जिसे [पैसों के संदर्भ में] मापा जा सकता।

इसलिए, इन संपत्तियों को आम तौर पर बीमा की विषय-वस्तु कहा जाता है।

2. **जोखिम**

बीमा की प्रक्रिया में दूसरा तत्व जोखिम की अवधारणा है। जोखिम को नुकसान की संभावना के तौर पर परिभाषित किया जा सकता है। इस प्रकार जोखिम का मतलब वह संभावित नुकसान या क्षति है जो किसी घटना होने के कारण हो सकता है। [कभी-कभी जोखिम को बीमा की विषय-वस्तु भी कहा जाता है] आम तौर पर कोई नहीं चाहता कि उसका घर जल जाए या उसकी कार दुर्घटना का शिकार हो जाए। फिर भी ऐसा होता है।

जोखिमों के उदाहरणों में, किसी मकान के जल जाने या चोरी के कारण होने वाले आर्थिक नुकसान की संभावना या ऐसी दुर्घटना शामिल है जिसमें हाथ या पैर को नुकसान पहुंचा हो।

इसके दो निहितार्थ हैं।

i. सबसे **पहले**, इसका मतलब है कि नुकसान हो सकता है या नहीं भी हो सकता।

ii. **दूसरे**, जिस घटना के कारण वास्तव में नुकसान हुआ है उसे **खतरा** (**पेरिल**) कहा जाता है। यह नुकसान का कारण है।

उदाहरण

खतरे (पेरिल) के उदाहरणों में आग, भूकंप, बाढ़, आसमानी बिजली, चोरी, हृदय गति रुक जाना आदि शामिल हैं।

स्वाभाविक टूट-फूट

यह सच है कि कुछ भी हमेशा के लिए नहीं रहता। हर संपत्ति का एक निश्चित जीवनकाल है जिसके दौरान इसका इस्तेमाल किया जा सकता है और यह लाभ देता है। यह एक स्वाभाविक प्रक्रिया है; कोई व्यक्ति अपना मोबाइल, वाशिंग मशीन और कपड़े पूरी तरह इस्तेमाल कर लेने के बाद नष्ट कर देता है या बदल लेता है। इसलिए, सामान्य टूट-फूट से होने वाले नुकसानों को बीमा में कवर नहीं किया जाता है।

जोखिम का दायरा: खतरे की घटना के कारण यह ज़रूरी नहीं है कि नुकसान हो। तटीय आंध्रप्रदेश में आई बाढ़ के कारण मुंबई में रहने वाले व्यक्ति को कोई नुकसान नहीं होगा। नुकसान होने के लिए संपत्ति/एसेट का खतरे के दायरे में होना ज़रूरी है। सिर्फ़ जोखिम का दायरा भी बीमा के मुआवजे के लिए पर्याप्त आधार नहीं है।

उदाहरण

कारखाने के परिसर में आग लग सकती है जिससे वास्तव में कोई क्षति नहीं भी हो सकती। बीमा सिर्फ़ तभी काम करता है जब खतरे की घटना के कारण कोई वास्तविक आर्थिक (वित्तीय) नुकसान हुआ हो।

जोखिम एक्सपोज़र की डिग्री:

दो संपत्तियां/एसेट एक ही खतरे के दायरे में हो सकती हैं, लेकिन नुकसान की संभावना या नुकसान की मात्रा में काफी फर्क हो सकता है। विस्फोटक लेकर जाने वाले टैंकर को पानी के टैंकर की तुलना में आग से बहुत बड़ा खतरा हो सकता है।

3. **जोखिम प्रबंधन**

- **क्षति की सीमा, जो हो सकती है**

  यह नुकसान की डिग्री और व्यक्ति या कारोबार पर उसके प्रभाव के आधार पर निकाला जाता है। इस आधार पर तीन प्रकार की जोखिम की घटनाओं या परिस्थितियों की पहचान की जा सकती है:

- **गंभीर**

  जहां नुकसान की तीव्रता इतनी अधिक होती है कि उसके कारण पूर्ण नुकसान या दिवालियेपन का खतरा हो सकता है। नुकसान तब संकटपूर्ण हो सकते हैं जब दुर्घटना का प्रभाव बहुत बड़ा और गंभीर हो; शारीरिक अक्षमता हो; उपकरण और वातावरण को ऐसी क्षति हो जिसकी कुछ हद तक भरपाई की जा सके। गंभीर नुकसानों में ऐसे नुकसान शामिल होंगे जिनके परिणाम स्वरूप भारी वित्तीय नुकसान हो, जिससे मजबूर होकर फ़र्म को कामकाज जारी रखने के लिए क़र्ज़ लेना पड़े।

उदाहरण: गंभीर नुकसान

- ✓ गुड़गांव में एक बड़ी बहुराष्ट्रीय कंपनी के संयंत्र में आग लग जाने से 1 करोड़ रुपये के सामान नष्ट हो जाते हैं। यह नुकसान बड़ा है, लेकिन उतना भी बड़ा नहीं कि इसके कारण कंपनी दिवालिया हो जाए।
- ✓ किसी लुटेरे जहाज का तारपीडो एक पूरे यात्री जहाज को डूबा देता है, लेकिन ज़्यादातर यात्री बचा लिए जाते हैं।
- ✓ एक बड़ी दुर्घटना में व्यक्ति की किडनी को क्षति पहुँचती है जिसके कारण किडनी ट्रांसप्लांट का ऑपरेशन करना ज़रूरी हो जाता है; इस खर्च को टाला नहीं जा सकता।

- **आपदाकारी नुकसान**

  आपदाकारी नुकसान से बड़ी संख्या में लोगों की मौत या पूर्ण अक्षमता होती है, संपत्तियों का व्यापक नुकसान होता है, जिसका पर्यावरण पर बहुत बुरा प्रभाव पड़ता है जिनकी व्यावहारिक तौर पर भरपाई नहीं की जा सकती। आपदाकारी नुकसान में आम तौर पर ऐसी आपदाएं शामिल होती हैं जो अचानक और बड़े पैमाने पर होती हैं; जिन्हें रोका नहीं जा सकता।

उदाहरण: आपदाकारी नुकसान

- ✓ ऐसा भूकंप या बाढ़ जिससे कुछ गाँव पूरी तरह तबाह हो जाते हैं

✓ एक भयंकर आग जिससे एक बड़े क्षेत्र में फैला, करोड़ों रुपये का प्रतिष्ठान पूरी तरह नष्ट हो जाता है

✓ वर्ल्ड ट्रेड टावर पर सितंबर 2011 में हुआ आतंकवादी हमला, जिसके कारण बड़ी संख्या में लोग हताहत हुए थे।

✓ कोविड – 19 जैसी महामारी, जिसके कारण दुनिया भर में लाखों लोग बीमार हो गए

➢ **आंशिक/मामूली नुकसान**

जहां संभावित नुकसान मामूली होते हैं; जिनकी भरपाई आसानी से व्यक्ति या फ़र्म की मौजूदा संपत्ति या मौजूदा आय से की जा सकती है और कोई अनुचित आर्थिक दबाव भी नहीं पड़ता है।

उदाहरण

✓ एक मामूली कार दुर्घटना में उसकी बगल के हिस्से में हल्की खरोंच आ जाती है, जिसके कारण पेंट का कुछ हिस्सा खराब हो जाता है और फेंडर थोड़ा मुड़ जाता है।

✓ कोई व्यक्ति साधारण सर्दी-खांसी का सामना कर रहा है।

---

4. **खतरे और जोखिम**

ऐसी परिस्थिति या परिस्थितियां जो नुकसान की संभावना या उसकी तीव्रता को बढ़ा देती हैं और इस प्रकार जोखिम पर असर डालती हैं, इन्हें खतरा कहा जाता है। जब बीमा कंपनियां जोखिम का आकलन करती हैं, तो यह आम तौर पर उस खतरे के संदर्भ में किया जाता है जिसके दायरे में बीमा की विषय-वस्तु आती है।

बीमा की भाषा में 'खतरा' शब्द का मतलब है ऐसी परिस्थितियां या विशेषताएं या लक्षण जो निर्दिष्ट खतरे से नुकसान की संभावना पैदा करती है या उसे बढ़ा देती है। जिन विभिन्न खतरों के दायरे में कोई जोखिम आता है उसके बारे में पूरी जानकारी होना जोखिम अंकन के लिए बेहद ज़रूरी है। संपत्तियों, खतरे और जोखिमों के बीच संबंधों के उदाहरण नीचे दिए गए हैं।

संपत्ति/एसेट	जोखिम/पेरिल	खतरा
जीवन	कैंसर	अत्यधिक धूम्रपान
फैक्ट्री	आग	खुले में छोड़ी गई विस्फोटक सामग्री
कार	कार दुर्घटना	ड्राइवर द्वारा लापरवाह ड्राइविंग
कार्गो	तूफ़ान	कार्गो में पानी टपकना और उसका खराब हो जाना; कार्गो को वाटरप्रूफ कंटेनर में पैक नहीं किया जाना

महत्वपूर्ण/अहम जानकारी

- **खतरों के प्रकार**

a) **भौतिक खतरा** वह भौतिक परिस्थिति है जो नुकसान की संभावना बढ़ा देती है।

उदाहरण

i. किसी भवन में दोषपूर्ण वायरिंग

ii. वाटर स्पोर्ट में हिस्सा लेना

iii. निष्क्रिय जीवनशैली अपनाना

b) **नैतिक खतरे** का मतलब है किसी व्यक्ति में बेईमानी या चारित्रिक दोष, जो नुकसान की आवृत्ति या तीव्रता को प्रभावित करता है। कोई बेईमान व्यक्ति जालसाजी करके और बीमा की सुविधा का दुरुपयोग करके पैसे कमाने की कोशिश कर सकता है।

उदाहरण

अगर कोई व्यक्ति जान-बूझकर किसी की संपत्ति को आग लगा देता है और पॉलिसी के तहत नुकसानों के विरुद्ध दावा प्राप्त करता है; ऐसे दावे साफ तौर पर धोखाधड़ी वाले होते हैं और उन्हें उचित रूप से अस्वीकार किया जा सकता है।

नैतिक खतरे का एक अच्छा उदाहरण किसी कारखाने के लिए बीमा खरीदना और फिर बीमा राशि प्राप्त करने के लिए उसे जला देना है; कोई बड़ी बीमारी होने के बाद स्वास्थ्य बीमा खरीदना भी इसी दायरे में आता है।

c) **कानूनी खतरा** उन मामलों में अधिक प्रचलित है जिनमें हर्ज़ाने देने का दायित्व शामिल होता है। यह तब होता है जब कानूनी व्यवस्था या नियामक परिवेश की कुछ सुविधाएं नुकसानों की घटना या तीव्रता को बढ़ा सकती हैं।

उदाहरण

कर्मचारी प्रतिकर अधिनियम के लागु होने पर दुर्घटनाओं के मामले में कर्मचारी को मुआवजा और भुगतान की जाने वाली देयता की मात्रा बहुत अधिक बढ़ सकती है।

बीमा की एक बड़ी चिंता जोखिमों और उनसे जुड़े खतरों के बीच संबंध की है। इस आधार पर संपत्तियों को जोखिम की विभिन्न श्रेणियों में बाँटा जाता है और अगर संबद्ध खतरों की मौजूदगी के परिणाम स्वरूप होने वाले नुकसान की संभावना बहुत अधिक होती है, तो बीमा कवरेज के लिए ली जाने वाली कीमत [प्रीमियम] बढ़ जाती है।

5. बीमा का गणितीय सिद्धांत (जोखिम पूलिंग)

बीमा में तीसरा तत्व एक गणितीय सिद्धांत है जो बीमा को संभव बनाता है। इसे जोखिम पूलिंग का सिद्धांत कहा जाता है।

उदाहरण

मान लीजिए कि 100000 आरसीसी मकान आग के जोखिम के दायरे में आते हैं जिससे 50000 रुपये का औसत नुकसान हो सकता है। अगर किसी मकान में आग लगने की संभावना 1000 में से 2 [या 2/1000 = 0.002] है, तो इसका मतलब है कि कुल नुकसान की मात्रा 10000000 [= 50000x 0.002 x 100000] होगी।

अगर किसी बीमा कंपनी को 100000 मकानों में हर मकान से 100 रुपये का योगदान प्राप्त होता है और इन योगदानों (100000 x 100 = 10000000 रुपये) का पूल बनाकर एक फंड तैयार किया जाता है, तो यह आग से नुकसान का सामना करने वाले कुछ बदकिस्मत लोगों के नुकसान की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा।

यह पक्का करने के लिए कि बीमा किये जा रहे सभी लोगों में समानता [निष्पक्षता] हो, तो यह ज़रूरी है कि सभी मकान एक समान तरीके से जोखिम के दायरे में आते हों। ऊपर दिए गए उदाहरण में कच्चे मकानों के लिए जोखिम का दायरा अलग होगा।

a) **बीमा में यह सिद्धांत कैसे काम करता है**?

यह एक समान खतरे और उस खतरे के कारण होने वाली नुकसान की संभावना के दायरे में आने वाले सभी बीमाधारकों के कई जोखिमों का पूल तैयार करके किया जाता है; इसके लिए बीमा कंपनी का उस जोखिम और उसके वित्तीय प्रभाव को स्वीकार करने में सक्षम होना ज़रूरी है।

बड़ी संख्या में लोग	प्रीमियम भुगतान करते हैं	प्रीमियम	नुकसान का सामना करने वाले कुछ लोगों को दावों का भुगतान किया जाता है
कई लोग देते हैं	प्रीमियम के तौर पर एक छोटी सी धनराशि	इन छोटी-छोटी धनराशियों को मिलाकर एक सामान्य पूल तैयार किया जाता है, जो इतना बड़ा होता है कि सांख्यिकीय तौर पर अनुमानित कई दावों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त होगा	नुकसान उठाने वाले लोगों को बड़ी धनराशि भुगतान की जाती है

b) **जोखिम पूलिंग और बड़ी संख्याओं का नियम**

नुकसान की संभावना [जो ऊपर दिए गए उदाहरण में 1000 में से 2 या 0.002 तय की गई थी] वह आधार बनती है जिस पर प्रीमियम तय किया जाता है। अगर वास्तविक अनुभव अपेक्षा के अनुसार होता है, तो बीमा कंपनी को नुकसान के किसी जोखिम का सामना नहीं करना पड़ेगा। ऐसी परिस्थिति में कई बीमाधारकों से मिला प्रीमियम उन लोगों के नुकसानों की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा जो खतरे से प्रभावित हुए हैं। हालांकि, अगर वास्तविक

अनुभव अपेक्षा के अधिक विपरीत होता है, तो बीमा कंपनी को जोखिम का सामना करना पड़ेगा और इकट्ठा किया गया प्रीमियम दावों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त नहीं होगा।

बीमा कंपनी अपने पूर्वानुमानों पर आश्वस्त कैसे हो सकती है? यह एक सिद्धांत की वजह से संभव होता है जिसे "बड़ी संख्याओं का नियम" कहा जाता है। यह नियम कहता है कि जोखिमों के पूल का आकार जितना बड़ा होगा, नुकसान का वास्तविक औसत अनुमानित या अपेक्षित औसत नुकसान के आसपास होगा।

c) **बीमा कंपनियां ऋणशोधन में सक्षम होंगी:**

अगर बनाया गया जोखिमों का पूल और प्रीमियम का पूल दावों (अगर वे उत्पन्न होते हैं) का भुगतान करने की देयताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त नहीं है, तो जोखिम पूलिंग और बीमा की प्रणाली विफल हो सकती है। बीमा कंपनियों के पास पर्याप्त धनराशि होना ज़रूरी है ताकि वे पूल के सभी सदस्यों से किए गए वादों को पूरा कर सकें। अगर उनके पास पर्याप्त धनराशि है, तो उन्हें ऋणशोधन में सक्षम माना जाता है; अगर उनके पास अपने दायित्वों को पूरा करने के लिए पर्याप्त धनराशि नहीं है, तो उन्हें ऋणशोधन में असमर्थ (दिवालिया) माना जाता है।

दूसरे शब्दों में, बीमा कंपनियों को अपने पास कुछ अधिशेष धनराशि (या सॉल्वेंसी मार्जिन) रखने की ज़रूरत होती है, ताकि वे अपेक्षित और वास्तविक दावों की परिस्थितियों के बीच के अप्रत्याशित अंतर को पूरा कर सकें। सॉल्वेंसी अनुपात उस दायरे का अनुमान लगाता है जहां तक संपत्तियां भविष्य के भुगतानों के संबंध में बीमा कंपनी की प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए उपलब्ध हैं। अलग-अलग देश सॉल्वेंसी अनुपात का आकलन करने के लिए अलग-अलग उपाय अपनाते हैं। भारत में, आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि बीमा कंपनियों को कम से कम 1.5 का सॉल्वेंसी अनुपात बनाए रखना ज़रूरी है।

उदाहरण

एक सरल उदाहरण के तौर पर, सिक्का उछाले जाने पर हेड मिलने की संभावना 2 में से एक होती है। लेकिन चार बार सिक्का उछाले जाने पर वास्तव में 2 हेड मिलेगा, ऐसा यकीन से नहीं कहा जा सकता।

जब सिक्के उछाले जाने की संख्या बहुत अधिक और अनंत के आसपास होती है, सिर्फ़ तभी दो बार सिक्के उछाले जाने के हर मामले में हेड मिलने की संभावना एक के करीब होगी।

इसका मतलब है कि बीमा कंपनियां अपने आधार पर सिर्फ़ तभी यकीन कर सकती हैं जब वे एक बड़ी संख्या में बीमाधारकों का बीमा करने में सक्षम हों। ऐसी बीमा कंपनी जिसने सिर्फ़ कुछ सौ मकानों का बीमा किया है, वह ऐसी बीमा कंपनी के मुकाबले बुरी तरह प्रभावित हो सकती है जिसने कई हज़ार मकानों का बीमा किया है।

अहम जानकारी

किसी जोखिम का बीमा करने की शर्तें

बीमा कंपनी के दृष्टिकोण से, किसी जोखिम का बीमा करना कब सार्थक होता है?

किसी जोखिम को बीमा योग्य माने जाने के लिए ज़रूरी छह व्यापक शर्तें नीचे दी गई हैं।

i. **एक बहुत बड़ी संख्या में, जोखिम के दायरे में आने वाली एक जैसी [समान] इकाइयों** के नुकसान का सामना करने का उचित तरीके से अनुमान लगाया जा सकता है। ऐसा बड़ी संख्याओं के सिद्धांत के आधार पर किया जाता है। इसके बिना अनुमान लगाना मुश्किल होगा।

ii. **जोखिम की वजह से होने वाला नुकसान निश्चित और मापने लायक होना चाहिए।** अगर यह यकीन से नहीं कहा जा सकता कि असल में नुकसान हुआ है और कितना नुकसान हुआ है, तो मुआवजा तय करना मुश्किल होगा।

iii. **नुकसान आकस्मिक या दुर्घटना की वजह से होना चाहिए।** यह एक ऐसी घटना का परिणाम होना चाहिए जो हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। यह घटना बीमाधारक के नियंत्रण से बाहर की होनी चाहिए। कोई भी बीमा कंपनी ऐसे नुकसान को कवर नहीं करेगी जो जानबूझकर बीमाधारक ने किया है।

iv. **कई लोगों द्वारा कुछ लोगों के नुकसानों को साझा करना** – यह सिर्फ़ तभी काम कर सकता है जब बीमित समूह के एक छोटे से प्रतिशत को किसी निर्दिष्ट समय अवधि में नुकसान का सामना करना पड़ता है।

v. **आर्थिक व्यवहार्यता**: बीमा की लागत संभावित नुकसान के संबंध में बहुत अधिक नहीं होनी चाहिए; ऐसा न होने पर, बीमा आर्थिक रूप से कारगर नहीं होगा।

vi. **सार्वजनिक नीति**: अंत में, अनुबंध सार्वजनिक नीति और नैतिकता के विपरीत नहीं होना चाहिए।

खुद को जांचें 1

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

I. आग

II. चोरी के सामान

III. चोरी

IV. जहाज पलट जाने के कारण सामानों का नुकसान

सारांश

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

b) एक संपत्ति/एसेट वह है जो कुछ लाभ देता है और जिसका अपने मालिक के लिए आर्थिक मूल्य है।

c) नुकसान की संभावना जोखिम को दर्शाती है।

d) वह परिस्थिति या परिस्थितियां जो नुकसान की संभावना या तीव्रता को बढ़ा देती हैं, उन्हें खतरा कहा जाता है।

e) वह गणितीय सिद्धांत जो बीमा को संभव बनाता है, जोखिम पूलिंग का सिद्धांत कहलाता है।

मुख्य शब्द

a) संपत्ति/एसेट

b) जोखिम

c) खतरा

d) जोखिम पूलिंग

e) प्रस्ताव और स्वीकृति

f) कानूनी विचार/प्रतिफल

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

अध्याय C-03

बीमा के सिद्धांत

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम उन सिद्धांतों की चर्चा करेंगे जिनके आधार पर बीमा की प्रणाली काम करती है।

a) परम सद्भाव या "Uberrima fides" को ऐसी व्यवस्था के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसमें “प्रस्तावित जोखिम से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा करने का सकारात्मक दायित्व शामिल है, चाहे इसका अनुरोध किया गया हो या नहीं।” सभी बीमा अनुबंध परम सद्भाव (Uberrima Fides) के सिद्धांत पर आधारित होते हैं।

b) ‘बीमा योग्य हित’ की मौजूदगी हर अनुबंध का एक अनिवार्य घटक है; इसे बीमा के लिए कानूनी शर्त माना जाता है।

c) क्षतिपूर्ति यह पक्का करती है कि आकस्मिक घटना होने पर बीमाधारक को उसके नुकसान की सीमा तक क्षतिपूरित किया गया है।

d) प्रस्थापन (Subrogation) का मतलब है कि बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में सभी अधिकार और उपाय बीमाधारक से बीमा कंपनी को ट्रांसफर किए जाते हैं।

e) योगदान का सिद्धांत कहता है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया गया है, तो सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया जाने वाला कुल मुआवजा व्यक्ति को हुए वास्तविक नुकसान से अधिक नहीं हो सकता।

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

अध्ययन के परिणाम

A. परम सद्भाव
B. बीमा योग्य हित
C. आसन्न कारण
D. क्षतिपूर्ति
E. प्रस्थापन
F. योगदान

A. परम सद्भाव

बीमा अनुबंधों की कई ख़ास बातें होती हैं जिनके बारे में नीचे बताया गया है:

1. परम सद्भाव या *'Uberrima Fides'*

परम सद्भाव या "Uberrima fides" किसी बीमा अनुबंध के बुनियादी सिद्धांतों में से एक है; इसे "प्रस्तावित जोखिम से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा करने के सकारात्मक दायित्व के रूप में परिभाषित किया गया है, चाहे इसका अनुरोध किया गया हो या नहीं।"

सभी व्यावसायिक अनुबंध इस सीमा तक सद्भाव पर आधारित होते हैं जिससे कि जानकारी देते समय या लेनदेन करने समय कोई जालसाजी या धोखाधड़ी न हो। यहाँ "क्रेता सावधान" या **"Caveat Emptor"** के नियम का पालन किया जाता है जिसका मतलब है **खरीदार सावधान रहें**। अनुबंध के पक्षकारों से अनुबंध की विषय-वस्तु की जांच करने की अपेक्षा की जाती है; जब तक एक पक्ष दूसरे पक्ष को गुमराह नहीं करता है और सवालों के जवाब विश्वसनीयता से दिए जाते हैं, दूसरे पक्ष द्वारा अनुबंध से बचने का कोई सवाल नहीं होता।

बीमा अनुबंध एक अलग आधार पर खड़े होते हैं क्योंकि अनुबंध की विषय-वस्तु अप्रत्यक्ष होती है और बीमा कंपनी इसके बारे में आसानी से नहीं जान सकती। साथ ही, कई ऐसे तथ्य होते हैं जिनकी जानकारी सिर्फ प्रस्तावक को हो सकती है। बीमा कंपनी को जानकारी के लिए पूरी तरह प्रस्तावक पर भरोसा करना पड़ता है। इसलिए, बीमा की विषय-वस्तु के बारे में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा बीमा कंपनियों को करना प्रस्तावक का कानूनी दायित्व है। अर्थात, बीमाधारक को ऐसे किसी तथ्य के संबंध में कोई गलतबयानी नहीं करनी चाहिए जो बीमा अनुबंध के लिए महत्वपूर्ण है। बीमा अनुबंधों के संबंध में पूर्ण प्रस्तुति और पूर्ण प्रकटीकरण का यह बड़ा दायित्व अनुबंधों को परम सद्भाव का अनुबंध बनाता है।

अगर किसी भी पक्ष द्वारा परम सद्भाव का पालन नहीं किया जाता है, तो दूसरा पक्ष अनुबंध को टाल सकता है। इसके पीछे यह तर्क है कि खास तौर पर बीमा का अनुबंध करते समय किसी को भी अपनी खुद की गलती का लाभ लेने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए।

a) **महत्वपूर्ण तथ्य** को ऐसे तथ्य के रूप में परिभाषित किया गया है जो यह तय करने में बीमा के जोखिम अंकक (अंडरराइटर) के निर्णय को प्रभावित करेगा कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या नहीं और अगर हाँ, तो प्रीमियम की दर और नियम एवं शर्तें क्या होंगी। किसी अनुबंध से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूरी तरह से और सही तरीके से ख़ुलासा करना बीमाधारक का दायित्व है।

जिस तथ्य का ख़ुलासा नहीं किया गया है वह महत्वपूर्ण था या नहीं, यह अलग-अलग मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा; आखिर में इसका फैसला सिर्फ़ कानून की अदालत में हो सकता है। बीमाधारक को उन तथ्यों का ख़ुलासा करना होगा जो जोखिम पर असर डालते हैं।

महत्वपूर्ण तथ्य का मतलब है वह जानकारी जो बीमा कंपनियों को ये फैसले लेने में मदद करती है:

- ✓ क्या वे जोखिम को स्वीकार करेंगे?
- ✓ अगर हाँ, तो प्रीमियम की दर और नियम एवं शर्तें क्या होंगी?

परम सद्भाव का यह कानूनी दायित्व सामान्य कानून के तहत उत्पन्न होता है। यह दायित्व सिर्फ़ उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर ही लागू नहीं होता जिनके बारे में प्रस्तावक को पता है, बल्कि यह उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर भी लागू होता है जिनका पता उसे ज़रूर होना चाहिए। इसी तरह, पॉलिसी के बारे में कोई भी जानकारी बीमाधारक से नहीं छिपाना बीमा कंपनी का दायित्व है।

उदाहरण

महत्वपूर्ण जानकारी के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं जिनका ख़ुलासा प्रस्ताव तैयार करते समय प्रस्तावक को करना चाहिए:

i. **जीवन बीमा**: व्यक्ति का अपना चिकित्सा इतिहास, आनुवंशिक बीमारियों का पारिवारिक इतिहास, धूम्रपान करने और शराब पीने जैसी आदतें, काम से अनुपस्थित रहना, उम्र, शौक, वित्तीय जानकारी जैसे कि प्रस्तावक की आय का ब्यौरा, पहले से मौजूद जीवन बीमा पॉलिसियां, पेशा आदि।

ii. **आग बीमा**: निर्माण (कंस्ट्रक्शन), जोखिम की जगह/परिस्थिति और भवन का इस्तेमाल, भवन की उम्र, परिसर में मौजूद सामानों की प्रकृति आदि।

iii. **समुद्री बीमा**: सामानों का ब्यौरा, पैकिंग का तरीका और परिवहन का माध्यम आदि।

iv. **मोटर बीमा**: वाहन का ब्यौरा, खरीद की तारीख और क्षेत्रीय पंजीकरण पाधिकरण आदि।

v. **स्वास्थ्य बीमा**: पहले से मौजूद बीमारी, उम्र आदि

b) **कब कोई तथ्य 'महत्वपूर्ण' बन जाता है: कुछ प्रकार के महत्वपूर्ण तथ्य, जिनका ख़ुलासा करना ज़रूरी होता है**, वे तथ्य हैं जो यह दिखाते हैं कि किसी खास जोखिम में उससे ज़्यादा खतरा है जिसकी सामान्य रूप से अपेक्षा की जा सकती है।

उदाहरण

जहाज से भेजे जा रहे कार्गो की खतरनाक प्रकृति, बीमारी का पिछला इतिहास, मकान में चोरी का पिछला इतिहास।

i. सभी बीमा कंपनियों से ली गई पॉलिसियों की मौजूदगी और उनकी मौजूदा स्थिति।

ii. प्रस्ताव फॉर्म या बीमा के आवेदन में मौजूद सभी सवालों को महत्वपूर्ण माना जाता है, क्योंकि इनका संबंध बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और जोखिम के दायरे से होता है। इनका सभी मामलों में ईमानदारी से और पूरी तरह से जवाब दिया जाना चाहिए।

नीचे कुछ ऐसे परिदृश्य दिए गए हैं जिनमें महत्वपूर्ण तथ्यों का ख़ुलासा करने की ज़रूरत नहीं है।

जानकारी

a. **महत्वपूर्ण तथ्य जिनका ख़ुलासा करना ज़रूरी नहीं है**: जब तक बीमालेखकों (अंडरराइटर) द्वारा विशेष पूछताछ नहीं की जाती है, प्रस्तावक पर इस तरह के तथ्यों का ख़ुलासा करने का कोई दायित्व नहीं होताः

   i. **जोखिम कम करने के लिए अपनाए गए उपाय**। जैसे, अग्निशामक का मौजूदगी।

   ii. **ऐसे तथ्य जिनके बारे में बीमाधारक को पता नहीं है**। जैसे, ऐसा व्यक्ति जिसे उच्च रक्तचाप की समस्या है, लेकिन पॉलिसी लेने के समय उसे इस बारे में पता नहीं है, उस पर इस तथ्य का खुलासा नहीं करने का इल्जाम नहीं लगाया जा सकता।

   iii. **ऐसे तथ्य जिनका उचित परिश्रम से पता लगाया जा सकता**। हर छोटे से छोटे महत्वपूर्ण तथ्य का ख़ुलासा करना ज़रूरी नहीं है। अगर बीमालेखकों (अंडरराइटर) को और जानकारी की ज़रूरत है, तो उन्हें इस बारे में पूछताछ करने के लिए सजग होना चाहिए। जैसे, किसी कपड़े की दुकान का बीमा करते समय खास तौर पर यह बताना ज़रूरी नहीं है कि दुकान में मौजूद कुछ सिंथेटिक कपड़ों में तेज़ी से आग लग सकती है।

   iv. **कानून के मामलेः** हर किसी से यह अपेक्षा की जाती है कि उसे देश के कानून के बारे में पता है। जैसे, विस्फोटक सामग्री रखने के बारे में नगरपालिका कानून।

   v. **ऐसी जानकारी जिसके प्रति बीमा कंपनी उदासीन है (या अधिक जानकारी की जरूरत को माफ कर दिया है)**

