

जीवन बीमा अभिकर्ताओं के लिये भर्ती-पूर्व योग्यता

मूल पाठ्य सामग्री : 2011

व्यावसायिकता
(प्रोफेशनलिज्म) का
निर्माण



www.cii.co.in

जीवन बीमा अभिकर्ताओं के लिये भर्ती-पूर्व योग्यता

IC-33 मूल पाठ्य सामग्री: 2011

प्रस्तावना

भारत में हाल के वर्षों में जीवन बीमा व्यवसाय के तीव्र विस्तार ने बहुत सारे लाभ प्रदान किये हैं। इसने व्यक्तियों तथा परिवारों को, जीवन में आनेवाले बहुत सारी गंभीर जाखिमों से अपने आप को सुरक्षित करने तथा सेवानिवृत्ति पर उनकी वित्तीय सुरक्षा की योजना बनाने में समर्थ बनाया है।

किन्तु, इस क्षेत्र का बेदाग कीर्तिमान नहीं है। ऐसी उच्च स्तर की परिस्थितियाँ पैदा हुई हैं, जहाँ, स्पष्टतः, उपभोक्ता की आवश्यकता को दूसरे स्तर की प्राथमिकता दी गई है। एक विनियामक के रूप में, IRDA का ये कर्तव्य है, कि वो पॉलिसीधारकों के हितों को सुरक्षा तथा हितों को बढ़ावा दें।

जीवन बीमा व्यवसाय की भविष्य में सफलता, पूरी तरह से, उन लोगों के ज्ञान तथा ईमानदारी पर निर्भर करती है, जो ग्राहकों को सलाह देते हैं— और उनके प्रथम, तथा सबसे महत्वपूर्ण, संपर्क बिंदु होते हैं। IRDA के स्तर पर हमारा लक्ष्य है, ये देखना कि जीवन बीमाकर्ता विकसित गति से उत्कृष्ट लोगों को आकर्षित, प्रेरित, तथा अपने साथ बनाये रखने में समर्थ हों, 'आवश्यकता-आधारित' दृष्टिकोण से वित्तीय सलाह प्रदान करने में वचनबद्ध हों।

ये नई पाठ्य पुस्तक तथा अब जो अभिकर्ता परीक्षा में बैठेंगे की संसोधित योग्यता, हमारी रणनीति का एक अत्यावश्यक भाग है। हमने एक पाठ्यक्रम विकसित किया है, जो अपने क्षेत्र तथा गहराई में चुनौतिपूर्ण है। ये सामान्य रूप से, अभिकर्ताओं को आंकड़े तथा तथ्यों के स्मरण के लिए उत्साहित नहीं करता। ये महत्वपूर्ण है, लेकिन काफी नहीं। ये उनकी पढ़ाई का ज्ञान, और असली जिंदगी की वास्तविक विस्तृत प्रकार की परिस्थितियों में इनका उपयोग करने की योग्यता की जाँच भी करता है।

मैं इस कार्य में चार्टर्ड इन्श्योरेन्स इन्सटिट्यूट के इतने बड़े सहयोग के लिए कृतज्ञ हूँ। अन्य बाजारों में उनके अनुभवों से हम अत्यंत लाभान्वित हुये। मैं कृतज्ञ हूँ, और भी बहुत सारे उद्योग व्यवसायियों का, जिन्होंने इस सामग्री को पूरा करने में अपने समय और विशेषज्ञ राय को प्रदान किया।

इन सबके साथ, मैं आप आकांक्षी व्यवसायी का आभार मानता हूँ, व्यवसाय आरंभ की यात्रा के लिए तथा व्यवसायिक अध्ययन को गंभीरता से लेने की आवश्यकता के लिये। आपके बिना, इस महत्वपूर्ण बाजार का कोई भविष्य नहीं होगा। मुझे आप पर विश्वास है, इस पाठ्यपुस्तक को अपने अध्ययन के लिए बहुत उपयोगी पायेंगे और एक जीवन बीमा अभिकर्ता के रूप में आपके भविष्य के लिए मेरी शुभकामनाएँ हैं।

श्री हरि नारायण

चेयरमैन— बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

परिचय

IC-33 जीवन बीमा अभिकर्ता के भर्ती-पूर्व योग्यता के पाठ्यक्रम का उद्देश्य आपके ज्ञान, निपुणता और समझ प्राप्त करने में तथा आपको एक लाइसेंसधारी जीवन बीमा अभिकर्ता बनने की जरूरत में, और आपके ग्राहकों को एक निपुण व्यवसायिक सेवा प्रस्तुत करने में आपको सहायता देना है।

विशेष रूप से इसका उद्देश्य **आपके ग्राहकों के हित** में, भारतीय बीमा उद्योग की जानकारी और इसके विनियमन तथा मुख्य जीवन बीमा व अन्य वित्तीय उत्पादों के ज्ञान और समझ को लागू करने की योग्यता का आप में विकास करना है।

इस उपलब्धि के सुदृढ़ प्रमाण दो रूप में प्रकट होते हैं:

- उच्च प्रतिष्ठा, जो एक सफल अभिकर्ता द्वारा स्थापित की जा सकती है, तथा
- अर्जित आय।

जैसा कि अन्य व्यवसायों में वर्षों से प्रदर्शित हो रही विश्वसनियता सफलता पर आधारित है विस्तृत विवरण में सावधानी रखें लेकिन नये विकास एवं बदलते परिवेश के विषय में हमेशा सजग रहें; नई सोच हो लेकिन कभी भी असावधान न रहें; कल्पनाशील हों लेकिन लापरवाह न हों।

जनता सेवा, जो सक्षम अभिकर्ता से मिलनी चाहिये, के बारे में ज्यादा अच्छी तरह समझ रही है ताकि उनकी अभिकर्ता के व्यवसायिकता के लिये मान्यता बढे। उनकी अपेक्षाएँ बढेंगी और उनकी असंतुष्टि, यदि वह निराशा अनुभव करते हैं और बढेगी, **इसलिये यह महत्वपूर्ण है प्रत्येक ग्राहक की जरूरतों को पहचानने तथा संतुष्ट करने की योग्यता पर आधारित है।** आपकी ज्ञान और समझ को लागू करने की योग्यता, आपके ग्राहक को सलाह देने में आपकी सामर्थ्य को निर्धारित करेगी।

IC-33 जीवन बीमा अभिकर्ता के भर्ती-पूर्व योग्यता का पाठ्यक्रम निम्नलिखित मुख्य विषयों को शामिल करता है

- बीमा को समझना
- उत्पाद की तकनीकी सूचनाएँ प्रदान करना
- व्यावसायिक परामर्श प्रदान करना
- दावों को समझना
- कानूनी तथा विनियामक जरूरतों को पूरा करना
- ग्राहक की सुरक्षा और नैतिकता को समझना

एक प्रभावशाली परामर्श हेतु, एक संरचनात्मक पहुँच की आवश्यकता है। व्यावसायिक परामर्श प्रदान करने की प्रक्रिया में साधारणतः तीन चरणों का समावेश होता है:

तथ्य-अन्वेषण करना

अनुशंसा करने से पहले आपके ग्राहक से संबंधित सभी सूचना को प्राप्त करना आपसे तथ्य-अन्वेषण करने के लिये आवश्यक है। आपके ग्राहक की परिस्थितियों की स्पष्ट समझ बनाने की आपको अनुमति भी देता है।

ग्राहक की जरूरतों का आकलन तथा उनकी संतुष्टि

अनुशंसा प्रक्रिया का दूसरा चरण, तथ्य-अन्वेषण के माध्यम से प्राप्त सूचनाओं पर आधारित आपके ग्राहक की जरूरत को आपसे पहचानना और समझना चाहता है। एक बार जरूरतों का आकलन हो जाने पर, उन जरूरतों की संतुष्टि करने के लिये अधिक उचित माध्यम पर आप विचार करें।

ग्राहक को अनुशंसा करना

व्यावसायिक वित्तीय सलाह देने की प्रक्रिया में तीसरा व अंतिम चरण ग्राहक को वास्तविक अनुशंसा का प्रस्तुतिकरण तथा सूत्रीकरण हैं। एक बार तथ्य-अन्वेषण पूरा हो जाने पर तथा ग्राहक की जरूरतों का आकलन होने के बाद ही ग्राहक को अनुशंसा की जा सकती है।

व्यावसायिकता का दूसरा पहलू जो सफलता रचता है और साथ ही साथ, जो अपने व्यावसायिक मानकों का पालन करने में असफल है। उनकी (उदासी से) कलाई खुलती है, वह सेवा का **नैतिक पहलू** है।

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आई आर डी ए) नियम बनाता है, व्यवसाय का संचालन, योग्यता के मानकों को निर्धारित करता है, तथा कानून का पालन करने में आवश्यक उच्च स्तर को सुनिश्चित करने के लिये दूसरे ढंग से भरसक कोशिश करता है।

इन नियमों के होते हुए भी नैतिक मानक निर्भर है कार्य विधि पर - चाहे वो सही हों या गलत हो - बीमा उत्पादों की सलाह देने, बिक्री करने तथा सेवा देने की प्रक्रिया में जो सभी सम्मिलित हैं उनके द्वारा कार्यान्वित की जाती है तथा बीमा अभिकर्ता के नैतिक मानक, उसके इच्छित अंतिम परिणाम अर्थात् उसकी बिक्री लक्ष्य को प्राप्त करने की उसकी क्रियाविधि द्वारा प्रदर्शित होंगे।

आई सी - 33 की मूल पाठ्य सामग्री में नैतिकता और आचार संहिता का भाग आपको विचार करने में सहायता देने की कोशिश करता है, आपकी की गयी पसंदों का आपके ग्राहक पर एक व्यक्ति के रूप में क्या प्रभाव हैं। साक्ष्य यह बताते हैं कि ग्राहक की संतुष्टि एक बहुत अच्छा व्यवसाय का आचरण है: आपके ग्राहक आपके साथ रहेंगे, वे अपने मित्रों व सहकर्मियों में आपके लिये संस्तुति करेंगे तथा आप और अधिक सफल होंगे।

भारतीय अर्थव्यवस्था का अत्यावश्यक व विकसित भाग जीवन बीमा है, ये लोगों की भविष्य की योजना बनाने में, परिवार की देखभाल करने में तथा मानसिक शांति का आनंद लेने में सहायता करता है। सफल अभिकर्ता बीमा व्यवसाय को निर्विघ्न रूप से कार्य करने तथा उसके ग्राहकों को सहारा देने में समर्थ बनाने में निर्णायक भूमिका निभाते हैं। उपयुक्त व्यक्तियों के लिये, ये एक आकर्षक व अपलब्धि भरा पेशा प्रदान

करता है। हम आपके लाइसेंसधारी अभिकर्ता बनने की ओर बड़े पहले कदम पर बधाई देते हैं। यह मूल पाठ्य सामग्री अपेक्षा रखने वाली है लेकिन हमारी आशा में यह आनंददायक और रोचक भी हैं। आपको जानने की जरूरत वाली तकनीकी सूचना देने के साथ-साथ आप जैसे पायेंगे हमने विस्तृत प्रकार के जीवन्त उदाहरणों को शामिल किया है तथा कुछ व्यावहारिक उपयोग दिखाये हैं। कक्षा में अनिवार्य पचास घंटे के प्रशिक्षण के साथ-साथ मूल पाठ्य सामग्री का उपयोग आपकी अगामी परीक्षा के लिये अच्छी स्थिति में छोड़ेगा। आपके अध्ययन के लिये शुभ कामनाएँ तथा हमारे लुभावने व्यवसाय में एक लंबे तथा लाभप्रद पेशे के लिए आप परीक्षा उत्तीर्ण होंगे।

मूल पाठ्य सामग्री का उपयोग

IC-33 जीवन बीमा अभिकर्ता के लिये भर्ती-पूर्व योग्यता की मूल पाठ्य सामग्री में स्वागत है

यह मूल पाठ्य सामग्री परीक्षा के पाठ्यक्रम अध्ययन के परिणाम के क्रम का अनुसरण करता है। सभी अध्याय में खास स्मरणीय तथ्य तथा पाठ्यक्रम अध्ययन के परिणाम सम्मिलित हैं, जिसे प्रत्येक अध्याय के प्रथम पृष्ठ पर सारणीबद्ध किया गया है।

मूल पाठ्य सामग्री के अन्तर्गत अलग-अलग विशेषतायें सम्मिलित है, हम आशा करते हैं कि यह आपके अध्ययन में वृद्धि करेंगी।



महत्वपूर्ण शब्दावलियों प्रत्येक अध्याय में शामिल किये गये मुख्य अभिप्राय का परिचय कराना



विचार करें – प्रश्न और विषय जिन पर और अधिक विचार किया जाये



उदाहरण मूल पाठ्य सामग्री में बनाये गए दृष्टांत विषय



प्रकरण अध्ययन ये दर्शायेगा कि व्यवहार में जीवन बीमा कैसे कार्य करता है



प्रश्नों में – स्व परीक्षण हेतु तत्काल प्रश्न



प्रस्तावित संस्तुत किया/कार्य/गतिविधियाँ व्यवहारिक गतिविधियों के द्वारा अध्ययन को सुदृढ़ करना



ध्यान रहे उन बिन्दुओं और क्षेत्रों की ओर ध्यान खिंचेगा, जिन पर स्पष्टता की आवश्यकता है



मुख्य बिन्दु प्रत्येक अध्याय के अंत में ये यादाश्त को जगाने का कार्य करता है

इसके अतिरिक्त, प्रत्येक अध्याय के अंत में आप कुछ **स्व-परीक्षण प्रश्न** पायेंगे, जो इन मूल पाठ्य सामग्री में मौजूद सामग्री पर आपकी समझदारी का परीक्षण करेगा।

ध्यान रहे !

जब तक आई आर डी ए द्वारा अन्य प्रकार से अधिसूचित ना हों, यह पाठ्यक्रम तथा मूल पाठ्य सामग्री परीक्षाओं के लिये मान्य है। विद्यार्थी इसलिये नियमित रूप से पाठ्यक्रम में बदलाव संबंधी सूचना के लिये, कानून तथा अभ्यास में कोई बदलाव तथा उनकी (बदले पाठ्यक्रम) परीक्षा कब ली जायेगी की जानकारी के लिये आई आर डी ए की वेबसाइट www.irda.gov.in देखें।



परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

IC-33 जीवन बीमा अभिकर्ता के लिये भर्ती-पूर्व योग्यता

यह सभी मुख्य विषय हैं, जिनका आकलन परीक्षा के दौरान होगा और मूल पाठ्य सामग्री, जिसमें पढाई में सहायता करने के लिये अध्ययन सामग्री तथा अतिरिक्त पृष्ठभूमि सम्मिलित है, के सभी विषय इसमें दिखाई न दे सकें।

पढाई के निष्कर्ष का सारांश	परीक्षा में आनेवाले प्रश्नों की संख्या*
1. बीमा बाजार कैसे परिचालित होता है समझना	3
2. बीमा बाजार के संदर्भ में जोखिम तथा बीमा को समझना	3
3. जीवन बीमा के सिद्धान्त तथा व्यवहार को समझना	9
4. जीवन बीमा व्यवसाय में जोखिमांकन को समझना	4
5. मूल जीवन बीमा उत्पादों को समझना	2
6. बचत उत्पादों को समझना	5
7. अन्य मुख्य वित्तीय उत्पादों को समझना	4
8. ग्राहक की जरूरतों की पहचान करते समय मुख्य महत्वपूर्ण तथ्यों को समझना	3
9. ग्राहक के वित्तीय योजना प्रक्रिया में एक भाग के रूप में ग्राहक तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया को पूर्ण करने के महत्व को समझना	2
10. अच्छा ग्राहक व्यवहार तथा अक्षुण्णता कौन बनाता है समझना	4
11. जीवन बीमा दावों के लिये बीमा कार्य प्रणाली को समझना	4
12. ग्राहक परामर्श को कैसे संबंधित विधायन प्रभावित करते हैं समझना	1
13. ग्राहक परामर्श को कैसे संबंधित बीमा विनियम प्रभावित करते हैं समझना	2
14. ग्राहक संरक्षण के महत्व एवं उसकी वर्तमान प्रक्रिया को समझना	2
15. एक वित्तीय सलाहकार के लिए नैतिकता के महत्व को समझना	2

*परीक्षा के विशेष विवरण में लोचनियता का तत्व शामिल है। इसका प्रयोग अध्ययन के लिये मार्गदर्शक के रूप में हो, न कि प्रश्नों की वास्तविक संख्या जो प्रत्येक परीक्षा में आयेगी पर तैयार किया गया है। फिर भी प्रश्नों की संख्या जो प्रत्येक पढाई के निष्कर्ष को जॉचने के लिये दर्शायी संख्या से समानयतः दो (2) अधिक या कम की सीमा के भीतर ही होगी।

महत्वपूर्ण टिप्पणी

- आकलन की विधि : 50 बहु विकल्प प्रश्न (MCQs). परीक्षा के लिए 1 घंटा मिलेगा।
- जब तक आई आर डी ए द्वारा अन्य प्रकार से अधिसूचित ना हों, यह पाठ्यक्रम तथा मूल पाठ्य सामग्री परीक्षाओं के लिये मान्य है। विद्यार्थी इसलिये नियमित रूप से पाठ्यक्रम में बदलाव संबंधी सूचना के लिये, कानून तथा अभ्यास में कोई बदलाव तथा उनकी (बदले पाठ्यक्रम) परीक्षा कब ली जायेगी की जानकारी के लिये आई आर डी ए की बेवसाइट www.irda.gov.in देखें।

परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

1. बीमा बाजार कैसे परिचालित होता है समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

- 1.1 बीमा और वित्तीय सेवा के आधारभूत उद्देश्य और उनकी अर्थव्यवस्था में भूमिका का वर्णन करेंगे
- 1.2 व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभ का वर्णन करेंगे
- 1.3 बीमा बाजार की संरचना और मुख्य बीमा संगठनों के प्रकार का वर्णन करेंगे
- 1.4 बीमा की बिक्री में प्रयोग किये जा रहे ई-ट्रेडिंग सहित वितरण चैनल का वर्णन करेंगे
- 1.5 बीमा उत्पाद के मुख्य प्रकार का वर्णन करेंगे
- 1.6 बीमा में प्रोफेशनल की मुख्य भूमिका का वर्णन करेंगे
- 1.7 बीमा बाजार में अभिकर्ता का कार्य एवं भूमिका का वर्णन करेंगे

2. बीमा बाजार के संदर्भ में जोखिम तथा बीमा को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

- 2.1 जीवन बीमा के सम्बन्ध में जोखिम का अर्थ क्या है को स्पष्ट करेंगे
- 2.2 जीवन बीमा के सम्बन्ध में आपदा एवं खतरा के बीच के अन्तर स्पष्ट करेंगे
- 2.3 जोखिम के प्रकार जिन्हें बीमित किया जा सकता है का वर्णन करेंगे
- 2.4 जोखिम हस्तान्तरण प्रक्रिया के रूप में बीमा कैसे परिचालित होती है का वर्णन करेंगे
- 2.5 जोखिम के पूलिंग द्वारा बीमा कैसे परिचालित होता है का वर्णन करेंगे

3. जीवन बीमा के सिद्धान्त तथा व्यवहार को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

- 3.1 एक वैध बीमा अनुबंध के आवश्यक तत्वों का वर्णन करेंगे
- 3.2 अभिकर्ता प्रधान (बीमा कंपनी) में संबंधों को बनाने की विधियों तथा प्रत्येक पक्ष के कर्तव्यों का वर्णन करेंगे
- 3.3 बीमा योग्य हित के सिद्धान्त का वर्णन करेंगे तथा स्पष्ट करेंगे बीमायोग्य हित कब विद्यमान रहने की आवश्यकता होती है;
- 3.4 परम सद्भाव के सिद्धान्त का अर्थ क्या है का वर्णन करेंगे
- 3.5 सारभूत तथ्यों का अर्थ क्या है का वर्णन करेंगे
- 3.6 प्रकटन करने का कर्तव्य का अर्थ क्या है का वर्णन करेंगे तथा सारभूत तथ्यों के प्रकटन नहीं करने के परिणाम को स्पष्ट करेंगे
- 3.7 क्षतिपूर्ति के सिद्धान्त का अर्थ क्या है का वर्णन करेंगे
- 3.8 जीवन बीमा व्यवहार में उपयोग में आने वाले मुख्य दस्तावेजों तथा शब्दावली को स्पष्ट करेंगे
- 3.9 जीवन बीमा पालिसियों को कैसे लिया व लिखा जाता है, को स्पष्ट करेंगे
- 3.10 प्रीमियम भुगतान की मान्य कवर से सम्बद्धता को स्पष्ट करेंगे
- 3.11 कोटेशन (लागत विवरण) से संबंधित कार्य प्रणाली तथा उनके कानूनी महत्व का वर्णन करेंगे
- 3.12 प्रस्ताव पत्र से संबंधित कार्य प्रणाली तथा उनके कानूनी महत्व का वर्णन करेंगे

परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

3.13 पॉलिसी प्रपत्र जिसमें पॉलिसी अनुसूची शामिल है, की संरचना, कार्य तथा विषय वस्तु का वर्णन करेंगे

3.14 पॉलिसी शर्तों से संबंधित कार्य प्रणाली का वर्णन करेंगे

3.15 नवीनीकरण और उनके कानूनी महत्व से संबंधित कार्य प्रणाली का वर्णन करेंगे

3.16 कालातित, समर्पण तथा चुकता, निरस्तीकरण उपबंधों को कैसे परिचालित किया जाता है को स्पष्ट करेंगे

3.17 सामान्य पॉलिसी शर्तों और निषेधों के प्रयोग को स्पष्ट करेंगे

4. जीवन बीमा व्यवसाय में बीमा जोखिमांकन को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

4.1 सारभूत तथ्यों को प्राप्त करने में लाये गये तरिकों का वर्णन करेंगे

4.2 नैतिक एवं भौतिक खतरों के जोखिमांकन के महत्व को स्पष्ट करेंगे

4.3 जीवन बीमा जोखिमांकन में मुख्य वित्तीय और मेडिकल जोखिमांकन में प्रयोग में लाये गये तरिकों का वर्णन करेंगे

4.4 जीवन बीमा कवर का मूल्य निर्धारण कैसे होता है, का वर्णन करेंगे

4.5 प्रीमियम की गणना कैसे होती है, के सिद्धांत को स्पष्ट करेंगे

4.6 बोनस की गणना कैसे होती है, के सिद्धांत को स्पष्ट करेंगे

4.7 जीवन बीमा जोखिमांकन में आवश्यक डाटा तथा दस्तावेजों के उपयोग को स्पष्ट करेंगे

4.8 जीवन बीमा में ग्रहणाधिकार के उद्देश्य तथा उपयोग को स्पष्ट करेंगे

5. मूल जीवन बीमा उत्पाद को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

5.1 मुख्य व्यक्तिगत तथा वित्तीय जानकारीयों जिसपर ग्राहक की सुरक्षा आवश्यकता निर्भर करती है; उम्र, आश्रित, आय, सम्पत्तियाँ तथा दायित्वों को जानेंगे