   ऐसे मामलों में, बीमा कंपनी बाद में इस आधार पर ज़िम्मेदारी से नहीं बच सकती कि जवाब अधूरे थे।

b. **ख़ुलासा करने का दायित्व**: बीमा अनुबंधों के मामले में, ख़ुलासा करने का दायित्व बातचीत की पूरी अवधि में बना रहता है, जब तक कि प्रस्ताव को स्वीकार नहीं किया जाता और जीवन बीमा पॉलिसी जारी नहीं की जाती।

जीवन बीमा पॉलिसी स्वीकार हो जाने के बाद, ऐसे किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य का ख़ुलासा करने की कोई ज़रूरत नहीं होती जो पॉलिसी की अवधि के दौरान आ सकता है।

उदाहरण

श्री राजन ने पंद्रह साल की अवधि के लिए एक जीवन बीमा पॉलिसी ली है। पॉलिसी लेने के छह साल के बाद, श्री राजन को दिल की कोई समस्या हो जाती है और उन्हें दिल की सर्जरी करवानी पड़ती है। श्री राजन को इस तथ्य का ख़ुलासा बीमा कंपनी को करने की कोई ज़रूरत नहीं है।

[हालांकि, अगर प्रीमियम बकाया होने पर उसे चुकाने में विफल रहने के कारण पॉलिसी व्यपगत स्थिति में है और पॉलिसीधारक पॉलिसी अनुबंध को पुनर्जीवित कर उसे फिर से चालू करना चाहता है, तो ऐसे पुनर्जीवन (रिवाइवल) के समय सभी महत्वपूर्ण और प्रासंगिक तथ्यों का ख़ुलासा करना उसका दायित्व है, मानो कि यह एक नई पॉलिसी हो।]

अगर पॉलिसी का नवीनीकरण करने के समय श्री राजन के पास स्वास्थ्य बीमा है, तो उसे इस स्वास्थ्य समस्या के बारे में बीमा कंपनी को जानकारी देना होगा।

इसी तरह, साधारण बीमा के मामले में, किसी उद्यम/फैक्ट्री के लिए आग बीमा पॉलिसी का नवीनीकरण करते समय, बीमाधारक को बीमा कंपनी को यह बताना होगा कि क्या भवन के इस्तेमाल में बदलाव किया गया है।

किसी पोत के लिए हल पॉलिसी का नवीनीकरण करते समय, बीमाधारक को बीमा कंपनी को यह जानकारी देनी होगी कि क्या किसी अलग प्रकार के कार्गो के परिवहन के लिए पोत में बदलाव किया गया है; जैसे कि दालों की जगह खतरनाक रसायन का परिवहन।

c. **तथ्यों का ख़ुलासा न करने की परिस्थितियां** तब पैदा हो सकती हैं जब बीमाधारक महत्वपूर्ण तथ्यों के बारे में मौन है, क्योंकि बीमा कंपनी ने कोई विशेष पूछताछ शुरू नहीं की है। ऐसी परिस्थितियां बीमा कंपनी द्वारा उठाए गए सवालों पर गोलमोल जवाब देने से भी पैदा हो सकती हैं।

   अगर गैर-प्रकटीकरण अनजाने में होता है (जिसका मतलब है कि व्यक्ति की जानकारी या मंशा के बिना ऐसा किया गया है) या इसकी वजह यह है कि प्रस्तावक को लगा होगा वह तथ्य महत्वपूर्ण नहीं है। ऐसे मामले में वह निर्दोष है।

   जब किसी तथ्य को जानबूझकर दबाया जाता है, तो उसे छिपाया गया माना जाता है। यहां धोखा देने की मंशा है।

d. **गलतबयानी**: बीमा के अनुबंध से जुड़ी बातचीत के दौरान दिया गया कोई भी बयान प्रतिनिधित्व (रिप्रजेंटेशन) कहा जाता है। प्रतिनिधित्व किसी तथ्य से जुड़ा एक पक्का बयान या विश्वसनीय बयान, मंशा या अपेक्षा का बयान हो सकता है। यह उम्मीद की जाती है कि बयान बहुत सही होगा। ऐसे प्रतिनिधित्व जिनमें विश्वास या अपेक्षा से जुड़ी बातें हैं सद्भाव में दिए जाने चाहिए। गलतबयानी दो तरह की होती है:-

   i. **निर्दोष गलतबयानी** का संबंध उन गलत बयानों से है जो धोखा देने की मंशा के बिना दिए गए हैं।

   ii. **धोखाधड़ी वाली गलतबयानी** का मतलब है ऐसे बयान जो बीमा कंपनी को धोखा देने की मंशा से जानबूझकर या सच को जाने बिना लापरवाही से दिए गए हैं।

   कोई बीमा अनुबंध आम तौर पर तब अमान्य हो जाता है जब धोखा देने के इरादे से तथ्यों को जानबूझकर छिपाया जाता है या जब धोखाधड़ी वाली गलतबयानी की जाती है।

   बीमा अधिनियम, 1938 के संशोधन (मार्च 2015) में उन स्थितियों के बारे में कुछ दिशानिर्देश दिए गए हैं जिनके तहत धोखाधड़ी के कारण किसी पॉलिसी पर सवाल उठाए जा सकते हैं। नए प्रावधान इस प्रकार हैं:-

e. **धोखाधड़ी/जालसाजी**: "धोखाधड़ी/जालसाजी" शब्द को **बीमा अधिनियम की धारा** 45 (2) (2015 **में संशोधित**) के तहत निर्धारित किया गया है। इसके अनुसार, किसी जीवन बीमा

पॉलिसी पर एक समय अवधि के भीतर (उसके बाद नहीं) बीमा कंपनी धोखाधड़ी के आधार पर सवाल उठा सकती है। हालांकि, बीमा कंपनी ऐसा सिर्फ़ आगे दी गई तारीख से तीन साल के भीतर कर सकती है: (क) पॉलिसी जारी करने की तारीख (ख) जोखिम शुरू होने की तारीख (ग) पॉलिसी को पुनर्जीवित करने की तारीख या पॉलिसी में राइडर जोड़े जाने की तारीख, जो भी बाद में हो।

बीमा कंपनी को लिखित रूप में उन कारणों के बारे में बीमाधारक या उसके कानूनी प्रतिनिधियों, नामितियों या समनुदेशितियों को बताना ज़रूरी है, जिनके आधार पर पॉलिसी पर सवाल उठाया गया है।

"धोखाधड़ी/जालसाजी" का मतलब है बीमा कंपनी को धोखा देने या बीमा पॉलिसी जारी करने के इरादे से बीमा कंपनी को प्रलोभन देने के इरादे से बीमाधारक द्वारा की गई कोई भी कार्रवाई। इसमें यह भी प्रावधान है कि अगर पॉलिसीधारक जीवित नहीं है, तो धोखाधड़ी को गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर होता है।

B. बीमा योग्य हित

'बीमा योग्य हित' की मौजूदगी हर बीमा अनुबंध का एक अनिवार्य घटक है और इसे बीमा के लिए कानूनी शर्त माना जाता है।

बीमा योग्य हित के तीन अनिवार्य तत्व हैं:

i. कोई संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता होनी चाहिए जिसका बीमा किया जा सके।

ii. ऐसी संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता बीमा की विषय-वस्तु होनी चाहिए।

iii. बीमाधारक का विषय-वस्तु से ऐसा कानूनी संबंध होना चाहिए कि उसे संपत्ति, अधिकार, हित और जीवन की सुरक्षा या देयता से मुक्ति का लाभ मिले। इसी आधार पर, कोई भी नुकसान, क्षति, चोट या देयता उत्पन्न होने पर उसे वित्तीय नुकसान हो सके।

आइए, हम देखें कि बीमा किसी जुए या दांव/सट्टे के समझौते से अलग कैसे है।

a) **जुआ और बीमा**: ताश के खेल के विपरीत, जिसमें कोई इंसान जीत या हार सकता है, आग लगने का एक ही परिणाम हो सकता है – मकान के मालिक को नुकसान।

मकान का मालिक यह पक्का करने के लिए बीमा लेता है कि उसे हो सकने वाले नुकसान की किसी न किसी तरह भरपाई की जाए।

दूसरे शब्दों में, बीमा योग्य हित वह हित है जो बीमाधारक का बीमा की विषय-वस्तु में होता है। बीमा योग्य हित किसी बीमा अनुबंध को मान्य और कानून के तहत लागू करने योग्य बनाता है।

उदाहरण

अगर मिस्टर पटेल ने किसी बैंक से 15 लाख रुपये का एक बंधक ऋण लेकर कोई मकान खरीदा है और उसने इस रकम में से 12 लाख रुपये चुका दिए हैं, तो बैंक का ब्याज सिर्फ़ बकाया तीन लाख रुपए के हिसाब से होगा।

इस प्रकार ऋण की बकाया राशि के लिए मकान में बैंक का भी वित्तीय रूप से बीमा योग्य हित होगा और बैंक यह पक्का करेगा कि पॉलिसी में उसे सह-बीमाधारक बनाया जाए।

मिस्टर पटेल एक ऐसे मकान का मालिक है जिस पर उसने बैंक से 15 लाख रुपये का बंधक ऋण लिया है। नीचे दिए गए सवालों पर विचार करें:

- ✓ क्या मकान में उसका बीमा योग्य हित है?
- ✓ क्या मकान में बैंक का बीमा योग्य हित है?
- ✓ उसके पड़ोसी के बारे में क्या कहेंगे?

मिस्टर दास के परिवार में उनकी पत्नी, दो बच्चे और बूढ़े माता-पिता हैं। नीचे दिए गए सवालों पर विचार करें:

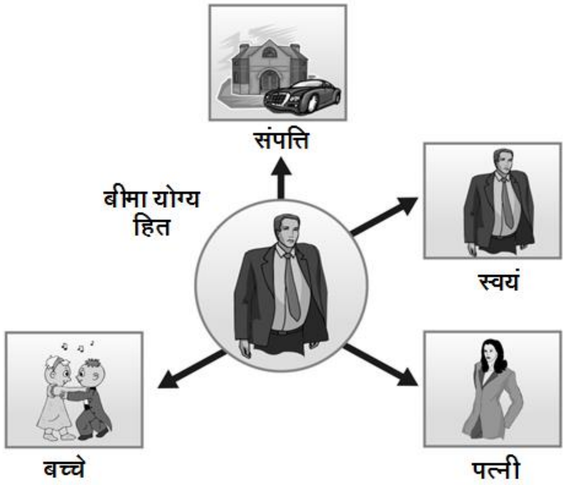
- ✓ क्या उनके सेहतमंद रहने में मिस्टर दास का बीमा योग्य हित है?
- ✓ अगर उनमें से किसी को अस्पताल में भर्ती किया जाता है, तो क्या मिस्टर दास को आर्थिक नुकसान उठाना होगा?
- ✓ उनके पड़ोसी के बच्चों का क्या होगा? क्या उनके लिए भी मिस्टर दास का कोई बीमा योग्य हित होगा?

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

बीमा की विषय-वस्तु का संबंध उस संपत्ति से है जिसके विरुद्ध बीमा किया जा रहा है और जिसका अपना कोई अंतर्निहित मूल्य है।

दूसरी ओर, **बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु** उस संपत्ति में बीमाधारक का वित्तीय हित है। यह सिर्फ़ तभी होता है जब बीमाधारक का संपत्ति में ऐसा हित हो, जिससे कि उसे बीमा करने का कानूनी अधिकार हो। सही मायनों में, बीमा पॉलिसी वास्तव में संपत्ति को नहीं, बल्कि संपत्ति में बीमाधारक के वित्तीय हित को कवर करती है।

चित्र 1: सामान्य कानून के मुताबिक बीमा योग्य हित



b) **वह समय जब बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए**: जीवन बीमा में, पॉलिसी लेने के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए। साधारण बीमा में, पॉलिसी लेने के समय और दावा करने के समय, दोनों ही मामलों में बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए; इसके कुछ अपवाद भी हैं, जैसे कि समुद्री पॉलिसियां जिनके मामले में दावे के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए।

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

स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में प्रस्तावक स्वयं के अलावा परिवार का भी बीमा कर सकता है, क्योंकि अगर परिवार के साथ कोई दुर्घटना हो जाती है या उन्हें अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है, तो प्रस्तावक को आर्थिक नुकसान उठाना पड़ सकता है। हालांकि, समुद्री कार्गो बीमा के मामले में, सिर्फ़ नुकसान के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए, क्योंकि लागत का भुगतान करने पर सामान का मालिकाना हक़ दूसरे व्यक्ति के पास चला जाता है; ऐसा सामान के परिवहन के दौरान हो सकता है।

C. आसन्न कारण

आसन्न कारण बीमा का एक मुख्य सिद्धांत है और इसका संबंध इस बात से है कि वास्तव में नुकसान या क्षति कैसे हुई और क्या यह किसी बीमित खतरे के परिणाम स्वरूप हुआ है। अगर नुकसान किसी बीमित खतरे के कारण हुआ है, तो बीमा कंपनी उत्तरदायी है। अगर आसन्न कारण कोई बीमित खतरा है, तो बीमा कंपनी नुकसान की भरपाई करने के लिए बाध्य है, अन्यथा नहीं। सिद्धांत का यह प्रयोग व्यावहारिक रूप से गैर-जीवन बीमा दावों के मामले में अपनाया जाता है।

जब कोई नुकसान होता है, तो अक्सर घटना का कारण बनने वाली घटनाओं की एक श्रृंखला होती है; इसलिए कभी-कभी सबसे नजदीकी या आसन्न कारण का पता लगाना मुश्किल हो

जाता है। इस नियम के तहत, बीमा कंपनी उस प्रमुख कारण को देखती है जो नुकसान का कारण बनने वाली घटनाओं की श्रृंखला को रफ़्तार देती है। ऐसा ज़रूरी नहीं है कि यह आख़िरी घटना हो जिससे ठीक पहले नुकसान की घटना हुई, अर्थात यह अनिवार्य रूप से ऐसी घटना नहीं है जो नुकसान के कारण के सबसे करीब हो या उसके लिए सीधे तौर पर जिम्मेदार हो। उदाहरण के लिए, आग लगने के कारण पानी की पाइप फट सकती है। इसके बावजूद कि परिणामी नुकसान पानी से हुई क्षति है, लेकिन फिर भी आग को घटना का आसन्न कारण माना जाएगा। अन्य कारणों को दूरस्थ कारणों में वर्गीकृत किया जा सकता है, तो आसन्न कारणों से अलग होते हैं। दूरस्थ कारण मौजूद हो सकते हैं लेकिन घटना का कारण बनने उनका योगदान नहीं होगा।

परिभाषा

आसन्न कारण को ऐसे सक्रिय और प्रभावशाली कारण के रूप में परिभाषित किया जाता है जो उन घटनाओं की श्रृंखला को रफ़्तार देता है जो कोई नतीजा देती है, इसमें किसी नई और स्वतंत्र स्रोत से शुरू हुई और सक्रिय रूप से काम करने वाली किसी ताकत का कोई हस्तक्षेप नहीं होता।

बीमा अनुबंधों में आसन्न कारण का सिद्धांत कैसे लागू होता है? बीमा मृत्यु के कारण की परवाह किए बिना, मृत्यु लाभ के भुगतान का प्रावधान करता है, इसलिए आम तौर पर इसमें आसन्न कारण का सिद्धांत लागू नहीं होता। हालांकि, कई बीमा अनुबंधों में एक अतिरिक्त दुर्घटना लाभ भी शामिल हो सकता है जहां दुर्घटना से मौत होने के मामले में एक अतिरिक्त बीमा राशि देय होती है। ऐसी परिस्थिति में, कारण का पता लगाना आवश्यक हो जाता है – क्या मृत्यु किसी दुर्घटना के परिणाम स्वरूप हुई। ऐसे मामलों में आसन्न कारण का सिद्धांत लागू होगा।

आसन्न कारण के सिद्धांत को समझने के लिए, नीचे दी गई परिस्थिति पर विचार करें:

उदाहरण

परिदृश्य 1: मिस्टर अजय गैराज के सामने अपनी कार पार्क करके लंबी छुट्टी पर चले गए। छह महीने बाद, जब वे वापस लौटे और कार स्टार्ट किया, तो देखा कि कार की एयर-कंडीशनिंग काम नहीं कर रही। मिस्टर अजय ने एयर-कंडिशनिंग की मरम्मत की लागत के लिए बीमा कंपनी के पास एक दावा दायर किया, तो बीमा कंपनी ने दावे को अस्वीकार कर दिया। बीमा कंपनी ने यह तर्क दिया कि नुकसान कार और एयर-कंडिशनिंग सिस्टम की 'सामान्य टूट-फूट' के कारण हुआ था, जो बीमा पॉलिसी में एक अपवर्जित खतरा था। मिस्टर अजय ने अदालत का दरवाज़ा खटखटाया। सर्वे रिपोर्ट की जांच करने के बाद, जिसमें कहा गया था कि कार 12 साल पुरानी है और पिछले 6 सालों के दौरान न तो कार की और न ही एयर-कंडिशनिंग की सर्विस/मरम्मत की गई है, तो यह नुकसान 'सामान्य टूट-फूट' के कारण हुआ और बीमा कंपनी दावे का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी नहीं थी।

परिदृश्य 2: मिस्टर पिंटू घोड़े की सवारी करते हुए ज़मीन पर गिर पड़े और उनका पैर टूट गया। वे काफी समय तक गीली ज़मीन पर पड़े रहे, जिसके बाद उन्हें अस्पताल ले जाया गया। गीली ज़मीन पर पड़े रहने के कारण उनको बुखार हो गया जो निमोनिया में बदल गया और अंत में इसी कारण से उनकी मौत हो गई। हालांकि, निमोनिया आसन्न कारण प्रतीत हो सकता है, वास्तव में

दुर्घटना में गिर जाने को आसन्न कारण माना गया और दावे का भुगतान व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत किया गया।

कुछ ऐसे नुकसान होते हैं जो आग लगने के कारण बीमाधारक को उठाने पड़ते हैं, लेकिन उन्हें आग से दुर्घटना का आसन्न कारण नहीं कहा जा सकता। व्यावहारिक तौर पर, इनमें से कुछ नुकसानों की भरपाई परंपरागत रूप से कारोबार द्वारा अग्नि बीमा पॉलिसियों के तहत की जाती है।

ऐसे नुकसानों के उदाहरण ये हो सकते हैं –

- ✓ आग बुझाने के लिए इस्तेमाल किए गए पानी के कारण संपत्ति को हुई क्षति
- ✓ फायर ब्रिगेड द्वारा अपनी ड्यूटी निभाते वक्त संपत्ति को किया गया नुकसान
- ✓ किसी जलती हुई इमारत से किसी सुरक्षित जगह पर ले जाने के कारण संपत्ति को हुई क्षति।

खुद को जांचें 1

घुड़सवारी में हुई एक दुर्घटना के बाद गीली ज़मीन पर पड़े रहने के कारण श्री पिंटू को निमोनिया हो जाता है। निमोनिया से श्री पिंटू की मौत हो जाती है। मृत्यु का आसन्न कारण क्या है?

I. निमोनिया

II. घोड़ा

III. घुड़सवारी में दुर्घटना

IV. बदकिस्मती

D. क्षतिपूर्ति

क्षतिपूर्ति का सिद्धांत गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों पर लागू होता है। **इसका मतलब है कि पॉलिसीधारक, जो नुकसान उठाता है, उसे इस तरह क्षतिपूरित किया जाता है कि वह वापस उसी वित्तीय स्थिति में वापस आ जाए जिसमें नुकसान वाली घटना होने से पहले था।** बीमा अनुबंध यह गारंटी देता है कि बीमाधारक को नुकसान की मात्रा तक ही क्षतिपूर्ति या मुआवजा दिया जाएगा, उससे अधिक नहीं।

इसके पीछे का सिद्धांत यह है कि व्यक्ति को अपनी संपत्तियों का बीमा करने से कोई मुनाफ़ा नहीं होना चाहिए और नुकसान से अधिक भरपाई नहीं होनी चाहिए। बीमा कंपनी नुकसान के आर्थिक मूल्य का आकलन करेगी और उसी के अनुसार मुआवजा देगी।

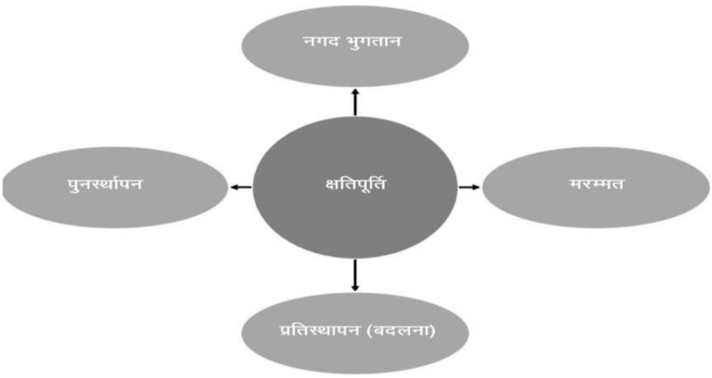
उदाहरण

राम ने 10 लाख रुपये मूल्य की पूरी रकम के लिए अपने मकान का बीमा किया। आग लगाने के कारण उसे 70,000 रुपये का अनुमानित नुकसान उठाना पड़ा। बीमा कंपनी उसे 70,000 रुपये की रकम भुगतान करेगी। बीमाधारक इससे अधिक रकम का दावा नहीं कर सकता।

क्षतिपूर्ति की रकम उस बीमा के प्रकार पर निर्भर करेगी जो व्यक्ति ने लिया है। क्षतिपूर्ति इनमें से किसी एक या अधिक साधनों से की जा सकती है:

- ✓ नगद भुगतान
- ✓ क्षतिग्रस्त सामान की मरम्मत
- ✓ खोए हुए या क्षतिग्रस्त सामान को बदलना
- ✓ पुनर्स्थापन (बहाल करना), जैसे, आग से नष्ट हुए मकान को फिर से बनाना

चित्र 2: क्षतिपूर्ति



a) **सहमत मूल्य**: हालांकि, कुछ ऐसी विषय-वस्तु भी है जिसके नुकसान के समय उसके मूल्य का आसानी से अनुमान या निर्धारण नहीं किया जा सकता। उदाहरण के लिए, पारिवारिक विरासत की वस्तु या कलाकृति के मामले में उसकी कीमत का अंदाजा लगना मुश्किल हो सकता है। इसी तरह, समुद्री बीमा पॉलिसियों में, दुनिया भर के सफ़र के आधे रास्ते में किसी पोत की दुर्घटना के मामले में हुए नुकसान का अनुमान लगाना मुश्किल हो सकता है।

ऐसे मामलों में, एक सिद्धांत को अपनाया जाता है जिसे 'सहमत मूल्य' कहते हैं। बीमा कंपनी और बीमाधारक बीमा अनुबंध की शुरुआत में बीमा योग्य संपत्ति के मूल्य पर सहमत होते हैं। पूर्ण नुकसान के मामले में, बीमा कंपनी पॉलिसी की सहमत रकम का भुगतान करने पर सहमत होती है। इस प्रकार की पॉलिसी को **"सहमत मूल्य पॉलिसी"** कहा जाता है।

b) **अल्पबीमा**: अब एक ऐसी स्थिति पर विचार करते हैं जहां संपत्ति के पूरे मूल्य के लिए बीमा नहीं किया गया है। ऐसे में, व्यक्ति सिर्फ़ अपने बीमा के अनुपात में नुकसान की क्षतिपूर्ति पाने का हकदार होगा।

मान लीजिए कि 10 लाख रुपये मूल्य के मकान का बीमा सिर्फ़ 5 लाख रुपये की रकम के लिए किया गया है। अगर आग लगाने के कारण 60,000 रुपये का नुकसान होता है, तो व्यक्ति इस पूरी रकम का दावा नहीं कर सकता। यह माना जाता है कि मकान मालिक ने सिर्फ़ मकान के आधे मूल्य के लिए बीमा किया है और इस प्रकार वह नुकसान की रकम के सिर्फ़ 50% [30,000 रुपये] का दावा करने का हकदार है। इसे अल्पबीमा कहा जाता है।

गैर-जीवन बीमा के ज़्यादातर प्रकारों में, जहां संपत्ति और देयता का बीमा किया जाता है, बीमाधारक को नुकसान की वास्तविक रकम की सीमा तक क्षतिपूरित किया जाता है; अर्थात, वह धनराशि जो खोई हुई या क्षतिग्रस्त संपत्ति को मौजूदा बाज़ार मूल्य पर बदलने के लिए ज़रूरी है; इसमें मूल्यह्रास को घटा दिया जाएगा।

E. प्रस्थापन

प्रस्थापन (Subrogation) का मतलब है बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में सभी अधिकारों और उपायों का बीमाधारक से बीमा कंपनी को ट्रांसफर किया जाना। प्रस्थापन क्षतिपूर्ति के सिद्धांत पर आधारित होता है। इसलिए, इसे अक्सर क्षतिपूर्ति का परिणाम (corollary) कहा जाता है।

दूसरे शब्दों में, अगर कोई बीमाधारक नुकसान उठाता है और बीमा कंपनी ने नुकसान की भरपाई कर दी है, तो उस नुकसान के लिए किसी तीसरे पक्ष को मुआवजा दिए जाने का बीमाधारक का अधिकार बीमा कंपनी के पास चला जाता है। ध्यान दें कि बीमा कंपनी द्वारा तीसरे पक्ष से प्राप्त की जा सकने वाली हर्जाने की रकम, सिर्फ़ बीमा कंपनी द्वारा भुगतान की गई रकम तक ही सीमित होगी।

अहम जानकारी

प्रस्थापन (Subrogation): यह एक ऐसी प्रक्रिया है जिसका इस्तेमाल बीमा कंपनी पॉलिसीधारक को भुगतान की गई दावा राशि को किसी लापरवाह तीसरे पक्ष से वसूल करने के लिए करती है।

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

उदाहरण

मिस्टर किशोर के परिवार के सामानों का परिवहन सिल्वेन ट्रांसपोर्ट सर्विस में किया जा रहा है। ड्राइवर की लापरवाही के कारण 45,000 रुपये तक के सामान क्षतिग्रस्त हो जाते हैं; बीमा कंपनी ने मिस्टर किशोर को 30,000 रुपये की रकम का भुगतान किया। बीमा कंपनी ने सिर्फ़ 30,000 रुपये की सीमा तक प्रस्थापन किया है और वह उस रकम को सिल्वेन ट्रांसपोर्ट से प्राप्त करती है।

अगर इस मामले में मुकदमा किया जाता है और अदालत मिस्टर किशोर को मुआवजे के तौर पर सिल्वेन ट्रांसपोर्ट को 35,000 रुपये भुगतान करने का निर्देश देती है, तो मिस्टर किशोर प्रस्थापन क्लॉज के तहत बीमा कंपनी को 30,000 रुपये की दावा राशि भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है और वह 5,000 रुपये की बाकी रकम अपने पास रख सकता है।

प्रस्थापन क्लॉज बीमाधारक को बीमा कंपनी और किसी तीसरे पक्ष से, नुकसान की रकम से अधिक रकम प्राप्त करने से रोकता है। प्रस्थापन सिर्फ़ क्षतिपूर्ति के अनुबंधों के मामले में काम करता है; यह जीवन बीमा पॉलिसी या व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी जैसी लाभ पॉलिसियों के विरुद्ध काम नहीं करता।

उदाहरण

मिस्टर सुरेश की मौत विमान दुर्घटना में हो जाती है। उनका परिवार उस बीमा कंपनी से 50 लाख रुपये की पूरी बीमा राशि प्राप्त करने का हकदार है जिसने एक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी जारी की है। साथ ही, परिवार को एयरलाइन द्वारा 15 लाख रुपये का मुआवजा भी दिया जाएगा।

F. योगदान

प्रस्थापन की तरह 'योगदान' भी क्षतिपूर्ति के सिद्धांत पर काम करता है। इसलिए, इसे भी क्षतिपूर्ति का परिणाम (corollary) कहा जाता है। योगदान वह सिद्धांत है जो साधारण बीमा अनुबंधों में काम करता है। यह हमें बताता है कि अगर बीमाधारक ने एक से अधिक बीमा कंपनी से बीमा लिया है, तो इस देयता को कैसे पूरा किया जाएगा। योगदान का मतलब है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया गया है, तो सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया जाने वाला कुल मुआवजा वास्तविक नुकसान की रकम से अधिक नहीं हो सकता। पॉलिसीधारक प्रत्येक बीमा कंपनी से सिर्फ़ उस रकम के अनुपात में नुकसान के हिस्से का दावा कर सकता है जिसका बीमा उसने अलग-अलग बीमा कंपनी के साथ किया है।

उदाहरण: मिस्टर श्रीनिवास ने अपने मकान पर दो बीमा कंपनियों से अग्नि बीमा पॉलिसी ली है और दोनों के साथ उसने 12 लाख रुपये के पूरे मूल्य का बीमा किया है। मान लीजिए कि मकान में आग लग जाती है और इसके कारण उसे 3 लाख रुपये का नुकसान होता है, तो वह प्रत्येक बीमा कंपनी से 1.5 लाख रुपये की रकम का दावा कर सकता है।

योगदान का सिद्धांत सिर्फ़ क्षतिपूर्ति पॉलिसियों पर लागू होता है। जीवन बीमा के मामले में यह सिद्धांत लागू नहीं होता, क्योंकि यहां ऐसी कोई उच्च सीमा नहीं होती जो जीवन की क्षति के मामले में हुए नुकसानों पर लगाई जा सके।

खुद को जांचें 2

इनमें से क्या ज़बरदस्ती/दबाव का एक उदाहरण है?

I. रमेश फाइन प्रिंट की जानकारी के बिना अनुबंध पर हस्ताक्षर करता है

II. रमेश महेश को धमकी देता है कि अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं करने पर उसे मार डालेगा

III. रमेश महेश से अनुबंध पर हस्ताक्षर कराने के लिए अपनी पेशेवर स्थिति का इस्तेमाल करता है

IV. रमेश महेश से अनुबंध पर हस्ताक्षर कराने के लिए झूठी जानकारी देता है

खुद को जांचें 3

रमेश इनमें से किस विकल्प का बीमा नहीं कर सकता?

I. रमेश का मकान

II. रमेश की पत्नी

III. रमेश का दोस्त

IV. रमेश के माता-पिता

खुद को जांचें 4

योगदान के सिद्धांत का क्या महत्व है?