5.2 सुरक्षा उत्पादों की पॉलिसी विशेषताएँ, जो प्रभावित करती है उसकी उपयुक्तता को ग्राहक के लिये जानेंगे

5.3 सुरक्षा उत्पादों का कर (टैक्स) व्यवहार किस प्रकार उनकी उपयुक्तता को प्रभावित करती है समझेंगे

5.4 ग्राहक की जरूरतों में उत्पाद की विशेषताओं की सार्थकता की प्राथमिकता तथा मूल्यांकन कैसे करें समझेंगे

5.5 ग्राहक की विशेष परिस्थितिओं में जरूरतों को संतुष्ट करने के लिये उत्पाद को देने में समर्थ होंगे

6. बचत उत्पादों को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

6.1 उन परिस्थितियों को जानेंगे जब बचत तथा निवेश के सलाह की आवश्यकता होती है

6.2 मुख्य वित्तीय तथा व्यक्तिगत विवरणों को जानेंगे जिनपर ग्राहक की बचत तथा निवेश आवश्यकताएँ निर्भर हैं

6.3 एक ग्राहक के लिए बचत तथा निवेश उत्पादों की विशेषताओं एवं लाभों को जानेंगे जो उनकी उपयुक्तता को प्रभावित करती हैं

6.4 ग्राहक की बतायी परिस्थितियों में उत्पाद की विशेषताओं की सार्थकता की प्राथमिकता तथा मूल्यांकन कैसे करें समझेंगे

6.5 एक ग्राहक के लिए बचत तथा निवेश उत्पादों का कर (टैक्स) व्यवहारिकता किस प्रकार उनकी उपयुक्तता को प्रभावित करता है जानेंगे

परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

6.6 जोखिम तथा प्रतिफल के बीच के संबंध को समझेंगे

6.7 मुद्रास्फीति बचत तथा निवेश उत्पादों को कैसे प्रभावित करती हैं समझेंगे

6.8 ग्राहक की विशेष परिस्थिति में जरूरतों को संतुष्ट करने के लिये सबसे उपयुक्त बचत तथा निवेश उत्पाद को देने में समर्थ होंगे

6.9 कैसे ब्याज दरों में बदलाव बचत तथा निवेश उत्पादों के भविष्य के प्रदर्शन को प्रभावित करता है समझेंगे

6.10 ग्राहक की परिस्थिति की व्यवस्था करने में आपातकालिन निधि तथा उचित ऋण के प्रबंधन का महत्व समझेंगे

7. अन्य मुख्य वित्तीय उत्पादों को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

7.1 स्वास्थ्य उत्पादों के पॉलिसी की विशेषताओं तथा लाभ जो ग्राहक के लिये उनकी उपयुक्तता प्रभावित करती हैं जानेंगे

7.2 उन परिस्थितियों को जानेंगे जिनमें स्वास्थ्य कवर उत्पादों की आवश्यकता होती है

7.3 वार्षिकी तथा पेंशन उत्पादों की विशेषताओं तथा लाभ जो ग्राहक के लिये उनकी उपयुक्तता प्रभावित करती हैं जानेंगे

7.4 उन परिस्थितियों को जानेंगे जिनमें वार्षिकी तथा पेंशन की सलाह की आवश्यकता होती है

7.5 एक ग्राहक के लिए अन्य वित्तीय उत्पादों का कर (टैक्स) व्यवहार किस प्रकार उनकी उपयुक्तता को प्रभावित करती हैं समझेंगे

7.6 ग्राहक की बतायी परिस्थितियों में अन्य वित्तीय उत्पादों की विशेषताओं की सार्थकता की प्राथमिकता तथा मूल्यांकन कैसे करें समझेंगे

8. ग्राहक की जरूरतों की पहचान करते समय मुख्य महत्वपूर्ण तथ्यों को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

8.1 ग्राहक की सात विशिष्ट जीवन अवस्थाओं को जानेंगे तथा प्रत्येक जीवन अवस्थाओं की आवश्यकताओं तथा विवशताओं को जानेंगे

8.2 निम्नलिखित तत्व किसी व्यक्ति के लिये जीवन अवस्था को कैसे प्रभावित कर सकते हैं; आयु, वैवाहिक तथा रोजगार की स्थिति, स्वास्थ्य की स्थिति, नैतिक पसंद, विवाह विच्छेद, पृथक्करण तथा वियोग (जीवन साथी की मृत्यु) समझेंगे

8.3 एक ग्राहक की वास्तविक वित्तीय जरूरतों को पहचानने के चार मुख्य चरण ग्राहक की वास्तविक एवं अनुभूत की जाने वाली जरूरतों के बीच भेद करना, ग्राहक की वर्तमान तथा भविष्य की जरूरतों के बीच भेद करना, ग्राहक की जरूरतों का परिमाण करना तथा ग्राहक की जरूरतों की प्राथमिकता निर्धारित करना जानेंगे

8.4 ग्राहक की वास्तविक वित्तीय जरूरतों को पहचानने, परिमाण करने तथा प्राथमिकता निर्धारित करने के उद्देश्य से ग्राहक के विषय में एकत्रित सूचना पर वित्तीय योजना मानक को लागू करने में समर्थ होंगे

8.5 विभिन्न उत्पादों की विशेषताओं द्वारा ग्राहक की जरूरतों की पूर्ति करने में समर्थ होंगे तथा उपयुक्त उत्पादों का सुझाव देने में वित्तीय सलाहकार की भूमिका को समझेंगे जिससे ग्राहक अपने वित्तीय लक्ष्यों को प्राप्त कर सकें

9. ग्राहक की वित्तीय योजना प्रक्रिया में एक भाग के रूप में तथ्य-अन्वेषण को पूर्ण करने के महत्व को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

9.1 जानेंगे कि तथ्य-अन्वेषण क्या है तथा इसका उपयोग कैसे करें

परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

9.2 जानेंगे तथ्य-अन्वेषण को संचालित करने के विभिन्न प्रकार ; संरचित ग्राहक के साथ बैठक के द्वारा, टेलिफोनिक साक्षात्कार के द्वारा या ग्राहक के साथ डाक पत्राचार के द्वारा

9.3 मुख्य ग्राहक और उसके परिवार के एकत्रित किये जानेवाले विवरण को जानेंगे

9.4 तथ्य-अन्वेषण में सम्मिलित मुख्य योजना और उद्देश्य के वर्गों को जानेंगे

9.5 जानेंगे कि एकत्रित विवरण के आधार पर उपयुक्त सुझाव कैसे दिया जाय

10. अच्छा ग्राहक व्यवहार तथा अक्षुण्णता कौन बनाता है समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

10.1 जानेंगे कि विक्रय प्रक्रिया के प्रत्येक चरण पर वित्तीय सलाहकार का कर्तव्य है, कि वो ये सुनिश्चित करे कि ग्राहक वित्तीय सलाहकार के सुझाव को स्वीकार करने के सभी गर्भितार्थ को किसी भी अन्तर्निहित जोखिमों के साथ, पूरी तरह से समझता है

10.2 संभावित ग्राहक को प्रारंभ में ही वित्तीय सलाहकार के स्तर पर पारिश्रमिक विधियों को प्रकट करना क्यों आवश्यक है समझेंगे

10.3 सलाहकार को क्या अवश्य करना चाहिए जब उसके पास ऐसे उत्पाद न हो जो पूर्णतया ग्राहक की आवश्यकताओं के अनुरूप हों जानेंगे

10.4 एक सलाहकार को क्या कदम अवश्य उठाने चाहिए जब ग्राहक सलाहकार के सुझाव को अस्वीकार कर दे जानेंगे

10.5 एक ग्राहक को विभिन्न कंपनियों के वित्तीय उत्पादों के परस्पर बदलने की सलाह देना क्यों नीति सम्मत नहीं होता है जब तक बदलाव स्पष्टतया ग्राहक के सर्वोत्तम हित में न हो समझेंगे

10.6 पॉलिसियों की कम अवधि में निरस्तीकरण को रोकने के लिए ग्राहक के लिए दीर्घ अवधि स्वरूप उत्पाद की संस्तुति के महत्व को समझेंगे

10.7 वित्तीय सेवा उत्पादों की बिक्री में प्रभावशाली शिकायत प्रक्रिया की आवश्यकता को समझेंगे तथा ऐसी प्रक्रियाओं के जरूरी विशेषताओं को जानेंगे

11. जीवन बीमा दावों के लिये बीमा कार्य प्रणाली को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

11.1 मान्य जीवन बीमा दावों के लिये आवश्यकताओं का वर्णन करेंगे

11.2 एक जीवन बीमा दावा क्यों अमान्य या सिर्फ आंशिक देय हो सकते हैं स्पष्ट करेंगे

11.3 हानि के बाद बीमित के कर्तव्य का वर्णन करेंगे

11.4 जीवन बीमा दावा के संबंध में दस्तावेजी साक्ष्यों की आवश्यकता का वर्णन करेंगे

11.5 उन तरिकों का वर्णन करेंगे जिससे दावा को निपटाया जा सकता है

11.6 उन कार्य प्रणाली का वर्णन करेंगे जो सामान्यतः जालसाजी दावों के निरुत्साह तथा छानबीन में उपयोग की जाती है

11.7 जालसाजी दावों का बीमाकर्ता और पॉलिसीधारक पर होने वाले परिणामों को स्पष्ट करेंगे

11.8 एक शून्य पॉलिसी और एक शून्यकरणीय पॉलिसी के बीच के अंतर को स्पष्ट करेंगे

परीक्षा पाठ्यक्रम (सिलेबस)

12. ग्राहक परामर्श को कैसे संबंधित विधायन प्रभावित करते हैं समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

12.1 मुख्य विधायन जो वर्तमान में वित्तीय सलाह को प्रभावित करते हैं, जानेंगे व उन अधिनियमों की मुख्य शर्तों और निर्बंधनों, को समझेंगे

12.2 मुख्य विधायन के पालन में असफल होने वाले वित्तीय सलाहकारों पर होने वाले परिणाम को समझेंगे

13. ग्राहक परामर्श को कैसे संबंधित बीमा विनियम प्रभावित करते हैं समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

13.1 भारतीय वित्तीय सेवा बाजार पर विनियमन के प्रभाव को समझेंगे

13.2 विनियमन, कराधान, आर्थिक तथा औद्योगिक नीति में सरकार की भूमिका का वर्णन करेंगे

13.3 मुख्य भारतीय और अंतर्राष्ट्रीय बाजारों में मुख्य हिस्सेदारों को पहचानेंगे

14. ग्राहक संरक्षण के महत्व एवं उसकी वर्तमान प्रक्रिया को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

14.1 वित्तीय सेवा बाजार में ग्राहक संरक्षण के महत्व तथा उसकी आवश्यकता का वर्णन करेंगे

14.2 उन आंतरिक प्रक्रियाओं को जानेंगे जिसके द्वारा ग्राहक सलाहकार से परेशानी से मुक्ति की माँग कर सकते हैं

14.3 उन प्रक्रियाओं को जानेंगे जिसके द्वारा ग्राहक कंपनी से परेशानी से मुक्ति की माँग कर सकते हैं

14.4 ग्राहक द्वारा की गयी शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटाने के लिए मुख्य तत्वों को समझेंगे

15. एक वित्तीय सलाहकार के लिए नैतिकता के महत्व को समझना

समापन पर, परीक्षार्थी :-

15.1 नैतिक संहिता को लागू करेंगे

15.2 व्यावसायिक सिद्धांतों तथा मूल्यों जो संहिता पर बल देते हैं समझेंगे

15.3 विशिष्ट नैतिक व्यवहारों का वर्णन करेंगे

15.4 नैतिकतापूर्ण व्यवहार की वजह से आ सकने वाले परिणामों को समझेंगे

15.5 नैतिकतापूर्ण व्यवहार न करने की वजह से आ सकने वाले परिणामों को समझेंगे

विषय सूची

1: बीमा बाजार कैसे परिचालित (आपरेट) होता है।

A बीमा क्या है?	1/3
B वित्तीय सेवाओं तथा बीमा की भूमिका	1/6
C व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभ	1/8
D बीमा का इतिहास	1/10
E बीमा संगठन एवं उनकी भूमिकाएँ	1/13
F बीमा वितरण	1/17
G बीमा उत्पाद	1/19
H अभिकर्ता की भूमिका व कार्य	1/21
परिशिष्ट 1.1 भारत में सक्रिय बीमा कम्पनियाँ (जनवरी 2011)	1/27

2: जोखिम तथा बीमा

A जोखिम की धारणा	2/2
B जोखिम के घटक	2/5
C बीमा योग्य जोखिम	2/9
D जोखिम हस्तान्तरण	2/11
E जोखिमों का पूल बनाना	2/12

3: भाग 1 — बीमा सिद्धान्त

A एक वैध बीमा अनुबंध के आवश्यक तत्व	3/3
B बीमा योग्य हित	3/8
C परम सद्भाव	3/11
D सारभूत तथ्य	3/14
E क्षतिपूर्ति	3/16

3: भाग 2 — बीमा व्यवहार

F बीमा पॉलिसियाँ कैसे खरीदी व लिखी जाती हैं	3/22
G मुख्य दस्तावेज	3/24
H मुख्य बीमा शब्दावली (पद)	3/33
I प्रीमियम भुगतान तथा वैध कवर की सम्बद्धता	3/43

4: बीमा जोखिमांकन

A बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया	4/3
B आवश्यक सूचनाएँ प्राप्त करना	4/6
C नैतिक एवं भौतिक खतरे	4/9
D वित्तीय, मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन	4/12
E मानव जीवन मूल्य (HLV)	4/14
F ग्रहणाधिकार	4/17
G मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना	4/19
H बोनस की गणना करना	4/27
I जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका	4/29

5: मूल जीवन बीमा उत्पाद

A सुरक्षा जरूरतें	5/2
B जीवन बीमा उत्पाद	5/7
C कराधान एवं मुद्रास्फीति	5/18
D सुरक्षा जरूरतों को प्राथमिकता क्रम निर्धारित करना	5/21

6: बचत उत्पाद

A बचत/निवेश सलाह की जरूरत	6/3
B किसी व्यक्ति की बचत जरूरत को निर्धारित करने वाले कारक	6/4
C बचत उत्पादों की विशेषताएँ एवं लाभ	6/7
D बचत उत्पादों के प्रकार	6/10
E बचत उत्पादों पर कर एवं मुद्रास्फीति प्रभाव	6/15
F बचत उत्पादों पर ब्याज दर का प्रभाव	6/17
G बचत जरूरतों की प्राथमिकता तय करना	6/18

7: अन्य मुख्य वित्तीय उत्पाद

A अन्य वित्तीय जरूरतें	7/2
B उत्पाद के प्रकार, उनकी विशेषताएँ तथा लाभ	7/5
C कर तथा मुद्रास्फीति का बीमा उत्पादों पर प्रभाव	7/18
D जरूरतों की प्राथमिकता तय करना तथा उनके लिए वित्तीय उत्पाद लागू करना	7/19

8: ग्राहकों के जरूरतों की पहचान करना

A आपका ग्राहक कौन है?	8/2
B किसी ग्राहक की विशिष्ट जीवन अवस्थाएँ	8/6
C जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करने वाले कारक	8/14
D ग्राहक की जरूरतें: वास्तविक तथा अनुभूत	8/18
E संवाद, प्रश्न पूछकर जानकारी प्राप्त करना (पूछताछ) तथा श्रवण कौशल	8/20
F पारिवारिक विवरण सहित ग्राहक का विवरण एकत्र करना	8/24
G प्राथमिकताओं को समझना—एक सारांश	8/24
H स्वीकृतियों की पुष्टि तथा उद्देश्यों पर सहमति	8/25

9: तथ्य-अन्वेषण तथा वित्तीय योजना बनाना

A तथ्य—अन्वेषण क्या है?	9/2
B तथ्य—अन्वेषण का उपयोग करना	9/5
C आंकलन तथा विश्लेषण	9/12
D ग्राहक की स्थिति के अनुसार उत्पाद की विशेषताओं एवं लाभों का उपयोग करना	9/14
E सुझाव देना	9/17

10: अच्छा ग्राहक व्यवहार

A एक बीमा अभिकर्ता के कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व	10/3
B ग्राहक की आवश्यकताएँ	10/4
C अभिकर्ता, पारिश्रमिक तथा स्पष्ट प्रकटन विधियाँ	10/4
D उपयुक्त पॉलिसियों के सुझाव देना	10/6
E स्थापित पॉलिसियों के दीर्घ—अवधि लाभ तथा अल्प—अवधि निरस्तीकरण से बचाव करना (अक्षुण्णता)	10/11
F ग्राहकों के अधिकार तथा शिकायत की प्रक्रियाएँ	10/15
G ग्राहकों के साथ दीर्घ—कालीन सम्बन्ध बनाना	10/15

11: दावे

A एक मान्य दावे की आवश्यकताएँ	11/3
B एक दावा अमान्य क्यों हो सकता	11/7
C मृत्यु के बाद के कर्तव्य और दस्तावेजी सबूत	11/8
D दावा निपटान	11/10
E धोखाधड़ी युक्त दावे	11/12
F शून्य और शून्यकरणीय अनुबन्ध	11/15

12: विधायन तथा ग्राहक परामर्श

A बीमा अधिनियम 1938	12/2
B भारतीय जीवन बीमा कंपनी अधिनियम 1912	12/7
C जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956	12/7
D बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) अधिनियम 1999	12/8
E मनी लॉन्डरिंग निरोधक अधिनियम (PMLA) 2002	12/9
F विवाहित स्त्री संपत्ति (MWP) अधिनियम 1874	12/12
G अन्य मुख्य विधायन	12/14

13: विनियम तथा ग्राहक परामर्श

A सरकार की भूमिका	13/2
B प्रमुख भारतीय तथा अंतर्राष्ट्रीय संस्थाएं	13/5
C आई आर डी ए तथा अन्य विनियामकों के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य	13/8
D आई आर डी ए (बीमा एजेंटों की लाइसेंसीकरण) विनियम 2000	13/10

14: उपभोक्ता संरक्षण

A ग्राहक संरक्षण के महत्व	14/3
B आई आर डी ए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम 2002	14/3
C विशिष्ट शिकायतें	14/9
D ग्राहकों की शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटना	14/11
E बीमा लोकपाल की भूमिका	14/15
F आई आर डी ए का शिकायत निवारण सेल	14/18
G एक विशिष्ट शिकायत	14/19
H लाइसेंस का नवीनीकरण	14/20

15: नैतिकता तथा आचार संहिता

A नैतिकता से हम क्या समझते हैं?	15/3
B विशिष्ट अनैतिक व्यवहार	15/4
C नैतिकता के व्यावसायिक लाभ	15/6
D विशिष्ट नैतिक व्यवहार	15/8
E नैतिक संहिता सहित नैतिक ढांचा	15/9
F व्यावसायिक उत्तरदायित्वों का निर्धारण	15/10
G मूल्यांकन, अनुश्रमण, अनुशासन	15/12
H IRDA द्वारा निर्धारित आचार संहिता	15/14

अध्याय-1

बीमा बाजार कैसे परिचालित (आपरेट) होता है

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A बीमा क्या है?	1/3
B वित्तीय सेवाओं तथा बीमा की भूमिका	1/6
C व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभ	1/8
D बीमा का इतिहास	1/10
E बीमा संगठन एवं उनकी भूमिकाएँ	1/13
F बीमा वितरण	1/17
G बीमा उत्पाद	1/19
H अभिकर्ता की भूमिका व कार्य	1/21
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:-

- बीमा की जरूरत को समझाने में;
- बीमा कैसे कार्य करता है, को स्पष्ट करने में;

- देश की अर्थव्यवस्था निर्माण में वित्तीय सेवा क्षेत्र की भूमिका तथा बीमा क्षेत्र की भूमिका स्पष्ट करने में;
- एक व्यावसायिक बाजार से द्वारा उत्पन्न किये गये लाभों को स्पष्ट करने में;
- भारत में बीमा के इतिहास के साथ बीमा उद्योग में हाल में हुए विकास का सारांश प्रस्तुत करने में;
- बीमा बाजार की संरचना, विभिन्न प्रकार के बीमा संगठनों तथा बीमा उद्योग की विविध भूमिकाओं का वर्णन करने में;
- बीमा उत्पादों का वितरण कैसे होता है, को स्पष्ट करने में;
- बाजार में उपलब्ध विविध प्रकार के बीमा उत्पादों का सारांश प्रस्तुत करने में;
- बीमा अभिकर्ता के कार्य एवं उसकी भूमिका का वर्णन करने में;

परिचय

पहले चरण में आपको एक व्यावसायिक (प्रोफेशनल) एवं सफल जीवन बीमा अभिकर्ता (एजेंट) बनने के लिए जरूरी जानकारी प्राप्त करने में सहायता प्रदान करने के उद्देश्य से हम सर्वप्रथम जीवन बीमा – क्या है तथा यह क्यों जरूरी है को समझने जा रहे हैं। इस अध्याय में हम भारत में बीमा बाजार की ओर दृष्टिपात करने तथा जीवन बीमा की कुछ मूल धारणाओं एवं विचारों का परिचय देना प्रारम्भ कर रहे हैं। हम आपको उन उत्पादों, जिन्हें आप अपने ग्राहकों को उनकी वास्तविक आवश्यकताओं के अनुरूप उन्हें बेचेंगे, की व्याख्या करने में सहायता प्रदान करने के लिए आवश्यक जानकारी देने की प्रक्रिया अगले कुछ अध्यायों में जारी रखेंगे।

जीवन बीमा कैसे कार्य करता है, जानने के लिए हमें केवल मानव जीवन ही नहीं, बल्कि सम्पूर्ण बीमा बाजार का अध्ययन करना होगा क्योंकि अन्य वस्तुओं का भी बीमा किया जाता है परन्तु हमारा ध्यान जीवन बीमा पर ही केन्द्रित होगा।

इस पहले भाग में हम बीमा क्या है, यह किसके लिए है तथा लोगों के लिए यह क्यों जरूरी है के बारे में जानकारी प्राप्त करना प्रारम्भ करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दावलियाँ एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

बीमा	जोखिम हस्तान्तरण (ट्रांसफर)	जोखिम अपने पास रखना (रिटेंशन)	पुनर्बीमा (रीइश्योरेंस)
उदारीकरण	जीवन बीमा	गैर-जीवन बीमा	बीमा मध्यस्थ
ई-विक्रय	बैंकाश्योरेंस	बीमा दलाल (ब्रोकर)	प्रत्यक्ष विपणन (मार्केटिंग)
अप्रत्यक्ष विपणन (मार्केटिंग)	जोखिमांकनकर्ता (अंडरराइटर)	बिमांकक (एक्च्युरी)	तृतीय पक्ष प्रबन्धन(टी पी ए)
नियामक (रेग्युलेटर)	एकल अभिकर्ता	अवधि बीमा (टर्म इश्योरेंस)	बन्दोबस्ती बीमा (एन्डाउमेंट इश्योरेंस)
मनी बैक बीमा (धन वापसी)	यूनिट-लिंक्ड –बीमा योजना (इश्योरेंस प्लान) यूलिप	पेंशन योजनाएँ	

नोट

आप अध्याय के मूल पाठ में पूछे गये प्रश्नों के उत्तर अध्याय के अन्त में पायेंगे।

A बीमा क्या है?