I. यह पक्का करता है कि बीमा कंपनी के साथ-साथ बीमाधारक भी दावे के कुछ हिस्से का योगदान करे

II. यह पक्का करता है कि वे सभी बीमाधारक जो पूल का हिस्सा हैं, पूल के किसी प्रतिभागी द्वारा किए दावे में, अपने प्रीमियम भुगतान के अनुपात में योगदान करे

III. यह पक्का करता है कि एक ही विषय-वस्तु को कवर करने वाली कई बीमा कंपनियां विषय-वस्तु में अपने एक्सपोज़र के अनुपात में, एक साथ मिलकर दावा राशि में योगदान करे

IV. यह पक्का करता है कि बीमाधारक कई वर्षों तक चलने वाली समान किश्तों में प्रीमियम का योगदान करे

सारांश

- बीमा पॉलिसियों की मुख्य विशेषताओं में शामिल हैं:
    - i. परम सद्भाव,
    - ii. बीमा योग्य हित,
    - iii. आसन्न कारण,
    - iv. क्षतिपूर्ति,
    - v. प्रस्थापन,
    - vi. योगदान

मुख्य शब्द

1. गैर-प्रकटीकरण
2. गलतबयानी
3. महत्वपूर्ण तथ्य

4. सहमत मूल्य

5. अल्प-बीमा

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

उत्तर 4 – सही विकल्प III है।

अध्याय C-04

बीमा अनुबंधों की विशेषताएं

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम उन तत्वों की चर्चा करेंगे जो बीमा अनुबंध की कार्यप्रणाली और मुख्य विशेषताओं को नियंत्रित करते हैं।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा अनुबंधों के कानूनी पहलू

B. किसी मान्य अनुबंध के तत्व

C. अग्रिम में प्रीमियम भुगतान

D. निवेदन/आग्रह

E. अनुग्रह अवधि और फ्री-लुक जैसे सक्षम करने वाले प्रावधान

A. बीमा अनुबंध – कानूनी पहलू और मुख्य विशेषताएं

इस अध्याय में एक बीमा अनुबंध के कानूनी पहलुओं और मुख्य विशेषताओं की भी चर्चा की गई है।

1. बीमा अनुबंध

बीमा में एक ऐसा अनुबंधात्मक समझौता शामिल होता है जिसमें बीमा कंपनी एक कीमत या प्रतिफल के बदले में कुछ निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने की सहमति देती है; इस प्रतिफल को प्रीमियम कहा जाता है। यह अनुबंधात्मक समझौता एक बीमा पॉलिसी में बदल जाता है।

2. बीमा अनुबंध के कानूनी पहलू

इस खंड में बीमा अनुबंध की कुछ विशेषताओं पर गौर किया गया है। साथ ही, इसमें उन कानूनी सिद्धांतों पर भी विचार किया गया है जो आम तौर पर बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

अहम जानकारी

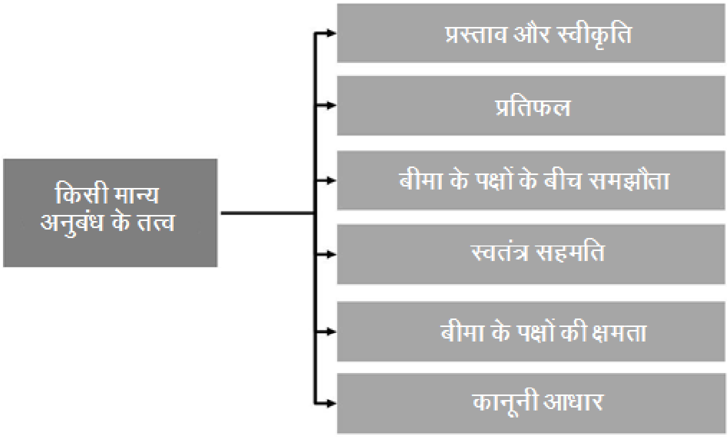
अनुबंध विभिन्न पक्षों के बीच एक समझौता है जिसे कानून के तहत लागू किया जा सकता है। भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 के प्रावधान भारत में सभी अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं जिनमें बीमा अनुबंध भी शामिल हैं।

बीमा पॉलिसी दो पक्षों अर्थात कंपनी जिसे बीमाकर्ता कहते हैं और पॉलिसी धारक जिसे बीमाधारक कहा जाता है, के बीच किया गया एक अनुबंध है; यह भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 में वर्णित शर्तों को पूरा करती है।

चित्र 1: बीमा अनुबंध

B. किसी मान्य अनुबंध के तत्व

चित्र 2: किसी मान्य अनुबंध के तत्व



किसी मान्य अनुबंध के तत्व ये हैं:

1. प्रस्ताव और स्वीकृति

जब एक व्यक्ति दूसरे व्यक्ति के सामने किसी काम को करने या उसे करने से बचने की अपनी इच्छा ज़ाहिर करता है, ताकि ऐसा करने के लिए दूसरे व्यक्ति की सहमति ली जा सके, तो उसे ऑफ़र या प्रस्ताव करना कहा जाता है। आम तौर पर, प्रस्ताव (ऑफ़र) प्रस्तावक द्वारा किया जाता है और बीमा कंपनी उसे स्वीकार करती है।

जब कोई ऐसा व्यक्ति जिसे प्रस्ताव किया गया है, उस पर अपनी सहमति देता है, तो इसे एक स्वीकृति माना जाता है। इसलिए, जब प्रस्ताव को स्वीकार किया जाता है, तो वह एक वादा बन जाता है। इस स्वीकृति के बारे में प्रस्तावक को जानकारी दिया जाना ज़रूरी होता है जिसके परिणाम स्वरूप एक अनुबंध बनता है।

जब प्रस्तावक बीमा योजना की शर्तों को स्वीकार कर लेता है और जमा राशि का भुगतान करके अपनी सहमति देता है, तो यह जमा राशि प्रस्ताव की स्वीकृति पर पहले प्रीमियम में बदल जाती है, और प्रस्ताव एक पॉलिसी बन जाता है। अगर कोई शर्त लागू की जाती है, तो यह एक काउंटर ऑफ़र बन जाता है। पॉलिसी बॉन्ड अनुबंध का साक्ष्य बनता है।

2. प्रतिफल

इसका मतलब है कि अनुबंध में सभी पक्षों के लिए कुछ आपसी लाभ मौजूद होना चाहिए। प्रीमियम बीमाधारक से मिलने वाला प्रतिफल है और क्षतिपूर्ति का वादा बीमा कंपनियों से मिलने वाला प्रतिफल है।

3. बीमा के पक्षों के बीच समझौता (आपसी सहमति या Consensus Ad-Idem)

बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों पक्षों को एक ही बात पर एक ही अर्थ में सहमत होना चाहिए। दूसरे शब्दों में, दोनों पक्षों के बीच आपसी सहमति या "**consensus ad-idem**" होना चाहिए।

4. **स्वतंत्र सहमति**

अनुबंध करते समय स्वतंत्र सहमति होनी चाहिए। सहमति को तब स्वतंत्र कहा जाता है जब यह इन कारणों से न हुई हो -

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

जब किसी समझौते पर दबाव, धोखाधड़ी या गलतबयानी के कारण सहमति बनाई जाती है, तो समझौता अमान्य हो जाता है।

5. **बीमा के पक्षों की क्षमता**

दोनों पक्षों को अनुबंध करने के लिए कानूनी तौर पर सक्षम होना चाहिए। प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करते समय पॉलिसीधारक कानूनी तौर पर एक वयस्क होना चाहिए, उसकी मानसिक स्थिति अच्छी होनी चाहिए और उसे कानून के तहत अयोग्य नहीं ठहराया गया होना चाहिए। उदाहरण के लिए, नाबालिग बीमा अनुबंध में प्रवेश नहीं कर सकते।

6. **कानूनी आधार**

अनुबंध का उद्देश्य वैध होना चाहिए। उदाहरण के तौर पर, गैरकानूनी कामों के लिए कोई बीमा नहीं लिया जा सकता। ऐसा हर समझौता अमान्य है जिसका उद्देश्य या प्रतिफल गैरकानूनी है। बीमा अनुबंध का उद्देश्य एक कानूनी उद्देश्य है।

इसके अलावा, किसी व्यक्ति का बीमा अनुबंध में प्रवेश उसकी स्वतंत्र इच्छा से होना चाहिए; इसमें कोई दबाव, डर या गलती नहीं होनी चाहिए।

C. अग्रिम में प्रीमियम भुगतान

भारतीय कानून के अनुसार, बीमा कंपनियों को जोखिम स्वीकार करने की अनुमति तब तक नहीं दी जाती है, जब तक उन्हें अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता। दूसरे शब्दों में, भारत में बीमा सुरक्षा, क्रेडिट के आधार पर नहीं बेची जा सकती।

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 64 VB कहती है, "जब तक अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता, किसी भी जोखिम को स्वीकार नहीं किया जाएगा।" कोई भी बीमा कंपनी तब तक जोखिम को स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता या प्रीमियम भुगतान करने की गारंटी नहीं दी जाती या निर्धारित तरीके से अग्रिम में पैसे जमा नहीं किए जाते। यह भारत में बीमा उद्योग की एक अहम विशेषता है।

बीमा नियमावली, 1939 में, बीमा की विशेष श्रेणियों के मामले में, प्रीमियम के अग्रिम भुगतान की इस शर्त में कुछ छूट दी गई है। बीमा नियमावली का खंड 59 कुछ शर्तों के अधीन, बीमारी बीमा, सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा, चिकित्सा लाभ बीमा और अस्पताल में भर्ती होने की बीमा योजनाओं के मामले में, किस्तों में प्रीमियम स्वीकार करने की अनुमति देता है। बीमा नियमावली का खंड 59 कुछ शर्तों के अधीन, सरकारी और अर्द्ध-सरकारी संस्थाओं को जारी की गई पॉलिसियों, सरकारी और अर्द्ध-सरकारी संगठनों के कर्मचारियों को कवर करने वाली विश्वसनीयता गारंटी बीमा पॉलिसियों, कामगार मुआवजा पॉलिसियों, कैश इन ट्रांज़िट पॉलिसियों और बीमा की कुछ अन्य श्रेणियों के लिए छूट की अनुमति देता है।

निवेदन/आग्रह (सॉलिसिटेशन)

बीमा को हमेशा से उत्पाद के बारे में सही समझ होने के बाद ही खरीदी जाने वाली चीज़ माना गया है, इसे यूं ही खरीदा/बेचा जाना ठीक नहीं है। इसलिए, बीमा का 'आग्रह/निवेदन' किया जाता है या ग्राहक इसकी माँग करता है। परंपरागत रूप से, बीमा कंपनियां यह घोषणा करती हैं कि "बीमा आग्रह की विषय-वस्तु है"। साफ तौर पर, बीमा बिस्कुट के पैकेट या चॉकलेट की पट्टी जैसा कोई पहले से तैयार उत्पाद (रेडीमेड प्रॉडक्ट) नहीं है जिसे सीधे-सीधे बेचा जा सके। ग्राहकों को किसी ऐसे व्यक्ति से अपनी बीमा की आवश्यकताओं पर विचार-विमर्श करना चाहिए जो इसके लिए योग्य हो और पेशेवर सलाह के आधार पर, सही बीमा उत्पाद खरीदा जाना चाहिए। बीमा उत्पाद को अच्छी तरह समझकर, पॉलिसी कवरेज, अपवर्जन, नियमों और शर्तों के संदर्भ में ग्राहक की अपेक्षाओं और विशेष आवश्यकताओं के अनुरूप सबसे उपयुक्त प्रस्ताव पर विचार किया जाना चाहिए।

'आग्रह/निवेदन' आम तौर पर तब किया जाता है जब कोई बीमा कंपनी या अधिकृत मध्यस्थ प्रस्तावक की बीमा संबंधी आवश्यकताओं को समझने के लिए उससे संपर्क करता है और सही बीमा उत्पाद चुनने के लिए पेशेवर सलाह देता है। प्रस्तावक सलाहकार से उचित समाधान माँगता है और उसे सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करता है। आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, बीमा कंपनी आग्रह/निवेदन की प्रक्रिया में शामिल करने और बीमा कारोबार प्राप्त करने के उद्देश्य से **बीमा एजेंटों** की नियुक्ति करती है; इसमें बीमा की पॉलिसियों को जारी रखने, नवीनीकृत करने या पुनर्जीवित करने (रिवाइवल) से जुड़े कारोबार शामिल हैं। बीमा कंपनियों के अधिकृत कर्मचारी और लाइसेंसधारी मध्यस्थ की ओर से निर्धारित व्यक्ति ही बीमा के निवेदन/आग्रह और बिक्री की प्रक्रिया का हिस्सा हो सकते हैं, जिन्हें इस प्रयोजन के लिए प्रशिक्षित और अधिकृत किया जाता है।

D. अधिकृत/सक्षम करने वाले प्रावधान

1. अगुग्रह अवधि (ग्रेस पीरियड)

अनुग्रह अवधि प्रीमियम की देय तारीख के ठीक बाद की निर्धारित समयावधि है जिसके दौरान किसी चालू पॉलिसी को नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए भुगतान किए जा सकते हैं; इस दौरान पॉलिसी जारी रखने के लाभ, जैसे कि प्रतीक्षा अवधि और पहले से मौजूद बीमारियों का

कवरेज पहले की तरह बने रहते हैं। कवरेज उस अवधि के लिए उपलब्ध नहीं होता है जिसके लिए प्रीमियम प्राप्त नहीं हुआ है। अनुग्रह अवधि के दिनों की गणना प्रीमियम भुगतान की नियत तारीख के अगले दिन से की जाती है।

जीवन बीमा के लिए, अगर कोई अनुग्रह अवधि न हो, तो प्रीमियम भुगतान में एक दिन की देरी होने से भी पॉलिसी व्यपगत हो सकती है। यह आम तौर पर पॉलिसीधारक, बीमा कंपनी और बीमा उद्योग के लिए हानिकारक होगा। आईआरडीएआई के विनियम मासिक प्रीमियम भुगतान के मामले में 15 दिन और अन्य मामलों में 30 दिन की अनुग्रह अवधि लागू करने की अनुमति देते हैं।

स्वास्थ्य बीमा के मामले में भी व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि के तौर पर कुछ दिन दिए जाते हैं। यह अवधि कंपनी की पॉलिसी और प्रस्तावित उत्पाद पर निर्भर करती है। अगर पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के भीतर नवीनीकृत किया जाता है, तो पॉलिसी जारी रखने के सभी लाभ बने रहते हैं। हालांकि, ब्रेक पीरियड (अनुग्रह की अवधि) के दौरान कोई दावा होने पर, उस पर विचार नहीं किया जाएगा। आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, मासिक प्रीमियम भुगतान के मामले में 15 दिन और अन्य मामलों में 30 दिन की अनुग्रह अवधि होती है।

मोटर बीमा पॉलिसियां आम तौर पर एक साल की अवधि के लिए मान्य होती हैं और इन्हें नियत तारीख से पहले नवीनीकृत करना ज़रूरी होता है। प्रीमियम भुगतान करने के लिए अनुग्रह अवधि लागू नहीं होती। अगर कोई व्यापक पॉलिसी 90 दिन से अधिक समय तक व्यपगत रहती है, तो कोई दावा नहीं (एनसीबी) होने का संचित लाभ भी नहीं मिलता है।

कोविड-19 की महामारी के दौरान गतिविधियों को सुचारू रूप से चलाने के लिए, आईआरडीएआई ने इन रियायतों की अनुमति दी है:

i. जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में, बीमा कंपनियों से अनुग्रह अवधि को 30 अतिरिक्त दिनों तक बढ़ाने के लिए कहा गया था; ऐसा पॉलिसीधारकों के अनुरोध पर किया जा सकता था।

ii. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में, बीमा कंपनियों को नवीनीकरण में 30 दिन तक की देरी को माफ़ करने के लिए कहा गया था; ऐसे में, इस देरी को पॉलिसी में रुकावट नहीं माना जा सकता था। बीमा कंपनियों से अग्रिम में पॉलिसीधारकों से संपर्क करने का अनुरोध किया गया था, ताकि कवरेज बंद होने से बचा जा सके।

iii. जहां तक मोटर वाहन तृतीय पक्ष बीमा पॉलिसियों की बात है, जिनके नवीनीकरण की तारीख आने पर, कोविड-19 की परिस्थिति के कारण प्रीमियम भुगतान नहीं किया जा सका, उनके लिए आईआरडीएआई ने 15 मई, 2020 तक की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी थी।

2. **“आईआरडीएआई” द्वारा शुरू की गई फ्री-लुक अवधि**

बीमा अनुबंध बीमा कंपनियां तैयार करती हैं और अगर दूसरा पक्ष बीमा लेना चाहता है तो उसे इसका पालन करना होता है। ऐसे अनुबंध जहां किसी व्यक्ति को जैसा है वैसे ही अनुबंध को स्वीकार करना होता है और वह इसमें कोई बदलाव भी नहीं कर सकता, तो इसे कानूनी तौर पर बाध्यकारी अनुबंध (Contracts of Adhesion) कहा जाता है। इस एकतरफा स्थिति के कारण, अदालतें ऐसी किसी भी अस्पष्टता या दुविधा के लिए हमेशा बीमा कंपनियों को जिम्मेदार ठहराती हैं, जो इन नियमों एवं शर्तों को समझाने में उत्पन्न हो सकती है।

इस एकतरफा स्थिति को कम करने और बीमा के लेनदेन को ग्राहक के अनुकूल बनाने के लिए, आईआरडीएआई ने अपने विनियमों में एक ग्राहक अनुकूल प्रावधान शामिल किया है जिसे 'फ्री-लुक अवधि' कहा जाता है। इस दौरान, अगर कोई ग्राहक पॉलिसी के किसी भी नियम और शर्त से संतुष्ट नहीं है, तो वह इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता है। यह प्रावधान जिससे पॉलिसीधारकों को पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के बाद 15 दिनों के भीतर पॉलिसी को रद्द करने का विकल्प दिया जाता है (इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसियों और दूरस्थ माध्यम से प्राप्त की गई पॉलिसियों के मामले में यह अवधि 30 दिन होती है); ऐसा तब किया जा सकता है जब ग्राहक पॉलिसी से संतुष्ट न हो; यह प्रावधान जीवन बीमा और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए लागू किया गया है (जिनकी अवधि कम से कम एक वर्ष होता है)। कंपनी को लिखित रूप में सूचना देनी होती है और कवर की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम, खर्चों और शुल्कों को घटाकर प्रीमियम की रकम का रिफंड दिया जाता है।

पॉलिसियों को रद्द करना: जब बीमा कंपनी पॉलिसियों को रद्द करती है, तो बीमा की समाप्त हुई अवधि के अनुरूप प्रीमियम का अनुपात वसूलती/रखती है और बीमा की असमाप्त अवधि के अनुरूप अनुपात बीमाधारक को वापस कर दिया जाता है, बशर्ते पॉलिसी के तहत कोई दावा भुगतान न किया गया हो। प्रीमियम की इस तरह की आनुपातिक गणना को आनुपातिक प्रीमियम कहा जाता है।

जब बीमित व्यक्ति वार्षिक पॉलिसियों को रद्द करता है, तो बीमा कंपनी आम तौर पर उच्च दर पर प्रीमियम वसूलती/रखती है और यथानुपात प्रीमियम की गणना के बजाय उच्च दरों पर प्रीमियम वापस करती है। इससे बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोका जाता है और बीमा कंपनी के शुरुआती खर्चों का ध्यान रखा जाता है। ऐसी दरों का खुलासा बीमा अनुबंध के नियमों और शर्तों के हिस्से के रूप में किया जाता है; इसे छोटी अवधि का पैमाना कहा जाता है।

अहम जानकारी

i. जबरदस्ती/दबाव – इसमें आपराधिक साधनों से डाला गया दबाव शामिल है।

ii. **अनुचित प्रभाव का इस्तेमाल** – दूसरे व्यक्ति की इच्छा को प्रभावित करने के लिए अपने प्रभाव का इस्तेमाल करना, ताकि उस व्यक्ति से अनुचित लाभ प्राप्त किया जा सके।

iii. **धोखाधड़ी/जालसाजी** – ऐसे प्रतिनिधित्व के ज़रिए झूठी धारणा बनाकर दूसरे को प्रलोभन देना, जिसे दूसरा व्यक्ति सही नहीं मानता। ऐसा तथ्यों को जानबूझकर छिपाने या उनके बारे में गलत जानकारी देने से हो सकता है।

iv. **गलती** – किसी चीज़ या घटना के बारे में किसी व्यक्ति की जानकारी या धारणा या व्याख्या में गड़बड़ी। इसके कारण अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में समझने और सहमति देने में गड़बड़ी हो सकती है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प मान्य बीमा अनुबंध का एक तत्व नहीं हो सकता?

i. प्रस्ताव और स्वीकृति

ii. जबरदस्ती/दबाव

iii. प्रतिफल

iv. कानूनी आधार

सारांश

i. बीमा में एक ऐसा अनुबंधात्मक समझौता शामिल होता है जिसमें बीमा कंपनी एक कीमत या प्रतिफल के बदले में कुछ निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने की सहमति देती है; इस प्रतिफल को प्रीमियम कहा जाता है।

ii. अनुबंध बीमा के पक्षों के बीच एक समझौता है जिसे कानून के तहत लागू किया जा सकता है।

iii. एक मान्य अनुबंध के तत्वों में ये चीज़ें शामिल हैं:

- प्रस्ताव और स्वीकृति
- प्रतिफल,
- आपसी सहमति (Consensus ad-idem),
- स्वतंत्र सहमति
- बीमा के पक्षों की क्षमता और
- उद्देश्य की वैधता

मुख्य शब्द

1. प्रस्ताव और स्वीकृति
2. कानूनी प्रतिफल
3. आपसी सहमति (Consensus ad idem)

खुद को जांचें 2

फ्री-लुक अवधि के दौरान, अगर पॉलिसीधारक, जिसने किसी एजेंट के माध्यम से पॉलिसी खरीदी है, इसके किसी भी नियम और शर्त से असहमत होता/होती है, तो वह इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता/सकती है; यह रिफंड इन शर्तों के अधीन होगाः

I. वह पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर इस विकल्प का इस्तेमाल कर सकता/सकती है

II. उसे लिखित रूप में बीमा कंपनी को इस बारे में बताना होगा

III. प्रीमियम रिफंड को कवर की गई अवधि के लिए जोखिम प्रीमियम के अनुपात में समायोजित किया जाएगा; साथ ही, बीमा कंपनी द्वारा चिकित्सा जांच में किए गए खर्च और स्टांप ड्यूटी शुल्क भी प्रीमियम रिफंड की रकम से काट लिए जाएंगे

IV. उपरोक्त सभी

खुद को जांचें 3

अगर पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और वह इसे नहीं रखना चाहता है, तो ___________ की अवधि के दौरान इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता है।

I. स्वतंत्र मूल्यांकन

II. फ्री-लुक

III. रद्द करने

IV. फ्री ट्रायल

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 3 – सही विकल्प II है।

अध्याय C-05

जोखिम अंकन और रेटिंग

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में आप जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) और रेटिंग की बुनियादी बातों को जानेंगे। इसके अलावा, आप जोखिमों की रेटिंग की प्रक्रिया में खतरों से निबटने के विभिन्न तरीकों के बारे में भी जानेंगे। आप जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग), उत्पाद की मंज़ूरी और रेटिंग के सामान्य पहलुओं का मूल्यांकन करने में सक्षम होंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. जोखिम अंकन की बुनियादी बातें

B. उत्पाद को आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना

C. रेटिंग की बुनियादी बातें

D. रेटिंग के कारक

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

1. जोखिम अंकन की बुनियादी बातों को परिभाषित करना
2. भारत में उत्पाद की मंज़ूरी की बुनियादी बातों को समझना
3. रेटिंग के कारकों का मूल्यांकन करना और रेटिंग का महत्व

A. जोखिम अंकन की बुनियादी बातें

पिछले अध्यायों में, हमने देखा कि बीमा की अवधारणा में पूलिंग के माध्यम से जोखिम का प्रबंधन करना शामिल है। बीमा कंपनियां कई व्यक्तियों/ व्यावसायिक/औद्योगिक फर्मों/ संगठनों द्वारा दिए गए प्रीमियमों का एक पूल बनाती हैं।

जोखिमों को समझने, जोखिमों को वर्गीकृत करने, उनकी श्रेणी की पहचान करने, **जोखिम को स्वीकार करने या न करने पर निर्णय लेने** की प्रक्रिया और अगर जोखिम को स्वीकार किया जाता है, तो इसके लिए बीमा कंपनी को कितने प्रीमियम की आवश्यकता होगी और क्या जोखिम पर कोई अतिरिक्त शर्त लगाई जाएगी – यह सब **जोखिम अंकन** का हिस्सा है।

यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि जोखिम के लिए क्या दर ली जाएगी और दरों का निर्धारण कैसे होगा।

परिभाषा

जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) यह तय करने की प्रक्रिया है कि बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम स्वीकार्य है या नहीं, और अगर ऐसा है, तो इसे किन दरों, नियमों और शर्तों पर स्वीकार किया जाएगा।

जोखिम अंकन में ये चरण शामिल होते हैं:

i. नुकसान की आवृत्ति और गंभीरता के संदर्भ में खतरे और जोखिम का आकलन और मूल्यांकन करना

ii. पॉलिसी कवरेज और नियम एवं शर्तें तैयार करना

iii. प्रीमियम की दरें तय करना

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

अगला चरण **दरें**, **नियम और शर्तें** तय करना होगा, जिनके तहत जोखिम को स्वीकार किया जाएगा।

जोखिम अंकन की योग्यता निरंतर सीखने की प्रक्रिया से हासिल की जा सकती है, जिसमें पर्याप्त प्रशिक्षण, फ़ील्ड में जाना और गहरी समझ हासिल करना शामिल है। अग्नि बीमा का अंडरराइटर होने के लिए आग के संभावित कारणों, विभिन्न भौतिक वस्तुओं और संपत्ति पर आग के प्रभाव, बीमा उद्योग में अपनाई जाने वाली प्रक्रिया, भौगोलिक स्थिति, जलवायु की परिस्थितियों वगैरह की अच्छी जानकारी होना ज़रूरी है।

इसी तरह, समुद्री बीमा के अंडरराइटर को बंदरगाह/सड़क की परिस्थितियों, कार्गो/सामान के पारगमन (transit) या भंडारण में आने वाली समस्याओं, पोतों और उनके समुद्र में चलने लायक होने और इसी तरह की अन्य चीज़ों के बारे में जानकारी होना ज़रूरी है।

स्वास्थ्य बीमा के अंडरराइटर को बीमाधारक की जोखिम प्रोफाइल, उम्र, चिकित्सा से जुड़े पहलुओं, फिटनेस लेवल और पारिवारिक इतिहास को समझना और जोखिम पर असर डालने वाले प्रत्येक कारक के प्रभाव को मापना ज़रूरी है।

जोखिम अंकन के लिए जानकारी के स्त्रोत

किसी भी अंकीय (या सांख्यिकीय) विश्लेषण में पहला चरण डेटा का संग्रहण है। जोखिम का मूल्य निर्धारण करते समय, सटीक आकलन में मदद के लिए अंडरराइटर को अधिक से अधिक जानकारी इकट्ठा करनी चाहिए।

जानकारी के स्त्रोत ये हैं:

i. प्रस्ताव फॉर्म या अंडरराइटिंग का प्रज़ेंटेशन

ii. जोखिम सर्वे

iii. पिछले दावों के अनुभव का डेटा: व्यक्तिगत और मोटर लाइन जैसी बीमा की कुछ श्रेणियों के लिए, अंडरराइटर अक्सर पिछले दावों के अनुभव का डेटा इस्तेमाल करते हैं, ताकि भविष्य के संभावित दावों के अनुभव की जानकारी प्राप्त की जा सके और एक उपयुक्त प्रीमियम तय किया जा सके।

अंडरराइटिंग, इक्विटी और कारोबार को बनाए रखना

बीमा में सतर्क जोखिम अंकन और जोखिम के वर्गीकरण की ज़रूरत इस सरल तथ्य के कारण उत्पन्न होती है कि **सभी जोखिम एक समान नहीं होते**। इसलिए, प्रत्येक जोखिम का सही तरीके से आकलन करना चाहिए और नुकसान की घटना की संभावना और गंभीरता के अनुसार उसका मूल्य निर्धारण किया जाना चाहिए।

चूंकि सभी जोखिम एक समान नहीं होते, बीमा के लिए प्रस्तावित सभी लोगों को एक समान प्रीमियम भुगतान करने के लिए कहना सही नहीं होगा। **जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) का उद्देश्य जोखिमों का इस प्रकार वर्गीकरण करना है ताकि उनकी विशेषताओं और जोखिम की डिग्री के आधार पर प्रीमियम की सही दर वसूल की जा सके।** अंडरराइटर के लिए यह पक्का करना महत्वपूर्ण है कि जोखिम का मूल्यांकन सही तरीके से किया जाए और लिया जाने वाला प्रीमियम जोखिम को कवर करने के लिए न तो कम हो और न ही इतना अधिक हो कि इसे गैर-प्रतिस्पर्धी कहा जा सके।

जोखिम अंकन की मुख्य विशेषताएं इस प्रकार हैं:-

i. लक्षणों के आधार पर जोखिम की पहचान करना

ii. प्रस्तावक द्वारा प्रस्तुत जोखिम के स्तर का पता लगाना

संक्षेप में, बीमा की स्वीकार्यता का स्तर, प्रीमियम की पर्याप्तता और अन्य शर्तें तय करके जोखिम अंकन के उद्देश्यों को हासिल किया जाता है।

B. उत्पाद को आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना

प्रत्येक बीमा उत्पाद को बिक्री के लिए उपलब्ध कराने से पहले, मंज़ूरी के लिए आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना ज़रूरी होता है। आईआरडीएआई प्रत्येक बीमा उत्पाद को एक विशेष पहचान संख्या या यूनीक आइडेंटिफिकेशन नंबर (यूआईएन) आवंटित करता है। उत्पादों को बाज़ार में उपलब्ध कराए जाने के बाद, उत्पाद को वापस लेने के लिए भी दिशानिर्देशों का पालन करना ज़रूरी होता है।

1. नियामक बीमा कंपनी के बोर्ड से इस बात का स्पष्ट वादा माँगता है कि वह पॉलिसी में मौजूद जोखिमों को स्वीकार करने को तैयार है और दावों का भुगतान करने के लिए सहमत है। यह बीमा कंपनी को इस बात का वचन देने के लिए भी कहता है कि पॉलिसी में वर्णित बातें को समझा दी गई हैं और मूल्य वैज्ञानिक आधार पर तय किए गए हैं।
2. बीमा कंपनी को भविष्य में उत्पादों को वापस लिए जाने की संभावना और उत्पाद को इस तरह वापस लिए जाने पर पॉलिसीधारक के लिए उपलब्ध विकल्पों के हिसाब से योजना बनानी चाहिए।
3. वापस लिया गया उत्पाद संभावित ग्राहकों को बिक्री के लिए उपलब्ध नहीं कराया जा सकता।

C. रेटिंग की बुनियादी बातें

बीमा का आधार बीमा कंपनी को जोखिम का ट्रांसफर करना है। बीमा पॉलिसी खरीदकर, बीमाधारक उस खतरे से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों के प्रभाव को कम करने में सक्षम होता है, जिसके विरुद्ध संपत्ति का बीमा किया गया है। बीमा कंपनी को बीमा दावों और खर्चों से जुड़ी भविष्य की लागत के साथ-साथ मुनाफ़े के मार्जिन को कवर करने के लिए मूल्य की गणना करने की एक प्रक्रिया अपनानी होती है। इसे दर निर्धारण या रेटिंग कहा जाता है।

दर बीमा की निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है। उदाहरण के लिए, भूकंप के कवरेज के लिए दर को 1.00 रुपये प्रति हज़ार बीमा राशि के रूप में व्यक्त किया जा सकता है। प्रत्येक दर का निर्धारण पिछले रुझानों और मौजूदा परिवेश में उन बदलावों को देखकर किया जाता है जो आने वाले समय में संभावित नुकसानों को प्रभावित कर सकते हैं।

ध्यान दें कि दरें और प्रीमियम, एक समान नहीं हैं।

प्रीमियम = (**बीमा राशि**) x (**दर**)

उदाहरण

स्वास्थ्य बीमा का एक उदाहरण लेते हैं; यहां जोखिम के प्रत्येक घटक के आधार पर अंकीय या प्रतिशत मूल्यांकन किए जाते हैं। उम्र, जाति, पेशा, आदतें आदि जैसे कारकों की जांच की जाती है और पहले से निर्धारित मापदंड के आधार पर अंक तय किए जाते हैं।

प्रत्येक व्यक्ति द्वारा दिए जाने वाले प्रीमियम की रकम दर पर निर्भर करती है, जो दो कारकों के अनुसार तय की जाती है;

- ✓ किसी नुकसान की घटना के कारण (किसी बीमित खतरे के कारण) होने वाले नुकसान की संभावना और
- ✓ नुकसान की घटना के कारण हो सकने वाले नुकसान की अनुमानित मात्रा

उदाहरण

मान लीजिए कि आग से नष्ट होने वाले किसी मकान की औसत मात्रा/रकम 1,00,000 रुपये है।

आग से मकान के नष्ट होने के कारण नुकसान की संभावना 100 में से 1 [या 0.01] है। अर्थात, अनुभव यह है कि 100 बीमित मकानों में से एक मकान आग के कारण नष्ट हो जाता है।

अपेक्षित औसत नुकसान 1,00,000 रुपये x 0.01 = 1000 रुपये होगा।

इसलिए, 1,00,00 रुपये मूल्य के मकान का बीमा करने के लिए, बीमा कंपनियों को कम से कम 1000 रुपये का शुल्क लेना होगा।

बीमा कंपनी यह कैसे पक्का कर सकती है कि पूल उन नुकसानों की क्षतिपूरित करने के लिए पर्याप्त है जिनका वास्तव में बीमा किया गया था?