हम बीमा को निम्नानुसार परिभाषित कर सकते हैं:—

बीमा, बीमा कम्पनी (बीमाकर्ता) एवं पॉलिसीधारक (बीमित) के मध्य एक अनुबंध (कॉन्ट्रैक्ट) है। एक प्रतिफल (प्रीमियम) के बदले में बीमा कम्पनी बीमित को एक विशिष्ट घटना घटने पर एक निर्धारित राशि के भुगतान का वचन देती है।

यह सब बहुत सरल सा लगता है। लेकिन इसका अर्थ क्या है? इस प्रश्न के उत्तर हेतु आवश्यक ज्ञान प्राप्त करने के प्रथम चरण के रूप में हमें जानना होगा कि बीमा की आवश्यकता **क्यों** होती है।

A1 बीमा की जरूरत

बीमा की जरूरत को समझने के लिए निम्न प्रकरण—अध्ययन पर विचार करें:—

प्रकरण—अध्ययन

अजय की आयु 35 वर्ष है तथा वह एक बहुराष्ट्रीय निगम (एम एन सी) के लिए काम करता है उसका एक पुत्र विजय 10 वर्ष का है, जिसके लिए उसका सपना है कि एक दिन वह डॉक्टर बनेगा। अजय की पत्नी एक गृहिणी है तथा उसके माता-पिता सेवानिवृत्त हैं एवं उस पर निर्भर हैं। अजय ने एक गृह ऋण ले रखा है तथा अपने पुत्र की उच्च शिक्षा, विवाह तथा स्वयं के सेवानिवृत्ति के लिए मासिक निवेश कर रहा है। अजय इसके बारे में आश्वस्त होना चाहता है कि विजय सब कुछ अच्छा प्राप्त करे तथा वह स्वयं अपनी सेवानिवृत्ति के पश्चात विजय पर निर्भर न रहे, जिस तरह अजय के माता-पिता उस पर निर्भर हैं। काफी समय तक सब कुछ अजय की योजना के अनुसार अच्छा चल रहा है। लेकिन कल्पना करें कि निम्न परिस्थिति में क्या होगा:—

एक दिन ऑफिस से घर लौटते समय अजय की दुर्घटना हो जाती है एवं उसकी मृत्यु हो जाती है। क्या होगा? कौन परिवार, विजय की शिक्षा, विजय के विवाह तथा गृह ऋण आदि की देखभाल करेगा? अजय के पास कौन से विकल्प उपलब्ध हैं जिससे उसके न रहने पर उसके परिवार की देखभाल होती रहे?

अब आप स्वयं को अजय के स्थान पर रखें और कल्पना करें कि आप परिवार को कमा कर देने वाला व्यक्ति हैं तथा उपरोक्त परिस्थिति का सामना आपको करना है। आप क्या करेंगे? निश्चित रहें कि हमारा आशय आपको परेशान करना या डराना नहीं है। हम इस प्रकरण अध्ययन के माध्यम से आपको बीमा की महत्ता का अहसास कराने का प्रयास कर रहे हैं जो कि उपरोक्त घटित परिस्थिति में अजय के परिवार द्वारा सामना किये जाने वाली सभी समस्याओं का हल है। अतः एक बार फिर उपरोक्त परिस्थिति की ओर नजर डालें तथा देखें जीवन बीमा किस प्रकार एक हल दे सकता है।

यदि अजय के पास पर्याप्त जीवन बीमा कवर है, तो जब उसकी मृत्यु होगी, जीवन बीमा कम्पनी से प्राप्त



राशि उसके परिवार के जीवनयापन खर्चों की पूर्ति, विजय की शिक्षा एवं विवाह, तथा गृह ऋण की भरपाई आदि में भी सहायता करेगी। कि बीमा किस प्रकार एक हल प्रदान कर सकता है।

जीवन बीमा कमा कर देने वाले व्यक्ति की असमय मृत्यु पर उसके परिवार को सुरक्षा प्रदान करता है। यदि अजय के पास पर्याप्त जीवन बीमा कवर है, तो जब उसकी मृत्यु होगी, जीवन बीमा कम्पनी से प्राप्त राशि उसके परिवार के जीवनयापन खर्चों की पूर्ति, विजय की शिक्षा एवं विवाह, तथा गृह ऋण की भरपाई आदि में भी सहायता करेगी।

अब उपरोक्त परिदृश्य को देखने के बाद, हम पाते हैं कि इस प्रकरण में **जीवन बीमा** एक व्यक्ति के लिए अप्रत्याशित घटनाएँ होने पर सुरक्षा उपाय की तरह काम कर सकता है।

इस पर विचार करें...

अपने परिवार को कमा कर देने वाले व्यक्ति के रूप में, किन जोखिमों से आप असुरक्षित हैं? क्या आपके कोई वित्तीय लक्ष्य हैं जिन्हें आप सुरक्षित करना चाहते हैं?



A2 बीमा किस प्रकार कार्य करता है?

अब जब कि आप बीमा की जरूरत को समझ गये हैं, बीमा वास्तव में **किस** प्रकार कार्य करता है, को समझने के लिये आगे बढ़ सकते हैं।

हम अजय के प्रकरण अध्ययन को जारी रख सकते हैं। अजय जिन अनेकों जोखिमों का सामना करता है उनमें से एक है उसकी असमय मृत्यु परन्तु वह अन्य कई जोखिमों का भी सामना करता है— उदाहरणार्थ जैसे उसे किसी समय मेडिकल देखभाल की आवश्यकता होगी, उसका मकान जल सकता है। अजय इन जोखिमों का विभिन्न तरीकों से संभाल सकता है।

●**जोखिम अपने पास रखना (रिटेंशन):**— इन जोखिमों से निपटने का एक रास्ता यह है कि उनसे सुरक्षा की कोई व्यवस्था ही न की जाए, अर्थात् स्वयं संबंधित व्यक्ति द्वारा जोखिम वहन किया जाए। इसे जोखिम को अपने पास रखना कहा जाता है, वास्तव में यह चतुराईपूर्ण विकल्प नहीं है। क्योंकि दैवयोग से यदि समय अच्छा रहे तो इनमें से कुछ भी घटित नहीं होगा अतः अजय को चिन्ता करने की आवश्यकता नहीं होगी। परन्तु इनमें से कभी भी कोई भी घटना घटित हो सकती है और तब अजय मुसीबत में होगा। अतः अजय के लिए इन जोखिमों को अपने पास रखना या अपने पास सम्भलना वास्तव में चतुराईपूर्ण नहीं होगा।

●**जोखिम हस्तान्तरण (ट्रांसफर) करना:**— इन जोखिमों को संभालने की व्यवस्था करने का अन्य रास्ता उन्हें किसी को हस्तान्तरित करना है जो कि उन्हें उचित रूप से संभाल सकें। सरल शब्दों में, एक व्यक्ति जिसके पास वहन करने की क्षमता नहीं है से जोखिम को अन्य किसी को हस्तान्तरण जिसमें वहन करने की क्षमता है, **बीमा** कहलाता है।

अब इस बिंदु पर बीमा की परिभाषा पर लौटना हमारे लिए उपयोगी हो सकता है:—

बीमा कम्पनी (बीमाकर्ता) तथा पॉलिसीधारक (बीमित) के मध्य प्रभावी होने वाले अनुबंध को बीमा कहते हैं। प्रतिफल (प्रीमियम) के रूप में प्राप्त होने वाली धनराशि के बदले बीमा कम्पनी किसी विनिर्दिष्ट घटना घटित होने पर बीमित को एक निर्धारित राशि का भुगतान करने का वचन देती है।

बीमा तब कुछ नहीं बल्कि जोखिम हस्तांतरण की प्रक्रिया है जहाँ बीमा लेने वाले व्यक्ति अपनी जोखिम को भुगतान (प्रीमियम के रूप में) के बदले बीमा कंपनी को हस्तांतरित करते हैं।

बीमा जोखिम हस्तांतरण की प्रक्रिया है।

अतः अजय के प्रकरण में वह बीमा लेकर, प्रीमियम का भुगतान कर अपनी जोखिमों का हस्तान्तरण बीमा कम्पनी को कर सकता है।

बीमा कम्पनियाँ अजय जैसे उन सभी लोगों से प्रीमियम एकत्रित करती हैं जो कि एक जैसी जोखिम का सामना करते हैं तथा प्राप्त राशि को जोखिम पूल (एक ही फंड में इकट्ठा करना) में डालती हैं। प्रत्येक व्यक्ति एक ही समय पर बीमित घटना अनुभव होने का सामना नहीं करेगा परन्तु जो लोग बीमित घटना का अनुभव करेंगे उक्त जोखिम पूल से क्षतिपूर्ति प्राप्त करते हैं।

अतः उपरोक्त व्याख्या से हम देख सकते हैं कि बीमा

- धारक (बीमित व्यक्ति) द्वारा जोखिम हस्तान्तरण की प्रक्रिया है;
- दूसरे पक्ष (बीमाकर्ता) को, जो जोखिम वहन कर सकता है;
- एक प्रतिफल (प्रीमियम) के बदले में;

बीमा व्यवसाय सम्पत्ति के आर्थिक मूल्य की सुरक्षा से सम्बन्धित है। एक सम्पत्ति उसके स्वामी के लिए मूल्यवान होती है क्योंकि वह उससे कुछ लाभ की अपेक्षा रखता है। यह लाभ सम्पत्ति से आमदनी (एक कार किराये पर देने पर) या सुविधा (कार का स्वयं अपनी यात्रा में प्रयोग करने पर) के रूप में हो सकता है।

मानव भी इस अभिप्राय से सम्पत्ति होता है कि उनमें आय उपार्जन करने की क्षमता होती है। प्रत्येक मानव की एक सीमित जीवन अवधि होती है एवं मृत्यु निश्चित है। लेकिन मृत्यु का समय अनिश्चित है। यदि एक व्यक्ति की अनपेक्षित रूप से अपने कार्यशील जीवन में जल्दी मृत्यु हो जाती है, तो उसका परिवार उस व्यक्ति द्वारा भविष्य में उपार्जन की जाने वाली आय खो देता है जिससे उसके कार्यशील जीवन में उनका निर्वाह होता था। ऐसे में जीवन बीमा किसी व्यक्ति की असमय मृत्यु के कारण उत्पन्न वित्तीय कमी को भरने का काम करता है। प्रत्येक व्यक्ति की मृत्यु का समय अनिश्चित होता है, संभवतया इसलिए सभी को कम आयु में ही अपनी भावी आय की सुरक्षा के लिए जीवन बीमा की आवश्यकता होती है।

जीवन बीमा किसी व्यक्ति की असमय मृत्यु से होने वाली आय की हानि के कारण उत्पन्न वित्तीय कठिनाई से परिवार की सुरक्षा कर सकता है।



ध्यान रहे!

बीमा बीमित घटना घटने से रोक नहीं सकता है। यह केवल बीमित घटना घटित होने के फलस्वरूप से होने वाली हानि की क्षतिपूर्ति प्रदान कर सकता है।



प्रश्न 1.1

कौन सा सही है? बीमा खरीदना एक कार्य है:-

- 1) जोखिम हस्तान्तरण का; या
- 2) जोखिम अपने पास रखने का।



प्रस्तावित क्रिया:-

अपने परिवार के सदस्यों या मित्रों से बातचीत करें जिन्होंने बीमा करवाया है। उनसे उन बिन्दुओं, जिन पर उन्होंने बीमा खरीदने से पहले विचार किया था तथा उन कारणों, जिससे उन्होंने इसे खरीदा, के बारे में जाने।

अतः अब हम सरलतम शब्दों में जानते हैं कि बीमा किस प्रकार कार्य करता है। हमने देखा कि यह किस प्रकार जीवन के सबसे दुखद घटनाओं से उत्पन्न होने वाली हानियों से सुरक्षा प्रदान करके एक व्यक्ति को लाभ प्रदान कर सकता है। तथापि बीमा तथा बीमा उद्योगसे व्यक्ति के बावजूद और भी लाभान्वित होते हैं तथा हम इन पर निम्नलिखित भाग में विचार करेंगे

B वित्तीय सेवा तथा बीमा की भूमिका

बीमा लोगों की वित्तीय कठिनाई से सुरक्षा करता है।

एक नियोक्ता, एक लाभ उत्पादक तथा निवेश के लिए धन उपलब्ध करवाने वाले के रूप में, वित्तीय सेवा उद्योग देश की विस्तृत अर्थव्यवस्था में एक महत्वपूर्ण भूमिका अदा करती है। बीमा विशेषतः समाज को आर्थिक एवं सामाजिक रूप से लाभ पहुँचाता है। सामाजिक रूप से, एक आपदा घटित होने पर यह लोगों की वित्तीय कठिनाई से सुरक्षा करता है, उदाहरणतः एक परिवार कमा कर देने वाले प्रदाता को खोता है तो, उसके बच्चों की उच्च शिक्षा रोकनी नहीं पड़ेगी। आर्थिक रूप से, यह रोजगार भी उपलब्ध करवाता है। यद्यपि यह उद्योगों से प्रत्यक्ष रोजगार सृजित नहीं करता है परन्तु क्योंकि किसी आपदा/जोखिम के लिए संरक्षित पूँजी को दीर्घ-अवधि तक अपने पास सुरक्षित रखने की कंपनियों को आवश्यकता नहीं होती है इस लिए वो इस धनराशि (पूँजी) को अपने व्यवसाय में निवेशित कर सकती है।

आर्थिक भूमिका विशेष रूप से महत्वपूर्ण है क्योंकि, यदि सरकार को वर्तमान रफ्तार से विकास जारी रखना है तो देश के आधारभूत ढाँचे में निवेश के लिए बहुत बड़ी धनराशि की आवश्यकता होती है। सरकार का सकल व्यय हमेशा उसकी आय से अधिक होता है, अतः ढाँचागत विकास में बीमा कम्पनियों सहित निजी कम्पनियों की विशेष भूमिका होती है। प्रीमियम से प्राप्त धनराशि को भारत के ढाँचागत विकास: सिंचाई, आवास, जल, अवशिष्ट प्रवाह एवं सफाई जैसी जरूरतों में निवेश किया जा सकता है। इस तरह से बीमा न केवल बीमा धारकों को बल्कि सम्पूर्ण समाज को लाभ पहुँचाता है।

जीवन बीमा बीमित व्यक्ति के लिए एक दीर्घ-अवधि वचन बद्धता है, उन्हें वर्ष-दर-वर्ष लम्बे समय तक प्रीमियम भुगतान करने की आवश्यकता होगी। इस सम्बन्ध में दीर्घ-अवधि का अर्थ है कि बीमा उद्योग विशिष्ट मूलभूत परियोजनाओं जैसे हवाई-अड्डे, सड़क, पुल, बन्दरगाह एवं ऊर्जा इकाई आदि परियोजनाओं जिनके विकास में लम्बा समय लगता है को लागत पूँजी उपलब्ध कराने में महत्वपूर्ण स्थान रखता है।

इस प्रकार हम देख सकते हैं कि एक पूर्ण विकसित व तैयार बीमा क्षेत्र आर्थिक विकास को बल प्रदान करता है तथा साथ ही देश की जोखिम वहन क्षमता को मजबूत करता है।

एकल व्यक्ति के लिए भी बीमा की महत्वपूर्ण भूमिका है। पॉलिसी धारक के लिए कुछ लाभ नीचे दर्शाये गये हैं

निवेश विकल्प (सिक्क्योरिटी)	बीमा उत्पाद एक उत्तम निवेश विकल्प है जहाँ पॉलिसीधारक को न केवल बीमा कवर का लाभ मिलता है बल्कि उसकी जोखिम वहन क्षमता के आधार पर उसके निवेश का प्रतिफल भी देता है।
वित्तीय प्रतिभूति की सुरक्षा	बीमा कम्पनियाँ पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों (टर्मस् एण्ड कंडिशनस्) के अनुसार किसी बीमित व्यक्ति या सम्पत्ति के साथ कुछ घटित हो जाने के मामले में क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। जीवन बीमा कमा कर देने वाला व्यक्ति के न रहने पर परिवार को आर्थिक सुरक्षा प्रदान कर परिवार की आवश्यकताओं तथा बच्चों की शिक्षा एवं विवाह में सहायता प्रदान करता है। अतः एक व्यक्ति के लिए हानि का प्रभाव अपेक्षाकृत कम हो जाता है।
कर लाभ (टैक्स)	बीमा आयकर अधिनियम 1961 के अन्तर्गत काफी कर लाभ देता है। रु. 1,00,000 तक भुगतान किया गया प्रीमियम अधिनियम की धारा 80C के अन्तर्गत कुछ शर्तों एवं निर्बन्धनों के अधीन कर योग्य आय में से छूट हेतु योग्य होता है। वर्तमान नियमों के अनुसार अधिनियम की धारा 10(10D) के अन्तर्गत नामित या पॉलिसीधारक द्वारा प्राप्त मृत्यु हितलाभ या परिपक्वता हितलाभ भी कर मुक्त है। जिसके लिए रु. 1,00,000 तक का प्रीमियम अदा किया गया हो।
विभिन्न आयु वर्ग स्तरों की आवश्यकताओं के अनुरूप योजना	आज बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित बीमा उत्पाद विभिन्न आयु वर्ग में व्यक्तियों की आवश्यकताओं के अनुरूप निर्मित किये गये हैं। यह व्यक्ति को उसकी विभिन्न एवं बदलती प्राथमिकताओं को पूरा करने हेतु निवेश के अवसर प्रदान करता है।

उदाहरण

- एक युवा व्यक्ति जिसने अभी कमाना प्रारम्भ किया है, वह अपनी जोखिम वहन क्षमता के आधार पर शुद्ध सुरक्षा के लिए एक अवधि बीमा योजना या उच्च प्रतिफल के लिए एक यूलिप (यूनिट लिंक्ड बीमा योजना) ले सकता है।
- एक व्यक्ति जो 25–30 वर्ष आयु का है तथा अपने परिवार के भविष्य के लिए, जैसे बच्चे की शिक्षा या विवाह के लिए निवेश करना चाहता है, वह अपने जोखिम प्रोफाइल के आधार पर विभिन्न बाल यूलिप या बन्दोबस्ती (एन्डाउमेंट) योजना में निवेश कर सकता है।
- एक व्यक्ति जो सेवानिवृत्ति आय चाहता है, वह पेंशन योजनाओं में निवेश कर सकता है।
- एक व्यक्ति अपने पूर्ण जीवन काल के दौरान जोखिम कवर पाने के लिए अपना निवेश आजीवन पॉलिसी में कर सकता है।

बचत की आदतों का विकास करना	एक व्यक्ति अपने बीमा प्रीमियम के भुगतान के लिए अपनी आय में से कुछ धन राशि बचत करना सीखता है। यह व्यक्तियों में बचत की आदतों को प्रोत्साहित करता है।
बीमा पॉलिसी	व्यक्ति अपनी बीमा पॉलिसियों पर पॉलिसी लाभ को प्रभावित किये बिना पॉलिसी के



पर ऋण	निबन्धनों एवं प्रचलन के अनुसार ऋण ले सकता है।
पूँजी एवं प्रबन्धन की चिन्ता से मुक्त रहना	जब किसी कम्पनी का प्रबन्धन यह जानता है कि कम्पनी द्वारा सामना की जा सकने वाली कई जोखिमों का कवर बीमा द्वारा किया जाता है, तो उन्हें उन जोखिमों के प्रभावों को कवर करने के लिए अलग से कोष स्थापित करने की आवश्यकता नहीं रहती है। वे अपने व्यवसाय की वृद्धि एवं विकास पर ध्यान देने के लिए मुक्त रहते हैं। यह कम्पनी को अधिक प्रभावशाली बनाता है, इस प्रकार देश की समग्र (ओवरऑल) अर्थव्यवस्था के सुधार में मदद करता है।

इस तरह बीमा समाज को एक सकारात्मक योगदान प्रदान कर सकता है यदि लोगों में यह विश्वास हो कि उन्हें केवल वह पॉलिसी बेची जायेगी जो उनकी आवश्यकताओं को पूरा करेगी तथा बीमित घटना के घटित होने पर पॉलिसी उनकी सुरक्षा करेगी अन्यथा लोग बीमा नहीं लेंगे तथा यह सभी लाभ नष्ट हो जायेंगे या घट जायेंगे। इस लिये बीमा बाजार को अपने सभी कार्यों में एक व्यावसायिक दृष्टिकोण अपनाने की आवश्यकता है।

C एक व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभ

एक व्यावसायिक बीमा बाजार वह होता है जो कि ग्राहकों के साथ लेनदेन करने में पारदर्शी एवं ईमानदार होता है तथा जो अपने सभी कार्यों के दौरान ग्राहकों के हितों को सर्वोपरि रखता है। ऐसे व्यावसायिक दृष्टिकोण अपनाने के अनगिनत लाभ हैं जैसे हम यहाँ देखेंगे।

आवश्यकता आधारित विक्रय

एक व्यावसायिक बाजार यह सुनिश्चित करता है कि ग्राहक वह प्राप्त करे जिनकी उन्हें तलाश है न कि जो कम्पनी उन्हें बेचना चाहती है। यह 'आवश्यकता आधारित विक्रय' कहलाता है। एक ग्राहक जिसे यह विश्वास है कि उसे केवल ऐसा उत्पाद बेचा जायेगा जो उसकी जरूरत पूरी करता है तो वह उसे खरीदना अधिक पसन्द करता है तथा पुनः खरीदता है तथा दूसरों को भी बीमा की सलाह देता है। बीमा उद्योग का विनियामक (IRDA) गलत-विक्रय के मामलों के बारे में पता लगाने का सक्रिय प्रयास कर रहा है। ऐसा तब होता है जब ग्राहक को बेची गई पॉलिसी कुछ मामलों में उसकी जरूरतों को पूरा नहीं करती है। जब ऐसा होता है तो जनता बीमा के लाभों को शंका तथा उपेक्षा से देखती है।

प्रकटीकरण (डिस्कलोजर)

इस प्रकार, एक व्यावसायिक बीमा बाजार वह होता है जो कि अपने लेनदेन में पारदर्शी होता है: जहाँ सभी सम्बन्धित सूचनाओं का स्पष्ट प्रकटीकरण होता है। उदाहरण के लिए, यूनिट-लिंकड बीमा योजना (यूलिप) की पॉलिसी में प्रीमियम को अलग-अलग (सभी प्रभारों सहित) दिया गया है। बीमा विनियामक ने बीमा कम्पनियों द्वारा किसी उत्पाद से प्राप्त होने वाले लाभ के दृष्टांत दस्तावेज में अभिकर्ता को देय कमीशन का उल्लेख करना अनिवार्य कर दिया गया है। इस व्यवस्था द्वारा ग्राहक को सभी अपेक्षित सूचनाओं की जानकारी प्राप्त होती है अर्थात् उसके कुल निवेश में से कितनी राशि बीमा सुरक्षा, निवेश एवं अन्य व्ययों में लगायी जायेगी।