जैसा कि पहले देखा गया है, बीमा की पूरी कार्यप्रणाली में एक जैसे कई जोखिमों का पूल बनाना शामिल है, ताकि नुकसानों की संख्या (आवृत्ति) की संभावना और नुकसान के दायरे (गंभीरता) का अनुमान लगाया जा सके। यह सिद्धांत, जिसे 'बड़ी संख्याओं का नियम' कहा जाता है, यह कहता है कि जैसे-जैसे सैंपल साइज़ बड़ा होता है, परिणाम अपेक्षित मूल्य के और करीब आता है। बीमा कंपनियों को अधिक से अधिक लोगों को अधिक से अधिक पॉलिसियां बेचनी होती हैं, ताकि उनकी अपेक्षाएं/अनुमान सही साबित हो सकें।

एक उदाहरण यह है कि अगर कोई सिक्का उछाला जाता है, तो 'हेड' या 'टेल' आने की संभावना 50:50 होती है। हालांकि, अगर सिर्फ़ एक बार सिक्का उछाला जाता है, तो परिणाम 100% हेड और 0% 'टेल' या 0% 'हेड' और या 100% टेल हो सकती है। हालांकि, अगर कोई व्यक्ति कई बार सिक्का उछालता है, तो 'हेड' और 'टेल' आने की औसत संख्या 100% और 0% होने की संभावना कम हो जाती है और यह 50:50 के अधिक करीब आ जाता है।

उदाहरण

संपत्ति बीमा के क्षेत्र में, लकड़ी के ढ़ांचे में आग लगने की संभावना पत्थर के ढांचों की तुलना में अधिक होती है। इसलिए, लकड़ी के ढ़ांचे का बीमा करने के लिए अधिक प्रीमियम की आवश्यकता होती है।

यही अवधारणा जीवन और स्वास्थ्य बीमा में भी लागू होती है। उच्च रक्तचाप या मधुमेह से पीड़ित व्यक्ति को हार्ट अटैक की संभावना अधिक होती है।

खुद को जांचें 1

बीमा में रेटिंग को प्रभावित करने वाले दो कारकों की पहचान करें।

I. जोखिम की संभावना और गंभीरता

II. जोखिम का स्रोत और प्रकृति

III. जोखिम का स्रोत और समय

IV. जोखिम की प्रकृति और प्रभाव

---

1. प्रीमियम की दर तय करना

शुद्ध प्रीमियम की दर पिछले नुकसान के अनुभव के आधार पर तय की जाती है। इसलिए, पिछले नुकसानों से संबंधित सांख्यिकीय डेटा, दरों की गणना करने के प्रयोजन से सबसे ज़रूरी होता है। दरें तय करने के लिए, जोखिमों को 'गणितीय मूल्य' देना आवश्यक होता है।

उदाहरण

अगर 10 साल की अवधि के लिए एक बड़ी संख्या में मोटर साइकलों के नुकसान के अनुभव का डेटा इकट्ठा किया जाता है, तो हमें वाहनों को क्षति पहुँचने से होने वाले नुकसानों का कुल योग प्राप्त हो जाएगा। इस नुकसान की मात्रा को मोटर साइकलों के कुल मूल्य के प्रतिशत के रूप में व्यक्त करके हम जोखिम का 'गणितीय मूल्य' तय कर सकते हैं। इसे नीचे दिए गए सूत्र (फ़ॉर्मूले) में व्यक्त किया जा सकता है:

$M = \frac{L \times 100}{V}$	यहां L का मतलब नुकसानों का कुल योग, V का मतलब सभी मोटर साइकलों का कुल मूल्य और M का मतलब औसत नुकसान का प्रतिशत है।

मान लेते हैं कि:

- ✓ मोटर साइकल का मूल्य: 50,000/- रुपये है
- ✓ नुकसान का अनुभव: 10 सालों की अवधि में, 1000 मोटर साइकलों में से, 50 मोटर साइकलों की चोरी हो जाती है
- ✓ औसतन, हर साल चोरी के कारण 5 मोटर साइकलों का पूर्ण नुकसान होता है

इस फ़ॉर्मूले को लागू करने पर, परिणाम यह होगा:

हर साल होने वाला नुकसान (50,000 रुपये X 5) = 2,50,000 रुपये

1000 मोटर साइकलों का कुल मूल्य (50,000 रुपये X 1000) = 5,00,00,000 रुपये

इसका मतलब है कि हर वाहन के लिए औसत नुकसान का प्रतिशत (L/ V) x 100= [2,50,000/ 5,00,00,000] x 100 = 0.5%

इसलिए, एक मोटर साइकल का मालिक जिस प्रीमियम दर का भुगतान करेगा वह 50,000/- रुपये का आधा प्रतिशत, अर्थात 250/- रुपये प्रति वर्ष है। इसे 'शुद्ध' प्रीमियम और 'बर्निंग कॉस्ट' भी कहा जाता है।

प्रति मोटर साइकल 250 रुपये की दर से, 2.5 लाख रुपये इकट्ठा किए जाते हैं, जिसे 5 वाहनों के पूर्ण नुकसान पर किए गए दावे में भुगतान किया जाता है।

अगर ऊपर निकाला गया शुद्ध प्रीमियम इकट्ठा किया जाता है, तो यह एक फंड बन जाएगा, जो सिर्फ़ नुकसानों की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा।

ऊपर के उदाहरण में हम देख सकते हैं कि यहां कोई अधिशेष (सरप्लस) नहीं है। लेकिन बीमा की कार्यप्रणाली में प्रशासनिक लागतें (प्रबंधन के खर्चे) और कारोबार प्राप्त करने की लागतें (एजेंसी कमीशन) भी शामिल होती हैं। इसके अलावा, अनपेक्षित भारी नुकसानों के लिए मार्जिन का प्रावधान करना भी ज़रूरी होता है।

अंत में, चूंकि बीमा का लेनदेन किसी अन्य कारोबार की तरह एक व्यावसायिक आधार पर होता है, इसलिए मुनाफ़े के मार्जिन का प्रावधान करना आवश्यक हो जाता है, जो कारोबार में निवेशित पूँजी पर मिलने वाला रिटर्न है।

इसलिए, खर्चों, रिज़र्व और मुनाफ़ों का प्रावधान करने के लिए, 'शुद्ध प्रीमियम' में प्रतिशत जोड़कर उसे सही तरीके से बढ़ाया या लोड किया जाता है।

अंतिम रूप से तय प्रीमियम की दर में निम्नलिखित घटक शामिल होंगेः

- ✓ नुकसानों का भुगतान
- ✓ नुकसान के खर्चे (जैसे, सर्वे फीस)
- ✓ एजेंसी कमीशन
- ✓ प्रबंधन के खर्चे
- ✓ अनपेक्षित भारी नुकसानों के रिज़र्व के लिए मार्जिन, जैसे कि 5 अपेक्षित नुकसानों की जगह 7 पूर्ण नुकसान
- ✓ मुनाफ़े के लिए मार्जिन

रेटिंग के सभी प्रासंगिक कारकों पर विचार करके, यह पक्का किया जा सकता है कि एक समान प्रकार और गुणवत्ता के जोखिमों के बीच दरें पर्याप्त, अत्यधिक या अनुचित रूप से भेदभावपूर्ण हैं।

खुद को जांचें 2

शुद्ध प्रीमियम क्या है?

I. इतना अधिक प्रीमियम कि उससे सिर्फ़ नुकसानों की भरपाई की जा सके

II. समाज के सीमान्त सदस्यों के लिए लागू प्रीमियम

III. प्रशासनिक लागतों के लिए लोडिंग के बाद प्रीमियम

IV. नुकसान के सबसे हाल के अनुभव की अवधि से प्राप्त प्रीमियम

2. कटौतियां (Deductible)

'कटौतियां' या 'आधिक्य' एक बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच लागत को आपस में बाँटने का प्रावधान है। कटौतियां यह प्रावधान करती हैं कि बीमा कंपनी सिर्फ़ एक विशेष थ्रेशहोल्ड से अधिक के दावों का भुगतान करेगी। दूसरे शब्दों में, बीमा कंपनी निर्धारित स्तर से कम के दावों के लिए उत्तरदायी नहीं होगी। यह स्तर (लेवल) या थ्रेशोल्ड एक निर्धारित रकम या एक प्रतिशत या किसी निर्धारित समयावधि (जब से समय-आधिक्य कहा जाता है) के रूप में तय किया जाएगा। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में, एक शर्त यह हो सकती है कि दावों का भुगतान सिर्फ़ तभी किया जाएगा जब बीमाधारक दिनों/घंटों की निर्धारित संख्या से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहता है। जीवन बीमा पॉलिसियों में कटौतियों का इस्तेमाल नहीं होता।

संपत्ति, मोटर और मकान बीमा जैसे उत्पादों में, कटौतियां पहले से तय की गई रकम होती हैं जिसका भार एक क्षतिपूर्ति दावे के मामले में बीमाधारक को उठाना पड़ता है। कुछ पॉलिसियों के लिए कटौतियां अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकती हैं। बीमा कंपनियां आम तौर पर तब कम प्रीमियम वसूल करती हैं जब बीमाधारक स्वेच्छा से उच्च कटौतियों का विकल्प चुनता है। एजेंट को यह पता लगाना ज़रूरी होता है कि विशेष कटौतियां कैसे काम करती हैं और उसे बीमाधारक को यह सूचित करना होता है कि कटौतियां 'प्रति वर्ष' या 'प्रति घटना' के आधार पर लागू की जाएंगी।

कटौतियां इस्तेमाल करने के कई कारण हैं। कॉर्पोरेट ग्राहक जो कारखानों, एक से अधिक कार्गो कंसाइनमेंट, बड़ी संख्या में कर्मचारियों, सार्वजनिक देयता जोखिमों आदि को कवर करते हैं और भारी-भरकम बीमा राशि रखते हैं, वे छोटे दावों का खर्च खुद उठाना और दावों को साबित करने वाले दस्तावेज़ प्रस्तुत करने से बचना पसंद कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, लाखों रुपये का प्रीमियम देने वाला एक बड़ी फैक्ट्री का मालिक किसी मशीन की मरम्मत में 2,000 रुपये के मामूली खर्च की परवाह नहीं करेगा।

कुछ प्रकार की पॉलिसियों में बीमाधारक को नुकसान के कुछ हिस्से का भार खुद उठाने की ज़रूरत हो सकती है ताकि यह पक्का किया जा सके कि वह उचित सावधानी बरत रहा/रही है। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक कटौती पर ज़ोर डाल सकती हैं ताकि बीमाधारक सिर्फ़ इस कारण से अस्पताल के महंगे कमरों पर बेवजह ज़्यादा खर्च न करे क्योंकि उसने बीमा लिया है। कुछ बीमा कंपनियां छोटे दावों पर कार्रवाई करने में समय देना पसंद नहीं कर सकती हैं। इसके अलावा, कुछ परिस्थितियों में, ऐसा हो सकता है कि बीमा कंपनियां बड़ी संख्या में छोटे-छोटे नुकसानों के किसी एक जगह पर जमा होने के कारण आर्थिक दबाव के जोखिम में आना न चाहें। उदाहरण के लिए, किसी औद्योगिक क्षेत्र में आई मामूली बाढ़ के कारण उस इलाके के सभी वेयरहाउसों से कम मूल्य के छोटे-छोटे दावे सामने आ सकते हैं।

फ्रेंचाइज़: यहां फ्रेंचाइज़ का मतलब है एक थ्रेशहोल्ड सेट, जो आम तौर पर बीमा राशि के प्रतिशत के रूप में होता है, जिसके नीचे कोई भी दावा स्वीकार्य नहीं होगा, जैसा कि कटौतियों के

मामले में होता है। हालांकि, जब दावा राशि उस फ्रेंचाइज़ सीमा से अधिक होती है, तो बीमा कंपनी को पूरा दावा स्वीकार्य होता है। दूसरे शब्दों में, फ्रेंचाइज़ बीमा कंपनियों की वित्तीय ज़िम्मेदारी का न्यूनतम थ्रेशहोल्ड तय करता है।

पॉलिसी पर फ्रेंचाइज़ उसी तरह से और उन्हीं कारणों से लागू किया जाएगा जैसा थ्रेशहोल्ड से कम के दावों के मामले में कटौतियों को लागू किया जाता है। हालांकि, अगर दावा फ्रेंचाइज़ से अधिक होता है, तो नुकसान की पूरी रकम की भरपाई की जाएगी।

D. रेटिंग के कारक

ऐसे प्रासंगिक तत्व जिनका इस्तेमाल दरों को बढ़ाने और रेटिंग प्लान तैयार करने में किया जाता है उन्हें रेटिंग कारक कहा जाता है। बीमा कंपनियां जोखिम का निर्धारण करने और लिया जाने वाला मूल्य तय करने के लिए 'रेटिंग कारकों' का इस्तेमाल करती हैं।

- ✓ बीमा कंपनी आधार दर तय करने के लिए अपने आकलनों का इस्तेमाल करती है।
- ✓ फिर बीमा कंपनी इस दर को सकारात्मक बातों, जैसे कि संपत्ति जोखिम में आग से उत्कृष्ट सुरक्षा व्यवस्था के लिए लागू की गई छूट से समायोजित करती है; इसी तरह, प्रतिकूल बातों, जैसे कि परिसर में ज्वलनशील पदार्थों की मौजूदगी के लिए लगाई गई लोडिंग से दर को समायोजित किया जाता है।
- ✓ जीवन बीमा में, आम तौर पर खराब सेहत, खराब आदतों, आनुवंशिक या पेशागत कारकों के लिए लोडिंग लागू की जाती है।

मुख्य शब्द

- कटौतियां
- फ्रेंचाइज़ी

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प I है।

उत्तर 2 – सही विकल्प I है।

अध्याय C-06

दावों पर कार्रवाई

अध्याय का परिचय

बीमाधारक को बीमा का लाभ सिर्फ़ तभी मिलता है जब वह नुकसानों से प्रभावित होता है। संपूर्ण बीमा उद्योग बीमाधारक को होने वाले नुकसानों के प्रति संवेदनशील होता है और उत्पन्न होने वाले दावों को अधिक से अधिक सौहार्दपूर्ण ढंग से और जल्द से जल्द निपटाने की कोशिश करता है।

अध्ययन के परिणाम

A. नुकसान का आकलन और दावा निपटान

B. दावों की श्रेणियां

C. मध्यस्थता

D. विवादों के समाधान की अन्य प्रणालियां

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आपको इन बातों की समझ होनी चाहिए:

1. दावों का निपटान
2. दावे की प्रक्रियाओं का महत्व

A. नुकसान का आकलन और दावा निपटान

दावों का आकलन (नुकसान का आकलन) यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि क्या बीमाधारक को हुआ नुकसान बीमा पॉलिसी में कवर किया गया था, अर्थात नुकसान किसी अपवर्जन के तहत नहीं आता है और किसी वारंटी का उल्लंघन नहीं हुआ है।

दावों का निपटान निष्पक्षता के विचारों के आधार पर होना चाहिए। बीमा कंपनी के लिए, दावों का शीघ्र निपटान उसकी सेवाओं की कार्यकुशलता का एक मानक है। दावों पर कार्रवाई करने में लगने वाले समय को लेकर हर कंपनी के पास आंतरिक दिशानिर्देश होते हैं, जिसका पालन उसके कर्मचारी करते हैं।

इसे आम तौर पर "टर्नअराउंड टाइम" (टीएटी) कहा जाता है। कुछ बीमा कंपनियों ने बीमाधारक के लिए समय-समय पर दावों की स्थिति की ऑनलाइन जांच करने की सुविधा भी प्रदान की है। कुछ बीमा कंपनियों ने दावों पर तेज़ी से कार्रवाई करने के लिए दावा केंद्र भी बनाया है।

बीमा दावे के महत्वपूर्ण पहलू

हालांकि ज़्यादातर कंपनियां अपने टर्नअराउंड टाइम (टीएटी) से बंधी होती हैं, फिर भी एजेंट के लिए उन पहलुओं को जानना महत्वपूर्ण है जिन पर दावे के निपटान के समय विचार किया जाता है। गैर-जीवन बीमा दावों के छह सबसे महत्पूर्ण पहलू नीचे दिए गए हैं।

i. क्या नुकसान का कारण बनने वाली घटना पॉलिसी के दायरे में आती है

ii. क्या बीमाधारक ने अपने हिस्से की पॉलिसी की शर्तों का पालन किया है

iii. वारंटियों का पालन करना। सर्वे की रिपोर्ट यह बताएगी कि वारंटियों का पालन किया गया है या नहीं।

iv. पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान, प्रस्तावक द्वारा परम सद्भाव का पालन किया जाना।

v. नुकसान की घटना होने पर, बीमाधारक से इस तरह कार्य करने की अपेक्षा की जाती है मानो उसने बीमा नहीं किया हो। दूसरे शब्दों में, नुकसान को कम से कम करने के उपायों को अपनाना उसका कर्तव्य है।

vi. देय राशि का निर्धारण। हर्जाने की देय राशि बीमा राशि पर निर्भर करती है। हालांकि, देय राशि भी इन बातों पर निर्भर करेगी:

- ✓ प्रभावित संपत्ति में बीमाधारक के बीमा योग्य हित की सीमा
- ✓ बचाए गए सामान का मूल्य
- ✓ अल्पबीमा लागू किया जाना
- ✓ योगदान और प्रस्थापन की शर्तों को लागू किया जाना

जीवन बीमा संबंधी दावों के मामले में, बीमा कंपनी यह जांच करती है कि क्या -

1) पॉलिसी की शर्तों का उल्लंघन नहीं किया गया है

2) परम सद्भाव का पालन किया गया है और

3) धोखा देने के इरादे से किसी महत्वपूर्ण तथ्य को नहीं छिपाया गया है।

B. दावों की श्रेणियां

बीमा दावे इन श्रेणियों के तहत आते हैं:

i. मानक दावे

ये ऐसे दावे हैं जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों में साफ तौर पर लिखे होते हैं। दावे का आकलन चुनी गई बीमा राशि और स्कोप के साथ-साथ बीमा की विभिन्न श्रेणियों के लिए निर्धारित क्षतिपूर्ति के अन्य तरीकों को ध्यान में रखकर किया जाता है।

ii. औसत की शर्त या औसत क्लॉज

कुछ पॉलिसियों में एक शर्त होती है जो किसी संपत्ति के वास्तविक मूल्य से कम की बीमा राशि पर बीमा करने के लिए बीमाधारक पर जुर्माना लगाती है, इसे अल्पबीमा कहा जाता है। कोई दावा उत्पन्न होने पर बीमाधारक को वह रकम मिलती है जो अल्पबीमा की मात्रा के अनुसार उसके वास्तविक नुकसान से आनुपातिक रूप से घटाकर तय की जाती है। ऐसी स्थितियां गैर-जीवन बीमा के मामले में ज़्यादा होती हैं।

iii. दैवीय घटनाओं से जुड़े खतरे – आपदाकारी नुकसान

तूफ़ान, चक्रवात, बाढ़, सैलाब और भूकंप जैसे प्राकृतिक खतरों को "दैवीय घटना" से जुड़े खतरे कहते हैं। इन खतरों से प्रभावित क्षेत्र में बीमा कंपनी की कई पॉलिसियों को नुकसान हो सकता है। गैर-जीवन बीमा दावों की कुछ श्रेणियों के आकलन के लिए सर्वेयर नियुक्त किए जाते हैं।

ऐसे बड़े और आपदाकारी नुकसानों में, सर्वेयर से फौरन नुकसान की साइट पर पहुंचकर नुकसान का शीघ्र आकलन करने और नुकसान कम करने के उपाय अपनाने को कहा जाता है। साथ ही साथ, बीमा कंपनियों के अधिकारी भी नुकसान की जगह पर जाते हैं; खास तौर पर जब इसमें शामिल नुकसान की रकम बड़ी होती हो। नुकसान की जगह पर भेजने का उद्देश्य नुकसान की प्रकृति और दायरे का फौरन और तत्काल अंदाजा लगाना होता है।

अगर सर्वेयर को नुकसान के आकलन के संबंध में कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ता है, तो प्राथमिक रिपोर्ट भी सबमिट की जाती है; साथ ही, बीमा कंपनियों से मार्गदर्शन और निर्देश माँगा जाता है, जिसके बाद आवश्यक होने पर, सर्वेयर को बीमाधारक के साथ समस्याओं की चर्चा करने का अवसर दिया जाता है।

iv. खाते में भुगतान

गैर-जीवन बीमा दावों में, प्राथमिक रिपोर्ट के अलावा, समय-समय पर अंतरिम रिपोर्ट सबमिट की जा सकती है, जहां एक लंबी अवधि में किसी सामान को बदलने और/या मरम्मत का काम किया गया हो। अंतरिम रिपोर्ट बीमा कंपनी को नुकसान के आकलन में होने वाली प्रगति का एक अंदाजा भी देती है। साथ ही, यह बीमाधारक के अनुरोध पर, दावों के "खाते में भुगतान" की

सिफ़ारिश में भी मदद करती है। यह आम तौर पर तब होता है जब नुकसान बड़ा हो और आकलन पूरा होने में कुछ समय लग सकता हो।

अगर दावा सही पाया जाता है, तो दावेदार को भुगतान करके कंपनी के रिकॉर्ड में उसकी एंट्री की जाती है। सह-बीमा कंपनियों और पुनर्बीमा कंपनियों से उचित धनराशि (अगर कोई हो) प्राप्त की जाती है। कुछ मामलों में, ऐसा हो सकता है कि बीमाधारक वह व्यक्ति न हो जिसे पैसे दिये जाने हैं।

v. डिस्चार्ज वाउचर

दावे का निपटान सिर्फ पॉलिसी के तहत डिस्चार्ज प्राप्त होने के बाद ही किया जाता है। व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत चोट के दावों के लिए डिस्चार्ज रसीद का एक नमूना नीचे दिए गए अनुसार होता है: (यह अलग-अलग कंपनी के मामले में अलग-अलग हो सकता है)।

बीमाधारक का नाम	
दावा संख्या	पॉलिसी नंबर
इनसे प्राप्त हुआ	कंपनी लिमिटेड
दिनांक ____________ को या इसके आसपास, दुर्घटना के कारण लगी चोट के मामले में मुझे देय मुआवजे के पूर्ण और अंतिम निपटान के रूप में ______________ रुपये की धनराशि प्राप्त हुई; मैं उक्त दावे के संबंध में प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से उत्पन्न होने वाले मौजूदा या भविष्य के सभी दावों के अपने पूर्ण और अंतिम निपटान में कंपनी को यह डिस्चार्ज रसीद देता/देती हूँ।	
दिनांक	(हस्ताक्षर)

vi. निपटान के बाद की कार्रवाई

जोखिम अंकन के संबंध में, गैर-जीवन बीमा दावों के निपटान के बाद की जाने वाली कार्रवाई बीमा की अलग-अलग श्रेणी के मामले में अलग-अलग होती है।

उदाहरण

किसी अग्नि बीमा पॉलिसी के तहत बीमा राशि दावा भुगतान की रकम की सीमा तक कम हो जाती है। हालांकि, यथानुपात प्रीमियम भुगतान करके उस राशि को बहाल किया जा सकता है जिसे दावा भुगतान की रकम से घटा दिया गया था।

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के तहत पूंजीगत बीमा राशि के भुगतान पर, पॉलिसी रद्द हो जाती है।

इसी तरह, व्यक्तिगत विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसी के तहत दावे का भुगतान होने पर पॉलिसी अपने-आप ख़त्म हो जाती है।

vii. बचाए गए सामान (साल्वेज)

साल्वेज का मतलब है क्षतिग्रस्त संपत्ति। हर्जाने का भुगतान करने पर, बचाए गए सामान का अधिकार बीमा कंपनी के पास चला जाता है।

उदाहरण

जब मोटर बीमा दावों का भुगतान पूर्ण नुकसान के आधार पर किया जाता है, तो क्षतिग्रस्त वाहन को बीमा कंपनी अपने पास रखती है। अग्नि बीमा दावे, समुद्री कार्गो बीमा दावे आदि जैसे अन्य गैर-जीवन बीमाओं में भी बचाव (साल्वेज) हो सकता है।

साल्वेज का निपटान इस प्रयोजन के लिए बीमा कंपनियों द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार किया जाता है। नुकसान का आकलन करने वाले सर्वेयर भी निपटान के तरीकों से जुड़े सुझाव दे सकते हैं।

viii. रिकवरी

दावों के निपटान के बाद, बीमा अनुबंधों के लिए लागू प्रस्थापन अधिकारों के तहत बीमा कंपनियां बीमाधारक के अधिकारों और उपायों के साथ-साथ भुगतान की गई हर्जाने की रकम ऐसे तीसरे पक्ष से वसूल करने की हकदार होती हैं जो संबंधित लागू कानूनों के तहत नुकसान के लिए ज़िम्मेदार हो सकते हैं। इस प्रकार, बीमा कंपनियां शिपिंग कंपनियों, रेलवे, सड़क परिवहन कंपनियों, एयरलाइन, पोर्ट ट्रस्ट अथॉरिटी आदि से हर्जानों की वसूली कर सकती हैं।

उदाहरण

कंसाइनमेंट की डिलीवरी नहीं होने के मामले में, परिवहन कंपनियां नुकसान के लिए ज़िम्मेदार होती हैं। इसी तरह, पोर्ट ट्रस्ट उन सामानों के लिए उत्तरदायी होता है जो सुरक्षित तरीके से लैंड कर गए, लेकिन उसके बाद गायब हो गए। इस प्रयोजन के लिए, दावे के निपटान से पहले, बीमाधारक से एक विधिवत मुहर लगा प्रस्थापन पत्र प्राप्त किया जाता है।

---

ix. दावा संबंधी विवाद

सबसे अच्छे प्रयासों के बावजूद, भुगतान में देरी हो सकती है, दावे का भुगतान नहीं किया जा सकता है (अस्वीकरण) या कम राशि के लिए दावा स्वीकार किया जा सकता है, जो बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच असंतोष और विवाद का कारण बन सकता है।

इनके अलावा, कुछ सबसे आम कारण नीचे दिए गए हैं:

- ✓ महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करना
- ✓ कवरेज की कमी
- ✓ अपवर्जित जोखिमों के कारण नुकसान
- ✓ पर्याप्त बीमा राशि नहीं होना
- ✓ वारंटी का उल्लंघन
- ✓ अल्पबीमा, मूल्यह्रास आदि के कारण मात्रा निर्धारण से जुड़ी समस्याएं

इन सभी कारणों से बीमाधारक को उस समय काफी तकलीफ़ होती है जब वह नुकसानों के कारण पहले से वित्तीय संकट का सामना कर रहा है। उसकी तकलीफ़ को कम करने के लिए, शिकायत निवारण और विवादों के समाधान की प्रक्रियाएं पॉलिसी में पहले से निर्धारित होती हैं। अग्नि या संपत्ति बीमा पॉलिसियों में मध्यस्थता या "आर्बिट्रेशन" की शर्त होती है।

C. आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता)

आर्बिट्रेशन, अनुबंधों से उत्पन्न होने वाले विवादों के निपटान का एक तरीका है। आर्बिट्रेशन, मध्यस्थता और समाधान अधिनियम, 1996 के प्रावधानों के अनुसार किया जाता है। अनुबंध को लागू करने या उसके अंतर्गत विवाद को निपटाने का सामान्य तरीका कानून की अदालत में जाना है। हालांकि, ऐसे मुकदमों में बहुत देरी होती है और खर्चे भी शामिल होते हैं। मध्यस्थता कानून बीमा के पक्षों को यह अनुमति देती है कि वे अनुबंध के तहत उत्पन्न होने वाले विवादों को आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता) की अधिक अनौपचारिक, कम महंगी और निजी प्रक्रिया के लिए सबमिट करें।

आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता) एक या एक से अधिक मध्यस्थ (आर्बिट्रेटर) द्वारा किया जा सकता है, जिन्हें विवाद से जुड़े पक्ष खुद ही चुनते हैं। एक मध्यस्थ होने के मामले में, अनुबंध के पक्षों को उस व्यक्ति के बारे में सहमति बनानी होती है। कई व्यावसायिक बीमा पॉलिसियों में एक **आर्बिट्रेशन क्लॉज** होता है जो कहता है कि विवाद मध्यस्थता के अधीन होंगे। अग्नि और ज़्यादातर विविध बीमा पॉलिसियों में एक आर्बिट्रेशन क्लॉज होता है जो कहता है कि अगर कंपनी पॉलिसी के तहत देयता को स्वीकार कर लेती है और भुगतान की जाने वाली रकम से संबंधित कोई अंतर होता है, तो इस तरह के अंतर के मामले को मध्यस्थता के लिए भेजा जाना चाहिए। आम तौर पर, मध्यस्थ का निर्णय अंतिम माना जाता है और यह दोनों पक्षों के लिए बाध्यकारी होता है।

शर्त की बातें अलग-अलग पॉलिसी के मामले में अलग-अलग होती है। आम तौर पर, इसमें ऐसा कहा जाता है:

i. विवाद को अनुबंध के पक्षों द्वारा नियुक्त किए जाने वाले एक मध्यस्थ के निर्णय के लिए सबमिट किया जाता है; एकल मध्यस्थ नियुक्त किए जाने को लेकर दोनों पक्षों के बीच कोई असहमति होने के मामले में, विवाद को अनुबंध के पक्षों द्वारा नियुक्त किए जाने वाले दो मध्यस्थों के निर्णय के लिए भेजा जाता है।

ii. ये दो मध्यस्थ एक अंपायर की नियुक्ति करेंगे जो बैठकों की अध्यक्षता करेगा। इन बैठकों के दौरान अपनाई जाने वाली प्रक्रिया किसी कानून की अदालत में अपनाई जाने वाली प्रक्रिया के समान होती है। आवश्यक होने पर, प्रत्येक पक्ष किसी सलाहकार की मदद से अपने मामले को सामने रखता है और गवाहों की जांच की जाती है।

iii. अगर दोनों मध्यस्थ किसी निर्णय पर सहमत नहीं होते हैं, तो मामले को अंपायर के पास प्रस्तुत किया जाता है, जो फिर अपना फैसला देता है।

iv. फैसला देने वाले मध्यस्थ/मध्यस्थों या अंपायर के विवेक के आधार पर, लागतों पर निर्णय लिया जाता है।

देयता के सवाल से जुड़े विवादों को मुकदमे के ज़रिए निपटाया जाता है।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां यह तर्क देती हैं कि हर्जाना देय नहीं है क्योंकि नुकसान को पॉलिसी के तहत कवर नहीं किया गया था, इस मामले का फैसला कानून की अदालत में किया जाएगा। फिर, अगर बीमा कंपनियां इस आधार पर दावे का भुगतान करने से इनकार करती हैं कि पॉलिसी अमान्य है क्योंकि इसे धोखा देने के इरादे से, महत्वपूर्ण तथ्यों का ख़ुलासा न करके लिया गया है (जो 'परम सद्भाव' के कानूनी दायित्व का उल्लंघन है), तो मामले को मुकदमे के ज़रिए हल किया जाएगा।

D. विवादों के समाधान की अन्य प्रणालियां

आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, सभी पॉलिसियों में बीमाधारक के लिए उपलब्ध शिकायत निवारण प्रणाली का उल्लेख करना ज़रूरी होगा, जिसका इस्तेमाल वह किसी भी कारण से बीमा कंपनी की सेवा से संतुष्ट नहीं होने पर कर सकता है।

कारोबार की व्यक्तिगत लाइनों के तहत आने वाले दावों के मामले में, एक असंतुष्ट बीमाधारक बीमा ओम्बड्समैन से संपर्क कर सकता है। इस प्रक्रिया के बारे में अध्याय 9 में विस्तार से चर्चा की गई है। बीमा ओम्बड्समैन के कार्यालय की जानकारी पॉलिसी में दी जाती है। ओम्बड्समैन का निर्णय बीमा कंपनी के लिए बाध्यकारी होता है, लेकिन बीमाधारक के लिए नहीं।

ओम्बड्समैन के वित्तीय अधिकार और सीमाएं जैसी बातों की चर्चा भी अध्याय 9 में विस्तार से की गई है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सी गतिविधियों को दावों के पेशेवर निपटान के तहत वर्गीकृत नहीं किया जाएगा?