व्यावसायिक तरीके से संचालित एक बीमा बाजार अपने ग्राहकों को, स्वयं को, समाज एवं विस्तृत अर्थव्यवस्था को बहुत से लाभ प्रदान करता है।

पॉलिसीधारकों में उच्चतर विश्वास	बीमा विक्रय (आवश्यकता आधारित विक्रय एवं प्रकटीकरण को शामिल करते हुए) का एक व्यावसायिक दृष्टिकोण विभिन्न कदमों जैसे नियमन, शिकायत निवारण तन्त्र, लोकपाल तथा आई आर डी ए शिकायत कॉल सेन्टर (खण्ड D4 में देखें) से जनता का विश्वास बनाने में बहुत सहायक होता है। जनता आश्वस्त हो सकती है कि उनके साथ उद्योग द्वारा उचित व्यवहार किया जा रहा है तथा यदि उन्हें कोई वैध शिकायत है, तो विनियामक उनकी सहायता करेगा। अतः वे अपनी जरूरतों को पूरा करने के लिए एक व्यवहारिक साधन के रूप में बीमा को अधिक पसन्द करते हैं।
बीमा पहुँच में वृद्धि	भारत विश्व की दूसरी बड़ी जनसंख्या है इसी से दूसरे बड़े बीमा बाजार बनने की भी संभावना है। यह बाजार इतना विशाल है कि यहाँ सभी बीमाकर्ताओं को पर्याप्त नये ग्राहक पाने की गुंजाइश है, साथ ही आपस में प्रतिद्वन्द्वता कर अपनी क्षमताओं एवं शक्तियों का अपव्यय करने की आवश्यकता नहीं होगी। यह बीमा बाजार की पहुँच में वृद्धि करेगा, लेकिन ऐसा तभी संभव होगा जब जनता को विश्वास हो कि वे बीमा खरीदने के माध्यम से अपनी जरूरतों को पूरा करने में सुरक्षित हैं।
सामाजिक लाभ	जिस प्रकार बीमा भारतीय समुदाय में अधिकाधिक रूप में अधिकाधिक लोगों द्वारा एक सुरक्षित महत्वपूर्ण विकल्प के रूप में देखा जा रहा है, पारिवारिक त्रासदी या अन्य अनपेक्षित घटना के प्रभाव से लोगों को होने वाली कठिनाईयों में कमी आ रही है।
रोजगार सृजन	बीमा के प्रसार एवं पहुँच में वृद्धि से अधिक रोजगार के अवसर उत्पन्न होंगे। बीमा कम्पनियाँ लगातार अपने उत्पाद बेचने के लिए नये कर्मचारी एवं अभिकर्ताओं की भर्ती कर रही हैं। गतिशील बाजार तथा नई भूमिकाएँ उभरने के साथ, स्व-व्यवसायी नये अवसरों की तलाश कर सकते हैं। बीमा बाजार जो एक व्यावसायिक उद्योग के रूप में प्रतिष्ठित है, अच्छे एवं योग्य कार्मिकों को बीमा में कैरियर के लिए आकर्षित करेगा, और इस प्रकार यह बाजार के व्यावसायिकरण को प्रोत्साहन में भी मदद करेगा।
बीमा कम्पनी के लिए लाभों में वृद्धि	एक कम्पनी जो बीमा बेचने में व्यावसायिक दृष्टिकोण अपनाती है। इसलिये अपने ग्राहकों का विश्वास प्राप्त कर अधिक बीमा बेचने में समर्थ होगी। नये ग्राहकों द्वारा बीमा में विश्वास वृद्धि के फलस्वरूप बीमा विक्रय में वृद्धि होती है तथा इससे बीमा कम्पनियों का लाभ बढ़ता है। यह, नये ग्राहकों के लिए बीमा वृद्धि में विश्वास के रूप में बीमा प्रसारण सहित, बीमा कम्पनी की लाभदेयता में वृद्धि करेगा।

हम देख सकते हैं कि एक **व्यावसायिक** बीमा बाजार के ये लाभ उन समग्र लाभों की वृद्धि में योगदान करेंगे जिनकी खण्ड B में चर्चा में चर्चा की गई है। बीमा विस्तृत अर्थव्यवस्था को लाभान्वित करता है। अधिक लाभ कमाने वाली कम्पनियाँ अधिक रोजगार, व्यक्ति को आर्थिक कठिनाईयों में कमी तथा कंपनी स्तर पर भारतीय अर्थव्यवस्था को समृद्ध तथा आर्थिक रूप से बल प्रदान कर उद्योगों तथा ढांचागत निवेश हेतु अधिक पूँजी उपलब्ध करवायेगी।

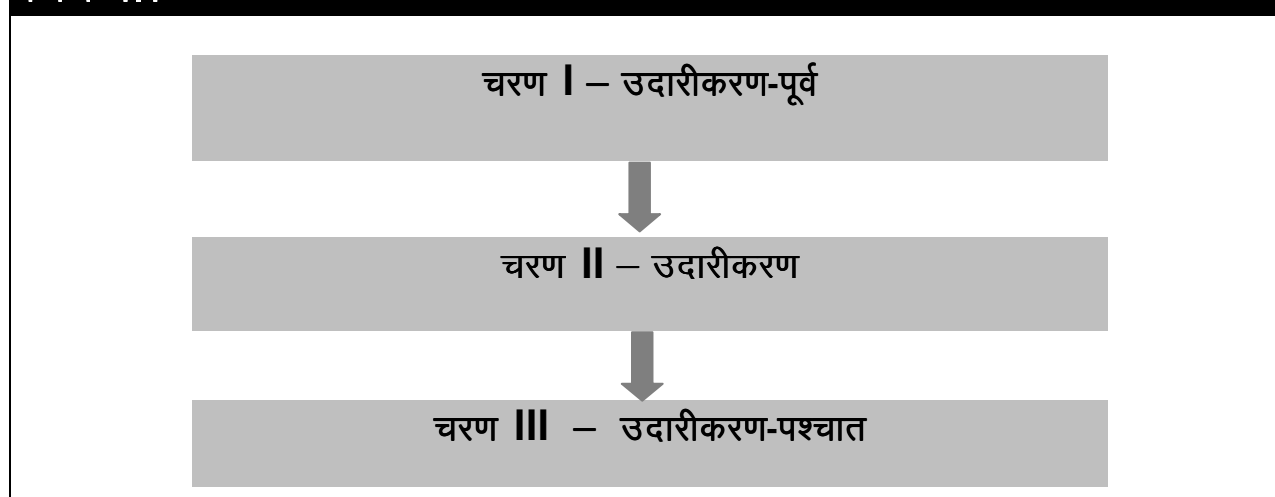
अब हम देख चुके हैं कि बीमा किस प्रकार न केवल व्यक्तियों को बल्कि सम्पूर्ण समाज को लाभ प्रदान कर सकता है, एक क्षण के लिए यह विचार करने हेतु रुकें कि हम किस प्रकार यहाँ तक पहुँचें हैं जहाँ हम अभी हैं।

भारत में बीमा बाजार हमेशा से ही इस राह पर नहीं था जहाँ वह अभी है, तथा हम अगले खण्ड में देखेंगे कि वर्ष-दर-वर्ष यह किस प्रकार विकसित हुआ है।

D बीमा का इतिहास

भारत में बीमा के इतिहास की जड़े गहरी हैं। प्राचीन समय से बीमा किसी न किसी रूप में किया जा रहा था। भारत में बीमा का विकास समय के साथ होता गया तथा अन्य देशों विशेषतः इंग्लैण्ड से विचार लिये गये थे। भारत में बीमा के इतिहास को निम्न तीन चरणों में विभाजित किया जा सकता है:—

चित्र 1.1



D1 चरण I – उदारीकरण-पूर्व

1818–1829	प्रथम बीमा कम्पनी: 1818 में कोलकाता (तत्कालीन कलकत्ता) में ओरिएण्टल लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी भारत में जीवन बीमा व्यवसाय शुरू करने वाली प्रथम कम्पनी थी। तथापि कम्पनी 1834 में असफल हो गई। 1829 में मद्रास इक्वीटेबल ने मद्रास प्रेसीडेन्सी में जीवन बीमा व्यवसाय करना शुरू किया।
1870	ब्रिटिश बीमा अधिनियम 1870 के लागू होने के पश्चात् बोम्बे प्रेसीडेन्सी में 19 वी शताब्दी के अन्तिम तीन दशकों में बोम्बे म्यूचुअल (1871), ओरिएण्टल (1874) तथा एम्पायर ऑफ इण्डिया (1897) की शुरुआत होते देखा गया।
1912	भारतीय जीवन बीमा कम्पनी अधिनियम 1912 जीवन बीमा व्यवसाय का नियमन करने वाला प्रथम विधायन था।
1928	भारतीय बीमा कम्पनी अधिनियम 1928 सरकार को भविष्यनिधि तथा बीमा समितियों सहित भारतीय एवं विदेशी बीमाकर्ताओं द्वारा भारत में जीवन एवं गैर-जीवन व्यवसाय के संचालन के बारे में सांख्यिकीय सूचनाएँ एकत्र करने की शक्ति प्रदान करता है।
1938	बीमा करवा रहे लोगों के हितों के संरक्षण के लिए, बीमा अधिनियम 1938 द्वारा पूर्व के विधायन को मजबूत तथा संशोधित किया गया जिसने सरकार को बीमाकर्ताओं के कार्य

	कलापों पर प्रभावी नियन्त्रण प्रदान किया।
1950 का दशक	1950 के दशक में, बीमा व्यवसाय में प्रतियोगिता बहुत ज्यादा थी तथा वहाँ अनुचित व्यापार व्यवहारों के आरोप थे। अतः भारत सरकार ने जीवन बीमा व्यवसाय का राष्ट्रीयकरण करने का निर्णय किया।
1957	सामान्य बीमा परिषद् (GIC) की स्थापना : सामान्य बीमा परिषद् भारत में गैर जीवन बीमा कम्पनियों के सामूहिक हित का प्रतिनिधित्व करती है। परिषद् सामान्य हित के मामलों के बारे में चर्चा तथा नीति निर्माण सम्बन्धी परिचर्चाओं में भाग लेती है तथा बीमा उद्योग में उच्च स्तर की ग्राहक सेवाओं के लिए एक अधिवक्ता की तरह कार्य करती है।
1972	सामान्य बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) अधिनियम 1972 (GIBNA) पारित कर दिया गया। GIBNA की धारा 9(1) के अनुपालन में जनरल इन्श्योरेन्स कार्पोरेशन ऑफ इंडिया (GIC) की स्थापना की गई। 22 नवम्बर 1972 को कम्पनी अधिनियम 1956 के अन्तर्गत अंशधारिता द्वारा सीमित निजी कम्पनी के रूप में इसको संस्थापित किया गया।

D2 चरण II –उदारीकरण

सुधारों की शुरुआत

1990 के दशक में अन्तर्राष्ट्रीय भुगतान दुश्वारी/मंदी ने सरकार को उसकी औद्योगिक नीतियों एवं विनियमों पर पुनर्विचार हेतु बाध्य कर दिया। सरकार के पास केवल कुछ दिनों तक आयात के लिये विदेशी मुद्रा भण्डार शेष रह गया था।

1993	मल्होत्रा समिति : 1993 में, सरकार ने आर. एन. मल्होत्रा, भारतीय रिजर्व बैंक के पूर्व गवर्नर की अध्यक्षता में बीमा क्षेत्र में सुधार हेतु अनुसंशाएँ करने हेतु एक समिति का गठन किया गया। 1994 में अपनी रिपोर्ट में समिति ने अन्य बातों के साथ अनुसंशा दी कि निजी क्षेत्र एवं विदेशी कम्पनियों (लेकिन एक भारतीय साझेदार की भागीदारी के साथ केवल एक संयुक्त उद्यम के माध्यम से) को बीमा उद्योग में प्रवेश की अनुमति दी जाये।
1999	इरडा की स्थापना : मल्होत्रा समिति के प्रतिवेदन की अनुसंशाओं के अनुसरण में 1999 में बीमा उद्योग के नियमन एवं विकास के लिए इन्श्योरेन्स रेगुलेटरी एण्ड डेवलपमेन्ट अथोरिटी (IRDA –इरडा) को एक स्वायत्त निकाय के रूप में गठन किया गया। इरडा (IRDA) का एक वैधानिक निकाय के रूप में अप्रैल 2000 में संस्थापित किया गया।

D3 चरण III –उदारीकरण-पश्चात्

जैसा कि हम देख चुके हैं कि मल्होत्रा समिति की सिफारिशों के अनुसरण में, बीमा क्षेत्र को निजी क्षेत्र के लिए खोला गया था। विदेशी कम्पनियों को भी भारतीय बीमा बाजार में भारतीय कम्पनियों के साथ संयुक्त उद्यम के माध्यम से भागीदारी की अनुमति दी गई है। वर्तमान विनियमों के अनुसार विदेशी भागीदार संयुक्त उपक्रम में 26% से अधिक हिस्सेदारी नहीं रख सकते हैं।

इरडा के मुख्य उद्देश्यों में, बीमा बाजार की वित्तीय सुरक्षा को सुनिश्चित करने के दौरान अधिक ग्राहक विकल्पों एवं न्यूनतम प्रीमियम के माध्यम से ग्राहक सन्तुष्टि में वृद्धि करने के दृष्टिकोण के साथ प्रतियोगिता को प्रोत्साहन शामिल है। **बीमा अधिनियम 1938 की धारा 114A के अन्तर्गत इरडा (IRDA) को विनियम**

बनाने की शक्ति प्राप्त है। 2000 से अब तक इसने बीमा व्यवसाय कर रही कम्पनियों के पंजीकरण से लेकर पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा तक बहुत से विनियम बनाये हैं।

बीमा अधिनियम 1938 तथा GIBNA को संशोधित किया गया जिसने भारत में सामान्य बीमा के लिए जी आई सी (GIC) तथा इसकी चार सहायक कम्पनियों के अनन्य विशेषाधिकारों को हटा दिया। परिणामतः सामान्य बीमा व्यवसाय निजी क्षेत्र के लिए खोल दिया गया।

21 मार्च 2003 से प्रभावी **सामान्य बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) संशोधन अधिनियम 2002** के साथ, जी. आई. सी (GIC) को अपनी चार सहायक कम्पनियों के नियन्त्रक कम्पनी होने से वंचित कर दिया गया। उनका स्वामित्व भारत सरकार में निहित कर दिया गया। GIC को पुनर्बीमा कम्पनी के रूप में घोषित कर दिया गया था।



प्रश्न 1.2

भारत सरकार ने 1950 के दशक में बीमा उद्योग का राष्ट्रीयकरण क्यों आवश्यक माना?

परिशिष्ट 1 में वर्तमान समय में भारत में सक्रिय जीवन एवं सामान्य बीमा कम्पनियों की सूची दी गई है। अब इस पर नजर डालें तथा महसूस करें कि कितनी कम्पनियाँ विभिन्न क्षेत्रों में कार्य कर रही हैं।



ध्यान रहे!

पुस्तक लेखन के समय बीमा क्षेत्र में प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (FDI) सीमा वर्तमान की 26% से 49% तक बढ़ाने के लिए एक प्रस्ताव संसद के अनुमोदनाधीन है।

D4 बीमा उद्योग में हाल में हुए विकास

2010 तक भारत विश्व का पाँचवा सबसे बड़ा बीमा बाजार बन गया है तथा यह अभी भी तेजी से बढ़ रहा है।

बाजार को निजी क्षेत्र के लिए खुले हुये दशक में बहुत सारे परिवर्तन हुए, इस खण्ड में हम गत कुछ वर्षों में हुए कुछ महत्वपूर्ण विकास पर नजर डालेंगे।

आई टी का बढ़ता महत्व सभी	सभी बीमा कम्पनियाँ अब अपने व्यवसाय को लाभ पहुँचाने के लिए सूचना प्रौद्योगिकी (IT) का उपयोग करती हैं तथा अपने ग्राहकों के लिए सुविधा में सुधार करती हैं। आज ग्राहक कम्पनी की वेबसाइट का उपयोग करके प्रीमियम का भुगतान कर सकता है तथा अपनी पॉलिसी की स्थिति एवं अन्य तथ्यों की जाँच कर सकता है। ग्राहकों से प्रीमियम की प्राप्ति एवं उनकी पॉलिसी में परिवर्तन सम्बन्धी अद्यतन जानकारी ग्राहक को मोबाइल एस एम एस के माध्यम से भेजी जाती है।
बैंकाशोरेंस	कई बैंक अपने ग्राहकों को बीमा उत्पाद के विक्रय हेतु बीमा कम्पनियों से जुड़ चुके हैं। बीमा कम्पनियाँ बैंकों के विस्तृत नेटवर्क एवं निष्ठावान ग्राहक आधार तथा योगदान से लाभ उठाती हैं। बैंकाशोरेंस गत कुछ वर्षों से बीमा विक्रय को लगातार बढ़ा रहा है। बैंक अपने ग्राहकों को मूल्य-संवर्धित उत्पाद उपलब्ध कराने में समर्थ होने के कारण बीमा कम्पनियों से प्रतिफल के रूप में प्राप्त होने वाली शुल्क आय का

	लाभ उठाते हैं। अनेक बैंक अपनी सहायक जीवन बीमा कम्पनी भी शुरू कर चुके हैं।
ऑनलाईन विक्रय	अधिकतर बीमा कम्पनियाँ अब बीमा उत्पादों का ऑनलाईन विक्रय प्रारम्भ कर चुकी हैं। इससे एक मध्यस्थ की जरूरत हट जाती है तथा लागत घटती है। यह बचत ग्राहकों को घटे प्रीमियम के रूप में हस्तान्तरित की जा सकती है।
सूक्ष्म (माइक्रो) बीमा	इरडा IRDA द्वारा 2005 में सूक्ष्म बीमा दिशा निर्देश जारी किये गये थे। सूक्ष्म (माइक्रो) बीमा उत्पाद अल्प आय समूह के लोगों जैसे स्वयं सहायता समूहों (सेल्फ हेल्प ग्रुप) (SHG) के सदस्यों, किसानों, रिक्शा चालकों तथा अन्य को उन जोखिमों के लिये बीमा सुरक्षा प्रदान करते हैं जिनका उन्हें एवं उनकी सम्पत्तियों को सामना करना पड़ता है। इन उत्पादों के लिए प्रीमियम रु. 15 तक हो सकता है तथा साप्ताहिक आधार पर एकत्रित किया जाता है। विनियामक द्वारा इस वर्ग के लिए निर्दिष्ट न्यूनतम जीवन बीमा कवर रु. 5000 तथा अधिकतम दिया जा सकने वाला बीमा कवर रु. 50,000 हो सकता है। कृषि एवं सहायक गतिविधियों में लगे लोग प्राकृतिक आपदाओं का सामना करते हैं अतः उन्हें मानसून की असफलता, बाढ़ आदि जैसे जोखिमों से सुरक्षा की आवश्यकता होती है। जब ऐसा हो तो सूक्ष्म –बीमा सुरक्षा प्रदान करता है।
शिकायत निवारण	जब कोई उद्योग तेजी से बढ़ता है तो चिन्ताओं एवं समस्याओं का उत्पन्न होना अवश्यमभावी है तथा बीमा उद्योग भी इससे अछूता नहीं रह सकता है। ग्राहकों के दावें निपटान एवं सामान्य ग्राहक सेवाओं के बारे में शिकायतों में वृद्धि हो रही है। जैसा कि हमने अभी देखा है कि इरडा IRDA ने पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण करने के लिए कदम उठाये हैं। उसने बीमा कम्पनियों से आन्तरिक ग्राहक शिकायत निवारण प्रकोष्ठ/विभाग की स्थापना हेतु कहा तथा एक बीमा लोकपाल की स्थापना की गई। इरडा (IRDA) द्वारा ताजा पहल में एक कॉल सेण्टर की स्थापना की जा रही है जहाँ एक बीमित अपने बीमाकर्ता के विरुद्ध किसी शिकायत का समाधान पाने के लिए सम्पर्क कर सकता है। असन्तुष्ट ग्राहक अपनी शिकायत को दर्ज करने के लिए एक टॉल फ्री नम्बर 155255 पर कॉल कर सकते हैं या फिर complaints@irda.gov.in पर ई-मेल कर सकते हैं।

प्रश्न 1.3

बैंकायोरेंस क्या हैं?



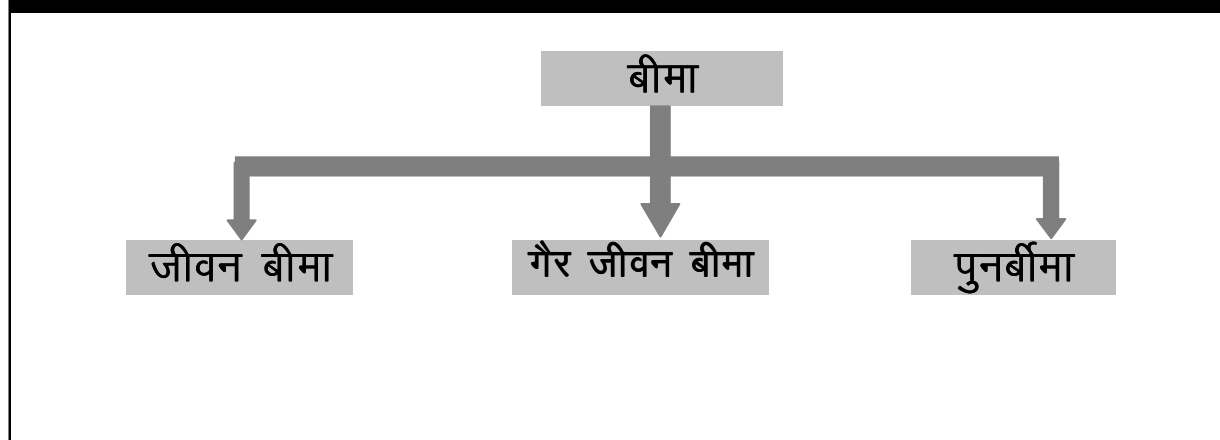
इनमें से कुछ विषयों पर हम इस अध्याय में बाद में विस्तार से चर्चा करेंगे। प्रथमतः भारत में बीमा उद्योग से संबंधित संगठनों एवं उनकी विशेषता वाली भूमिका पर समीक्षा जारी रखेंगे।

E बीमा संगठन एवं उनकी भूमिकाएँ

E1 बीमा संगठनों के प्रकार

बीमा संगठन नीचे चित्र में दर्शाये अनुसार तीन मुख्य वर्गों में वर्गीकृत किया जा सकता है। हम खण्ड G में विभिन्न प्रकार के बीमा संगठनों द्वारा प्रस्तुत विभिन्न उत्पादों पर संक्षिप्त नजर डालेंगे।

चित्र 1.2 बीमा संगठन के प्रकार



E1A जीवन बीमा कम्पनियाँ

जीवन बीमा कम्पनियाँ उन जोखिमों को कवर करती हैं जो मानव जीवन से सम्बन्धित होते हैं। वे विभिन्न प्रकार के उत्पादों के अन्तर्गत विभिन्न हितलाभ प्रदान करती हैं तथा शीघ्र मृत्यु के जोखिम के साथ-साथ अधिक आयु तक जीने के जोखिम को भी कवर करती हैं।

परम्परागत योजनाओं जैसे अवधि बीमा योजनाओं के अन्तर्गत बीमा कम्पनियाँ मृत्यु कवर प्रदान करती हैं। यदि बीमित व्यक्ति की पॉलिसी की अवधि के भीतर मृत्यु हो जाती है तो नामित/लाभार्थी एक निर्दिष्ट धन राशि प्राप्त करता है (जिसे बीमा धन (सम एश्योर्ड) भी कहा जाता है)। इसका एक उदाहरण इस अध्याय के प्रारम्भ में अजय के प्रकरण पर नजर डालने पर प्राप्त होता है। पेंशन योजनाओं के अन्तर्गत, बीमा कम्पनियाँ बीमित की सेवानिवृत्ति के पश्चात उसकी सहायता के लिए नियमित मासिक भुगतान (वार्षिकी-एन्युटी) देती हैं।

E1B गैर-जीवन (नन-लाइफ) बीमा कम्पनियाँ

गैर जीवन बीमा कम्पनियाँ सामान्यतः मानव जीवन से सम्बन्धित जोखिमों के अलावा अन्य जोखिमों को कवर करती हैं। इसका अपवाद **व्यक्तिगत दुर्घटना तथा स्वास्थ्य बीमा है, जो कि गैर जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा प्रदान किये जाते हैं।** कोई सम्पति जो या तो एक मौद्रिक प्रतिफल देती है (उदाहरणार्थ: किराये पर दिया गया एक मकान) या सुविधा प्रदान करती है (उदाहरणार्थ: एक कार जो एक स्थान से दूसरे स्थान तक यात्रा में उपयोग की जाती है) बीमित की जा सकती है। सभी सम्पतियाँ विभिन्न जोखिमों से भरी होती हैं: वे आग, भूकम्प, दंगा, चोरी, बाढ़, चक्रवात आदि से क्षतिग्रस्त या नष्ट हो सकती हैं। यदि सम्पति इनमें से किसी भी जोखिम से क्षतिग्रस्त होती है, तो मालिक को हानि होगी तथा वह उस सम्पति द्वारा उपलब्ध सुविधा या आय खो देगा। गैर-जीवन बीमा कम्पनियाँ ऐसी जोखिमों को कवर करने वाले उत्पाद प्रदान करती हैं तथा इनमें से किसी सम्पति के क्षतिग्रस्त हो जाने पर मालिक को क्षतिपूर्ति प्रदान करती हैं। इस प्रकार की कम्पनियों के द्वारा निर्मित एक उत्पाद है जिसे एक व्यक्ति अपनी सम्पतियों उदाहरणार्थ: उनके घर में लगी आग के विरुद्ध आदि से सुरक्षा के लिए खरीद सकता है।

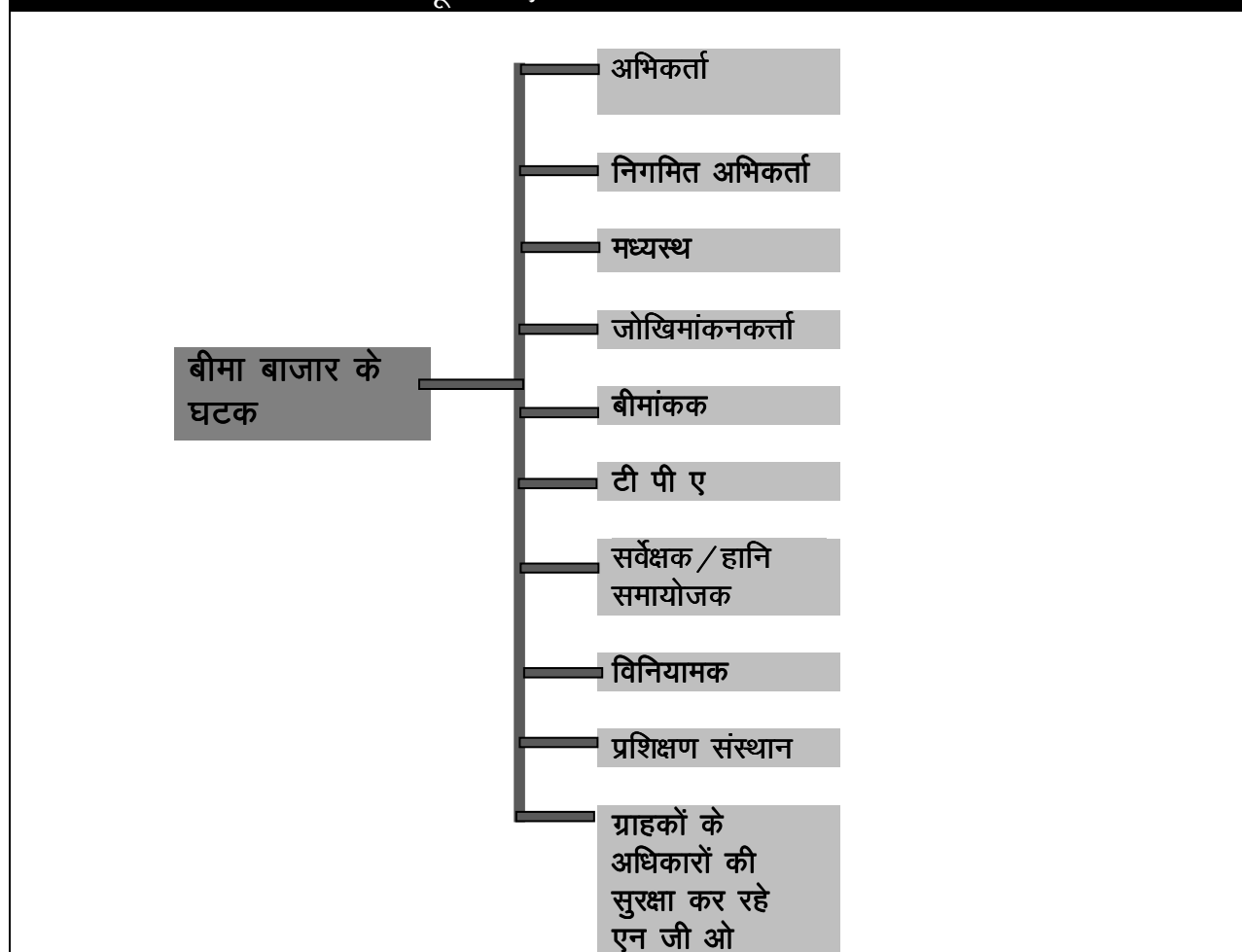
E1C पुनर्बीमा कम्पनियाँ (री इंश्योरेंस)

हम खण्ड A2 में पहले देख चुके हैं कि बीमा एक जोखिम हस्तान्तरण प्रक्रिया है। जोखिम, उनसे जो उसको वहन करने में असमर्थ है, से उनको, जो वहन कर सकते हैं को हस्तान्तरित किया जाता है। तथापि स्वयं बीमा कम्पनियों को भी बहुत अधिक जोखिम उठाना पड़ सकता है। एक बार जब यह सीमा पूरी हो जाती है तो स्वयं बीमाकर्ता को हानि के जोखिम का सामना करना पड़ता है। जब ऐसी स्थिति आती है तो बीमाकर्ता स्वयं को अत्यधिक जोखिम से बचाने के लिए अपना कुछ जोखिम किसी अन्य को हस्तान्तरित करता है। ऐसे में पुनर्बीमा कम्पनियाँ उपयोग में आती हैं। एक पुनर्बीमा कम्पनी बीमा कम्पनी के लिए एक बीमाकर्ता होती है। पुनर्बीमा कम्पनियाँ एक प्रतिफल (प्रीमियम) के भुगतान के बदले में बीमा कम्पनी की पुस्तकों में दर्ज जोखिम का एक निश्चित प्रतिशत ग्रहण करती हैं।

E2 बीमा उद्योग में भूमिकाएँ

बीमित एवं बीमाकर्ता के अतिरिक्त बीमा उद्योग में अन्य भूमिकाएँ निम्नानुसार हैं:-

चित्र 1.3:- बीमा उद्योग में भूमिकाएँ



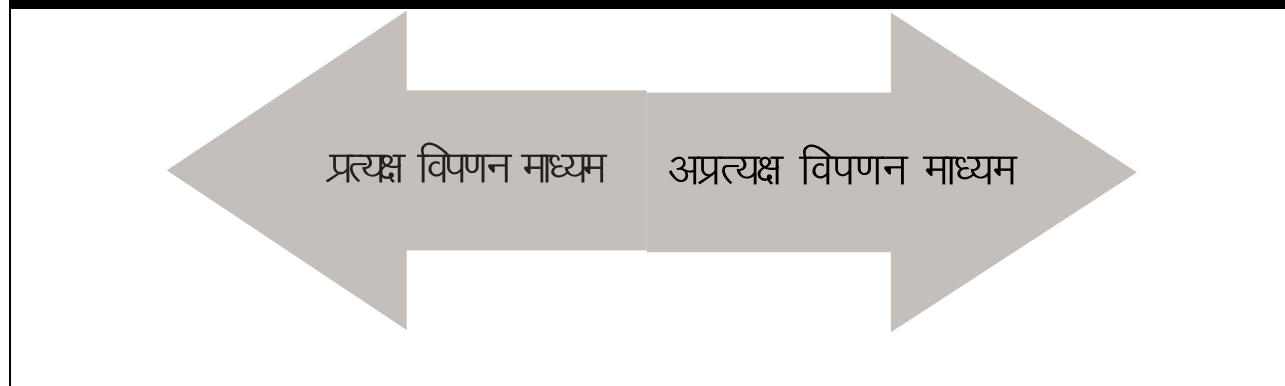
अभिकर्ता	ये भारत में बीमा विक्रय में एक भारी प्रतिशत के रूप में योगदान देते हैं। भावी ग्राहक से मिलना उसकी जरूरतों को समझना तथा तदनुसार उचित उत्पाद का सुझाव देना अभिकर्ता का प्राथमिक उत्तरदायित्व है। हम खण्ड H में अभिकर्ता की भूमिका के बारे में अधिक विस्तार से चर्चा करेंगे।
निगमित अभिकर्ता (कार्पोरेट एजेंट)	इसमें बैंक एवं दलाल सम्मिलित हैं। इनके बारे में अधिक विस्तृत वर्णन खण्ड F ₂ में किया जायेगा।
मध्यस्थ	ये एकल व्यक्ति के साथ-साथ संगठन जैसे फर्म, बैंक तथा मिश्रित दलाल (कम्पोजिट ब्रोकर) हो सकते हैं। मध्यस्थ बीमा कम्पनियों के लिए भावी ग्राहकों से व्यवसाय की याचना एवं उसे प्राप्त करते हैं।
जोखिमांकनकर्ता (अंडरराइटर)	ये निर्णय करते हैं कि बीमा प्रस्ताव को स्वीकार किया जाये या अस्वीकार। यदि प्रस्ताव स्वीकार किया जाता है तो जोखिमांकनकर्ता यह निर्णय करता है कि इसे किस मूल्य पर स्वीकार किया जाये।
बेमांकक (एक्च्युरी)	यह उत्पाद के मानक मूल्य की गणना करता है। ये कम्पनी के सांख्यिकीय डाटा तथा पिछले दावों के अनुभवों पर विचार करता है। व्यक्तिगत उत्पादों के मूल्य निर्धारण के अलावा, वे समय समय पर यह सुनिश्चित करने के लिए बीमा कम्पनी का सम्पूर्ण वित्तीय आंकलन करता है कि कम्पनी के पास भावी दायित्वों के भुगतान के लिए पर्याप्त संचय (रिजर्व) हैं।
तृतीय पक्ष प्रबन्धक (टी पी ए)	ये अस्पताल नेटवर्क निर्मित करने का कार्य करते हैं। ये एक अस्पताल में प्रवेश के समय नकदविहीन व्यवस्था के अनुमोदन के साथ-साथ डिस्चार्ज पर बीमाकर्ता से बिल निपटाने में भी सहायता करते हैं।
हानि समायोजक /सर्वेक्षक	ये हानि के आंकलन तथा सत्यापन का काम करते हैं जब बीमा कम्पनी पर दावा किया जाता है। ये गैर-जीवन बीमा व्यवसाय में एक प्रमुख भूमिका निभाते हैं।
विनियामक (रेग्युलेटर)	बीमा क्षेत्र का निर्विघ्न चलना सुनिश्चित करना विनियामक का उत्तरदायित्व है। बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (IRDA-इरडा) भारत में बीमा विनियामक है। इरडा (IRDA) बीमा कम्पनियों को लाइसेंस प्रदान करता है तथा सुनिश्चित करता है कि सभी बीमा कम्पनियाँ हर समय विनियमों का अनुपालन करती हैं। शक्तिशाली बीमा कम्पनियों के विरुद्ध छोटे पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा करना भी इसका दायित्व है।
प्रशिक्षण संस्थान	बीमा उद्योग में निरन्तर बढ़ रही कुशल मानव शक्ति की आवश्यकता को पूरा करने के लिए प्रशिक्षित मानवशक्ति की आपूर्ति करना इसका उत्तरदायित्व है। भारतीय बीमा संस्थान (III) बीमा तथा जोखिम प्रबन्धन संस्थान (IIRM) तथा राष्ट्रीय बीमा अकादमी (NIA) बीमा क्षेत्र में मुख्य प्रशिक्षण संस्थान हैं।
ग्राहकों के अधिकारों की सुरक्षा कर रहे एन. जी. ओ	गैर-सरकारी संस्थान (NGO) बीमा उत्पादों के बारे में जागरूकता फैलाने तथा ग्राहकों के अधिकारों की सुरक्षा में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। एन जी ओ की भूमिका ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक महत्वपूर्ण होती है जहाँ वे जमीनी स्तर पर सूक्ष्म-बीमा उत्पादों की गहन पहुँच /बिक्री हेतु स्वयं सहायता समूहों (SHG) तथा बीमा कम्पनियों के साथ कार्य करते हैं।

आप देखेंगे कि इन में से कुछ भूमिकाएँ बाजार में बीमा उत्पाद बेचने या जिसे बीमा वितरण भी कहा जाता है, के साथ की जाती है। ये ऐसा कार्य किस प्रकार करते हैं? चलो इस अगले खण्ड में एक नजर डालें।

F बीमा वितरण

बीमा उत्पादों का विपणन दो माध्यमों द्वारा होता है:—

चित्र 1.4



इन पर विचार करें...

खण्ड E में वर्णित बीमा बाजार के घटकों पर नजर डालें।

आपके विचार से बीमा वितरण में सम्मिलित इनमें से कौनसे प्रत्यक्ष विपणन माध्यम तथा कौनसे एक अप्रत्यक्ष विपणन माध्यम हो सकते हैं?



F1 प्रत्यक्ष विपणन माध्यम (डायरेक्ट मार्केटिंग चैनल)

एक प्रत्यक्ष विपणन माध्यम में बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त विक्रय दल शामिल हो सकता है तथा निश्चित रूप से बीमाकर्ता के कार्यालय में लगे पूर्णकालिक कर्मचारियों की गतिविधियाँ भी शामिल होगी। विज्ञापन लक्षित ग्राहकों पर केन्द्रित होगा, चाहे यह टेलीविजन, ई-मेल विपणन, समाचार पत्रों, होर्डिंगों या ऑनलाइन विज्ञापन के माध्यम से किया जाए। बीमा कम्पनी तथा बीमित के मध्य बिना किसी दलाल के अनूबंध हो जाता है।

F1 ई-विक्रय

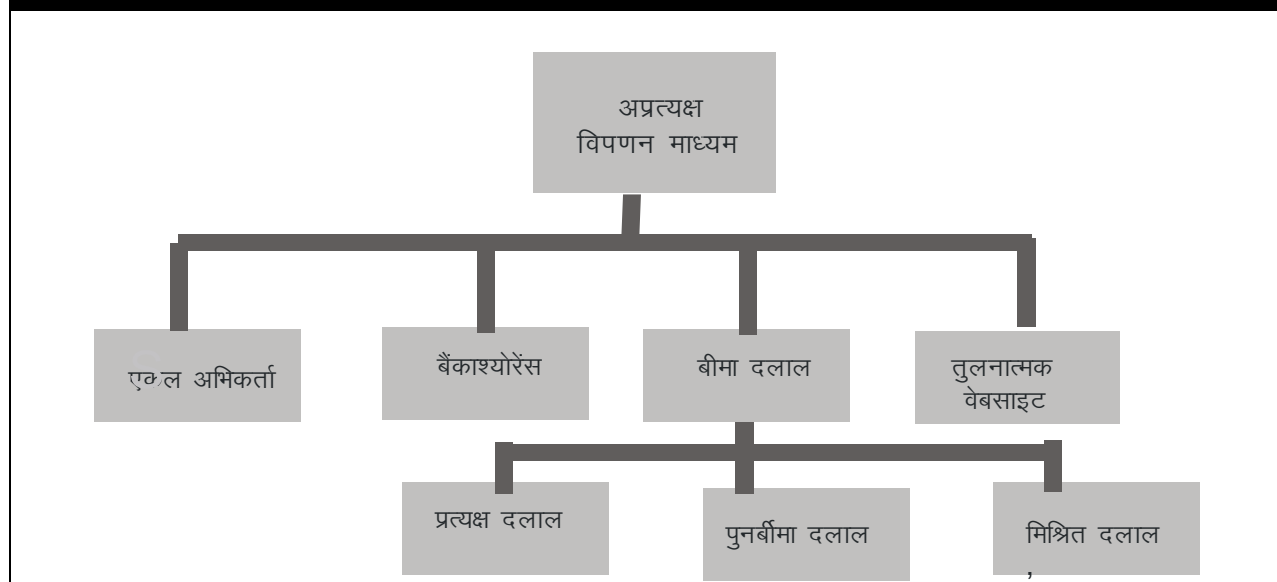
ई-विक्रय से बीमा उत्पादों का इंटरनेट के माध्यम से विक्रय सन्दर्भित है। भारत में बीमा उत्पाद विक्रय का यह साधन अपेक्षाकृत नया है, लेकिन परम्परागत तरीकों की अपेक्षा अधिक तेजी से ग्रहण किया जा रहा है। कुछ समय से, बीमा कम्पनियाँ नवीनीकरण प्रीमियम एकत्रित करने के लिए ऑनलाईन भुगतान तरीके तथा अपने बीमा उत्पादों के विक्रय के सम्बन्ध में ग्राहकों द्वारा पूछताछ आमन्त्रित करने के लिए अपनी वेबसाइट का उपयोग कर रही हैं, लेकिन भारत में बीमा कम्पनियों ने ऐसे उत्पाद जो केवल इंटरनेट द्वारा विशेष रूप से बेचे जाते हैं, वर्ष 2009 के अन्त में निकाले हैं। क्योंकि ये ऑनलाईन उत्पाद अन्तिम ग्राहक

को बिना किसी मध्यस्थ के सीधे बेचे जाते हैं, मध्यस्थ के कमीशन के हटने के कारण बीमा कम्पनी इन उत्पादों को अधिक सस्ता बेच सकती है।

F2 अप्रत्यक्ष विपणन माध्यम

यद्यपि, हम देख चुके हैं कि ऑनलाइन बीमा विक्रय तीव्र गति से बढ़ रहा है, फिर भी बीमा कम्पनी उत्पादों के विक्रय में मध्यस्थों की मुख्य योगदान है। मध्यस्थ में निम्न शामिल हैं:—

चित्र 1.5 अप्रत्यक्ष विपणन माध्यम



एकल अभिकर्ता	इन्हें बीमा कम्पनियों द्वारा चयनित किया जाता है तथा उन्हें आवश्यक प्रशिक्षण दिया जाता है। निर्धारित परीक्षा उत्तीर्ण करने तथा लाइसेंस प्राप्त करने के पश्चात् ये अभिकर्ता बीमाकर्ता के लिए बीमा व्यवसाय मॉगते एवं प्राप्त करते हैं। अभिकर्ता बीमा कम्पनी के वेतन पत्रक पर नहीं होते हैं तथा अपने द्वारा किये गये विक्रय पर कमीशन प्राप्त करते हैं। भारत में वर्तमान विनियमों के अनुसार एक व्यक्ति एक समय में केवल एक जीवन बीमा कम्पनी के लिए बीमा अभिकर्ता के रूप में काम कर सकता है।
बैंकाशोरेंस	जैसा कि हमने खण्ड D4 में देखा कि बीमा कम्पनियाँ बैंकों से भागीदारी कर उनके माध्यम से अपने उत्पाद विक्रय करती हैं। भारत में वर्तमान विनियम के अनुसार एक बैंक एक समय में केवल एक जीवन बीमा कम्पनी के लिए एक बीमा अभिकर्ता के रूप में कार्य कर सकता है।
बीमा दलाल	ये कई जीवन बीमा कम्पनियों के उत्पाद बेच सकते हैं। इनके पास विभिन्न बीमा कम्पनियों के बीमा उत्पादों की तुलना करने की सुविधा होने का लाभ है तथा ग्राहक की आवश्यकताओं के अनुरूप एक योजना को प्रस्तावित करते हैं। दलाल ग्राहक का प्रतिनिधित्व करता है: उनके ध्यान में किसी विशिष्ट बीमा कम्पनी के किसी विशिष्ट उत्पाद के बजाय ग्राहक की आवश्यकताएँ रहती हैं।

तुलनात्मक वेबसाइट्स	इंटरनेट सुविधा आधारित यह अपेक्षाकृत नया माध्यम है जिसके द्वारा विभिन्न बीमाकर्ताओं के उत्पादों का एक ही स्थान पर विवरण प्राप्त किया जा सकता है। एक व्यक्ति अपना वर्णन डाल सकता है तथा विभिन्न कम्पनियों से भाव (प्रीमियम) की तुलना कर सकता है। वे उनमें से अपनी जरूरतों के अनुसार सबसे उपयुक्त उत्पाद का चयन कर सकते हैं। यद्यपि इन वेबसाइटों पर कोई समुचित नियन्त्रण नहीं होता है अतः ग्राहक को खरीद पर अन्तिम निर्णय लेने से पूर्व बीमा कम्पनी के साथ जाँच की चतुराई दिखानी होगी।
----------------------------	---



इन पर विचार करें...

कौन सा अच्छा है— बीमा का विक्रय प्रत्यक्ष विपणन द्वारा या अप्रत्यक्ष विपणन द्वारा करना? और क्यों?



प्रश्न 1.4

ऐसे बीमाकर्ता जो अपना उत्पाद ग्राहक को इंटरनेट के माध्यम से बेचते हैं, क्यों बहुत कम प्रीमियम प्रस्तावित करने में समर्थ होते हैं?