I. नुकसान के कारण से जुड़ी जानकारी मांगना

II. दावे पर पूर्वाग्रह के साथ विचार करना

III. यह पता लगाना कि क्या नुकसान किसी बीमित खतरे का परिणाम था

IV. दावे के तहत देय राशि का मात्रा निर्धारण करना

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

मुख्य शब्द

टर्न अराउंड टाइम
बचाए गए सामान
प्राप्तियां (रिकवरी)
दावों का आकलन

अध्याय C-07

दस्तावेज़ तैयार करना

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग में हम एक बड़ी संख्या में फॉर्मों और दस्तावेज़ों पर काम करते हैं। बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच संबंधों में स्पष्टता लाने के लिए इन दस्तावेज़ों की ज़रूरत होती है। इस अध्याय में, हम उन दस्तावेज़ों और उनके महत्व के बारे में बात करेंगे जो प्रस्ताव के स्तर पर शामिल होते हैं।

अध्ययन के परिणाम

इन चीज़ों के महत्व को समझें:

A. प्रॉस्पेक्टस

B. प्रस्ताव फॉर्म

C. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) से जुड़े दस्तावेज़

इस अध्याय को जानकर, **आप ये काम कर पाएंगे**:

- प्रस्ताव के चरण के दस्तावेज़ों और उनके महत्व को समझना
- प्रॉस्पेक्टस के उद्देश्यों को जानना
- प्रस्ताव फॉर्म के महत्व को समझना
- एंटी मनी लॉन्ड्रिंग (एएमएल), अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) मानकों और महत्वपूर्ण दस्तावेज़ों का मूल्यांकन करना, जो व्यावहारिक तौर पर सभी पॉलिसियों के लिए समान रूप से लागू होते हैं
- आयु प्रमाण और स्वीकार्य दस्तावेज़ों का महत्व

A. प्रॉस्पेक्टस

प्रॉस्पेक्टस, प्रस्ताव के चरण में इस्तेमाल होने वाला दस्तावेज़ है। प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज़ है जो उत्पाद के बारे में जानकारी देता है। इसका मतलब बीमा उत्पादों की बिक्री या प्रचार करने के लिए प्रत्यक्ष, इलेक्ट्रॉनिक या किसी अन्य प्रारूप में बीमा कंपनी द्वारा जारी किया गया दस्तावेज़ हो सकता है। इस प्रयोजन के लिए, बीमा उत्पादों में ऐड-ऑन कवर/राइडर के प्रस्ताव (अगर कोई हो) भी शामिल हो सकते हैं। प्रॉस्पेक्टस एक परिचय देने वाले दस्तावेज़ जैसा है जो संभावित पॉलिसीधारक को कंपनी के उत्पादों के बारे में जानने में मदद करता है।

आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा) विनियम, 2017 के अनुसार, प्रॉस्पेक्टस में वे सभी तथ्य शामिल होने चाहिए जो एक संभावित पॉलिसीधारक के लिए आवश्यक हैं, ताकि वह पॉलिसी खरीदने के संबंध में एक जानकार निर्णय ले सके। इसमें बीमा के हर प्लान के लिए नीचे दी गई चीज़ें शामिल होनी चाहिए:

- संबंधित बीमा उत्पाद के लिए प्राधिकरण द्वारा आवंटित विशिष्ट पहचान संख्या या यूनीक आइडेंटिफिकेशन नंबर (यूआईएन)
- बीमा कवर का दायरा
- गारंटीकृत और गैर-गारंटीकृत लाभों/अधिकारों का दायरा (स्कोप)
- बीमा कवर की वारंटियां, अपवर्जन/अपवाद (पूरी जानकारी के साथ)
- बीमा कवर के नियम और शर्तें
- बीमा में कवर की जाने वाली आकस्मिक घटना या घटनाओं का ब्यौरा
- जीवन या संपत्ति की श्रेणी या श्रेणियां, जो ऐसे प्रॉस्पेक्टस की शर्तों में बीमा के लिए ज़रूरी शर्तें पूरी करते हैं
- प्लान प्रतिभागी है या गैर-प्रतिभागी

उत्पाद पर अनुमत ऐड-ऑन कवर (जिन्हें जीवन बीमा में राइडर भी कहते हैं) और उनके लाभों के बारे में भी बताया जाता है।

प्रॉस्पेक्टस में शामिल होने वाली अन्य महत्वपूर्ण जानकारी:

1. कवर और प्रीमियम में कोई अंतर। जैसे, अलग-अलग उम्र समूह के लिए या बीमा में प्रवेश की अलग-अलग उम्र के लिए
2. पॉलिसी नवीनीकरण की शर्तें
3. कुछ परिस्थितियों में पॉलिसी रद्द करने की शर्तें
4. अलग-अलग परिस्थितियों में लागू होने वाली छूटों या लोडिंग की जानकारी
5. प्रीमियम के साथ-साथ पॉलिसी की शर्तों में किसी भी संशोधन या बदलाव की संभावना

6. शीघ्र प्रवेश, एक ही बीमा कंपनी के साथ निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावा अनुभव आदि पर पॉलिसीधारकों को इनाम देने के लिए कोई भी प्रोत्साहन
7. प्रॉस्पेक्टस में आईआरडीएआई द्वारा आवंटित उत्पाद का यूआईएन अनिवार्य रूप से शामिल होगा
8. आईआरडीएआई के विनियम यह अनिवार्य करते हैं कि प्रॉस्पेक्टस में धारा 41 की एक प्रति शामिल होगी। यह धारा नया बीमा खरीदने, भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के बीमा को जारी रखने या उसे नवीनीकृत करने के लिए किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन देने से रोकती है; इसमें पॉलिसी पर देय पूर्ण या आंशिक कमीशन की कोई भी छूट देना शामिल है।

विशेष रूप से, प्रॉस्पेक्टस नामांकन की सुविधा उपलब्ध होने के बारे में प्रस्तावक को सूचित करता है।

खुद को जांचें 1

इनमें से क्या आम तौर पर बीमा प्रॉस्पेक्टस का हिस्सा नहीं होता है?

I. ओम्बड्समैन का नाम

II. लाभों के दायरे की तारीख

III. अधिकार (एंटाइटलमेंट)

IV. अपवाद

B. प्रस्ताव फॉर्म

बीमा पॉलिसी बीमा कंपनी और पॉलिसीधारक के बीच एक कानूनी अनुबंध है। जैसा कि किसी भी अनुबंध के लिए आवश्यक है, इसमें एक प्रस्ताव और इसकी स्वीकृति होती है।

“प्रस्ताव फॉर्म” वह आवेदन दस्तावेज़ है जो प्रस्ताव करने के लिए किया जाता है। यह प्रस्ताव द्वारा लिखित में या इलेक्ट्रॉनिक रूप में या प्राधिकरण की मंज़ूरी वाले किसी अन्य प्रारूप में भरा जाने वाला एक फॉर्म है। इसमें बीमा कंपनी द्वारा माँगी गई सभी आवश्यक जानकारी शामिल होती है, जो यह निर्णय लेने में मदद करती है कि जोखिम कवर को स्वीकार किया जाए या उसे अस्वीकार किया जाए। अगर जोखिम को स्वीकार किया जाता है, तो बीमा कंपनी इस जानकारी के आधार पर, दिए जाने वाले कवर की दरें, नियम और शर्तें तय करती है।

परम सद्भाव का सिद्धांत और महत्वपूर्ण जानकारी का ख़ुलासा करने का दायित्व बीमा के प्रस्ताव फॉर्म से शुरू होता है। प्रस्तावक को सारी जानकारी सही तरीके से और पूरी तरह से उपलब्ध करानी होती है क्योंकि यह दस्तावेज़ बीमा प्रदान करने का आधार बनता है; ऐसे में, कोई भी गलत जानकारी देने या जानकारी को छिपाने से दावा अस्वीकार किया जा सकता है।

महत्वपूर्ण जानकारी का ख़ुलासा करने का यह दायित्व प्रस्ताव के चरण के बाद, बीमा अनुबंध को अंतिम रूप दिए जाने के बाद भी जारी रहता है। अर्थात, बीमा की अवधि के दौरान किसी भी समय होने वाले किसी भी महत्वपूर्ण बदलाव का ख़ुलासा करना गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में ज़रूरी होता है।

किसी बीमा पॉलिसी का आग्रह करने या कोई बीमा पॉलिसी जारी करने के दौरान प्रस्ताव फॉर्म से जुटाई गई जानकारी गोपनीय होती है और इसे किसी तीसरे पक्ष के साथ साझा नहीं किया जाना चाहिए। जहां किसी भी कारण से प्रस्ताव की जमा राशि वापस की जानी है, तो यह प्रस्ताव पर जोखिम अंकन का निर्णय लिए जाने की तारीख से 15 दिनों के भीतर रिफंड कर दिया जाना चाहिए।

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रस्ताव को स्वीकार किए जाने के 30 दिनों के भीतर, बीमाधारक द्वारा सबमिट किए गए प्रस्ताव की एक प्रति, मुफ़्त में, बीमाधारक को उपलब्ध कराना बीमा कंपनी का दायित्व है। जब भी आवश्यक हो, ग्राहक सेवा के माध्यम से, एजेंट से इन समयसीमाओं का ध्यान रखने, समय-समय पर प्रस्तावक/बीमाधारक से जानकारी लेते रहने और बातचीत करने की अपेक्षा की जाती है।

a) प्रस्ताव फॉर्म - जानकारी

प्रस्ताव फॉर्म उन दस्तावेज़ों को तैयार करने का पहला चरण है जिसके माध्यम से बीमाधारक बीमा कंपनी को यह सूचित करता है:

- ✓ वह कौन है
- ✓ उसे किस तरह के बीमा की ज़रूरत है
- ✓ वह क्या बीमा करना चाहता/चाहती है इसकी जानकारी और
- ✓ कितनी समय अवधि के लिए बीमा किया जाना है
- ✓ जोखिम का विवरण (जैसे, जीवन और स्वास्थ्य बीमा के लिए – स्वास्थ्य या पहले हुई किसी बीमारी की जानकारी दी जानी चाहिए)
- ✓ इस जानकारी में बीमा की विषय-वस्तु पर प्रस्तावित आर्थिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्य शामिल होंगे।

दूसरे शब्दों में, प्रस्ताव फॉर्म में प्रस्ताव की पहचान से जुड़ी जानकारी इकट्ठा की जाती है, जैसे कि नाम, पिता का नाम, पता और पहचान संबंधी अन्य जानकारी। ग्राहकों की सही पहचान निर्धारित करने के लिए पते का प्रमाण, पैन कार्ड, फ़ोटोग्राफ़ आदि जैसे दस्तावेज़ प्रस्ताव के साथ प्राप्त किए जाते हैं।

जीवन और स्वास्थ्य बीमा के संबंध में, प्रस्तावक के परिवार के सदस्यों (माता-पिता सहित) की जानकारी इकट्ठा की जाती है, जिसमें उनकी उम्र, स्वास्थ्य की स्थिति और पहले हुई किसी भी बीमारी के बारे में बताना ज़रूरी होता है। उत्पाद के आधार पर, बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की

चिकित्सकीय जानकारी, व्यक्तिगत विशेषताओं और उनकी बीमारी के निजी इतिहास के बारे में भी पूछा जा सकता है।

बीमा की कई लाइनों में, बीमा की विषय-वस्तु पर प्रस्तावित आर्थिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा के साथ जुड़े महत्वपूर्ण तथ्यों की जानकारी इकट्ठा की जाएगी।

बीमा सलाहकार की सिफारिशों के साथ ऐसी सिफ़ारिश के कारण भी प्रस्ताव फॉर्म का हिस्सा हो सकते हैं। यह घोषणा भी शामिल होगी कि जिस पॉलिसी की सिफारिश की गई है उसके बारे में प्रस्तावक को अच्छी तरह समझा दिया गया है और प्रस्तावक ने उसे स्वीकार कर लिया है।

प्रस्ताव फॉर्म में नीचे दिए गए खंड शामिल हो सकते हैं, जिसकी शुरुआत बीमा कंपनी और एजेंट की जानकारी, उत्पाद की जानकारी, बीमा राशि, प्रीमियम भुगतान का तरीका आदि से होती है। फॉर्म में इस तथ्य के प्रमाण के रूप में प्रस्तावक का हस्ताक्षर भी शामिल होगा जो प्रमाणित करेगा कि उसने खुद फॉर्म भरकर प्रस्ताव को सबमिट किया है।

माँगी जाने वाली अन्य जानकारी में प्रस्तावक का नाम, जन्म की तारीख, संपर्क की जानकारी, वैवाहिक स्थिति, राष्ट्रीयता, माता/पिता और पत्नी का नाम, शैक्षणिक योग्यताएं, आदतें और आईडी प्रमाण, परिवार का ब्यौरा, रोजगार संबंधी जानकारी, बैंक की जानकारी. नामित/नियुक्त व्यक्ति का नाम, मौजूदा बीमा की जानकारी और पॉलिसी चुनने के कारण शामिल होते हैं।

उत्पाद के आधार पर, बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की चिकित्सकीय जानकारी, व्यक्तिगत लक्षण और बीमारी से जुड़े उनके निजी इतिहास की जानकारी माँगी जाती है।

बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन के निजी वित्तीय नियोजन से जुड़े पहलुओं के साथ-साथ उसके कामकाज के अनुभव, अनुमानित आय और खर्चे, बचत और निवेश की ज़रूरत, स्वास्थ्य, सेवानिवृत्ति और बीमा के बारे में भी पूछताछ की जा सकती है।

एजेंटों की सिफारिशों के साथ-साथ ऐसी सिफारिश की वजहें भी प्रस्ताव फॉर्म का हिस्सा बन सकती हैं। आईआरडीएआई के उपरोक्त विनियमों के अनुपालन में, एजेंट यह घोषणा करेगा कि जिस पॉलिसी की सिफारिश की गई है उसके बारे में प्रस्तावक को अच्छी तरह समझा दिया गया है और प्रस्तावक ने उसे स्वीकार कर लिया है।

बीमा कंपनियां आम तौर पर बीमा कंपनी के नाम, लोगो, पते और बीमा/उत्पाद की श्रेणी/प्रकार जिसके लिए इसका इस्तेमाल किया गया है, के साथ प्रस्ताव फॉर्म को प्रिंट करती हैं। बीमा कंपनियां परंपरागत रूप से प्रस्ताव फॉर्म में एक प्रिंटेड नोट जोड़ती हैं; हालांकि, इससे जुड़ा कोई मानक प्रारूप या प्रथा नहीं है।

b) प्रस्ताव फॉर्म में घोषणा

बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव फॉर्म के अंत में एक घोषणा शामिल करती हैं, जिस पर प्रस्तावक का हस्ताक्षर किया जाता है। इससे यह पक्का होता है कि बीमाधारक ने फॉर्म को सही तरीके से भरने की जहमत उठाई है और उसमें दिए गए तथ्यों को समझ लिया है, ताकि दावे के

समय तथ्यों की गलतबयानी के कारण असहमति की कोई गुंजाइश न रहे। ऐसी घोषणा सामान्य कानून से जुड़े परम सद्भाव के सिद्धांत को परम सद्भाव के संविदात्मक दायित्व में बदल देती है।

उदाहरण

ऐसी घोषणाओं के उदाहरण इस प्रकार हैं:

'मैं/हम इसके द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करते हैं और वारंटी देता हूँ/देते हैं कि उपरोक्त बयान सभी तरह से सही और पूर्ण हैं; ऐसी कोई अन्य जानकारी नहीं है जो बीमा के आवेदन के लिए प्रासंगिक हो और उसका खुलासा आपको न किया गया हो।'

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

खुद को जांचें 2

इनमें से कौन सा विकल्प प्रस्ताव फॉर्म के संबंध में प्रासंगिक <u>नहीं</u> है?

I. परम सद्भाव

II. दावे की अपेक्षित राशि

III. महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करने का दायित्व

IV. उपलब्ध कराई गई जानकारी की गोपनीयता

ऐसे नोट के कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं:

'जोखिम के आकलन के लिए बीमाधारक द्वारा महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करने, गुमराह करने वाली जानकारी देने, धोखाधड़ी करने या सहयोग नहीं करने पर, जारी की गई पॉलिसी के तहत कवर को अमान्य करार दिया जाएगा।'

'कंपनी पर कोई जोखिम नहीं होगा जब तक कंपनी प्रस्ताव को स्वीकार नहीं कर लेती और पूरा प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता।'

C. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) से जुड़े मानक

एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग और केवायसी मानक

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा अपराधी किसी आपराधिक गतिविधि से हुई आय के असली मूल और मालिकाना हक को छिपाने के लिए उस फंड को दूसरी जगह ट्रांसफर करते हैं। मनी लॉन्ड्रिंग की प्रक्रिया का इस्तेमाल अपराधी गैरकानूनी गतिविधियों से प्राप्त फंड को इस तरह दिखाने में करते हैं ताकि वह वैध धन लगे। इस प्रक्रिया में, वे धन के आपराधिक मूल को छिपाने और इसे वैध दिखाने की कोशिश करते हैं।

अपराधी अपने गैरकानूनी पैसे को वैध पैसा दिखाने के लिए बैंक और बीमा के साथ-साथ वित्तीय सेवाओं के इस्तेमाल की कोशिश करते हैं। वे झूठी पहचान का इस्तेमाल करके लेनदेन करते हैं।

उदाहरण के लिए, किसी तरह का बीमा खरीदना और फिर उनका मकसद पूरा हो जाने पर उस पैसे को निकालकर गायब हो जाना। भारत सहित दुनिया भर की सरकारें मनी लॉन्ड्रिंग की ऐसी कोशिशों को रोकने में लगी रहती हैं।

परिभाषा

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा गैरकानूनी पैसे के अवैध मूल को छिपाकर उसे इस तरह अर्थव्यवस्था में लाया जाता है जिससे कि वह कानूनी रूप से प्राप्त किया गया पैसा लगे। भारत सरकार ने मनी लॉन्ड्रिंग की गतिविधियों पर लगाम लगाने के लिए पीएमएलए, 2002 की शुरुआत की है।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम (पीएमएलए), 2002, मनी लॉन्ड्रिंग गतिविधियों को नियंत्रित करने और मनी लॉन्ड्रिंग से प्राप्त संपत्ति को जब्त करने का प्रावधान करने के मकसद से 2005 में प्रभाव में आया।

इसके कुछ ही समय बाद आईआरडीएआई द्वारा जारी एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग संबंधी दिशानिर्देशों में बीमा सेवाओं का अनुरोध करने वाले ग्राहकों की सही पहचान का पता लगाने, संदेहजनक लेनदेनों की रिपोर्ट करने और मनी लॉन्ड्रिंग में शामिल या इसके संदिग्ध मामलों का सही तरीके से रिकॉर्ड रखने के लिए उपयुक्त उपाय बताए गए। अनुबंध की शुरुआत में ही, सतर्क रहकर यह पक्का करना ज़रूरी है कि इसे किसी भी तरह से मनी लॉन्ड्रिंग के साधन के तौर पर इस्तेमाल नहीं किया जाएगा।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम, 2002 (पीएमएलए) को भारत सरकार ने 1 जुलाई 2005 से लागू किया था। इस अधिनियम के अनुसार, हर बैंकिंग कंपनी, वित्तीय संस्थान (जिसमें बीमा कंपनियां शामिल हैं) और मध्यस्थ को पीएमएलए के तहत निर्धारित सभी लेनदेनों का रिकॉर्ड रखना होगा। इसी के अनुसार, आईआरडीएआई ने 31 मार्च, 2006 को एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग/आतंकवाद के वित्तपोषण को रोकने (एएमएल/सीएफटी) से जुड़े दिशानिर्देश जारी किए।

'अपने ग्राहक को जानें' वह प्रक्रिया है जिसका इस्तेमाल कारोबार अपने ग्राहकों (क्लाइंट) की पहचान की पुष्टि करने के लिए करते हैं। बैंक और बीमा कंपनियां पहचान की चोरी, वित्तीय धोखाधड़ी और मनी लॉन्ड्रिंग को रोकने के लिए, लगातार अपने ग्राहकों से विस्तृत जानकारी उपलब्ध कराने को कहती हैं। केवायसी दिशानिर्देशों का उद्देश्य आपराधिक तत्वों को मनी लॉन्ड्रिंग गतिविधियों के लिए वित्तीय संस्थानों का इस्तेमाल करने से रोकना है।

इसलिए, बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की सही पहचान का पता लगाना ज़रूरी होता है। एजेंटों को यह पक्का करना चाहिए कि प्रस्तावक केवायसी प्रक्रिया के हिस्से के तौर पर इन चीज़ों के साथ अपना प्रस्ताव फॉर्म सबमिट करें:

i. पहचान का प्रमाण – ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, वोटर आईडी कार्ड, पैन कार्ड, फ़ोटोग्राफ़ आदि।

ii. पते का प्रमाण – ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, टेलीफोन बिल, बिजली बिल, बैंक पासबुक आदि। व्यक्तियों, कॉर्पोरेट, पार्टनरशिप फर्म, ट्रस्ट और फाउंडेशन के लिए अलग-अलग दस्तावेज़ निर्धारित किए गए हैं।

iii. आय प्रमाण से जुड़े दस्तावेज़ और वित्तीय स्थिति, खास तौर पर उच्च मूल्य वाले लेनदेनों के मामले में।

iv. बीमा अनुबंध का उद्देश्य

a) **आयु प्रमाण – व्यक्तिगत लाइनों के लिए**

जीवन, स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना आदि जैसे व्यक्ति से जुड़े बीमा के मामले में, बीमा कंपनियां बीमाधारक की जोखिम प्रोफाइल का पता लगाने के लिए उम्र को एक महत्वपूर्ण कारक के रूप में इस्तेमाल करती हैं। चूंकि जीवन बीमा कारोबार में, उम्र बहुत महत्वपूर्ण होता है, जीवन बीमा कंपनियां उम्र संबंधी दस्तावेजों के अधिक विस्तृत मानकों का पालन करती हैं। [हालांकि, सरकार, भारतीय रिजर्व बैंक और आईआरडीएआई, केवायसी मानकों के पालन में अधिक सख्ती बरत रही हैं।] जोखिम अंकन प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण हिस्सा, आयु प्रमाण की पुष्टि करने के बाद, उम्र को स्वीकार करने का है।

i. मानक आयु प्रमाण

दो प्रकार के आयु प्रमाण को बीमा कंपनियां उम्र के प्रमाण के रूप में स्वीकार करती हैं। मान्य आयु प्रमाण मानक या अवमानक हो सकते हैं।

- ✓ मानक आयु प्रमाण आम तौर पर सार्वजनिक प्राधिकरण द्वारा जारी किए जाते हैं। जैसे कि नगरपालिका अन्य सरकारी संस्था द्वारा जारी जन्म प्रमाणपत्र, विद्यालय परित्याग प्रमाणपत्र, पासपोर्ट आदि।
- ✓ अवमानक प्रमाण, जब मानक आयु प्रमाण उपलब्ध न हो (इसे तुरंत स्वीकार नहीं किया जाएगा)

कुछ दस्तावेज़ों को मानक आयु प्रमाण माना जाता है जो ये हैं:

i. स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र

ii. नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र

iii. पासपोर्ट

iv. पैन कार्ड

v. सेवा पंजी (सर्विस रजिस्टर)

vi. रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान पत्र

vii. उपयुक्त प्राधिकरण द्वारा जारी किया गया विवाह प्रमाणपत्र

ii. अवमानक आयु प्रमाण

जब ऊपर बताए गए मानक आयु प्रमाण उपलब्ध नहीं होते हैं, तो जीवन बीमा कंपनी अवमानक आयु प्रमाण प्रस्तुत करने की अनुमति दे सकती है। कुछ दस्तावेज़ों को अवमानक आयु प्रमाण माना जाता है जो ये हैं:

i. जन्मपत्री/जन्मकुंडली

ii. राशन कार्ड

iii. खुद की घोषणा के तौर पर एक शपथपत्र

iv. ग्राम पंचायत का प्रमाणपत्र

खुद को जांचें 3

इनमें से क्या मान्य आयु प्रमाण के रूप में स्वीकार्य नहीं है?

I. नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र

II. विधायक द्वारा जारी किया गया जन्म प्रमाणपत्र

III. पासपोर्ट

IV. पैन कार्ड

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प I है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प II है।

सारांश

- प्रॉस्पेक्टस, बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज़ है जो उत्पाद के बारे में जानकारी देता है।
- प्रस्ताव करने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर 'प्रस्ताव फॉर्म' कहा जाता है।
- कुछ दस्तावेज़ों को मानक आयु प्रमाण माना जाता है जिनमें स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र, नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।
- बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की सही पहचान निर्धारित करनी होती है। केवायसी प्रक्रिया के हिस्से के तौर पर, पते का प्रमाण, पैन कार्ड और फ़ोटोग्राफ़ जैसे केवायसी दस्तावेज़ प्राप्त करना ज़रूरी होता है।

मुख्य शब्द

1. प्रॉस्पेक्टस
2. प्रस्ताव फॉर्म
3. नैतिक खतरा
4. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी)
5. आयु प्रमाण
6. मानक और अवमानक आयु प्रमाण
7. फ्री-लुक अवधि

अध्याय C-08

ग्राहक सेवा

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में आप ग्राहक सेवा के महत्व को जानेंगे। आप ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में एजेंटों की भूमिका के बारे में जानेंगे। साथ ही, ग्राहकों से संवाद करने और संबंध बनाने का तरीका भी जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. ग्राहक सेवा – सामान्य अवधारणाएं

B. ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका

C. ग्राहक सेवा में संचार कौशल

D. गैर-मौखिक संचार

E. नैतिक आचरण

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप ये काम करने में सक्षम होंगे:

ग्राहक सेवा के महत्व को समझना

1. सेवा की गुणवत्ता के बारे में बताना
2. बीमा उद्योग में सेवा के महत्व की पड़ताल करना
3. बेहतर सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका के बारे में चर्चा करना
4. संचार की प्रक्रिया को समझाना
5. गैर-मौखिक संचार के महत्व को दिखाना
6. नैतिक आचरण का सुझाव देना

A. ग्राहक सेवा – सामान्य अवधारणाएं

1. **ग्राहक सेवा क्यों**?