हम यह स्थापित कर चुके हैं कि हम किस प्रकार अपना बीमा उत्पाद बेचने जा रहे हैं, और कौन इसे कैसे करेगा, हमें विक्रय के लिए कुछ उत्पादों की आवश्यकता हैं। किस वर्ग के उत्पाद उपलब्ध हैं? हम जीवन बीमा उत्पादों पर नजर डालने के लिए इस अध्ययन पाठ्यक्रम में बाद में समय लेंगे। अभी के लिए, हम उपलब्ध, बीमा उत्पादों की एक बहुत संक्षिप्त समीक्षा दे रहे हैं।

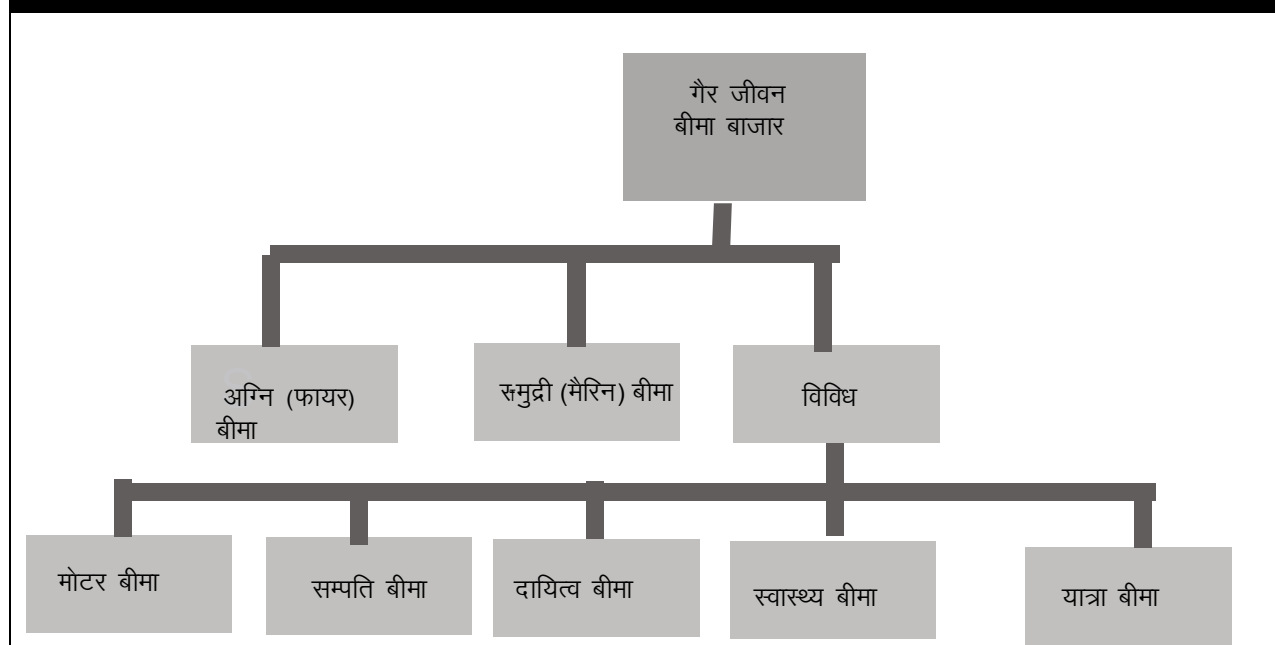
G बीमा उत्पाद

जैसा कि हमने खण्ड E1 में देखा, पुनर्बीमा के अलावा बीमा बाजार मौटे तौर पर दो वर्गों में विभाजित है— **जीवन बीमा** तथा **गैर-जीवन बीमा**। जीवन बीमा मानव जीवन से सम्बन्धित जोखिम को कवर करता है अन्य सभी जोखिम गैर जीवन बीमा या **सामान्य बीमा (जनरल इश्योरेंस)** के अन्तर्गत कवर होते हैं।

G1 गैर जीवन बीमा बाजार

गैर- जीवन बीमा बाजार निम्न उपवर्गों में विभाजित किया जाता है:

चित्र 1.6 गैर जीवन बीमा बाजार

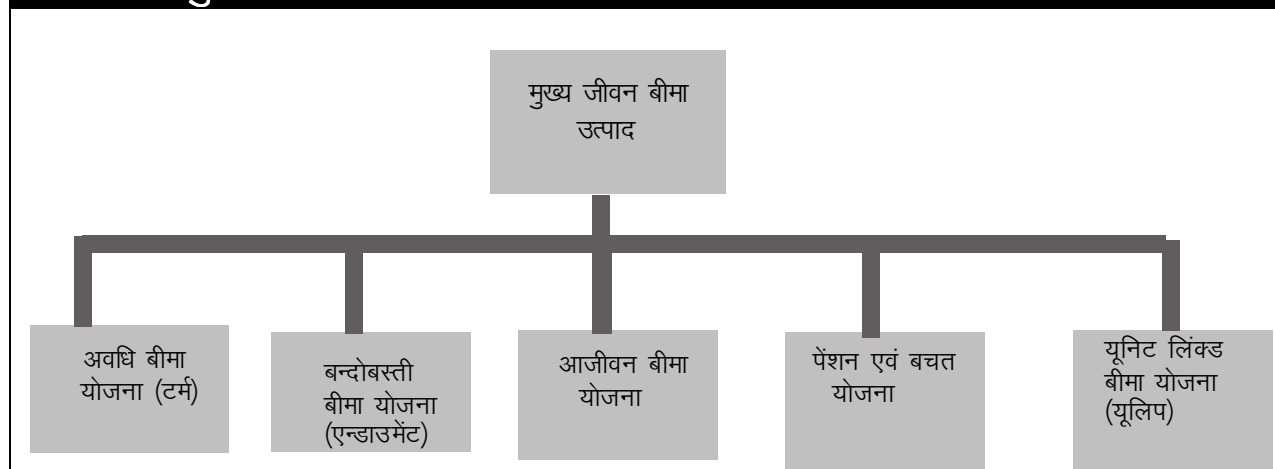


यह समाज की जरूरतों के अनुसार समय-समय पर आने वाले नये उत्पादों के साथ निरन्तर विकासशील बाजार है।

G2 जीवन बीमा बाजार

जीवन बीमा बाजार में बहुत सारे उत्पाद उपलब्ध हैं तथा हम अध्याय 5, 6 तथा 7 में उनके बारे में विस्तार से विचार करेंगे। तथापि, यहाँ हम उत्पादों के मुख्य प्रकारों का एक संक्षिप्त वर्णन देंगे ताकि आप देखना शुरू करें कि किन वर्गों के उत्पादों को आप विक्रय में शामिल कर सकते हैं। जीवन बीमा के अन्तर्गत उपलब्ध मुख्य उत्पाद नीचे दर्शाये गये हैं:-

चित्र 1.7 मुख्य जीवन बीमा उत्पाद



विशिष्ट सामान्य बीमा उत्पादों पर चर्चा इस पुस्तक के विषय से बाहर है।

प्रस्तावित किया:-

अपने परिवार के सदस्यों एवं मित्रों से उनके जीवन बीमा योजनाओं के बारे में पूछें जो उनके पास है। उनसे पूछें कि उन्होंने क्यों उस विशेष योजना का चयन किया।



अब हम बीमा बाजार, इसमें निहित भूमिकाएँ तथा इसके द्वारा उपलब्ध उत्पादों की समीक्षा को सारांश में प्रस्तुत कर चुके हैं। इससे पूर्व कि हम बीमा के अन्तर्गत निहित धारणा को देखने अगले अध्याय में जायें, इस पर नजर डालकर कि एक अभिकर्ता होने का अर्थ क्या है, इसका समापन करें।

H अभिकर्ता की भूमिका एवं कार्य

H1 अभिकर्ता बनना

यदि आप एक जीवन बीमा अभिकर्ता बनना चाहते हैं तो आपको कई चरणों में कई मानकों को पूरा करना होगा। बीमा अधिनियम के अनुसार एक बीमा अभिकर्ता के पास एक लाइसेंस होना चाहिए, तथा इरडा (IRDA) लाइसेंस के सभी मामलों तथा अभिकर्ताओं से सम्बन्धित अन्य पहलुओं पर कार्य करता है। सम्पूर्ण प्रक्रिया में सभी चरणों पर कुछ **विनियमों** का अनुपालन करना चाहिए। इन विनियमों तथा आवश्यकताओं का पूर्ण विवरण अध्ययन पाठ्यक्रम में बाद में शामिल किया जायेगा। इस परिचयात्मक अध्याय में हम एक अभिकर्ता बनने की प्रक्रिया को सिर्फ रेखांकित करेंगे तथा एक अभिकर्ता क्या करता है, का वर्णन करेंगे।

H2 अभिकर्ता की भूमिका

खण्ड F2 में जैसा कि बताया गया है, अभिकर्ता बीमा कम्पनी द्वारा नियुक्त किये जाते हैं तथा वे बीमा कम्पनी तथा बीमित के मध्य मुख्य कड़ी के रूप में काम करते हैं। उनकी भूमिका ग्राहकों को सही उत्पादों की सलाह देने की है जो ग्राहकों की जरूरतों को पूरा करें। इस कार्य के साथ-साथ अपने प्रत्याशित ग्राहक के सम्बन्ध में सभी आवश्यक तथ्यों की जानकारी रखने की विशिष्ट स्थिति के कारण बीमाकर्ता के हितों के विरुद्ध किसी उत्पाद के विपरीत चयन रोकने में उसे महत्वपूर्ण भूमिका अदा करनी होती है।

यह स्थिति पूरे बीमा व्यवसाय में अभिकर्ता की भूमिका को बहुत निर्णायक बनाती है।

बीमा उत्पाद की विक्रय प्रक्रिया के सरल एवं निर्विघ्न समापन हेतु अभिकर्ता आवश्यक कागजी कार्यवाही पूर्ण करने में प्रस्तावक की सहायता करते हैं। पॉलिसी बेचने के बाद अभिकर्ता यह सुनिश्चित करता है कि उसे परिपक्वता या दावा उत्पन्न होने तक उचित रूप से सहायता देनी है। एक दावे के समय, अभिकर्ता शीघ्र निपटान को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक औपचारिकताओं को पूर्ण करने में ग्राहक की सहायता करेगा।

भारत में, जीवन बीमा अभिकर्ता बीमा की एक श्रृंखला जिसमें निम्नांकित उत्पाद सम्मिलित हैं, का विक्रय करता है :-

- मूल जीवन बीमा उत्पाद जैसे अवधि बीमा तथा आजीवन योजनाएँ;
- बचत उत्पाद; तथा
- अन्य वित्तीय उत्पाद, जैसे स्वास्थ्य बीमा तथा दुर्घटना मृत्यु योजनाएँ।

इन सभी उत्पादों पर अगले अध्यायों में नजर डालेंगे।

एक बार लाइसेंस प्राप्त करने पर एवं नियुक्ति हो जाने पर, अभिकर्ता एक **स्वतन्त्र व्यावसायिक (प्रोफेशनल)** हो जाते हैं। यह केंद्रित है कि अभिकर्ता के लिये आवश्यक है कि ग्राहकों के हितों को दूसरों की तुलना में सर्वोपरि रखें।

H3 अभिकर्ताओं के लिए आचार संहिता (कोड ऑफ कंडक्ट)

अभिकर्ताओं को उनकी भूमिका एक व्यावसायिक तरीके से निभाने में सहायता के लिए, प्रत्येक लाइसेंस धारी अभिकर्ता को बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (बीमा अभिकर्ताओं को लाइसेंस देना) विनियम 2000 के विनियम 8 के अनुसार विनिर्दिष्ट आचार संहिता का अनुपालन करना चाहिए। आचार संहिता में इरडा (IRDA) ने पूर्ण विवरण दिया है कि अभिकर्ता को क्या करना होगा और क्या नहीं करना होगा। उदाहरण के लिए, अभिकर्ता जिस बीमा कम्पनी का प्रतिनिधित्व करता है उसके द्वारा विक्रय किये जाने वाले उत्पादों से संबंधित सारी जानकारी देनी चाहिए। उन्हें ग्राहक के सर्वोत्तम हित में कार्य करना चाहिए तथा साथ ही यह सुनिश्चित करना चाहिए कि बीमा कम्पनी के विरुद्ध कोई 'विपरीत चयन' (ऐडवर्स सिलेक्शन) नहीं हो। (हम विपरीत चयन के बारे में अध्याय 4 में आगे चर्चा करेंगे)

इसके साथ ही, बीमा अभिकर्ता द्वारा अपनी कम्पनी के लिए किये गये व्यवसाय को बनाये रखने के लिए कदम उठाये जाने की जरूरत होती है। ऐसा करने के लिए उनको हमेशा मौखिक एवं लिखित प्रयासों द्वारा यह सुनिश्चित करने की जरूरत होती है कि पॉलिसीधारक प्रीमियम का भुगतान अपेक्षित समय तक करता रहें। हम अभिकर्ताओं के लिए आचार संहिता पर बाद में लौटेंगे।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

वित्तीय सेवाओं की भूमिका

- वित्तीय सेवा क्षेत्र (बीमा क्षेत्र सहित) देश की समग्र आर्थिक वृद्धि में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।
- बीमा क्षेत्र द्वारा कम्पनियों एवं परियोजनाओं में निवेश किया जाता है जो उसे सुरक्षा तथा निवेश आधारित उत्पादों को खरीदने हेतु निवेश से प्राप्त होता है।

व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभ

- आवश्यकता आधारित विक्रय तथा ठीक प्रकटीकरण एक व्यावसायिक बीमा बाजार पॉलिसीधारकों के मध्य उच्च विश्वास उत्पन्न करता है तथा बीमा की पहुँच, रोजगार सृजन में वृद्धि तथा बीमा कम्पनी की सर्वांगीण सफलता बढ़ायेगा।

बीमा का इतिहास

- भारत में बीमा का इतिहास तीन चरणों में विभाजित किया जा सकता है।
- प्रथम चरण (उदारीकरण-पूर्व) में 1956 में सरकार द्वारा राष्ट्रीयकरण से पूर्व निजी एवं विदेशी बीमा कम्पनियों का वर्चस्व था।
- दूसरे चरण (उदारीकरण) में सुधार प्रारम्भ किये गये तथा इरडा (IRDA) को बीमा क्षेत्र के विनियामक के रूप में स्थापित किया गया। निजी भागीदारी तथा विदेशी प्रत्यक्ष निवेश (FDI) को भी आमंत्रित किया गया।
- तीसरे चरण (उदारीकरण पश्चात्) में कई निजी कम्पनियों ने एक विदेशी भागीदार के साथ एक संयुक्त उद्यम के रूप में बीमा व्यवसाय प्रारम्भ किया। वर्तमान में भारत में 23 जीवन बीमा कम्पनियाँ कार्यशील हैं।
- हाल ही में बीमा कम्पनियों ने वृहद स्तर पर आई टी (IT) को लागू किया है। बैंकाशोरेंस एवं सुक्ष्म बीमा लाया जा चुका है तथा शिकायत निवारण प्रणाली स्थापित की गई।

बीमा संगठन एवं उनकी भूमिकाएँ :-

- बीमा व्यवसाय तीन मुख्य प्रकारों- जीवन, गैर-जीवन तथा पुनर्बीमा में वर्गीकृत किया जाता है।
- बीमा बाजार अभिकर्ताओं, निगमित अभिकर्ताओं, मध्यस्थों, जोखिमांककों, बीमांककों, टी पी ए, सर्वेक्षकों, विनियामकों, प्रशिक्षण संस्थानों एवं एन. जी. ओ. द्वारा संचालित होता है।

बीमा वितरण

- बीमा प्रत्यक्ष विपणन (कर्मचारियों एवं इन्टरनेट विक्रय) तथा अप्रत्यक्ष विपणन (अभिकर्ताओं, बैंकाशोरेंस, दलालों) के माध्यम से बेचा जाता है।

बीमा उत्पाद

- जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित उत्पादों में अवधि बीमा योजनाएँ, बन्दोबस्ती बीमा योजनाएँ, आजीवन योजनाएँ, पेंशन एवं बचत योजनाएँ तथा यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएँ शामिल हैं।

अभिकर्ता बनना

- एक अभिकर्ता बनने के लिए एक व्यक्ति को आवश्यक फार्म एवं शुल्क जमा कराना होगा, उसके पास वांछित योग्यता हो, व्यवहारिक प्रशिक्षण पाकर वांछित परीक्षा उत्तीर्ण करनी होती है।
- एक अभिकर्ता को ग्राहकों की आवश्यकताओं को पूरा करने वाले सर्वोत्तम उत्पादों का सुझाव देना चाहिए तथा उसी समय यह सुनिश्चित करना चाहिए कि बीमाकर्ता के विरुद्ध कोई विपरीत चयन न हो।
- एक अभिकर्ता को अपने बीमाकर्ता के उत्पादों, प्रतिद्वन्द्वी बीमाकर्ताओं के उत्पादों तथा बाजार में अन्य

प्रतिस्पर्धी निवेश उत्पादों के बारे में अपने ज्ञान को बढ़ाने का निरन्तर प्रयास करना चाहिए।

- सभी लाइसेंस प्राप्त अभिकर्ताओं को हर समय आचार संहिता का अनुसरण करना होता है।

प्रश्न—उत्तर

1.1 उत्तर a) जोखिम हस्तान्तरण है। आप खुद सामना करने वाले जोखिम को बीमा कम्पनी को आपके लिए वहन करने हेतु हस्तान्तरित कर रहे हैं।

1.2 इसमें बहुत प्रतिस्पर्धा तथा अनुचित व्यवहारों के आरोप थे।

1.3 बैंकाशयोरेंस में बीमा कम्पनियों के साथ बैंक भागीदार के रूप में बैंक के ग्राहकों को बीमा उत्पाद प्रस्तावित करते हैं।

1.4 मध्यस्थों की सेवा न लेकर उनको दिये जाने वाले कमीशन की राशि की बचत का लाभ बीमा कम्पनी अपने ग्राहकों से न्यूनतम दर पर प्रीमियम लेकर प्रदान करती है।

स्व—परीक्षण प्रश्न

1	लोगों को जीवन बीमा की जरूरत क्यों है?
2	एक व्यावसायिक बीमा बाजार होने के क्या लाभ हैं?
3	(a) भारत में बीमा क्षेत्र के विकास के तीन चरण क्या हैं? (b) वर्णन करें कि सबसे ताजा चरण में क्या घटित हुआ है?
4	उन प्रतिभागियों की सूची बनाइए जो बीमा बाजार का निर्माण करते हैं।
5	बीमा कम्पनियों को कौन से अप्रत्यक्ष विपणन साधन उपलब्ध हैं?
6	जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा बेचे गये विभिन्न प्रकार के उत्पाद क्या हैं?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।

स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1. लोगों को अपने दायित्वों को निभाने में सहायता के लिए जीवन बीमा की जरूरत होती है यदि उनकी असमय मृत्यु हो जाये। इसमें सम्मिलित है:-

- परिवार की आय आवश्यकता;
- बच्चों की शिक्षा; तथा
- बच्चों का विवाह

2. आवश्यकता-आधारित विक्रय तथा प्रकटन पर आधारित एक व्यावसायिक बीमा बाजार के लाभों में सम्मिलित है:-

- पॉलिसीधारकों के मध्य उच्चतम विश्वास;
- बीमा पहुँच में वृद्धि;
- सामाजिक लाभ;
- रोजगार सृजन;
- बीमा कम्पनियों के लिए लाभों में वृद्धि;
- परियोजनाओं में निवेश के लिए प्राप्त प्रीमियम के एक उचित अंश का उपलब्ध होना; तथा
- अर्थव्यवस्था की समग्र वृद्धि में सुधार।

3. a) भारत में बीमा का इतिहास निम्नानुसार तीन चरणों में विभाजित किया जा सकता है:-

- चरण I उदारीकरण-पूर्व;
- चरण II उदारीकरण; तथा
- चरण III उदारीकरण पश्चात्

b) चरण III में, मल्होत्रा समिति की सिफारिशों के अनुसरण में, बीमा क्षेत्र को निजी क्षेत्र के लिए खोला गया था। विदेशी कम्पनियों को भी भारतीय बीमा बाजार में भारतीय कम्पनियों के साथ संयुक्त उद्यम के माध्यम से भागीदारी की अनुमति दी गई है। वर्तमान विनियमों के अनुसार – विदेशी भागीदार संयुक्त उपक्रम में 26% से अधिक हिस्सेदारी नहीं रख सकता है।

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 114A के अन्तर्गत इरडा (IRDA) को विनियम बनाने की शक्ति प्राप्त है। 2000 से अब तक इसने बीमा व्यवसाय कर रही कम्पनियों के पंजीकरण से लेकर पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा तक बहुत से विनियम बनाये हैं।

4. बीमा बाजार के घटकों में सम्मिलित है:-

- अभिकर्ता
- निगमित अभिकर्ता
- मध्यस्थ

-
- जोखिमांकक
 - बीमांकक
 - टी पी ए
 - सर्वेक्षक / हानि समायोजक
 - विनियामक
 - ग्राहकों के अधिकारों की सुरक्षा कर रहे एन. जी. ओ.,
 - प्रशिक्षण संस्थान
-

5. अप्रत्यक्ष विपणन साधनों में सम्मिलित है:—

- एकल अभिकर्ता;
 - बैंकाश्योरेंस / निगमित अभिकर्ता;
 - बीमा दलाल: ये प्रत्यक्ष दलाल, पुनर्बीमा दलाल तथा निगमित दलाल के रूप में उपवर्गीकृत किये जाते हैं; तथा
 - तुलनात्मक वेबसाइट्स (यद्यपि ये नियन्त्रित नहीं की जाती हैं)।
-

6. जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा बेचे गये विभिन्न प्रकार के उत्पादों में सम्मिलित है:—

- अवधि बीमा योजनाएँ
 - बन्दोबस्ती योजनाएँ;
 - धन—वापसी योजनाएँ / मनी बक योजनाएँ;
 - आजीवन बीमा योजनाएँ;
 - पेंशन एवं बचत योजनाएँ; तथा
 - यूनिट लिंकड बीमा योजनाएँ (यूलिप)
-

परिशिष्ट 1.1 भारत में सक्रिय बीमा कम्पनियाँ (जनवरी 2011)

सारणी 1.1 भारत में जीवन बीमा कम्पनियाँ	
क्रमांक	जीवन बीमा कम्पनी का नाम
1	एच डी एफ सी स्टेण्डर्ड लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
2	मैक्स न्यूयॉर्क लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
3	आई सी आई सी आई प्रूडेन्शियल लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
4	कोटेक महिन्द्रा ओल्ड म्यूचुअल लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
5	बिरला सन लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
6	टाटा ए आई जी लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
7	एस. बी. आई. लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
8	आई एन जी वैश्य लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
9	बजाज एलाइन्ज लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
10	मेट लाइफ इण्डिया लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
11	रिलाइन्स लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड (पूर्व में 3 जनवरी 2002 से 29 सितम्बर 2005 तक ए एम पी सनमर लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी)
12	अविवा लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
13	सहारा इण्डिया लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
14	श्री राम लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
15	भारती एक्सा लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
16	फ्यूचर जनरली इण्डिया लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
17	आई डी बी आई फेडरल लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
18	केनरा एस एस बी सी ओ बी सी लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
19	ऐगॉन रिलीगेयर लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
20	डी एल एफ प्रमेरिका लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
21	भारतीय जीवन बीमा निगम (लाइफ इन्श्योरेन्स कॉर्पोरेशन ऑफ इण्डिया)
22	स्टार यूनियम डाई-ईची लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
23	इण्डिया फर्स्ट लाइफ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

परिशिष्ट 1.1 भारत में सक्रिय सामान्य बीमा कम्पनियाँ (जनवरी 2011)

सारणी 1.2 भारत में सामान्य बीमा कम्पनियाँ

क्रमांक	सामान्य बीमा कम्पनी का नाम
1	बजाज अलाइन्ज जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
2	आई एफ एफ सी ओ टोक्यो जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
3	एच डी एफ सी अरगो जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
4	आई सी आई सी आई लोम्बार्ड जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
5	द न्यू इण्डिया एश्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
6	द ओरिएण्टल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
7	मेक्स बूपा हेल्थ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
8	रायल सुन्दरम अलाइन्स इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
9	यूनाइटेड इण्डिया इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
10	एस बी आई जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
11	टाटा ए आई जी जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
12	रिलाइन्स जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
13	कोलमण्डलम एम एस जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
14	नेशनल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
15	श्री राम जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
16	भारती एक्सा जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
17	फ्यूचर जनरली इण्डिया इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
18	एग्रीकल्चर इन्श्योरेन्स कम्पनी ऑफ इण्डिया
19	स्टार हेल्थ एण्ड एलाइड इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
20	अपोलो म्यूनिक् हेल्थ इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
21	यूनिवर्सल शाम्पू जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
22	एक्सपोर्ट क्रेडिट एण्ड गारन्टी कॉर्पोरेशन ऑफ इण्डिया लिमिटेड
23	राहेजा क्यू बी ई जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
24	एल एण्ड टी जनरल इन्श्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

सारणी 1.3 भारत में पुनर्बीमा कम्पनियाँ

जनरल इन्श्योरेन्स कॉर्पोरेशन (GIC)

स्रोत:— इरडा (IRDA) वेबसाइट

अध्याय-2

जोखिम तथा बीमा

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A जोखिम की धारणा	2/2
B जोखिम के घटक	2/5
C बीमा योग्य जोखिम	2/9
D जोखिम हस्तान्तरण	2/11
E जोखिमों का पूल बनाना	2/12
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद आप कुशल होंगे:—

- बीमा के सम्बन्ध में जोखिम की धारणा स्पष्ट करने में;
- जोखिम के मुख्य घटकों को स्पष्ट करने में;
- बीमित किये जा सकने वाले जोखिमों का वर्णन करने में;
- एक जोखिम हस्तान्तरण प्रक्रिया के रूप में बीमा के महत्व का वर्णन करने में;
- जोखिमों का पूल बनाने की धारणा स्पष्ट करने में।

परिचय

अध्याय 1 में हमने व्याख्या की थी कि बीमा जोखिम के हस्तान्तरण पर आधारित होता है तथा हमने कुछ जोखिमों पर संक्षिप्त नजर डाली थी जिनका एक व्यक्ति सामना कर सकता है।

इस अध्याय में, हम जोखिम की प्रकृति पर अधिक विस्तार से तथा जोखिम के प्रकार, जिनके विरुद्ध बीमा किया जा सकता है; पर नजर डालेंगे, साथ ही जोखिम किस प्रकार हस्तान्तरित या पूल में डाला जाता है के बारे में कुछ अधिक व्याख्या करेंगे। निःसन्देह एक जीवन बीमा अभिकर्ता के रूप में आप **मानव जीवन से सम्बन्धित जोखिमों** से सम्बद्ध होते हैं अतः इस अध्याय में हम अपना ध्यान इन्हीं पहलूओं पर केन्द्रित करेंगे। तथापि हम कुछ जोखिमों का सन्दर्भ देने का भी प्रयास करेंगे जो कि सामान्य बीमा में लागू होते हैं ताकि जोखिम के सिद्धान्त को इसके व्यापक अभिप्राय में अच्छी तरह समझने में आपको सहायता करेगा।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दावली एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

जोखिम	जोखिम के घटक	अनिश्चितता	खतरा
आपदा	समरूप जोखिम	दुर्घटनात्मक जोखिम	बीमायोग्य जोखिम
वित्तीय जोखिम	शुद्ध जोखिम	जोखिम हस्तान्तरण	जोखिमों का पूल बनाना

A जोखिम (रिस्क) की धारणा

A1 जोखिम की परिभाषा

शब्द 'जोखिम' का अनेक संदर्भों में उपयोग किया जा सकता है। बीमा में जोखिम का आशय उन सम्पत्तियों से है जिन्हें बीमित किया जा सकता है उदाहरणार्थ मानव जीवन; मकान, कार आदि। जोखिम की कोई सार्वभौमिक परिभाषा नहीं है क्योंकि इसे विभिन्न संदर्भों में उपयोग किया जा सकता है।

जोखिम की कुछ परिभाषाएँ इस प्रकार हैं:—

- किसी क्षति या हानि की सम्भावना जोखिम है।
- किसी परिस्थिति से उत्पन्न परिणामों के सम्बन्ध में सन्देह जोखिम है।
- किसी व्यक्ति या वस्तु को संभावित खतरा होना जोखिम माना जाता है।

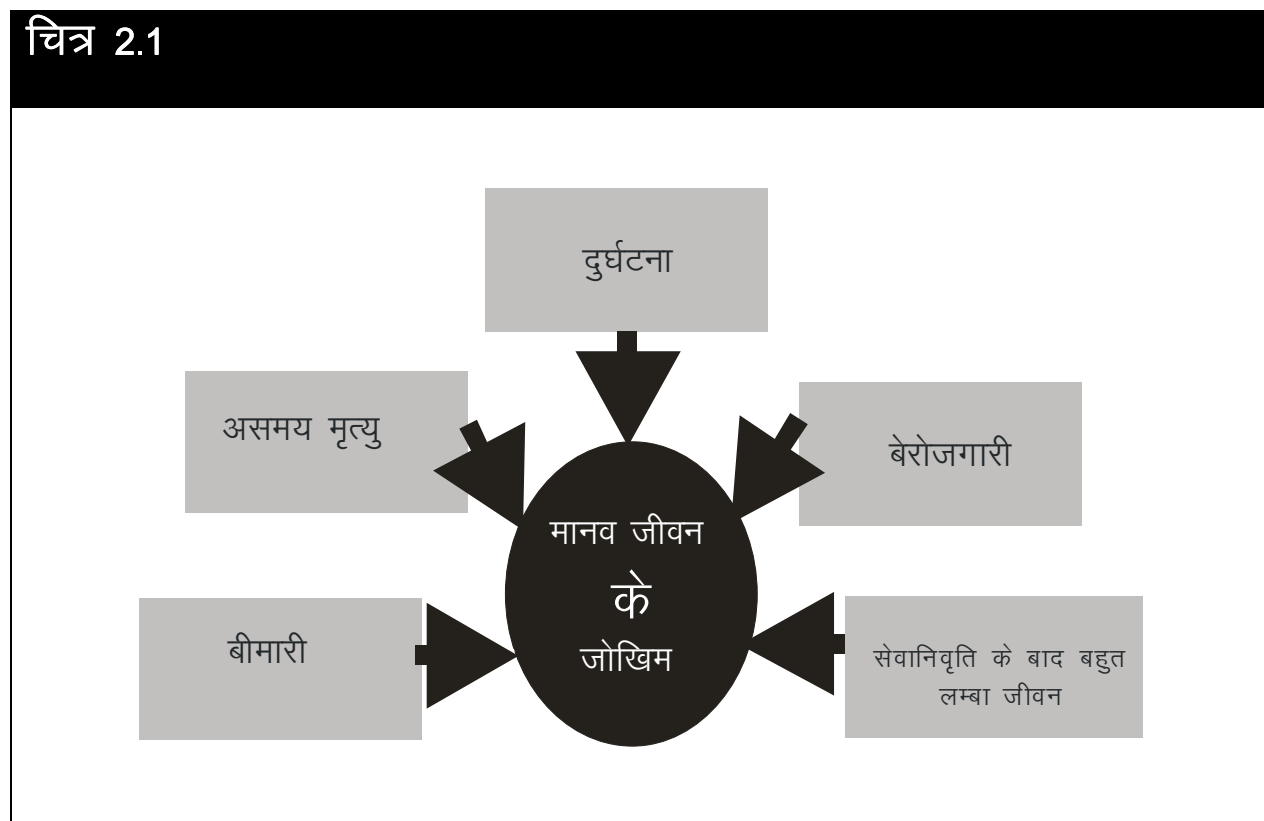


ध्यान रहे !

जीवन बीमा में शब्द "जोखिम" का उपयोग किसी प्रतिकूल घटना घटित होने की सम्भावना के लिए किया जाता है उदाहरण के लिए असमय **मृत्यु** या एक अकल्पनीय **अपंगता**।

किसी व्यक्ति को अपने सम्पूर्ण जीवनकाल में अनेकों जोखिमों का सामना करना पड़ सकता है; इनमें से कुछ हैं:

चित्र 2.1



बीमा इन जोखिमों को होने से नहीं रोक सकता है, लेकिन उनका प्रभाव कम कर देता है यदि वे घटित हो। जीवन बीमा मुख्यतः दो जोखिमों—समय पूर्व मृत्यु तथा अत्याधिक लम्बे जीवन से संबंधित है। मानव जीवन से संबंधित अन्य जोखिम अधिकांशतः गैर-जीवन बीमा द्वारा कवर किये जाते हैं। तथापि जीवन बीमा कम्पनियाँ निम्न जोखिमों—दुर्घटना से मृत्यु या अपंगता, बीमारी तथा बेरोजगारी को कवर करने के लिए जीवन बीमा योजना के साथ अतिरिक्त लाभ या राइडर भी प्रदान करती है।

उदाहरण

राकेश गुप्ता एक निजी कम्पनी के लिए काम करने वाला विक्रय कर्मचारी है। उसके कार्य में उसके मासिक एवं त्रैमासिक विक्रय लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए अपने क्षेत्र में विभिन्न खुदरा विक्रेताओं से मिलने के लिए लगातार यात्रा करना शामिल है। कई बार उसे बिना आराम के, कई दिनों तक लगातार यात्रा करनी पड़ती है।

राकेश गुप्ता को निम्नलिखित जोखिमों का खतरा है, जिसके लिए उसे बीमा खरीदने पर विचार करना चाहिए:—

असमय मृत्यु— राकेश की नौकरी का कार्य (प्रोफाइल) काफी तनावयुक्त है जिसमें गहन यात्रा करना शामिल है। उसे असामयिक मृत्यु के जोखिम का सामना करना पड़ सकता है जो किसी दुर्घटना या तनाव जनित बीमारी से हो सकती है। एक जीवन बीमा योजना राकेश की असमय मृत्यु के जोखिम के



विरुद्ध उसके परिवार की सुरक्षा कर सकती है।

दुर्घटना – राकेश द्वारा की जाने वाली अनवरत यात्राओं के कारण, वह दुर्घटना के जोखिम की ओर प्रवृत्त है जिसके फलस्वरूप स्थायी या अस्थायी अपंगता हो सकती है। अपंगता लाभ युक्त एक जीवन बीमा योजना या एक पृथक् दुर्घटना मृत्यु पॉलिसी राकेश के अपंग हो जाने के जोखिम से उसके परिवार की सुरक्षा कर सकती है।

बीमारी – उसकी नौकरी की तनावयुक्त प्रकृति के कारण, राकेश गंभीर बीमारियों के होने के जोखिम में है।

एक गंभीर बीमारी राइडर के साथ एक जीवन बीमा योजना या एक स्वास्थ्य बीमा योजना, राकेश को कोई

गंभीर बीमारी हो जाने पर अस्पताल के खर्चों की पूर्ति में सहायता कर सकती हैं।

बेरोजगारी – यदि राकेश की दुर्घटना होती है और वह अपंग हो जाता है, तो उसे अपनी नौकरी खोने तथा बेरोजगार होने के जोखिम का सामना करना पड़ सकता है।

बहुत लम्बा जीवन जीना – यदि उसके कार्यशील जीवन के दौरान उपरोक्त में से कोई घटना नहीं घटती है तथा राकेश सेवानिवृत्त हो जाता है, उसे सेवानिवृत्ति के पश्चात् बहुत लम्बे जीवन का जोखिम हो सकता है। वह एक निजी कम्पनी के लिए कार्य करता है जो उसके सेवा अनुलाभों के रूप में सेवानिवृत्ति के पश्चात् मासिक पेंशन प्रदान नहीं करती है। अतः उसे अपने कार्यशील जीवन के दौरान एक सेवानिवृत्ति पेंशन योजना में निवेश करके एक सेवानिवृत्ति कोष बनाने की जरूरत होगी। सेवानिवृत्ति पर वह जीवन बीमा कम्पनी से वार्षिकी (पेंशन) योजना खरीद सकता है जो कि उसके सेवानिवृत्ति के बाद की अवधि में उसे नियमित वार्षिक राशि का भुगतान करेगी।

नोट: विभिन्न जीवन बीमा योजनाओं, स्वास्थ्य बीमा योजनाओं तथा राइडर के बारे में विवरण पर बाद के अध्यायों में चर्चा की जायेगी।

ध्यान रहे!

बीमा कम्पनी केवल कुछ निर्दिष्ट जोखिमों के लिए कवर प्रदान करती है। ये जोखिम पॉलिसी दस्तावेज में सूचीबद्ध होते हैं। बीमा कम्पनी निर्दिष्ट जोखिमों के अलावा अन्य जोखिमों से उत्पन्न दावों के लिए सुरक्षा नहीं प्रदान करेगी।



प्रस्तावित क्रिया

किसी व्यक्ति द्वारा सामना किये जाने वाले जोखिमों का अध्ययन करने के पश्चात् आपके परिवार को कमा कर देने वाले से चर्चा करें कि उनके कार्य की प्रकृति के कारण उन्हें कौन से जोखिमों का सामना करना पड़ सकता है। यदि आप मुख्यको कमा कर देने वाले हो; तो आपको व्यक्तिगत रूप से कौन सी जोखिम हैं?



A2 जोखिम के प्रति दृष्टिकोण

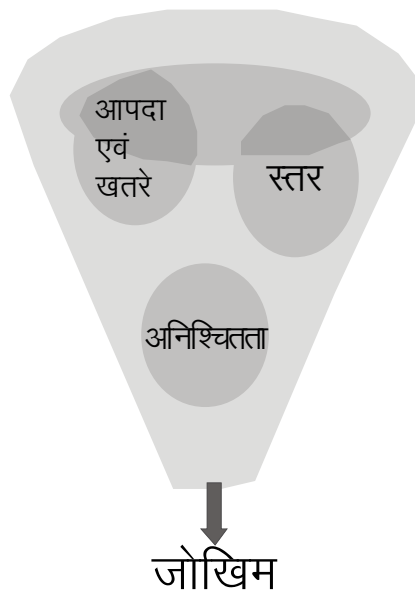
जोखिम के प्रति प्रत्येक व्यक्ति का दृष्टिकोण अलग होता है। अतः हम सभी लोग जोखिमों पर अलग तरीके से प्रतिक्रिया दिखाते हैं।

कुछ व्यक्ति जोखिम अपने पास रखने के इच्छुक होते हैं और उसे स्वयं वहन करते हैं, जबकि अन्य पहले से ही सावधानी बरतते हैं तथा उसे किसी बीमा कम्पनी को हस्तान्तरित करते हैं।

B जोखिम के घटक

जोखिम के घटकों में शामिल हैं :

चित्र 2.2



B1 अनिश्चितता

जीवन अनिश्चित है और इसी तरह हमारा भविष्य अनिश्चित है। यदि हम पहले से यह जान सके कि एक घटना घटने जा रही है तो हम इसे रोकने या इससे पार पाने की योजना बना सकते हैं, तथा इस तरह सम्बंधित जोखिम को सीमित या समाप्त भी किया जा सकता है।

एक सामान्य सिद्धान्त के अनुसार बीमा केवल अनिश्चित जोखिमों के लिए उपलब्ध होता है। इस कथन से एक प्रश्न उत्पन्न होता है:— हम सभी जानते हैं कि मृत्यु निश्चित होती है— लेकिन हम यह भी जानते हैं कि जीवन बीमा मृत्यु के विरुद्ध उपलब्ध होता है इसलिए ऐसा कथन किस प्रकार सत्य हो सकता है?

यह सत्य है क्योंकि यद्यपि हम सब एक दिन मर जायेंगे, पर कब हमारी मृत्यु होगी, यह अनिश्चित है। मृत्यु के समय के बारे में अनिश्चितता ही है जो मृत्यु को बीमायोग्य बनाती है। एक बार जब मृत्यु का समय निश्चित हो जाता है, उदाहरण के लिए जब एक व्यक्ति किसी घातक बीमारी से ग्रसित हो जाता है, तब

एक बीमा कम्पनी जोखिम को कवर नहीं करती है। निम्न प्रकरण अध्ययन प्रदर्शित करता है कि यह किस प्रकार कार्य करता है।



प्रकरण—अध्ययन:—

1. ऋषभ अग्रवाल एक 40 वर्षीय व्यवसायी है जिसकी एक स्वस्थ जीवनशैली है। प्रत्येक सुबह वह योग का अभ्यास करता है तथा धूम्रपान, तम्बाकू तथा शराब से परहेज करता है। उसके पारिवारिक मेडिकल इतिहास में मधुमेह रोग का उल्लेख है उसके माता-पिता दोनों इससे ग्रसित हुए हैं। लेकिन ऋषभ अग्रवाल में मधुमेह रोग पहचाना नहीं गया है। क्या ऋषभ को जीवन बीमा दिया जा सकता है?

उत्तर **हाँ** है, क्योंकि ऋषभ ने एक स्वस्थ जीवन शैली बना रखी है तथा उसमें किसी रोग की पहचान नहीं की गई है। उसकी मृत्यु का समय अनिश्चित है।

2. राकेश शर्मा में एक बहुत विकसित अवस्था के ब्रेन ट्यूमर का पता चलता है। डॉक्टर जानते हैं कि वे उसे बचा नहीं सकते हैं तथा निकट भविष्य में राकेश की दुखद मृत्यु लगभग निश्चित है। क्या राकेश शर्मा को जीवन बीमा दिया जा सकता है?

उत्तर **नहीं** है, जीवन बीमा कम्पनियाँ राकेश को बीमा कवर देने का जोखिम नहीं लेगी क्योंकि उसकी मृत्यु एक बहुत कम समय के अन्तराल में लगभग निश्चित है।

B2 जोखिम का स्तर

हम जानते हैं कि कुछ घटनाओं की अपेक्षा कुछ अन्य घटनाओं के घटित होने की संभावना अधिक होती है तथा इसमें सम्बद्ध जोखिम का स्तर प्रभावित होता है।

जोखिम का स्तर सामान्यतया निम्न शब्दों में आंकलन किया जाता है:—

- एक निश्चित घटना घटने की **संभाव्यता (या बारम्बारता)**, तथा
- घटना का प्रभाव **क्षेत्र (या गंभीरता)** यदि वह घटती है।

बारम्बारता (फ्रीक्वेंसि)

किसी निश्चित व्यक्ति के एक वर्ष के भीतर मृत्यु होने की सम्भावना की गणना बीमांककों द्वारा पूर्व के एकत्रित आंकड़ों से की जाती है, तथा मृत्यु दर सारणियों के रूप में उपलब्ध रहती है। यह बीमा कम्पनियों को किसी विशिष्ट घटना जैसे, विभिन्न परिस्थितियों में होने वाली मृत्यु की सम्भावना को निर्धारित कराती है।

व्यक्तियों के जीवन के प्रति जोखिम की संभाव्यता/सम्भावना उनकी आयु, अच्छे स्वास्थ्य, पारिवारिक मेडिकल इतिहास, जीवनशैली, जॉब प्रोफाइल आदि के आधार पर अलग होगी।

व्यक्तियों के किसी विनिर्दिष्ट (नमूना) आयु वर्ग में से होने वाली अनुपात में मृत्यु की सम्भावित संख्या को मृत्यु दर कहते हैं।



उदाहरण

100 लोगों के दो भिन्न समूहों पर नजर डालें। प्रथम समूह की आयु वर्ग 30–39 है। इनमें से एक व्यक्ति की 31 वर्ष आयु से पूर्व मृत्यु हो जाती है। इस मामले में मृत्यु की संभाव्यता 1% या 100 में 1 बारम्बारता है।

द्वितीय समूह का आयु वर्ग 60–69 है। इनमें से 15 लोगों की 61 वर्ष की आयु से पूर्व मृत्यु हो जाती है (15%)। इस तरह द्वितीय समूह में मृत्यु की बारम्बारता प्रथम समूह से अधिक है।

गंभीरता (सिवेरिटी)

बीमा कम्पनियाँ जोखिम की सम्भाव्यता के आधार पर हानि की गंभीरता के परिणामस्वरूप देय दावों की राशि का आंकलन करती हैं यदि बीमित घटना वास्तव में घटित हो।



ध्यान रहें।

जीवन बीमा कम्पनियाँ अपने विगत आंकड़ों (दावों के अनुभव) के आधार पर जोखिम के स्तर का निर्धारण करती हैं। यदि विगत आंकड़े यह दर्शाते हैं कि व्यक्तियों में एक निश्चित आयु (66–70 कहे तो) में हृदयाघात की अधिक प्रवृत्ति होती है, तब इस आयु समूह के लिए जोखिम का स्तर उच्च माना जायेगा।

प्रकरण—अध्ययन

22 मई 2010 को एयर इण्डिया एक्सप्रेस फ्लाईट 812 (दुबई–मंगलोर) कैंश हो गई। 158 यात्री मारे गये। विमान कैंश हादसे के शिकार लोगों को देय दावा राशि सहित कुल मीमा दावा राशि करोड़ों रुपये में होने की संभावना होती है।

एयर लाईन बीमा में जोखिम की प्रकृति कम आवृत्ति परन्तु उच्च गंभीरता (प्रभाव) के रूप में वर्गीकृत की जा सकती है क्योंकि एक एयर कैंश की सम्भाव्यता कम है लेकिन जब यह घटित होता है, हानि का विस्तार बहुत अधिक होता है।



B3 आपदा एवं खतरे (पेरिल एण्ड हैजर्ड)

यह जोखिम का अन्तिम पहलू है तथा हानि के कारणों से सम्बन्धित है।

आपदा से एक विशिष्ट घटना सन्दर्भित है जिससे हानि हो सकती है। यह हानि जीवन की हानि या सम्पत्ति की हानि हो सकती है। प्राकृतिक आपदाएँ जैसे भूकम्प, तूफान, बाढ़ आदि सभी आपदायें हैं जिनके कारण जीवन की हानि या सम्पत्ति की क्षति हो सकती है।

आपदायें ऐसे जोखिम होती हैं जो बीमित की जाती हैं उदाहरणतः ऐसी जोखिम जिनसे एक व्यक्ति अपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान मर जायेगा। दूसरी ओर एक **खतरे**, एक स्थिति है जो इस की संभावना में