ग्राहक किसी भी उद्योग का सबसे महत्वपूर्ण हिस्सा हैं; कोई भी उद्यम उनके साथ उपेक्षा का व्यवहार नहीं कर सकता। ग्राहक सेवा और संबंधों की भूमिका सेवा क्षेत्र में महत्वपूर्ण है; बीमा में भी यह उतना ही अहम है।

ग्राहकों को खुश करने के लिए हर उद्यम का अपना एक लक्ष्य होता है। इस बात को यह जांचकर समझाया जा सकता है कि कैसे बीमा खरीदना कार खरीदने से अलग है।

कार को देखकर, छूकर, टेस्ट ड्राइव लेकर और अनुभव करके खरीदा जा सकता है, जबकि कार का बीमा किसी दुर्घटना के कारण कार को नुकसान या क्षति होने पर उसकी भरपाई करने का एक वादा है। यह वादा अप्रत्यक्ष होता है – इसे देखा, छुआ या अनुभव किया नहीं जा सकता।

जहां कार का ग्राहक कार को आसानी से समझने और अनुभव करने में सक्षम होगा, वहीं बीमा का ग्राहक जिस बीमा सुरक्षा को खरीद रहा है उसका मूल्यांकन और अनुभव तभी कर पाएगा जब कोई नुकसान की घटना होगी और बीमा कंपनी दावे का निपटारा करेगी। सभी ग्राहकों को इसका अनुभव करने का मौका नहीं मिलता। बीमा में, जब ऐसी स्थिति पैदा होती है और ग्राहक को उम्मीद से बेहतर सेवा मिलती है, तो उसे बहुत खुशी होगी।

2. **सेवा की गुणवत्ता**

बीमा कंपनियों और उनके कर्मचारियों के साथ-साथ उनके एजेंटों के लिए उच्च गुणवत्ता वाली सेवा प्रदान करना और ग्राहक को खुश रखना आवश्यक है।

उच्च गुणवत्ता वाली सेवा क्या है? **इसकी विशेषताएं क्या हैं**?

सेवा की गुणवत्ता के लिए जीथमल, परशुरामन और बेरी का जाना-माना सर्वक्वाल (SERVQUAL) दृष्टिकोण, सेवा की गुणवत्ता के 5 प्रमुख संकेतकों पर प्रकाश डालता है:

a) **विश्वसनीयता:** जिस सेवा का वादा किया गया है उसे विश्वसनीय ढंग से और सही तरीके से पूरा करने की क्षमता को बेहतर सेवा का सबसे महत्वपूर्ण संकेतक माना जाता है। यही वह नींव है जिस पर विश्वास की इमारत खड़ी होती है।

b) **जवाबदेही:** यह ग्राहकों की मदद करने और ग्राहक की ज़रूरतों पर फौरन जवाब देने की सेवा कर्मियों की तत्परता और क्षमता को दर्शाती है। इसे सेवा प्रदान करने की रफ़्तार, सटीकता और प्रवृत्ति जैसे संकेतकों से मापा जा सकता है।

c) **आश्वासन:** इसका मतलब है किसी ग्राहकों की ज़रूरतों को समझने और पूरा करने में किसी कर्मचारी या एजेंट द्वारा दिखाया गया ज्ञान, सामर्थ्य और शिष्टाचार, जिससे विश्वास और भरोसा पैदा होता है।

d) **सहानुभूति:** सहानुभूति को मानवीय पहलू कहा जा सकता है। यह ग्राहकों का खयाल रखने की प्रवृत्ति और अलग-अलग ग्राहक पर विशेष ध्यान देने में दिखता है।

e) **मूर्त वस्तुएंः** यह जगह, लेआउट और स्वच्छता जैसे भौतिक पर्यावरणीय कारकों के अलावा ग्राहक के साथ अपनाए पेशेवर रवैये को दर्शाता है जो किसी सेवा प्रदाता से संपर्क करते समय ग्राहक को महसूस होता है। पहला प्रभाव लंबे समय तक बना रहता है।

3. **ग्राहक सेवा और बीमा**

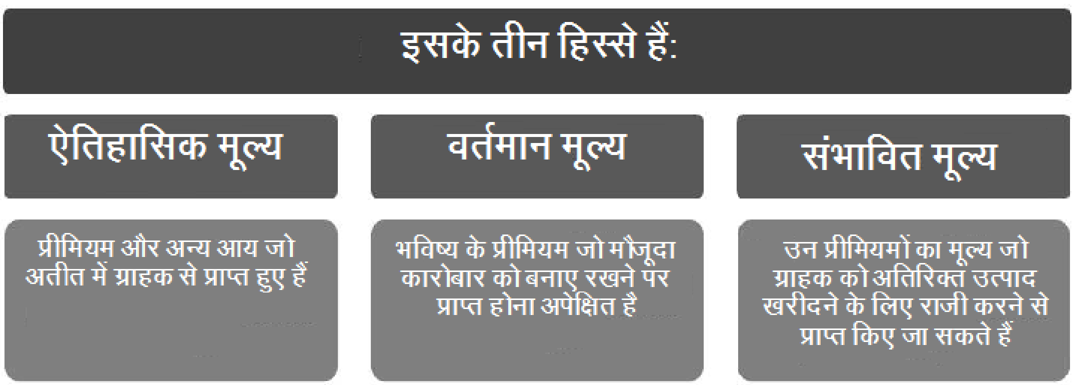
बीमा उद्योग के प्रमुख बीमा विक्रेता कहते हैं कि शीर्ष पर पहुंचने और उस पर बने रहने का रहस्य बड़ी संख्या में उन मौजूदा ग्राहकों की निष्ठा और सहयोग प्राप्त करने में छिपा है जिनकी मदद से कारोबार बढ़ता है। ये ग्राहक मौजूदा अनुबंधों के नवीनीकरण से मिलने वाले कमीशन का स्रोत होते हैं। ये नए ग्राहक प्राप्त करने के लिए महत्वपूर्ण स्रोत हो सकते हैं।

बीमा बेचने में सफलता का एक मूल मंत्र अपने ग्राहकों को अपने क्लाइंट में तब्दील करने की क्षमता है। ग्राहक वे हैं जो उत्पाद को खरीदते हैं। दूसरी ओर, क्लाइंट वे लोग हैं जिनके साथ एजेंट जीवन भर का संबंध बनाता है, जो लगातार उससे बीमा खरीदते हैं और उसकी मदद करते हैं; वे संभवतः दूसरे ग्राहकों तक पहुँचने और उनको बीमा बेचने में भी उसकी मदद करते हैं।

अपने ग्राहक को सेवा प्रदान करने की गहरी प्रतिबद्धता के साथ काम करके क्लाइंट बनाया जाता है। किसी ग्राहक को खुश रखने से एजेंट और कंपनी को कैसे फायदा होता है इसे समझने के लिए ग्राहक के आजीवन मूल्य की अवधारणा को समझना चाहिए।

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

चित्र 1: ग्राहक का आजीवन मूल्य



ऐसा एजेंट जो अपने ग्राहकों को सेवा प्रदान करता है और उनके साथ नजदीकी संबंध बनाता है, वह अपनी साख और ब्रैंड वैल्यू बनाता है, जिससे उसे कारोबार बढ़ाने में मदद मिलती है।

खुद को जांचें 1

ग्राहक के आजीवन मूल्य का क्या मतलब है?

I. ग्राहक को आजीवन सेवा प्रदान करने में किए गए खर्चों का कुल योग

II. ग्राहक से मिले कारोबार के आधार पर ग्राहक को दिया गया रैंक

III. उन आर्थिक लाभों का योग जो ग्राहक के साथ लंबी अवधि का संबंध बनाने से प्राप्त हो सकते हैं

IV. अधिकतम बीमा जो किसी ग्राहक को दिया जा सकता है

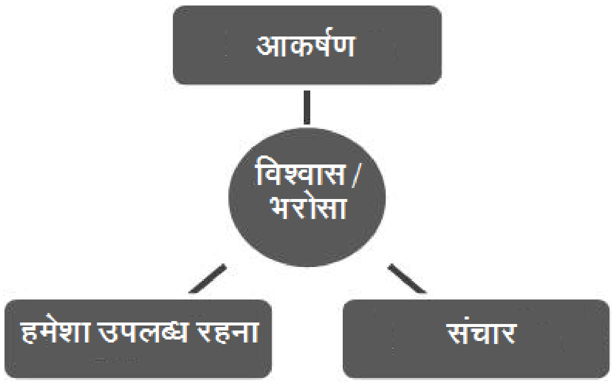
---

4. ग्राहक संबंध और सेवा

जहां ग्राहक सेवा संतुष्ट और भरोसेमंद ग्राहक बनाने में एक मुख्य तत्व है, ग्राहकों के साथ मजबूत संबंध बनाना भी आवश्यक है। बीमा कंपनी के बारे में किसी ग्राहक के विचार बीमा कंपनी द्वारा प्रदान की गई सेवा और संबंधों के अनुभव पर निर्भर करता है।

एक स्वस्थ/बेहतर संबंध कैसे बनता है? बेशक, इसके केंद्र में विश्वास ही होता है। साथ ही, कुछ अन्य तत्व भी होते हैं जो विश्वास/भरोसे को मजबूत करते और बढ़ाते हैं। आइए, इसके कुछ तत्वों को जानें।

चित्र 2: विश्वास/भरोसे के तत्व



i. हर संबंध **आकर्षण** से शुरू होता है: आकर्षण का मतलब है पसंद किया जाना और ग्राहक के साथ घनिष्ठ संबंध बनाना, जो एक शानदार पहला प्रभाव छोड़ने से शुरू होता है। आकर्षण को हर दिल का दरवाज़ा खोलने की कुंजी माना जाता है। इसके बिना कोई संबंध बनाना मुश्किल होता है। अगर ग्राहक किसी विक्रेता (सेल्स पर्सन) को पसंद नहीं करता है, तो वह विक्रेता बहुत आगे नहीं बढ़ सकता।

ii. संबंध का दूसरा तत्व मौजूदगी, अर्थात ज़रूरत होने पर उपलब्ध रहना है।

iii. **संचार**: भले ही कोई विक्रेता पूरी तरह से मौजूद न रहे और अपने ग्राहकों की सभी अपेक्षाओं को पूरा करने में असमर्थ हो, फिर भी वह **इस तरीके से संवाद करके एक मजबूत संबंध बनाए रख रखता है जिसमें आश्वासन, पूरी हमदर्दी और जिम्मेदारी का भाव दिखता हो**।

संचार के उपरोक्त आयामों के लिए अनुशासन और कौशल होना ज़रूरी है। यह आखिरकार व्यक्ति की सोच और देखने के नज़रिए में दिखता है।

कंपनियां ग्राहक संबंध प्रबंधन पर ज़ोर देती हैं, क्योंकि किसी ग्राहक को बनाए रखने की लागत एक नया ग्राहक प्राप्त करने की लागत से बहुत कम होती है। ग्राहक संबंध बनाने का अवसर हर

संपर्क बिंदु पर मौजूद होता है; जैसे कि ग्राहकों की बीमा ज़रूरतों को समझते समय, कवरेज के बारे में समझाते समय, फॉर्म भरने में मदद करते समय।

B. ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका

आइए, अब हम इस बात पर विचार करें कि कैसे कोई एजेंट ग्राहक को बेहतरीन सेवा प्रदान कर सकता है। यह समझना महत्वपूर्ण है कि जब बिक्री प्रतिनिधि किसी ग्राहक से संपर्क करता है तब से लेकर दावा निपटान के अंतिम बिंदु तक, ग्राहक उस अनुभव के सफर पर रहता है जिसे हम '**ग्राहक का सफर**' कहेंगे। एजेंट को अनुबंध की पूरी अवधि के दौरान ग्राहक के साथ भागीदारी करनी होती है; उस सफर के हर चरण में हाथ पकड़कर चलना होता है ताकि हर चरण पर यादगार अनुभव दिया जा सके।

आइए, अब इस सफर के कुछ अहम पड़ावों और हर चरण में निभाई जाने वाली भूमिका को जानें।

1. बिक्री

ऐसा कहा जाता है कि बिक्री एक कला और एक विज्ञान, दोनों है। यह एक विज्ञान है क्योंकि इसके लिए एक निर्धारित प्रक्रिया की ज़रूरत होती है जिसका निरंतर और सही तरीके से पालन किए जाने पर कामयाबी मिलने की संभावना बढ़ जाती है। बिक्री इस मायने में एक कला भी है कि हर बिक्री प्रतिनिधि इस प्रक्रिया में अपनी अलग धारणा, शैली और व्यक्तित्व लेकर आता है; नतीजे इस बात पर निर्भर करते हैं कि हर व्यक्ति इस प्रक्रिया में क्या योगदान करता है।

- **संभावित ग्राहक ढूंढना (प्रोस्पेक्टिंग)**: बिक्री की प्रक्रिया संभावित ग्राहक ढूंढने (प्रोस्पेक्टिंग) के साथ शुरू होती है, जिसका सीधा-सा मतलब है संभावित ग्राहक की खोज करना। खोजना महत्वपूर्ण है क्योंकि '**जब तक खोजा नहीं जाएगा, तब तक मिल नहीं पाएगा।**' यह प्रक्रिया का सबसे महत्वपूर्ण चरण है। एजेंट आम तौर पर अपने स्वाभाविक बाज़ार के साथ शुरुआत करता है, जो जान-पहचान के और आसानी से संपर्क किए जा सकने वाले लोगों से मिलकर बनता है। चुनौती ऐसे लोगों के ज़्यादा नेटवर्क से संपर्क करने की होती है जो व्यक्ति के आस-पास की दुनिया के बाहर के होते हैं – उनके बारे में जानना और उनके बीच पहचान बनाना सबसे अहम होता है।

  जिन लोगों से व्यक्ति की पहचान होती और जिन लोगों से वह संपर्क करता है, वे सभी बीमा के लिए उपयुक्त उम्मीदवार नहीं हो सकते या उनकी दिलचस्पी बीमा खरीदने में नहीं हो सकती। इसलिए, उनकी योग्यता का पता लगाना ज़रूरी होता है, ताकि सिर्फ उन लोगों को लक्ष्य बनाया जा सके जो बीमा खरीद सकते हैं। संभावित ग्राहक ढूंढने की प्रक्रिया सिर्फ तभी सफल होती है जब एजेंट संभावित ग्राहक (प्रोस्पेक्ट) के साथ मजबूत संबंध बनाने में सक्षम होता है। इसलिए, किसी भी बिक्री प्रतिनिधि का पहला काम होता है **भरोसा बेचकर विश्वास बढ़ाना**।

- ***साक्षात्कार के लिए बुलाना:*** जहां व्यक्तिगत संबंध वह नींव है जिस पर बीमा कारोबार खड़ा होता है, वहीं कमाई गई साख को बिक्री में तब्दील करना भी ज़रूरी होता है। इसकी शुरुआत तब होती है जब बिक्री प्रतिनिधि बिक्री संबंधी विस्तृत साक्षात्कार के लिए औपचारिक

मुलाकात का समय (अपॉइंटमेंट) तय करता है। यह चरण अपना पेशेवर क्रेडेंशियल बनाने के साथ-साथ कारोबार को अनौपचारिक चर्चाओं से अलग करने के लिए भी महत्वपूर्ण है।

- ***आवश्यकताओं का पता लगाना और समाधान सुझाना:*** बिक्री संबंधी साक्षात्कार में सबसे अहम वे चरण हैं जिनमें बिक्री एजेंट संभावित ग्राहक की उन सटीक आवश्यकताओं का पता लगाकर उसे बताता है जिनके लिए बीमा एक समाधान है। एक कुशल बिक्री प्रतिनिधि को संभावित ग्राहक का मार्गदर्शन करने में उसके कौशल, अच्छे सवाल पूछने की कला और सुरक्षा में उन खामियों को समझने की योग्यता से पहचाना जाता है जो बीमा की आवश्यकताओं को बढ़ा सकती हैं।

एजेंट संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सही प्रकार के बीमा समाधानों के बारे में *सबसे अच्छी सलाह* देने के लिए जिम्मेदार होता है। सबसे पहले, उन सटीक आवश्यकताओं का पता लगाकर उनके बारे में संभावित ग्राहक को बताना होता है जिनके लिए बीमा एक समाधान है। इसमें खरीदे जाने वाले बीमा की रकम के बारे में सही सलाह देना भी शामिल है। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को कितनी रकम का जीवन बीमा खरीदना चाहिए, इसका संबंध उसकी आय और प्रीमियम भुगतान करने की क्षमता से जुड़ा होना चाहिए।

खास तौर पर गैर-जीवन बीमा खरीदते समय, मन में एक बुनियादी धारणा होना महत्वपूर्ण है। जहां जोखिम को अन्य तरीकों से प्रबंधित किया जा सकता है, वहां बीमा कराने की सलाह नहीं देनी चाहिए।

बीमा की ज़रूरत है या नहीं, यह परिस्थितियों पर निर्भर करता है। अगर जोखिम में शामिल नुकसान की तुलना में प्रीमियम भुगतान अधिक हैं, तो खुद ही जोखिम उठाना बेहतर होगा। दूसरी ओर, अगर जोखिम से होने वाले नुकसान गंभीर हो सकते हैं, तो उसके विरुद्ध बीमा करना बुद्धिमानी होगी।

उदाहरण

बाढ़ की संभावना वाले इलाके में रहने वाले मकान मालिक के लिए, बाढ़ के विरुद्ध ऐड-ऑन कवर खरीदना मददगार साबित होगा। दूसरी ओर, अगर मकान मालिक का मकान ऐसी जगह पर है जहाँ बाढ़ की संभावना कम है, तो ऐसा कवर लेना ज़रूरी नहीं हो सकता।

कई ग्राहकों को हर रुपये के खर्च पर अधिक से अधिक बीमा लेने की परवाह नहीं हो सकती, मगर उनकी दिलचस्पी **जोखिम से निबटने की लागत कम** करने में हो सकती है। यहाँ चिंता उन जोखिमों की पहचान करने की होगी जिन्हें ग्राहक अपने पास नहीं रख सकते और इसलिए उनका बीमा करना ज़रूरी होगा।

एजेंट तभी कामयाब होता है जब वह सबसे अच्छी सलाह देता है। एजेंट को लगातार खुद से यह पूछने की ज़रूरत होती है कि ग्राहक के सामने उसकी भूमिका क्या है। उसे सिर्फ़ बीमा बेचने के लिए नहीं, बल्कि एक प्रशिक्षक और भागीदार की तरह ग्राहक से संबंध जोड़ने के लिए ग्राहक के पास जाना चाहिए, ताकि ग्राहक के जोखिमों को अधिक कुशलता से प्रबंधित करने में उसकी मदद कर सके।

- ***आपत्तियों से निबटना और बिक्री पूरी करना:*** सही उत्पाद खरीदने के बारे में ग्राहक को सबसे अच्छी सलाह और सुझाव देना ही काफी नहीं होगा। ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए राज़ी करना भी ज़रूरी है। अक्सर ग्राहक के मन में कई सवाल खड़े हो सकते हैं और वे आपत्तियां भी दर्ज कर सकते हैं, जिनका हल उसके द्वारा बीमा खरीदने का फैसला लेने से पहले करना ज़रूरी है। इन सवालों से निबटते समय, यह समझना बेहद महत्वपूर्ण है जो आपत्तियां दर्ज की जा रही हैं उनमें अंतर्निहित चिंताएं छिपी हो सकती हैं जिनकी पहचान करके समाधान करना ज़रूरी है।

संक्षेप में, एक बीमा एजेंट की भूमिका सिर्फ एक बिक्री प्रतिनिधि से कहीं अधिक है। उसे **हानि निर्धारक**, **बीमालेखक** (**अंडरराइटर**), **जोखिम प्रबंधन सलाहकार**, **ज़रूरत के मुताबिक समाधान देने वाला और संबंध बनाने वाला** (जो विश्वास और लंबी अवधि के संबंध बनने की कोशिश करता है) हरफनमौला इंसान होना चाहिए।

2. **प्रस्ताव का चरण**

एजेंट को बीमा का प्रस्ताव भरने में ग्राहक की मदद करनी चाहिए। बीमाधारक को प्रस्ताव में दिए गए बयानों की जिम्मेदारी लेनी होगी। प्रस्ताव फॉर्म के मुख्य पहलुओं की चर्चा आगे के अध्याय में की गई है।

एजेंट को प्रस्ताव फॉर्म में पूछे गए हर सवाल का जवाब भरने के लिए, उसके बारे में ग्राहक को अच्छी तरह समझाना और स्पष्ट करना चाहिए। सही और पूरी जानकारी देने में विफल रहने पर ग्राहक का दावा संकट में पड़ सकता है।

कभी-कभी, जब पॉलिसी को पूरा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता होती है, तो कंपनी सीधे तौर पर या एजेंट/सलाहकार के माध्यम से ग्राहक को सूचित कर सकती है। एजेंट को ऐसी औपचारिकताएं पूरी करने में ग्राहक की मदद करने हुए यह बताना चाहिए कि यह जानकारी क्यों ज़रूरी है।

आईआरडीएआई (ई-बीमा पॉलिसी जारी करना) विनियम, 2016 में ऐसे ई-प्रस्ताव फॉर्म का प्रावधान किया गया है जो प्रत्यक्ष प्रस्ताव फॉर्म के समान होते हैं; इसमें प्रस्तावक को प्रस्ताव पर अपनी सहमति देने का प्रावधान होता है, जिसकी पुष्टि एक बार इस्तेमाल होने वाले पासवर्ड (मोबाइल फ़ोन ओटीपी) से की जा सकती है।

3. **स्वीकृति का चरण**

   a) **कवर नोट/बीमा प्रमाणपत्र**

   जोखिम अंकन की प्रक्रिया पूरी होने के बाद, पॉलिसी जारी होने में कुछ समय लग सकता है। जब पॉलिसी तैयार की जा रही हो या जब बीमा के लिए बातचीत चल रही हो और अस्थायी आधार पर कवर प्रदान करना आवश्यक हो या जब लागू होने वाली वास्तविक दर तय करने के लिए परिसर का निरीक्षण किया जा रहा हो, तो पॉलिसी के तहत उपलब्ध सुरक्षा की पुष्टि करने के लिए एक कवर नोट जारी किया जाता है।

चूंकि कवर नोट और बीमा प्रमाणपत्र मुख्य रूप से कारोबार की समुद्री और मोटर बीमा श्रेणियों में इस्तेमाल किए जाते हैं, कवर नोट की चर्चा साधारण बीमा खंड में विस्तार से की गई है।

बीमाधारक को यह पक्का करना एजेंट की जिम्मेदारी है कि जहां लागू हो, कंपनी ने कवर नोट जारी किया है। इस संबंध में तत्परता से ग्राहक को पता चलता है कि एजेंट और कंपनी के हाथों में उसके हित सुरक्षित हैं।

b) पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज़ है जो बीमा के अनुबंध का साक्ष्य प्रदान करता है। इस दस्तावेज़ पर भारतीय स्टांप अधिनियम, 1899 के प्रावधानों के अनुसार मुहर लगाया जाना चाहिए। बीमाधारक को पॉलिसी दस्तावेज़ प्रदान करना बीमा कंपनी का दायित्व है।

4. **प्रीमियम भुगतान**

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

एक अच्छा एजेंट यह पक्का करने में पूरी दिलचस्पी दिखाता है कि बीमाधारक ने पॉलिसी लेने या उसे जारी रखने या उसका नवीनीकरण करने के लिए प्रीमियम भुगतान किया है और प्रीमियम भुगतान के लिए उपलब्ध विभिन्न विकल्पों के बारे में ग्राहक को जानकारी दी गई है।

5. **प्रीमियम भुगतान का तरीका**

बीमा पॉलिसी लेने का प्रस्ताव करने वाले किसी व्यक्ति या पॉलिसीधारक द्वारा किसी बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान इनमें से किसी एक या ज़्यादा तरीके से किया जा सकता है:

a) नकदी

b) किसी मान्यता प्राप्त बैंक का नेगोशिएबल इंस्ट्रूमेंट, जैसे कि चेक, डिमांड ड्राफ़्ट, पे-ऑर्डर, बैंकर चेक जिसे भारत के किसी अनुसूचित बैंक में आहरित किया जा सके;

c) डाक मनी ऑर्डर;

d) क्रेडिट या डेबिट कार्ड;

e) बैंक गारंटी या नकद जमाराशि;

f) इंटरनेट;

g) ई-ट्रांसफर;

h) बैंक ट्रांसफर के माध्यम से, प्रस्तावक या पॉलिसीधारक या जीवन बीमाधारक के स्थायी निर्देश के ज़रिए दिए गए डायरेक्ट क्रेडिट;

i) कोई अन्य तरीका या भुगतान जिसे समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा मंज़ूरी दी जा सकती है;

आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, अगर प्रस्तावक/पॉलिसीधारक नेट बैंकिंग या क्रेडिट कार्ड के माध्यम से प्रीमियम भुगतान करने का विकल्प चुनता है, तो सिर्फ नेट बैंकिंग खाते या ऐसे प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के नाम पर जारी क्रेडिट/डेबिट कार्ड के माध्यम से भुगतान किया जाना चाहिए।

6. **पॉलिसी दस्तावेज़ जारी होने और प्रीमियम की रसीद प्राप्त होने के बाद की सेवा**

जब ग्राहक प्रीमियम भुगतान कर देता है, तब बीमा कंपनी रसीद जारी करने के लिए बाध्य होती है। अग्रिम में प्रीमियम भुगतान किए जाने के मामले में भी रसीद जारी की जाती है।

एजेंट बीमाधारक से संपर्क करके यह पूछ सकता है कि उसे बीमा कंपनी से पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त हुआ है या नहीं। यह एजेंट को ग्राहक के साथ जुड़ने का एक अवसर प्रदान करता है। एजेंट ग्राहक के किसी भी संदेह को दूर कर सकता है; वह पॉलिसी के विभिन्न प्रावधानों, पॉलिसीधारक के अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में समझा सकता है। इससे ग्राहक के प्रति वचनबद्धता दिखती है; साथ ही, निरंतर सहयोग और सेवा का वचन देने का भी अवसर मिलता है। ग्राहक को फ्री-लुक अवधि के प्रावधान के बारे में भी बताना चाहिए, जिसके दौरान पॉलिसी को वापस लौटाकर प्रीमियम रिफंड प्राप्त किया जा सकता है।

अगर खरीदी जा रही पॉलिसी एक इलेक्ट्रॉनिक बीमा पॉलिसी है, तो एजेंट रजिस्टर्ड इंश्योरेंस रिपॉज़िटरी के माध्यम से एक ई-बीमा खाता (ई-आई-ए) खोलने में ग्राहक की मदद कर सकता है।

इससे अगले चरण का रास्ता भी खुलता है, जो ग्राहक से उसकी पहचान के ऐसे अन्य लोगों के नाम और विवरण जानना है, जिन्हें एजेंट की सेवा से लाभ मिल सकता है। यह और भी बेहतर होगा, अगर ग्राहक/क्लाइंट खुद उन लोगों से संपर्क करके एजेंट से उनका परिचय कराता है।

7. **पॉलिसी का नवीनीकरण**

ज़्यादातर साधारण बीमा पॉलिसियों को हर साल नवीनीकृत करना होता है। साधारण बीमा पॉलिसियों के मामले में, हर बार नवीनीकरण के समय, ग्राहक के पास उसी कंपनी के साथ बीमा जारी रखने या दूसरी कंपनी चुनने का विकल्प होता है। जीवन बीमा के मामले में, अगर ग्राहक प्रीमियम भुगतान की अवधि के हिसाब से नियमित अंतरालों पर प्रीमियम भुगतान करता है, तो पॉलिसी चालू स्थिति में बनी रहेगी। यह एक बार भुगतान करने के मामले में लागू नहीं होता है।

साधारण बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रीमियम भुगतान की अवधि खत्म होने की तारीख से पहले नवीनीकरण का नोटिस भेजती हैं, जिसमें पॉलिसी का नवीनीकरण करने के लिए कहा जाता है।

पॉलिसी का नवीनीकरण करने या उसे जारी रखने के लिए ग्राहक का विकल्प अक्सर एजेंट और कंपनी द्वारा बनाई गई साख और भरोसे पर निर्भर करता है। एजेंट को ग्राहक के संपर्क में

रहना ज़रूरी होता है ताकि वह प्रीमियम भुगतान की नियत तारीख से पहले पॉलिसी का नवीनीकरण करने या उसे जारी रखने के बारे में ग्राहक को याद दिला सके।

ज़्यादा बीमा बेचने वाले एजेंट लगातार अपने ग्राहकों/क्लाइंट के संपर्क में बने रहते हैं; साथ ही, वे विभिन्न प्रकार की सेवा और संबंधों के माध्यम से उनका भरोसा और विश्वास जीतते हैं। इनमें त्यौहार या पारिवारिक कार्यक्रम जैसे विभिन्न अवसरों पर अपने ग्राहकों/क्लाइंट को शुभकामनाएं देना, उनके हर सुख-दुख में सदैव उनका साथ देना शामिल है।

8. **दावे का चरण**

सबसे बड़ी परीक्षा दावे के निपटान के समय होती है। एजेंट को यह पक्का करना होता है कि दावे को जन्म देने वाली घटना के बारे में बीमा कंपनी को फौरन सूचित किया गया है और ग्राहक सावधानी से सभी औपचारिकताओं का पालन करता है। एजेंट उन सभी जांचों में भी मदद कर सकता है जो नुकसान का आकलन करने के लिए ज़रूरी हो सकती है। एक अच्छा एजेंट दावा दर्ज करने की औपचारिकताएं तेज़ी से, सही तरीके से और अच्छी तरह से पूरी करने में ग्राहक या उसके प्रतिनिधियों की मदद करता है।

खुद को जांचें 2

उस परिदृश्य को पहचानें जहां बीमा की ज़रूरत के लिए विचार-विमर्श करना ज़रूरी नहीं है।

I. संपत्ति बीमा

II. कारोबार देयता बीमा

III. तीसरे पक्ष की देयता के लिए मोटर बीमा

IV. अग्नि बीमा

C. ग्राहक सेवा में संचार कौशल

अपने कामकाज की जगह पर प्रभावशाली प्रदर्शन करने के लिए एजेंट के पास कुछ सामान्य कौशल (सॉफ्ट स्किल) होना ज़रूरी है।

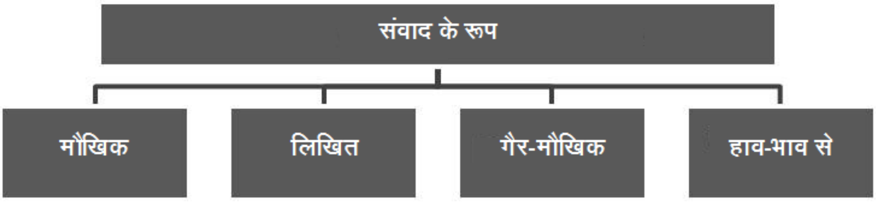
सामान्य कौशल (सॉफ्ट स्किल) कामकाज की जगह पर और बाहर, दोनों जगह दूसरों के साथ प्रभावशाली तरीके से संवाद करने की क्षमता को दर्शाता है। संचार/संवाद कौशल इन सॉफ्ट स्किल में सबसे महत्वपूर्ण है।

1. **संवाद की प्रक्रिया**

संवाद क्या है?

हर संवाद में एक प्रेषक (जो संदेश भेजता है) और एक प्राप्तकर्ता (जो उस संदेश को प्राप्त करता है) होना ज़रूरी है। जब प्राप्तकर्ता, प्रेषक के संदेश को समझ लेता है तब यह प्रक्रिया पूरी होती है।

चित्र 1: **संवाद के रूप**



संवाद आमने-सामने, फ़ोन पर, ईमेल या इंटरनेट के ज़रिए हो सकता है। यह औपचारिक या अनौपचारिक हो सकता है। संदेश की सामग्री या स्वरूप या इस्तेमाल किया गया साधन (मीडिया) चाहे जो भी हो, संवाद की प्रभावशीलता इस बात पर निर्भर करती है कि संदेश प्राप्त करने वाले व्यक्ति ने वह बात समझी है या नहीं, जिसके बारे में बताने की कोशिश की गई थी।

चूंकि बीमा पॉलिसी वास्तव में एक वादा है, यह बात महत्वपूर्ण है कि बीमा कंपनी ने जो वादा किया है उसे बीमाधारक ने साफ तौर पर समझ लिया है। एक मध्यस्थ के रूप में एजेंट को न केवल बीमा की शर्तों के बारे में पूर्ण, सटीक और स्पष्ट जानकारी बीमाधारक को देना होता है, बल्कि उन आशंकाओं या सवालों को पूछकर स्पष्ट करना होता है जो ग्राहक के मन में हो सकते हैं।

2. **प्रभावी संवाद की बाधाएं**

उपरोक्त प्रक्रिया के हर चरण में प्रभावशाली संवाद के लिए विभिन्न प्रकार की बाधाएं उत्पन्न हो सकती हैं, जिनके कारण संवाद बिगड़ सकता है। उन बाधाओं को देखना, समझना और दूर करना एक चुनौती होती है।

खुद को जांचें 3

इनमें से किसकी वजह से एक स्वस्थ/बेहतर संबंध नहीं बनता है?

I. आकर्षण

II. विश्वास/भरोसा

III. संवाद/संचार

IV. नापसंद होना

D. गैर-मौखिक संचार

आइए, अब हम उन अवधारणाओं पर गौर करें जिन्हें समझना एजेंट के लिए ज़रूरी है।

अहम जानकारी

1. **एक शानदार पहला प्रभाव छोड़ना**

संभावित ग्राहक किसी एजेंट के रंग-रूप, हाव-भाव, शिष्टाचार, पहनावे और बोली के आधार पर उसके बारे में अपनी राय बनाता है। चूंकि आकर्षण किसी संबंध का पहला स्तंभ है और पहला प्रभाव देर तक रहता है, एक अच्छा पहला प्रभाव बनाने के कुछ उपाय या सुझाव नीचे दिए गए हैं:

i. **हमेशा समय पर रहना (वक्त का पाबंद होना)**। कुछ मिनट पहले पहुँचने की योजना बनाएं, हर तरह की संभावित देरी का ध्यान रखें।

ii. **खुद को सही तरीके से पेश करना**।

✓ रंग-रूप ऐसा होना चाहिए कि एक अच्छा पहला प्रभाव बनाया जा सके

✓ पहनावा किसी बैठक या अवसर के हिसाब से सही होना चाहिए

✓ दिखने में स्वच्छ और साफ-सुथरा होना चाहिए – बाल अच्छी तरह से कटे हुए और दाढ़ी बनी हुई होनी चाहिए, कपड़े साफ-सुथरे होने चाहिए, मेक अप बढ़िया और सुव्यवस्थित होना चाहिए

iii. गर्मजोशी और विश्वास से भरी विजयी मुस्कान किसी व्यक्ति और उसके सामने बैठे इंसान को सुकून और राहत देती है।

iv. सच्चा, आत्मविश्वास से भरा और सकारात्मक होना

✓ हाव-भाव से आत्मविश्वास और भरोसा दिखना चाहिए

✓ सीधे खड़े रहना, मुस्कुराना, आँखों से आँखें मिलाकर बात करना, गर्मजोशी से हाथ मिलाना।

✓ आलोचना होने पर या बैठक अपेक्षा के अनुसार नहीं होने पर भी सकारात्मक बने रहना।

v. दूसरे व्यक्ति में दिलचस्पी – सबसे महत्वपूर्ण बात है दूसरे व्यक्ति में सच्ची दिलचस्पी दिखाना।

✓ एक इंसान के रूप में ग्राहक के बारे में पता लगाने में कुछ समय लगाना।

✓ सामने वाला व्यक्ति जो कहता है उसे अच्छी तरह ध्यान देकर सुनना।

✓ अपने ग्राहक के सामने अच्छी तरह मौजूद और उपलब्ध रहना।

✓ साक्षात्कार के समय मोबाइल फ़ोन पर ध्यान नहीं लगाना।

---

2. शारीरिक भाषा (हाव-भाव)

शारीरिक भाषा का मतलब है चाल-ढाल, हाव-भाव, चेहरे पर दिखने वाले भाव। हम किस तरह बात करते हैं; कैसे बैठते, खड़े होते और चलते-फिरते हैं; ये सब हमारे बारे में कुछ न कुछ कहते हैं; इनसे यह भी पता चलता है कि हमारे मन में क्या चल रहा है।

अक्सर ऐसा कहा जाता है कि वास्तव में जो बात कही जाती है लोग उसका सिर्फ एक छोटा सा प्रतिशत ही ध्यान से सुनते हैं। हम जो नहीं कहते हैं वह कहीं ज़्यादा ज़ोरदार तरीके से हमारे बारे में बताता है। ज़ाहिर है कि व्यक्ति को अपनी शारीरिक भाषा (हाव-भाव) के प्रति बहुत सावधान रहना चाहिए।

a) **आत्मविश्वास**

आत्मविश्वास और भरोसे से लबरेज़ दिखने से जुड़ी कुछ सलाहें नीचे दी गई हैं, जिनसे यह संदेश जाता है कि व्यक्ति ध्यान से सुन रहा है:

- ✓ मुद्रा – कंधों को पीछे रखकर सीधे खड़े रहना।
- ✓ आँख से आँख मिलाकर बात करना – चेहरे पर "मुस्कान" होना।
- ✓ सही इरादे के साथ और जान-बूझकर सकारात्मक हाव-भाव दिखाना

b) **भरोसा/विश्वास**

- ✓ अक्सर बिक्री प्रतिनिधि की बातों पर ज़्यादा ध्यान नहीं दिया जाता, क्योंकि सामने वाली व्यक्ति उस पर भरोसा नहीं करता – उसके हाव-भाव यह आश्वासन नहीं देते हैं कि वह जो कह रहा है उसमें कोई सच्चाई है।

3. **सुनने का कौशल**

संवाद/संचार कौशल का तीसरा सेट जिसके बारे में जानना और समझना ज़रूरी है, वो है सुनने का कौशल। यह निजी कार्यकुशलता के जाने-माने सिद्धांत पर आधारित है – 'अपनी बात समझाने से पहले सामने वाले की बात समझना ज़रूरी है।'

ध्यान देकर सुनने के लिए ज़रूरी है:

- ✓ कोई सवाल पूछने से पहले, बोलने वाले को अपनी हर बात पूरी करने का मौका देना।
- ✓ बोलने वाले की बात बीच में काटकर अपनी बात रखने की कोशिश नहीं करना।
- ✓ इसके लिए यह ज़रूरी होगा कि हम उसके संदेश पर विचार करें और जो बात कही गई है उसे स्पष्ट करने से जुड़े सवाल पूछें।
- ✓ प्रतिक्रिया देने का दूसरा तरीका है बोलने वाले की बातों को बीच-बीच में या बातचीत ख़त्म होने पर संक्षेप में उसके सामने दोहराना।

आइए, अब हम ध्यान से सुनने के लिए ज़रूरी बातों पर गौर करें:

a) **दिखाना कि वह सुन रहा है**:

- ✓ जैसे, व्यक्ति ये काम कर सकता है:
- ✓ बीच-बीच में सिर हिलाना और मुस्कुराना
- ✓ ऐसी मुद्रा बनाना जिससे कि सामने वाला इंसान खुलकर बात कर सके
- ✓ छोटी-छोटी टिप्पणियां करना, जैसे कि "समझ रहा हूँ", "सही बात है", "हाँ" और "ओह"।

b) **ध्यान देना**

बोलने वाले की बातें ध्यान देकर सुनना और उसे स्वीकार करना ज़रूरी है। ध्यान देने से जुड़े कुछ पहलू इस प्रकार हैं:

बोलने वाले को सीधे-सीधे देखना

- ✓ मन को भटकाने वाले विचार अलग रखना
- ✓ मन ही मन खंडन करने के लिए तैयार होना ठीक नहीं है
- ✓ ध्यान भंग करने वाली सभी बाहरी चीज़ों से बचना [जैसे, मोबाइल को साइलेंट मोड पर रखना]
- ✓ बोलने वाले के हाव-भाव पर "ध्यान देना"

c) **फ़िल्टर हटानाः**

हम जो भी सुनते हैं उनमें से बहुत सी बातें कई निजी फ़िल्टर की वजह से छूट जाती हैं, जैसे कि अपने अनुमान, पूर्वाग्रह, धारणाएं आदि।

किसी के प्रति पूर्वाग्रह नहीं रखना: अगर सुनने वाला व्यक्ति पूर्वाग्रह से ग्रस्त है, तो बोलने वाले की बात सुनने के बावजूद, वह सिर्फ अपनी पक्षपातपूर्ण व्याख्या के अनुसार ही उन बातों को समझ पाएगा।

d) **हमदर्दी के साथ सुनना**:

हमदर्दी का मतलब है धैर्य के सुनना और समझना; सामने वाला व्यक्ति जो कह रहा है उन बातों पर पूरा ध्यान देना, भले ही वह उनसे सहमत न हो। बोलने वाले को यह दिखाना महत्वपूर्ण है कि उसकी बात स्वीकार की गई है, सहमत होना ज़रूरी नहीं है।

e) **सही तरीके से जवाब देना**:

ध्यान देकर सुनने का मतलब है बोलने वाले व्यक्ति की बातों को सुनने से कहीं अधिक उन पर ध्यान देना। संवाद तभी पूरा हो सकता है जब सुनने वाला व्यक्ति बोलकर या हाव-भाव से, किसी न किसी तरह जवाब दे। कुछ नियमों का पालन करके यह पक्का किया जाना चाहिए कि बोलने वाले को नीचा नहीं दिखाया जा रहा है बल्कि उसे पूरा सम्मान दिया जा रहा है।

इनमें शामिल हैंः

- ✓ अपने जवाब में निष्पक्ष, सच्चा और ईमानदार रहना
- ✓ किसी व्यक्ति की राय को सम्मान के साथ स्वीकार करना
- ✓ दूसरे व्यक्ति के साथ ऐसा बर्ताव करना जो वह खुद के साथ चाहेगा

उदाहरण

स्पष्ट करने के लिए कहना – "मैं समझता हूँ कि हमारे कुछ हेल्थ प्लान के फायदों के बारे में शायद हम बहुत अच्छी तरह नहीं समझा पाए। क्या आप अपनी आशंकाओं के बारे में पूछकर हमारी मदद करना चाहेंगे?"

बोलने वाले की बातों को सटीक तरीके से दूसरे शब्दों में दोहराना – "आपका कहना है कि 'हमारे हेल्थ प्लान उतने आकर्षक नहीं हैं' – क्या मैंने आपकी बात को ठीक से समझा है?"

खुद को जांचें 4

इनमें से क्या सक्रिय रूप से सुनने का एक तत्व नहीं है?

I. अच्छी तरह ध्यान देना

II. बेहद पूर्वाग्रह रखना

III. हमदर्दी से सुनना

IV. सही तरीके से जवाब देना

E. नैतिक आचरण

हाल के वर्षों में, अनुचित आचरण की कई रिपोर्टें सुनने को मिली हैं, जहां कारोबार में नैतिक आचरण को लेकर गंभीर सवाल उठाए गए हैं, जो विश्वासघात का कारण बना है।

इसकी वजह से बीमा में जवाबदेही, कॉर्पोरेट गवर्नेंस और ग्राहकों के साथ निष्पक्ष तरीके से पेश आने जैसी धारणाओं पर चर्चा जारी है, जो कारोबार में "नैतिकता" का हिस्सा बनते हैं।

अपने हितों का ध्यान रखना गलत नहीं है, लेकिन दूसरों के हितों को ताक पर रखकर ऐसा करना गलत है। अनैतिक आचरण वहां होता है जहां दूसरों के लिए कोई चिंता नहीं की जाती है और खुद की चिंता बहुत अधिक होती है।

बीमा एक विश्वास का काबोबार है। विश्वासधात का मतलब धोखा है। जब संभावित ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए लुभाने के इरादे से गलत जानकारी दी जाती है या दिया गया बीमा संभावित ग्राहक की विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा नहीं करता है, तो चीज़ें गलत दिशा में जाती हैं।

विभिन्न विनियमों में आईआरडीएआई द्वारा निर्धारित आचार संहिता, नैतिक आचरण की ओर ही निर्देशित है। सिर्फ़ नियमों को जान लेना ही काफी नहीं है। बीमा कंपनियों और उनके प्रतिनिधियों के लिए यह बात अधिक महत्वपूर्ण है कि प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के हितों को हमेशा प्रमुखता दी जाए।

विशेषताएं/लक्षण: नैतिक आचरण की कुछ विशेषताएं इस प्रकार हैं:

a) ग्राहक/क्लाइंट के सर्वोत्तम हितों को खुद के प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष हितों से ऊपर रखना।

b) ग्राहक/क्लाइंट के मामलों से जुड़ी सभी कारोबारी और निजी जानकारी को लेकर पूरी गोपनीयता बरतना और उसे विशेषाधिकार मानना।

c) सभी तथ्यों का पूरी तरह से और पर्याप्त रूप से खुलासा करना, ताकि ग्राहक/क्लाइंट जानकार निर्णय ले सकें।

नीचे दी गई परिस्थितियों में नैतिकता से समझौता किए जाने की संभावना हो सकती है:

a) ऐसे दो प्लान के बीच चयन करना जिनमें से एक प्लान दूसरे के मुकाबले बहुत कम प्रीमियम या कमीशन देता हो।

b) किसी मौजूदा पॉलिसी को बंद करके एक नई पॉलिसी लेने के लिए प्रलोभन देना।

c) उन परिस्थितियों की जानकारी होना जिनके बारे में पता चलने पर ग्राहक/क्लाइंट के हितों या दावे के लाभार्थियों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है।

खुद को जांचें 5

इनमें से क्या नैतिक आचरण की विशेषता नहीं है?

I. सटीक खुलासे करना ताकि ग्राहक को जानकार निर्णय लेने में सक्षम बनाया जा सके

II. ग्राहक/क्लाइंट के कारोबार और निजी जानकारी की गोपनीयता बनाए रखना

III. खुद के हितों को ग्राहक/क्लाइंट के हितों से आगे रखना

IV. ग्राहक/क्लाइंट के हितों को खुद के हितों से आगे रखना

सारांश

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

b) सेवा की गुणवत्ता के पाँच प्रमुख संकेतकों में विश्वसनीयता, जवाबदेही, आश्वासन, हमदर्दी और मूर्त वस्तुएं शामिल हैं।

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

d) ग्राहक सेवा के क्षेत्र में एक बीमा एजेंट की भूमिका बेहद महत्वपूर्ण है।

e) सक्रिय रूप से सुनने में ध्यान से सुनना, प्रतिक्रया देना और सही तरीके से जवाब देना शामिल है।

f) नैतिक आचरण में ग्राहक के हितों को खुद के हितों से आगे रखना शामिल है।

मुख्य शब्द

a) सेवा की गुणवत्ता

b) हमदर्दी

c) शारीरिक भाषा (हाव-भाव)

d) ध्यान देकर सुनना

e) नैतिक आचरण

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प III है।

उत्तर 2 - सही विकल्प III है।

उत्तर 3 - सही विकल्प IV है।

उत्तर 4 - सही विकल्प II है।

उत्तर 5 - सही विकल्प III है।

अध्याय C-09

शिकायत निवारण प्रणाली

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग वास्तव में एक सेवा उद्योग है जहां ग्राहक की अपेक्षाएं लगातार बढ़ रही हैं। सेवाओं के मानक को लेकर असंतोष रहता है। आधुनिक तकनीक के इस्तेमाल की मदद से, उत्पादों में निरंतर नवाचार और ग्राहक सेवा के स्तर में काफी सुधार के बावजूद, बीमा उद्योग को ग्राहक के असंतोष और खराब छवि के संदर्भ में बुरी तरह नुकसान उठाना पड़ता है। सरकार और नियामक ने स्थिति में सुधार के लिए कई तरह की पहल की है।

पॉलिसीधारक के हितों की सुरक्षा पर आईआरडीएआई का विनियम 2017 यह अनिवार्य करता है कि हर बीमा कंपनी के पास पॉलिसीधारक के हितों की सुरक्षा के लिए बोर्ड द्वारा मंज़ूर की गई अपनी नीति होनी चाहिए, जिसमें ये बातें शामिल होंगी -

i. प्रदान की जाने वाली विभिन्न सेवाओं के लिए टर्नअराउंड टाइम के साथ सेवा के पैरामीटर।

ii. शिकायतों के तेज़ी से समाधान की प्रक्रिया।

अध्ययन के परिणाम

A. शिकायत निवारण प्रणाली

B. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

C. उपभोक्ता अदालतें

D. उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

E. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

F. सूचना का अधिकार

A. शिकायत निवारण प्रणाली

उच्च प्राथमिकता वाली कार्रवाई का समय तब होता है जब ग्राहक को कोई शिकायत होती है। याद रखें कि शिकायत के मामले में, सेवा प्रदान करने में विफल रहने के कारण ग्राहक नाराज़ हो जाता है। यह कहानी का सिर्फ एक हिस्सा है।

कई बार, ग्राहक इसलिए परेशान हो जाते हैं कि वे हालात को गलत तरीके से समझ लेते हैं। सेवा की विफलता से दो तरह की भावना पैदा होती है:

1. एक यह कि बीमा कंपनी निष्पक्ष नहीं थी (धोखा दिए जाने का भाव)
2. आत्मसम्मान को चोट पहुँचने का भाव (छोटा दिखाने और महसूस कराने की कोशिश)

ग्राहक चाहता है कि उसे महत्व दिया जाए; इस स्थिति में मानवीय स्पर्श महत्वपूर्ण होता है। एक पेशेवर बीमा सलाहकार के रूप में, सबसे पहले तो एजेंट ऐसी शिकायत वाली स्थिति पैदा होने ही नहीं देगा। वह मामले को कंपनी के उपयुक्त अधिकारी के पास लेकर जाएगा।

ग्राहक संबंध में, शिकायत एक महत्वपूर्ण "**सच्चाई का पल**" है। अगर एजेंट/कंपनी हालात का इस्तेमाल करके अपनी स्थिति स्पष्ट कर पाती है, तो दरअसल इन हालात से ग्राहक की विश्वसनीयता में सुधार हो सकता है।

याद रखें, कंपनी में कोई अन्य व्यक्ति ग्राहक/क्लाइंट की समस्याओं पर उतना ध्यान नहीं दे सकता जितना कि एक एजेंट देता है।

शिकायतें/समस्याएं हमें यह दिखाने का मौका देती हैं कि हम ग्राहक के हितों की कितनी परवाह करते हैं। वास्तव में, ये ऐसे स्तंभ हैं जिन पर बीमा एजेंट अपनी साख बनाकर कारोबार बढ़ाता है। **मौखिक प्रचार (अच्छा/बुरा), बीमा की बिक्री और सेवा प्रदान करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।**

हर पॉलिसी दस्तावेज़ के अंत में शिकायत निवारण की प्रक्रिया के बारे में विस्तार से बताया जाता है। इस पर ग्राहकों का ध्यान दिलाया जाना चाहिए। विनियमों के अनुसार, पॉलिसीधारक की कोई भी शिकायत पहले बीमा शिकायत प्रकोष्ठ में भेजी जानी चाहिए। अगर संतोषजनक तरीके से इसका हल नहीं किया जाता है, तो शिकायतकर्ता एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली के माध्यम से नियामक को संपर्क कर सकता है।

B. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

हर बीमा कंपनी के पास अपनी शिकायत निवारण प्रणाली होती है। बीमा कंपनियों के सभी ऑपरेटिंग/कंट्रोलिंग/कॉर्पोरेट कार्यालयों में शिकायत निवारण अधिकारी होते हैं। पॉलिसीधारक कोई भी शिकायत लेकर उनसे सीधे संपर्क कर सकता है।

आईआरडीएआई ने एक एकीकृत शिकायत निवारण प्रणाली (आईजीएमएस) शुरू की है जो एक ऑनलाइन उपभोक्ता शिकायत पंजीकरण प्रणाली के रूप में काम करती है। बीमा कंपनियों को इस प्रणाली में प्राप्त होने वाली सभी शिकायतों को पंजीकृत करना होता है। यह प्रणाली

आईआरडीएआई की आईजीएमएस के साथ एकीकृत होती है। आईजीएमएस बीमा उद्योग में शिकायतों के निवारण पर नज़र रखने में आईआरडीएआई की मदद करती है; यह बीमा शिकायत डेटा की सेन्ट्रल रिपॉज़िटरी के रूप में भी काम करती है।

पॉलिसीधारक कोई भी शिकायत लेकर पहले संबंधित बीमा कंपनी से संपर्क कर सकते हैं। अगर उसे बीमा कंपनी से कोई जवाब नहीं मिलता है या अगर वह जवाब/समाधान से संतुष्ट नहीं है, तो आईजीएमएस के तहत नियामक से संपर्क कर सकता है। शिकायत पंजीकरण प्रक्रिया में दो चरण शामिल हैं - (i) अपनी पॉलिसी की जानकारी डालकर खुद पंजीकृत करना और (ii) अपनी शिकायत पंजीकृत करके शिकायत की स्थिति देखना। उसके बाद, शिकायतें संबंधित बीमा कंपनियों के पास भेजी जाती हैं और आईआरडीएआई शिकायतों के निपटान की सुविधा प्रदान करता है।

आईजीएमएस शिकायतों और उनके निपटान में लगने वाले समय पर नज़र रखती है। शिकायतें नीचे दिए गए यूआरएल पर पंजीकृत की जा सकती हैं:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated_ Grievance_Management.aspx

C. उपभोक्ता संरक्षण

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 2019: 1986 का यह मूल अधिनियम *"उपभोक्ताओं के हितों की बेहतर सुरक्षा का प्रावधान करने और उपभोक्ता के विवादों के निपटान के लिए उपभोक्ता काउंसिलों और अन्य प्राधिकरणों के गठन का प्रावधान करने के मकसद से*" पारित किया गया था। इस अधिनियम को उपभोक्ता संरक्षण (संशोधन) अधिनियम, 2002 लाकर और उसके बाद 2019 में संशोधित किया गया। इस अधिनियम में दी गई कुछ परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

"**सेवा**" का मतलब है ऐसी किसी भी तरह की सेवा जो संभावित उपयोगकर्ताओं को उपलब्ध कराई जाती है; इसमें बैंकिंग, फाइनेंसिंग, **बीमा**, परिवहन, प्रोसेसिंग, विद्युतीय या अन्य ऊर्जा की आपूर्ति, बोर्डिंग या लॉजिंग या दोनों, आवासीय निर्माण, मनोरंजन आदि से संबंधित सुविधाएं प्रदान करना शामिल है। **बीमा को सेवा रूप में शामिल किया गया है।** हालांकि, "सेवा" में, मुफ़्त या निजी सेवा के अनुबंध के तहत प्रदान की जाने वाली कोई भी सेवा शामिल नहीं है।

"**उपभोक्ता**" का मतलब है ऐसा व्यक्ति जो

- ✓ किसी प्रतिफल के बदले में सामान खरीदता है। इसमें ऐसे सामान का कोई भी उपयोगकर्ता शामिल है। (इसमें ऐसा व्यक्ति शामिल नहीं है जो दोबारा बिक्री के लिए या किसी कारोबारी मकसद से ऐसे सामान प्राप्त करता है) या
- ✓ किसी प्रतिफल के बदले में कोई सेवा किराये पर लेना या उसका लाभ उठाना। इसमें ऐसी सेवाओं का लाभार्थी शामिल है। (इसमें ऐसा व्यक्ति शामिल नहीं है जो किसी कारोबारी मकसद से ऐसी सेवा का लाभ उठाता है।)

"**दोष/खराबी**" का मतलब है परफ़ॉर्मेंस की गुणवत्ता, प्रकृति और तरीके में ऐसी कोई खराबी, त्रुटि, कमी, अपूर्णता जिसे किसी कानून के तहत या उसके मुताबिक बनाए रखना आवश्यक है या किसी सेवा से जुड़े अनुबंध के अनुपालन में या अन्यथा व्यक्ति ने पूरा करने का वचन दिया है।

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

- ✓ व्यापार की अनुचित प्रथा या व्यापार की प्रतिबंधात्मक प्रथा अपनाई गई है
- ✓ उसके द्वारा खरीदे गए सामानों में एक या ज़्यादा खराबियां हैं
- ✓ उसके द्वारा किराये पर ली गई या प्राप्त की गई सेवाओं में किसी प्रकार की कमी है
- ✓ वसूल की गई कीमत उस कीमत से अधिक है जो कानून ने तय की है या पैकेज पर दिखाई गई है
- ✓ ऐसे सामान जो इस्तेमाल किए जाने पर जीवन और सुरक्षा के लिए खतरनाक होंगे, उन्हें ऐसे किसी कानून के प्रावधानों के ख़िलाफ़ सार्वजनिक तौर पर बिक्री के लिए उपलब्ध कराया गया है जिसके अनुसार व्यापारी को ऐसे सामानों की सामग्री, तौर-तरीके और प्रभाव के संबंध में जानकारी प्रदर्शित करना आवश्यक है।

"**उपभोक्ता विवाद**" का मतलब है ऐसा विवाद जहां जिस व्यक्ति के ख़िलाफ़ शिकायत दर्ज की गई है, वह शिकायत में मौजूद आरोपों से इनकार करता है और विवाद दर्ज करता है।

D. उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तरों पर गठित की गई हैं।

i. जिला उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

- ✓ **जिला उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग** (जिला आयोग) का अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां सामानों या सेवाओं का मूल्य 1 करोड़ रुपये से अधिक नहीं है। जिला आयोग के पास एक सिविल कोर्ट के अधिकार हैं।

ii. राज्य उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

- ✓ **राज्य उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग** (राज्य आयोग) का मूल अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां सामानों/सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा (यदि कोई हो) 1 करोड़ रुपये से अधिक है लेकिन 10 करोड़ रुपये से अधिक नहीं है।
- ✓ इसके लिए अपील और निगरानी का अधिकार क्षेत्र जिला आयोग की अपीलों पर ध्यान देने का भी है।
- ✓ अन्य शक्तियां और अधिकार जिला आयोग की शक्तियों और अधिकारों के समान हैं।

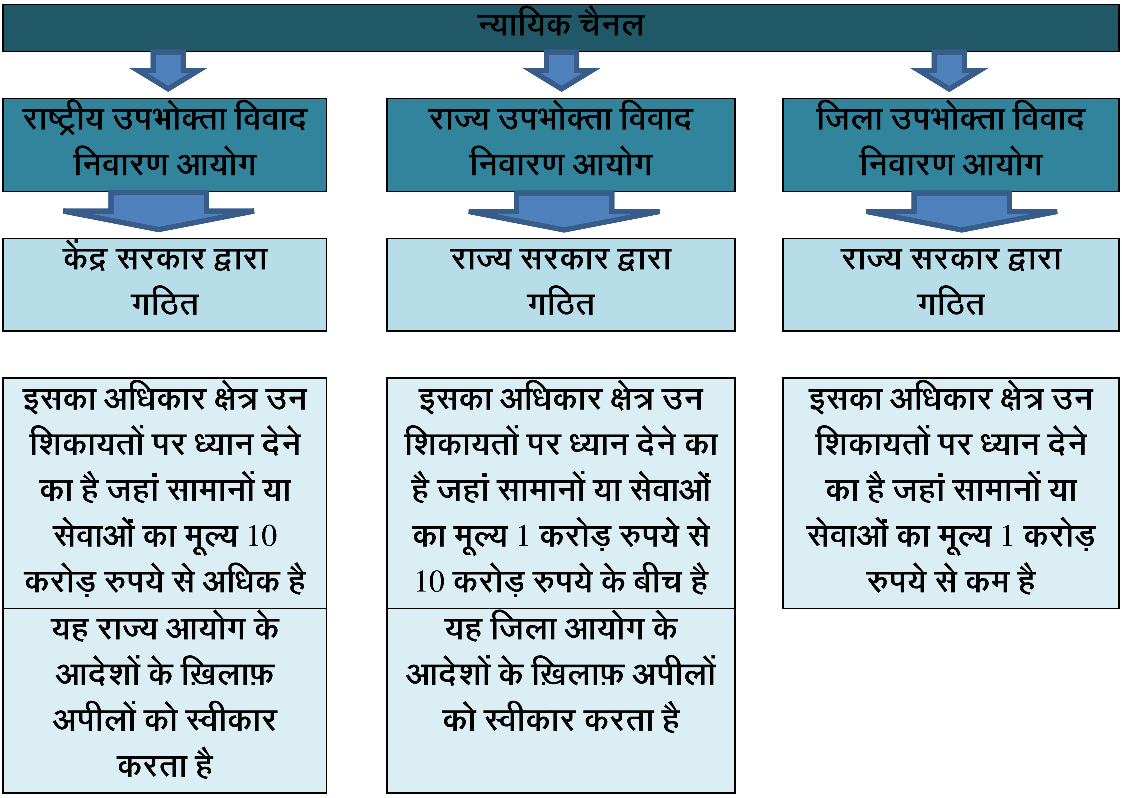
iii. राष्ट्रीय उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

- ✓ राष्ट्रीय उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग (राष्ट्रीय आयोग) अधिनियम के तहत गठित अंतिम प्राधिकरण है।

- ✓ इसका मूल अधिकार क्षेत्र उन विवादों को निपटाने का है जहां सामानों/सेवाओं और मुआवजे का दावा 10 करोड़ रुपये से अधिक होता है।
- ✓ इसके लिए अपील और निगरानी का अधिकार क्षेत्र राज्य आयोग द्वारा पारित आदेशों पर की गई अपीलों की सुनवाई करने का है।

जिला आयोग, राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग द्वारा दिए गए हर आदेश को उसी तरीके से लागू किया जाएगा मानो यह किसी अदालत द्वारा पहले के किसी मुकदमे में दिया गया फैसला हो। राष्ट्रीय आयोग के आदेशों के ख़िलाफ़ अपील सिर्फ़ सर्वोच्च न्यायालय में की जानी चाहिए।

चित्र 1: उपभोक्ता विवाद निवारण के चैनल



a) **शिकायत दर्ज करने की प्रक्रिया**

उपरोक्त सभी तीन एजेंसियों में शिकायत दर्ज करने की प्रक्रिया बहुत सरल है। राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग के पास शिकायत दर्ज करने या अपील दायर करने का कोई शुल्क नहीं है। शिकायतकर्ता खुद ही या अपने अधिकृत एजेंट के ज़रिए शिकायत दर्ज कर सकता है। इसे खुद दायर किया जा सकता है या डाक से भी भेजा जा सकता है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि शिकायत दर्ज कराने के लिए किसी वकील की मदद लेना ज़रूरी नहीं है।

b) **उपभोक्ता आयोग के आदेश**

अगर आयोग इस बात से संतुष्ट है (क) कि जिन सामानों पर विवाद दर्ज किया गया है उनमें शिकायत में बताए गए दोष मौजूद हैं या (ख) कि सेवाओं के बारे में लगाए गए आरोप साबित हो गए हैं; तो वह दूसरे पक्ष को इनमें से कोई काम करने के लिए आदेश जारी कर सकता हैः

i. शिकायतकर्ता को वह मूल्य (या बीमा के मामले में प्रीमियम) और/या शुल्क वापस करना जो उसने भुगतान किया था।

ii. दूसरे पक्ष की लापरवाही के कारण उपभोक्ता को हुए किसी भी नुकसान या चोट के लिए उपभोक्ता को मुआवजे की रकम भुगतान करने का आदेश देना।

iii. जिस सेवा पर विवाद किया गया है उसकी कमियों या खराबियों को दूर करना।

iv. व्यापार के अनुचित तौर-तरीके या व्यापार की प्रतिबंधात्मक प्रथा को अपनाना बंद करना या उन्हें नहीं दोहराना।

v. शिकायतकर्ताओं के लिए पर्याप्त लागतों का प्रावधान करना।

c) शिकायतों की प्रकृति

बीमा कारोबार के संबंध में तीनों आयोगों के पास ज़्यादातर उपभोक्ता विवाद इन मुख्य श्रेणियों के अंतर्गत आते हैंः

i. दावों के निपटान में देरी

ii. दावों का निपटारा नहीं करना

iii. दावों को अस्वीकार करना

iv. नुकसान की रकम या मात्रा

v. पॉलिसी के नियम, शर्तें आदि

E. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

केंद्र सरकार ने बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 के अधिकारों के तहत 25 अप्रैल 2017 को सरकारी राजपत्र में प्रकाशित अधिसूचना के ज़रिए **बीमा ओम्बड्समैन नियमावली**, 2017 बनाई है।

बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) से संबंधित नियम बीमा की सभी व्यक्तिगत लाइनों, समूह बीमा पॉलिसियों, एकल प्रोप्राइटरशिप या माइक्रो एंटरप्राइज़ को जारी की गई पॉलिसियों से जुड़ी शिकायतों के संबंध में सभी बीमा कंपनियों, उनके एजेंटों और मध्यस्थों/बिचौलियों पर लागू होते हैं। [यहां 'व्यक्तिगत लाइनों' का मतलब है कॉर्पोरेट इकाइयों को बेचे जाने वाले बीमा के विपरीत, व्यक्तिगत क्षमता में लिया गया बीमा।] इनसे जुड़ी शिकायतें - (क) दावों के निपटान में आईआरडीएआई द्वारा निर्धारित समयसीमा से अधिक की देरी, (ख) बीमा कंपनी द्वारा आंशिक या पूर्ण रूप से दावे को अस्वीकार किया जाना, (ग) बीमा पॉलिसी के संबंध में देय या भुगतान किए गए प्रीमियम से जुड़े विवाद, (घ) पॉलिसी दस्तावेज़ या पॉलिसी अनुबंध में किसी भी समय

पॉलिसी के नियमों और शर्तों की गलतबयानी, (ङ) बीमा पॉलिसियों का कानूनी ढ़ांचा जो दावे पर असर डालता है; और (च) बीमा कंपनियों, उनके एजेंटों और मध्यस्थों के ख़िलाफ़ पॉलिसी की सेवा प्रदान करने और उनसे जुड़ी शिकायतें।

a) ऐसी जीवन बीमा पॉलिसी, साधारण बीमा पॉलिसी और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी करना जो प्रस्तावक द्वारा जमा किए गए प्रस्ताव फॉर्म के अनुरूप नहीं है।

b) जीवन बीमा, साधारण बीमा और स्वास्थ्य बीमा में प्रीमियम प्राप्त होने के बाद भी बीमा पॉलिसी जारी नहीं करना और

c) बीमा अधिनियम, 1938 के प्रावधानों या आईआरडीएआई द्वारा समय-समय पर जारी किए गए विनियमों, नियमों, दिशानिर्देशों या निर्देशों अथवा पॉलिसी अनुबंध के नियमों और शर्तों के उल्लंघन के परिणाम स्वरूप होने वाला कोई अन्य मामला, जहां तक क्लॉज (a) से लेकर (f) तक में वर्णित बातों से उसका संबंध है।

इन नियमों का उद्देश्य उपरोक्त सभी प्रकार की शिकायतों का किफ़ायती और निष्पक्ष तरीके से समाधान करना है।

ओम्बड्समैन, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से, संदर्भ की शर्तों के दायरे में, एक मध्यस्थ और सलाहकार के रूप में काम कर सकता है।

शिकायत को स्वीकार या अस्वीकार करने के संबंध में ओम्बड्समैन का निर्णय अंतिम है।

a) **ओम्बड्समैन से शिकायत**

ओम्बड्समैन से कोई भी शिकायत लिखित में की जानी चाहिए और उस पर बीमाधारक या उसके कानूनी वारिसों, नामिती या समनुदेशिती का हस्ताक्षर होना चाहिए; इसे उस ओम्बड्समैन के पास भेजा जाना चाहिए जिसके अधिकार क्षेत्र में बीमा कंपनी की शाखा/कार्यालय है। इसमें वे तथ्य मौजूद होने चाहिए जो शिकायत को जन्म देते हैं; इसमें समर्थक दस्तावेज़, शिकायतकर्ता को हुए नुकसान की प्रकृति और सीमा के अलावा माँगी गई राहत की जानकारी भी मौजूद होनी चाहिए।

ओम्बड्समैन से तक शिकायत की जा सकती है जबः

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले कोई लिखित प्रतिनिधित्व दिया हो औरः

  - ✓ बीमा कंपनी ने शिकायत को अस्वीकार कर दिया हो या
  - ✓ बीमा कंपनी को शिकायत प्राप्त होने के एक महीने के भीतर शिकायतकर्ता को कोई जवाब नहीं मिला हो।

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

iii. बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार किए जाने की तारीख से एक साल के भीतर शिकायत की गई है

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

v. खर्चों के दावे के साथ दावे का मूल्य 30 लाख रुपये से अधिक नहीं है।

b) **ओम्बड्समैन की सिफ़ारिशें/सुझाव**

ओम्बड्समैन शिकायतों की प्रतियां शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी, दोनों को भेजेगा। ओम्बड्समैन शिकायत प्राप्त होने के एक महीने के भीतर अपनी सिफ़ारिशें/सुझाव देगा।

c) **फैसला/अवार्ड**

विवाद का निपटारा मध्यस्थता से किया जा सकता है। अगर यह संभव नहीं है, तो ओम्बड्समैन शिकायतकर्ता से माँगी गई सभी जानकारी प्राप्त होने की तारीख से 3 महीने की अवधि के भीतर बीमाधारक के लिए एक अवार्ड पारित करेगा जो उसके विचार में सही होगा और इस अवार्ड की एक प्रति शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी को भेजेगा।

बीमा कंपनी अवार्ड प्राप्त होने की तारीख से 30 दिनों के भीतर उस अवार्ड का पालन करेगी और उसके अनुपालन के बारे में ओम्बड्समैन को सूचित करेगी। ओम्बड्समैन का अवार्ड बीमा कंपनी के लिए बाध्यकारी होगा।

F. सूचना का अधिकार

बीमा में शिकायत निवारण के लिए निर्धारित नियमों और विनियमों के अलावा, कुछ ऐसे सामान्य कानून हैं जो देश में सभी के लिए समान रूप से लागू होते हैं। भारत सरकार द्वारा लागू किया गया सूचना का अधिकार (आरटीआई) अधिनियम, 2005 एक महत्वपूर्ण कानून है जो भारत के नागरिकों को सार्वजनिक प्राधिकरणों के पास उपलब्ध जानकारी की पहुंच प्रदान करता है जिससे इन संगठनों में पारदर्शिता और जवाबदेही को बढ़ावा मिलता है। यह अधिनियम जानकारी प्राप्त करने के अनुरोधों का जवाब देने के लिए एक मुख्य लोक सूचना अधिकारी (सीपीआईओ) की नियुक्ति का प्रावधान करता है। आईआरडीएआई उक्त अधिनियम के प्रावधानों के अनुसार, आम जनता को जानकारी प्रदान करने के लिए बाध्य है। एजेंटों को यह पता होना चाहिए कि आरटीआई अधिनियम के तहत, आईआरडीएआई और बीमा कंपनियों को ग्राहकों और अन्य लोगों के पास कुछ जानकारी का ख़ुलासा करना पड़ सकता है; साथ ही, कार्य, दस्तावेज़, रिकॉर्ड, दस्तावेज़ों/रिकॉर्ड के एक्स्ट्रैक्ट या प्रमाणित प्रतियां और इलेक्ट्रॉनिक फॉर्म में संग्रहित जानकारी की जांच करने की अनुमति भी देनी पड़ सकती है। हालांकि, जानकारी की कुछ ऐसी श्रेणियां भी हैं जिन्हें ख़ुलासा करने की बाध्यता से अलग रखा गया है।

खुद को जांचें 1

__________________ का अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देना है जहां सामानों या सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 1 करोड़ रुपये तक का है।

I. जिला आयोग

II. राज्य आयोग

III. जिला परिषद्

IV. राष्ट्रीय आयोग

सारांश

- आईआरडीएआई ने एक एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) लागू की है जो बीमा शिकायत डेटा की सेन्ट्रल रिपॉज़िटरी के रूप में और बीमा उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी करने के एक साधन के तौर पर काम करती है।
- उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां हर जिले और राज्य के साथ-साथ राष्ट्रीय स्तर पर गठित की गई हैं।
- जहां तक बीमा कारोबार का संबंध है, ज़्यादातर उपभोक्ता विवाद दावे के निपटान में देरी, दावे का निपटान नहीं करने, दावों को अस्वीकार करने, नुकसान की मात्रा, पॉलिसी के नियम और शर्तें आदि जैसी श्रेणियों में आते हैं।
- ओम्बड्समैन, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से, संदर्भ की शर्तों के दायरे में, एक मध्यस्थ और सलाहकार के तौर पर काम कर सकता है।
- अगर मध्यस्थता से दावों का निपटारा नहीं किया जाता है, तो ओम्बड्समैन बीमाधारक को ऐसा अवार्ड पारित करेगा जो उसकी नज़र में सही होगा; यह उस रकम से अधिक का नहीं होगा जो बीमाधारक के नुकसान को कवर करने के लिए आवश्यक है।

मुख्य शब्द

1. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)
2. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 2019
3. जिला आयोग
4. राज्य आयोग
5. राष्ट्रीय आयोग
6. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही उत्तर। है।

अध्याय C-10

बीमा एजेंटों के लिए नियामक पहलू

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम बीमा एजेंटों के नियामक पहलुओं की चर्चा करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा एजेंटों के लिए आईआरडीएआई द्वारा जारी किए गए विनियम

B. एजेंटों के लिए नियमों का अनुपालन

C. एजेंटों के लिए आचार संहिता

A. बीमा एजेंटों के लिए विनियम

आईआरडीएआई (बीमा एजेंटों की नियुक्ति) विनियम, 2016 जो 1 अप्रैल 2016 से प्रभावी हुआ था, उसकी चर्चा यहाँ की गई है।

शिक्षार्थियों से यह उम्मीद की जाती है कि वे आईआरडीएआई द्वारा बीमा एजेंटों के लिए जारी विनियमों को पढ़ें और समझें, जिसमें इससे संबंधित कई शब्दों को परिभाषित किया गया है। चूंकि विनियमों में समय-समय पर बदलाव होते हैं, आईआरडीएआई की वेबसाइट पर मौजूद मूल और संशोधित/अपडेट किए गए संस्करण को देखना ज़रूरी है।

परिभाषाएं:

बीमा बाज़ार में लागू होने वाली कई परिभाषाएं विनियमों में निर्धारित की गई हैं। उदाहरण के लिए, "बीमा एजेंट" को *"बीमा पॉलिसी जारी करने, उसे नवीनीकृत करने या पुनर्जीवित करने से जुड़े कारोबार के साथ-साथ बीमा कारोबार का आग्रह करने या प्राप्त करने के मकसद से बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त व्यक्ति"* के रूप में परिभाषित किया गया है।

ये विनियम एक "समग्र बीमा एजेंट" को *"एक ऐसे व्यक्ति के रूप में परिभाषित करते हैं जिसे दो या दो से अधिक बीमा कंपनियों द्वारा बीमा एजेंट के रूप में नियुक्त किया गया है, जहां शर्त यह है कि वह एक जीवन बीमा कंपनी, एक साधारण बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक मोनो-लाइन बीमा कंपनी से अधिक के लिए बीमा एजेंट के रूप में काम नहीं करेगा।"*

कुछ ऐसे महत्वपूर्ण शब्द भी परिभाषित किए गए हैं जिनके बारे में एजेंट पता होना चाहिए।

उदाहरण के लिए, "अपॉइंटमेंट लेटर" को *"एक बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा किसी व्यक्ति को जारी किए गए नियुक्ति पत्र"* के रूप में परिभाषित किया गया है।

इसी तरह, "नामित अधिकारी" को *"एक बीमा एजेंट के रूप में किसी व्यक्ति को नियुक्त करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत अधिकारी"* के रूप में परिभाषित किया गया है। आवेदन प्राप्त होने पर, एजेंट की नियुक्ति करने से पहले, नामित अधिकारी खुद को यह संतुष्ट करेगा कि आवेदक ने (i) एजेंसी के लिए हर तरह से पूरा किया गया आवेदन प्रस्तुत किया है; (ii) एजेंसी आवेदन फॉर्म के साथ पैन कार्ड की जानकारी सबमिट की है; (iii) विनियमों के तहत निर्धारित बीमा की परीक्षा पास की है; (iv) वह विनियमों में वर्णित किसी भी अयोग्यता का सामना नहीं कर रहा है; (v) उसके पास बीमा कारोबार का आग्रह करने और प्राप्त करने के लिए आवश्यक जानकारी मौजूद है; और (vi) वह पॉलिसीधारकों को आवश्यक सेवा प्रदान करने में सक्षम है;

नामित अधिकारी आवेदन फॉर्म का सत्यापन करेगा और यह पता लगाएगा कि क्या आवेदक के पास एक जीवन बीमा कंपनी, एक साधारण बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक मोनो-लाइन बीमा कंपनी से अधिक के साथ एजेंसी का अपॉइंटमेंट है। नामित अधिकारी प्राधिकरण के पास मौजूद एजेंटों की केंद्रीयकृत सूची का सत्यापन करने के साथ-साथ इस बात की पुष्टि भी करेगा कि आवेदक को ब्लैक लिस्ट तो नहीं किया गया है। संतुष्ट होने पर, नामित अधिकारी आवेदक से सभी दस्तावेज़ प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर आवेदक को बीमा एजेंट के

रूप में नियुक्त कर सकता है, एजेंट को कंपनी के नाम के संक्षिप्त रूप के साथ एक एजेंसी कोड नंबर और पहचान पत्र जारी कर सकता है। अगर आवेदक निर्धारित शर्तों को पूरा नहीं करता है, तो नामित अधिकारी एजेंसी अपॉइंटमेंट देने से इनकार कर सकता है और आवेदन प्राप्त होने के 21 दिनों के भीतर, इसके कारणों के बारे में आवेदक को लिखित में सूचना दे सकता है। अगर आवेदक बीमा एजेंसी देने से इनकार करने को लेकर नामित अधिकारी के निर्णय से संतुष्ट नहीं है, तो वह इस निर्णय की समीक्षा करने के लिए बीमा कंपनी के पास समीक्षा का आवेदन सबमिट कर सकता है। बीमा कंपनी समीक्षा के आवेदन पर विचार करेगी और आवेदन प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर अपने अंतिम निर्णय की जानकारी देगी।

अपील का प्रावधानः बीमा कंपनियों के पास "अपीलीय अधिकारी" होते हैं जिन्हें बीमा कंपनी द्वारा किसी नियुक्त बीमा एजेंट से प्राप्त अपीलों और प्रतिनिधित्व पर विचार करने और उसका निपटारा करने के लिए अधिकृत किया जाता है। अगर किसी अपॉइंटमेंट को रद्द किया जाता है, तो असंतुष्ट एजेंट ऐसे आदेश के 45 दिनों के भीतर अपीलीय अधिकारी के पास अपील कर सकता है; अपील प्राप्त होने के 30 दिनों के भीतर अधिकारी इस मामले पर लिखित रूप में अपना निर्णय देगा।

"परीक्षा संस्था" को *"एक ऐसे संस्थान के रूप में परिभाषित किया गया है जो बीमा एजेंटों के लिए भर्ती से पहले की जांच परीक्षाएं आयोजित करता है और जिसे प्राधिकरण द्वारा विधिवत मान्यता दी गई है।"* [नोटः 30 सितंबर 2021 तक, भारतीय बीमा संस्थान, आईआरडीएआई द्वारा मंज़ूरी प्राप्त एकमात्र 'परीक्षा संस्था' है।]

A. एजेंटों के लिए नियमों का अनुपालन

किसी बीमा कंपनी का एजेंट बनने की प्रक्रिया के बारे में विस्तार से चर्चा की गई है। किसी बीमा कंपनी से संपर्क करने से पहले व्यक्ति के पास जो निर्धारित पूर्व अर्हताएं होनी चाहिए, उनके बारे में भी विस्तार से बताया गया है। इसमें शामिल प्रक्रियाओं की जानकारी विनियमों में दी गई है।

एजेंट को उसके अधिकारों से अवगत कराने के लिए, आवेदन प्रक्रिया के माध्यम और तरीके के साथ-साथ बीमा कंपनी द्वारा अपनाई जाने वाली प्रक्रियाएं भी निर्धारित की गई हैं।

अगर आवेदक प्रक्रिया के किसी भी चरण में असंतुष्ट होता है, तो शिकायत करने की प्रक्रियाएं बताई गई हैं। कंपनी को ऐसी शिकायतों का निपटारा कैसे करना होगा, इसके लिए प्रावधान किए गए हैं। अगर आवेदक अभी भी असंतुष्ट नहीं है, तो कंपनी के निर्णयों के ख़िलाफ़ अपील करने के प्रावधानों की भी चर्चा की गई है।

विनियमों में जीवन, साधारण या स्वास्थ्य बीमा, चाहे जो भी मामला हो, के विषयों में 'परीक्षा संस्था' द्वारा आयोजित की जाने वाली बीमा एजेंसी परीक्षा में शामिल होने से जुड़ी जानकारी प्रदान की गई है; यह परीक्षा एक बीमा एजेंट के रूप में नियुक्ति के योग्य होने के लिए, प्राधिकरण द्वारा निर्धारित पाठ्यक्रम के अनुसार आयोजित की जाती है। एजेंसी की परीक्षा के योग्य होने के लिए ज़रूरी बीमा संबंधी पर्याप्त जानकारी के साथ आवेदक को तैयार करने से जुड़ी आवश्यक सहायता और मार्गदर्शन प्रदान करने को लेकर बीमा कंपनी के दायित्व भी निर्धारित किए गए हैं।

बीमा एजेंसी की परीक्षा में सफल होने वाले आवेदक को परीक्षा संस्था द्वारा उत्तीर्ण होने का प्रमाणपत्र जारी किया जाएगा। उत्तीर्ण होने का प्रमाणपत्र, पहली बार किसी बीमा कंपनी के साथ एजेंट के रूप में नियुक्ति की माँग करने के लिए, बारह महीनों की अवधि तक मान्य रहेगा।

कोई उम्मीदवार बीमा एजेंसी की परीक्षा में सफल होने और परीक्षा संस्था द्वारा जारी एक मान्य उत्तीर्णता प्रमाणपत्र रखने के बाद ही एक एजेंट के रूप में नियुक्ति के लिए योग्य हो सकता है।

B. एजेंटों के लिए आचार संहिता

हर एजेंट जिस आचार संहिता का पालन करेगा, उसके बारे में विस्तार से चर्चा की गई है। एजेंसी का पहचान कार्ड दिखाकर खुद की और अपनी बीमा कंपनी की सही तरीके से पहचान कराने जैसी बातों और मांगे जाने पर संभावित ग्राहक को एजेंसी का नियुक्ति पत्र दिखाने के दायित्व की भी चर्चा की गई है।

आचार संहिता में एजेंटों के दायित्वों के बारे में विस्तार से बताया गया है। एजेंट आवेदकों को जिन महत्वपूर्ण दायित्वों के बारे में जानना ज़रूरी है उनके बारे में नीचे बताया गया है:

- ✓ अपनी बीमा कंपनी द्वारा बिक्री के लिए उपलब्ध कराए गए बीमा उत्पादों के बारे में आवश्यक जानकारी प्रदान करना और किसी विशेष बीमा प्लान की सिफ़ारिश करते समय संभावित ग्राहक की ज़रूरतों पर विचार करना;
- ✓ बिक्री के लिए उपलब्ध कराए गए बीमा उत्पाद के लिए बीमा कंपनी द्वारा लिए जाने वाले प्रीमियम की पूरी जानकारी देना;
- ✓ बिक्री के लिए उपलब्ध कराए गए बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन के पैमानों के बारे में बताना;
- ✓ जहां एक से अधिक बीमा कंपनी एक ही लाइन के उत्पाद उपलब्ध करती है, उनका प्रतिनिधित्व करते समय सावधानी बरतना;
- ✓ बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव फॉर्म में माँगी गई जानकारी की प्रकृति और बीमा अनुबंध की खरीद में महत्वपूर्ण जानकारी का ख़ुलासा करने के महत्व के बारे में संभावित ग्राहक को समझाना;
- ✓ बीमा कंपनी के पास प्रस्ताव फॉर्म जमा करने के समय आवश्यक दस्तावेज़ प्राप्त करना; साथ ही, प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा बाद में मांगे गए अन्य दस्तावेज़ प्राप्त करना;
- ✓ बीमा के जोखिम अंकन के लिए प्रस्तावक से जुड़े हर प्रासंगिक तथ्य के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना, इसमें प्रस्तावक की प्रतिकूल आदतों या आय में असंगतता से जुड़ी जानकारी शामिल है जो एजेंट की जानकारी के दायरे में आती हो;
- ✓ हर प्रस्तावक को पॉलिसी के तहत नामांकन कराने की सलाह देना;
- ✓ बीमा कंपनी द्वारा प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार किए जाने के बारे में प्रस्तावक को तत्परता से सूचित करना;

- ✓ अपने ग्राहकों/पॉलिसीधारकों को पॉलिसी की सेवा प्रदान करने से जुड़ी बातों में मदद करना और सलाह देना; इसमें पॉलिसी का समनुदेशन, पते में बदलाव या पॉलिसी के तहत उपलब्ध विकल्पों को चुनना या पॉलिसी संबंधी कोई अन्य सेवा, जो आवश्यक हो, शामिल है;
- ✓ दावा निपटान संबंधी प्रक्रियाओं में अपने ग्राहकों/ पॉलिसीधारकों/ दावेदारों/ लाभार्थियों की मदद करना।

आचार संहिता में यह भी बताया गया है कि एजेंटों को क्या नहीं करना चाहिए। एजेंट आवेदकों को ऐसी कुछ महत्वपूर्ण बातों की जानकारी होना ज़रूरी है जिन्हें करने से मना किया गया है:

बीमा एजेंटों को ये काम करने से मना किया गया है:

- ✓ बीमा कंपनी द्वारा विधिवत अधिकृत नहीं किए जाने पर भी बीमा कारोबार का आग्रह करना या प्राप्त करना;
- ✓ प्रस्ताव फॉर्म में किसी महत्वपूर्ण जानकारी को छिपाने या गलत जानकारी प्रदान करने के लिए प्रस्तावक को प्रलोभन देना;
- ✓ बीमा पॉलिसियां मांगने और प्राप्त करने के लिए बहुस्तरीय बिक्री का सहारा लेना और/या किसी प्रस्तावक/पॉलिसीधारक को बहुस्तरीय बिक्री योजनाओं के बारे में बताना;
- ✓ ऐसी दरों, लाभों, नियमों और शर्तों की पेशकश करना जो अपनी बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, नियमों और शर्तों से अलग हैं;
- ✓ किसी बीमा अनुबंध के तहत लाभार्थी से बीमा की आय का एक हिस्सा मांगना या प्राप्त करना;
- ✓ बीमा कंपनी की लिखित मंज़ूरी के बिना बीमा संबंधी विज्ञापन जारी करना।

एजेंटों को मौखिक रूप से बीमाधारकों को सचेत करना चाहिए और उन्हें नोटिस जारी करना चाहिए, ताकि प्राप्त कारोबार को संरक्षित रखा जा सके।

एजेंटों के ख़िलाफ़ कार्रवाई:

किसी एजेंट की नियुक्ति कई कारणों से रद्द या निलंबित की जा सकती है। कुछ गंभीर कारण नीचे बताए गए हैं।

एजेंट पर कार्रवाई की जाएगी अगर वह:

- ➢ समय-समय संशोधित किए जाने वाले अधिनियमों, नियमों या विनियमों के तहत प्रासंगिक प्रावधानों का उल्लंघन करता/करती है,
- ➢ निर्धारित आचार संहिता का पालन करने में विफल रहता/रहती है,
- ➢ नियुक्ति की शर्तों का उल्लंघन करता/करती है,
- ➢ गलत या झूठी जानकारी प्रस्तुत करता/करती है,

- बीमा एजेंट की नियुक्ति के लिए प्रस्तुत आवेदन में महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाता/छिपाती है या उनका ख़ुलासा करने में विफल रहता/रहती है,
- बीमा कंपनी/प्राधिकारण की अपेक्षा के अनुसार समय-समय पर रिटर्न प्रस्तुत नहीं करता/करती है,
- प्राधिकरण द्वारा कराई जाने वाली किसी जांच या पूछताछ में सहयोग नहीं करता/करती है,
- पॉलिसीधारकों की शिकायतों का समाधान करने में विफल रहता है,
- बीमा कंपनी की ओर से पॉलिसीधारकों/प्रस्तावकों से प्राप्त किए गए प्रीमियम/नकदी के गबन में प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से शामिल होता है।

इस तरह एजेंसी को रद्द/निलंबित करने के लिए अपनाई जाने वाली प्रक्रिया और उसके प्रभावों के बारे में बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों की नियुक्ति) विनियम, 2016 में विस्तार से बताया गया है। इसमें उन एजेंटों को ब्लैक लिस्ट करने का प्रावधान है जिनकी नियुक्ति को आचार संहिता के उल्लंघन और/या धोखाधड़ी के आधार पर बीमा कंपनी के नामित अधिकारी द्वारा रद्द/निलंबित किया गया है। अगर बीमा एजेंट की एजेंसी को रद्द किया जाता है, तो वह ऐसे आदेश की तारीख से एक बीमा एजेंट के रूप में काम करना बंद कर देगा/देगी। प्राधिकरण के पास ऐसे "ब्लैक लिस्ट किए गए एजेंटों की केंद्रीकृत सूची" होती है जिनकी नियुक्ति रद्द/निलंबित की गई है। निलंबन वापस लिए जाने पर, उसका नाम ब्लैक लिस्ट से हटा दिया जाता है। किसी बीमा एजेंट द्वारा नियुक्ति का परित्याग/समर्पण किए जाने के मामले में अपनाई जाने वाली प्रक्रिया भी बताई गई है।

ये विनियम आईआरडीएआई को बीमा एजेंट द्वारा किए गए बीमा कारोबार से संबंधित कोई भी जानकारी मांगने की अनुमति देते हैं; एजेंट निर्धारित समयसीमा के भीतर ऐसी जानकारी प्रस्तुत करेगा। आईआरडीएआई बीमा एजेंट के मामलों की जांच करने के लिए एक "जांच अधिकारी" नियुक्त कर सकता है, ताकि यह पता लगाया जा सके कि क्या उसने यह कारोबार अधिनियम, विनियमों और प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किए गए निर्देशों के अनुसार किया है; इसके अलावा, एजेंट के बही-खातों, रिकॉर्ड और दस्तावेज़ों की भी जांच की जाएगी।

मुख्य शब्द

1. एजेंटों के लिए नियमों का अनुपालन
2. एजेंटों के लिए आचार संहिता

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा कथन सही है?

एक बीमा एजेंट यह करेगा -

I. बीमा कंपनी द्वारा बगैर नियुक्ति के बीमा कारोबार मांगना या प्राप्त करना

II. प्रस्ताव फॉर्म में कोई महत्वपूर्ण जानकारी छिपाने के लिए प्रस्तावक को प्रलोभन देना;

III. प्रस्तावक द्वारा मांगे जाने पर, बिक्री के लिए उपलब्ध बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन के पैमाने बताना;

IV. ऐसी दरों, लाभों, नियमों और शर्तों की पेशकश करना जो उसकी बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, नियमों और शर्तों से अलग हैं

खुद को जांचें 2

सही उत्तर चुनें

एक बीमा एजेंट को इस बात की अनुमति होती है

I. किसी अन्य बीमा एजेंट द्वारा पेश किए गए किसी प्रस्ताव में हस्तक्षेप करना

II. बीमा पॉलिसियां मांगने और प्राप्त करने के लिए बहुस्तरीय बिक्री का सहारा लेना

III. किसी बीमा अनुबंध के तहत लाभार्थी से बीमा की आय का एक हिस्सा प्राप्त करना

IV. बिक्री के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा लिया जाने वाला प्रीमियम बताना

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 - सही विकल्प IV है।