वृद्धि करता है कि या तो **आपदा** आयेगी या ये एक वजह हो सकती है जिसका प्रभाव बहुत खराब हो सकता है, यदि ये घटित होती है।

ध्यान रहें।

खतरा आपदा के प्रचालन पर असर डालता है।



उदाहरण

यदि फेंफड़ों का कैंसर एक आपदा है तो धूम्रपान एक खतरा हो सकता है जो इस सम्भावना में वृद्धि कर सकता है कि आपदा (फेंफड़े का कैंसर) घटित होगी।



प्रकरण—अध्ययन:—

26 जनवरी 2001 को गुजरात में आया भूकम्प भारत के इतिहास के सबसे बुरे भूकम्पों में से एक था। इस दुखद घटना में हजारों की संख्या में लोगों ने अपना जीवन गंवाया। लाखों की संख्या में लोग घायल हुए तथा हजारों करोड़ रुपये की सम्पत्ति नष्ट हो गई। भूकम्प का केन्द्र पश्चिमी गुजरात के भुज कस्बे के उत्तरी भाग में स्थित था।



इस मामले में भूकम्प एक आपदा थी तथा कमजोर निर्मित मकान तथा स्कूल जो भूकम्परोधी नहीं थे तथा उनका आसानी से ढह जाना एक खतरा था।

इसी प्रकार सुनामी की घटना में (जैसी एक 26 दिसम्बर 2004 को घटित हुई थी) जीवन एवं सम्पत्ति की व्यापक स्तर पर हानि होती है, सुनामी आपदा होगी तथा समुद्र के तट की लहरों के निकट कमजोर बने मकान एवं इमारतें जिनके बहने के कारण उनके निवासियों का डूब जाना एक खतरा होगा।

याद रखें कि बीमा आपदाओं को घटने से नहीं रोक सकता है, आपदा के घटित होने से हुई हानि को बीमित किया जा सकता है।

खतरे के प्रकार

खतरे को निम्नलिखित प्रकारों में से एक में वर्गीकृत किया जा सकता है:—

भौतिक खतरे	नैतिक खतरे
जोखिम के पहलु एवं भौतिक लक्षणों से आशय है।	व्यक्ति की आदतों एवं क्रिया कलापों से आशय है जो जोखिम में वृद्धि करती है। ये किसी व्यक्ति के मानसिकता जैसे दृष्टिकोण एवं व्यवहार से भी उत्पन्न हो सकती है।
उदाहरण— हृदय रोग, उच्च रक्त चाप आदि का पारिवारिक इतिहास भौतिक खतरा है।	उदाहरण:— शराब का सेवन, धूम्रपान करना आदि।

जीवन बीमा के मामले में, कम्पनियाँ पॉलिसीधारकों को उनके खतरे के स्तर के आधार पर उच्च या कम जोखिम व्यक्तियों के रूप में वर्गीकृत कर जोखिम का विवरण लेती हैं। यह वर्गीकरण पॉलिसीधारकों की

अपनी सम्पत्तियों तक भी विस्तारित होता है यदि वे उनका भी बीमा करवाना चाहते हैं। इनमें से कुछ खतरों के कारण व्यक्ति को **उच्च जोखिम** के रूप में वर्गीकृत किया जाता है:

- **जोखिम युक्त कार्य का स्वरूप** :— यदि किसी व्यक्ति के कार्य का स्वरूप के कारण उसे खतरनाक परिस्थितियों में काम करना पड़ता है तो जोखिम बढ़ेगा। उदाहरणतः एक रासायनिक कारखाने, विस्फोटक कारखाने, भूमिगत खानों आदि में काम कर रहा व्यक्ति एक आई टी कम्पनी या एक बैंक में काम कर रहे व्यक्ति की तुलना में अधिक जोखिम के रूप में लिया जायेगा।
- **वर्तमान मेडिकल स्थिति** :— यदि किसी व्यक्ति में पहले से ही उच्च रक्त चाप या मधुमेह जैसी किसी स्वास्थ्य समस्या से ग्रस्त होने का पता लग चुका है, वह उन व्यक्तियों की तुलना में उच्चतर जोखिम पर होगा जो किसी बीमारी से ग्रसित नहीं है।
- **व्यक्ति की जीवन शैली** :— यदि कोई व्यक्ति एक स्वस्थ जीवनशैली बनाये रखता है तथा धूम्रपान करने, शराब सेवन से परहेज करता है तो जोखिम कम होगी। इसके विपरीत एक व्यक्ति, जो एक अधिक धूम्रपान करने वाला या शराबी है एक उच्चतर जोखिम प्रदर्शित करेगा।
- **व्यक्ति का आयु वर्ग** :— बीमा चाहने वाला एक अधिक आयु का व्यक्ति कम आयु के व्यक्ति की तुलना में एक उच्चतर जोखिम माना जायेगा।

यदि किसी व्यक्ति को उच्च जोखिम के रूप में वर्गीकृत किया जाता है, तो बीमा कम्पनी प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार कर सकती है। उच्च जोखिम के प्रस्ताव सामान्य शर्तों/दरों के स्थान पर उच्चतर प्रीमियम, बीमा धन व अवधि पर प्रतिबन्ध या ग्रहणाधिकार (लियन) सहित स्वीकार किये जा सकते हैं। हम इस विषय पर अधिक विस्तार से अध्याय 4 में नजर डालेंगे।



सोचिये

किन्हीं तीन आपदाओं की पहचान करे जो किसी व्यक्ति के जीवन में घटित हो सकते हैं। कौन से खतरे हैं जो इन आपदाओं को बढ़ा सकते हैं।



प्रश्न 2.1

आपदा तथा खतरों के मध्य अन्तर लिखिए।

C बीमा योग्य जोखिम

निम्न प्रकार के जोखिम का बीमा किया जा सकता है:—

- वित्तीय जोखिम;
- शुद्ध जोखिम; तथा

- विशिष्ट जोखिम

C1 वित्तीय जोखिम

जोखिमों के परिणाम जिन्हें मौद्रिक रूप में मापा जा सकता है को वित्तीय जोखिम कहा जाता है। निम्नांकित वित्तीय जोखिम माने जाते हैं जिनके लिए किसी व्यक्ति को योजना बनाने की जरूरत होती है :

जीवन की हानि – इससे अभिप्राय किसी परिवार के कमा कर देने वाला की मृत्यु जोखिम से है जिनकी वित्तीय जिम्मेवारियाँ अधूरी हैं।	<ul style="list-style-type: none"> • मृत्यु के पश्चात् आश्रितों को आय का एक स्थिर स्रोत प्रदान करना। • उसकी मृत्यु होने पर विभिन्न वित्तीय दायित्वों जैसे गृह ऋण, कार ऋण आदि को पूर्ण रूप से चुकाने में आश्रितों की सहायता करना।
बीमारी/अपंगता – इसमें मेडिकल खर्च तथा आय कमाने की हानि शामिल है।	<ul style="list-style-type: none"> • किसी भी प्रकार के मेडिकल खर्चों की व्यवस्था करना जो उत्पन्न हो सकते हैं। • बीमारी/अपंगता के कारण काम करने में असमर्थ होने पर वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना।
संचित बचत	<ul style="list-style-type: none"> • बच्चों को उच्च शिक्षा प्रदान करने के लिए। • बच्चों के विवाह के खर्च प्रदान करने के लिए। • एक व्यवसाय के लिए प्रारम्भिक पूँजी प्रदान करने के लिए आदि।
सेवानिवृत्ति – इससे अभिप्राय सेवानिवृत्ति के पश्चात् अपर्याप्त आय के जोखिम से है।	<ul style="list-style-type: none"> • सेवानिवृत्ति के पश्चात् आराम से रहने के लिए पर्याप्त पूँजी संचय के लिए। • सेवानिवृत्ति के पश्चात् आय के एक स्थिर स्रोत को प्रदान करने के लिए।

उदाहरण

राघव मिश्रा एक लेखाकार है जो एक स्थानीय फर्म के साथ कार्य करता है। वह शादीशुदा एवं दो बच्चों का पिता है। उसकी पत्नी काव्या एक गृहिणी है। उसके वृद्ध पिता सुहास भी उसके साथ रहते हैं। सुहास मिश्रा एक किसान है तथा कृषि भूमि के एक छोटे टुकड़े के स्वामी है।

तथापि, कृषि भूमि से प्राप्त आय उनके खर्चों को पूरा करने के लिए पर्याप्त नहीं है अतः वह राघव पर आश्रित है। परिवार के मुख्य कमाने वाले सदस्य के रूप में, राघव के पास भविष्य में विभिन्न आकस्मिकताओं के रूप में अनेक उत्तरदायित्व हैं। जैसे:-

- **जीवन की हानि** – राघव को यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि उसके साथ कुछ घटित होने पर उसकी पत्नी, बच्चों एवं पिता के लिए स्थिर आय का स्रोत बना रहें। यह आय दायित्वों जैसे दैनिक जीवन के खर्च, बच्चों की स्कूल फीस, उसके पिता के मेडिकल खर्चों के प्रबन्धन आदि को पूरा करने हेतु पर्याप्त होनी चाहिए।

- **बीमारी/अपंगता** – यह एक जोखिम है कि राघव के साथ कोई दुर्घटना हो सकती है तथा वह शारीरिक रूप से विकलांग हो सकता है जिससे वह कार्य नहीं कर सके। इसके विरुद्ध सुरक्षा के लिए,



उसके पास मेडिकल खर्चों तथा दैनिक जीवन के खर्चों को पूरा करने के लिए पर्याप्त धन होना चाहिए।

• **बचत संघय** – राघव को यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि उसके बच्चों की शिक्षा धन की कमी के कारण प्रभावित नहीं हो। अतः उसे अपने बच्चों की उच्च शिक्षा तथा विवाह के खर्चों के लिए बचत की जरूरत होती है।

• **सेवानिवृत्ति** – राघव को यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि वह सेवानिवृत्ति के पश्चात् आय का स्थिर स्रोत प्राप्त करें जो कि उसके मेडिकल तथा अन्य निर्वाह खर्चों की पूर्ति के लिए पर्याप्त होना चाहिए।



प्रश्न 2.2

ऐसे मुख्य वित्तीय जोखिम क्या है जिनके लिए व्यक्ति को योजना बनाने की जरूरत होती है?

C2 शुद्ध जोखिम (प्युर रिस्क)

शुद्ध जोखिम ऐसे जोखिम होते हैं जहाँ लाभ होने की संभावना नहीं होती है। शुद्ध जोखिम में, हानि भी हो सकती है तथा सर्वोत्तम संभव परिणाम बराबर विभाजन होता है।

शुद्ध जोखिम के साथ बीमित घटना घटने के परिणामस्वरूप होने वाले लाभ की संभावना शून्य होती है। इस तरह के जोखिम उन घटनाओं से संदर्भित हैं, जो किसी व्यक्ति के वश से पूरी तरह से बाहर होती हैं।

C3 विशिष्ट जोखिम (पर्टिक्युलर)

विशिष्ट जोखिम अपने प्रभावों में निजी या स्थानीय होते हैं। इन जोखिमों के घटने का परिणाम विशेष व्यक्ति या स्थानीय समुदाय को प्रभावित करता है।

D जोखिम हस्तान्तरण

जैसा कि हमने अध्याय 1 में देखा है, बीमा का प्राथमिक कार्य जोखिम को एक व्यक्ति से एक बीमा कम्पनी को हस्तान्तरण करना है। बीमा कम्पनी जो जोखिम वहन करती है, **बीमाकर्ता (इन्श्युरर)** के रूप में जानी जाती है तथा व्यक्ति जो अपना जोखिम हस्तान्तरित करता है **बीमित (इन्श्योर्ड)** के रूप में जाना जाता है।

जोखिम हस्तान्तरण इस मायने में बीमित को वित्तीय सुरक्षा की अनुभूति करता है कि यदि उसे या उसकी वित्तीय सम्पत्तियों के साथ कुछ घटित होता है, तो पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बंधनों के अनुसार बीमा कम्पनी द्वारा हानि की क्षतिपूर्ति की जायेगी। इस हस्तान्तरित जोखिम के लिए, बीमित को एक निश्चित राशि(प्रतिफल) बीमाकर्ता को भुगतान करना होगा, जिसे प्रीमियम (बीमा-किस्त) के नाम से जाना जाता है।

E जोखिमों का पूल बनाना (पुलिंग ऑफ रिस्क)

जोखिमों का पूल बनाना बीमा के आधारभूत सिद्धान्तों में एक है।

जोखिमों का पूल बनाते समय एक बीमा कम्पनी समान जोखिमों का सामना करने वाले विभिन्न व्यक्तियों से एकत्रित प्रीमियम उन्हें बीमित करने के लिए पूल में डालती है। बीमा कम्पनी विभिन्न जोखिमों के लिए विभिन्न पूल के समूह बनाती है।

उदाहरण

बीमा कम्पनी द्वारा निम्न के लिए पृथक् पूल रखे जायेंगे:-

- जीवन बीमा
- कार बीमा
- गृह बीमा तथा
- यात्रा बीमा



व्यक्तियों से एकत्रित किया गया प्रीमियम पूल खाते में जमा किया जाता है। जब एक दावे का निपटान किया जाता है तो इस पूल में से इसका भुगतान किया जाता है। बीमा कम्पनी को यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि एकत्रित प्रीमियम दावा भुगतान को पूरा करने के लिए पर्याप्त हो। बीमा कम्पनी द्वारा लिया गया प्रीमियम इस पूल के रख रखाव के लिए प्रशासनिक एवं अन्य खर्चों को पूरा करने हेतु भी पर्याप्त होना चाहिए। इसी प्रकार बीमा कम्पनी प्रीमियम के साथ एक निश्चित प्रतिशत लाभ भी शामिल करती है।



प्रश्न 2.3

बीमा में जोखिम का पूल बनाना क्या है? क्या एक ही पूल कार बीमा एवं जीवन बीमा के लिए दावों के भुगतान में उपयोग किया जा सकता है?

E1 बड़ी संख्या का कानून (लॉ ऑफ लार्ज नंबर)

बीमा कम्पनियाँ कुल वार्षिक दावों की लागत का निर्धारण करने के लिए “बड़ी संख्या का कानून” का प्रयोग करती हैं। बीमा कम्पनियाँ इस सम्भाव्यता का निर्धारण करती हैं कि यदि एक समान जोखिम के लिए बड़ी संख्या में लोगों को बीमित किया जाये तो उनको एक निश्चित दावा राशि का भुगतान करना होगा।



उदाहरण

एक बीमा कम्पनी द्वारा बीमित 1000 लोगों में से, यदि मृत्यु की सम्भाव्यता 1% है तब कम्पनी को 10 लोगों को दावों का भुगतान करना होगा।

बीमा कम्पनी जारी की गई पॉलिसियों की अवधि में उत्पन्न होने वाले दावों की अपेक्षित संख्या के आधार पर प्रीमियम का निर्धारण करती है।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

जेखिम की धारणा

- बीमा में, जेखिम उन सम्पत्तियों के सन्दर्भ में उपयोग किया जाता है जिनको बीमित किया जा सकता है; जैसे मानव जीवन, घर, कार आदि।
- जेखिम एक निर्दिष्ट घटना के घटित होने पर एक व्यक्ति को हो सकने वाले हानि की सम्भावना है।

जेखिम के घटक

जेखिम के घटकों में अनिश्चितता, जेखिम का स्तर, आपदा तथा खतरे शामिल हैं।

एक सामान्य सिद्धान्त के रूप में, बीमा केवल उन्हीं जेखिमों के लिए उपलब्ध होता है, जो अनिश्चित होती हैं।

- जेखिम का स्तर दो मानकों द्वारा निर्धारित होता है। एक निश्चित घटना घटने की संभाव्यता तथा उस घटना के घटित होने से होने वाली हानि की सीमा या परिमाण।
- आपदा एक निर्दिष्ट घटना के लिए सन्दर्भित है जिसके कारण हानि हो सकती है। खतरा एक स्थिति है जो एक आपदा के प्रचालन को प्रभावित करती है।
- खतरों को भौतिक खतरे तथा नैतिक खतरे के रूप में वर्गीकृत किया जाता है।

बीमा योग्य जेखिम

- जेखिम, जिनका परिणाम मौद्रिक रूप में मापा जा सकता है, वित्तीय जेखिम के रूप में जानी जाती है।
- शुद्ध जेखिम ऐसे जेखिम हैं जहाँ लाभ होने की संभावना नहीं होती है। शुद्ध जेखिम में हानि भी हो सकती है तथा सर्वोत्तम संभव परिणाम समान रूप से विभाजन होता है।
- विशिष्ट जेखिमों का प्रभाव व्यक्तियों पर तथा सीमित क्षेत्र में होता है।

जेखिमों का पूल बनाना

- एक बीमा कम्पनी समान जेखिमों के लिए विभिन्न व्यक्तियों को बीमित करने के लिए उनसे प्राप्त प्रीमियम राशि को एक पूल में डालती है।
- बीमा कम्पनियाँ सम्भावित कुल दावों की लागत का निर्धारण करने के लिए “बड़ी संख्या के कानून” को लागू करती हैं।

प्रश्न-उत्तर

2.1 आपदा से एक विशिष्ट घटना सन्दर्भित है जिससे हानि हो सकती है। यह हानि जीवन की हानि या सम्पत्ति की हानि हो सकती है। प्राकृतिक आपदाएँ जैसे भूकम्प, तूफान, बाढ़ आदि सभी आपदाएँ हैं जिनके कारण जीवन की हानि या सम्पत्ति की क्षति हो सकती है।

आपदा ऐसे जेखिम होते हैं जो बीमित की जाती हैं। उदाहरणार्थ ऐसे जेखिम जिनसे एक व्यक्ति अपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान मर जायेगा। दूसरी ओर एक खतरा, एक स्थिति है जो या तो एक खतरा होने की संभावना में वृद्धि करता है या फिर इसके होने पर बुरा प्रभाव डालता है।

एक खतरा एक आपदा के प्रचालन पर असर डालता है।

2.2 निम्नांकित मुख्य वित्तीय जेखिम माने जाते हैं जिनके लिए किसी व्यक्ति को योजना बनाने की जरूरत होती है :-

1) जीवन की हानि— इससे अभिप्राय किसी परिवार के आय कमाने वाले की मृत्यु की जोखिम से है जिनकी वित्तीय जिम्मेवारियों अधूरी हैं।

- मृत्यु के पश्चात् आश्रितों को आय का एक स्थिर स्रोत प्रदान करना।
- उसकी मृत्यु होने पर विभिन्न वित्तीय दायित्वों जैसे गृह ऋण, कार ऋण आदि को पूर्ण रूप से चुकाने में आश्रितों की सहायता करना।

2) बीमारी/अपंगता— इसमें मेडिकल खर्च तथा आय कमाने की हानि शामिल है।

- किसी भी प्रकार के मेडिकल खर्चों की व्यवस्था करना जो उत्पन्न हो सकते हैं।
- बीमारी/अपंगता के कारण काम करने में असमर्थ होने पर वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना।

3) संचित बचत

- बच्चों को उच्च शिक्षा प्रदान करने के लिए।
- बच्चों के विवाह के खर्च प्रदान करने के लिए।
- एक व्यवसाय के लिए प्रारम्भिक पूँजी प्रदान करने के लिए आदि।

4) सेवानिवृत्ति— इससे अभिप्राय सेवानिवृत्ति के पश्चात् अपर्याप्त आय के जोखिम से है।

- सेवानिवृत्ति के पश्चात् आराम से रहने के लिए पर्याप्त पूँजी संचय के लिए।
- सेवानिवृत्ति के पश्चात् आय के एक स्थिर स्रोत प्रदान करने के लिए।

2.3 जोखिमों का पूल बनाते समय बीमा कम्पनी एक समान जोखिमों से सुरक्षा प्रदान करने के लिए उन्हें बीमित करती है और बीमाधारक से प्राप्त प्रीमियम राशि को पूल में डालती है। बीमा कम्पनी विभिन्न जोखिमों के लिए अलग-अलग पूल के समूह बनाती है।

जीवन बीमा के लिए पूल खाता कार बीमा के लिए पूल खाते से अलग रखा जायेगा। एक जोखिम के पूल खाते को अन्य प्रकार के जोखिम के लिए दावों के निपटान में उपयोग नहीं किया जा सकता है।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	जोखिम के मुख्य घटकों की सूची बनाओं।
2	उन प्रकार के जोखिमों की सूची बनाओं जिन्हें बीमित किया जा सकता है।

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।

स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1. जोखिम के मुख्य घटक हैं:-

- अनिश्चितता
- जोखिम का स्तर तथा
- आपदा तथा खतरा

2. निम्नलिखित प्रकार के जोखिमों को बीमित किया जा सकता है:-

- वित्तीय जोखिम;
 - शुद्ध जोखिम; तथा
 - विशिष्ट जोखिम।
-

अध्याय-3

जीवन बीमा सिद्धान्त
तथा व्यवहार

विषय सूची

भाग 1: बीमा सिद्धान्त

भाग 2: बीमा व्यवहार

अध्याय-3.1

भाग 1: बीमा सिद्धान्त

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A एक वैध बीमा अनुबंध के आवश्यक तत्व	3/3
B बीमा योग्य हित	3/8
C परम सद्भाव	3/11
D सारभूत तथ्य	3/14
E क्षतिपूर्ति	3/16
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद आप कुशल होंगे

- एक वैध संविदा के आवश्यक लक्षणों की व्याख्या करने में;
- बीमा योग्य हित के सिद्धान्त की व्याख्या करने में तथा यह व्यक्त करने में कि बीमायोग्य हित कब विद्यमान रहने की आवश्यकता होती है;
- परम सद्भाव के महत्व की व्याख्या करने में;
- बीमाकर्ता एवं बीमित के प्रकटन के कर्तव्य को प्रस्तुत करने में;
- सारभूत तथ्यों के महत्व की व्याख्या करने में;
- उन तथ्यों का वर्णन करने में, जिनका प्रकट करना आवश्यक नहीं है;
- क्षतिपूर्ति के सिद्धान्त तथा इसकी जीवन बीमा से संबद्धता की व्याख्या करने में।

परिचय

एक बीमा पॉलिसी बीमा कम्पनी तथा बीमित व्यक्ति के मध्य एक कानूनी अनुबंध है तथा यह सुनिश्चित करने के लिए कि यह एक वैध संविदा है कुछ शर्तों का अनुपालन आवश्यक है।

इस अध्याय में हम पढ़ेंगे कि एक वैध अनुबंध के आवश्यक लक्षण क्या हैं कुछ खास सिद्धान्तों सहित जो केवल बीमा के अनुबंध पर ही लागू होते हैं।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दावली एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

प्रस्ताव तथा स्वीकृति	प्रतिफल (कन्सीडरेशन)	मतैक्य	बीमायोग्य हित
प्रमुख व्यक्ति बीमा	परम सद्भाव	प्रकटन दायित्व	सारभूत तथ्य
प्रारंभ से (एब इनिशियो)	निर्विवादितता खण्ड	क्षतिपूर्ति	अनुबन्ध की सामर्थ्य
क्षतिपूर्ति का अनुबन्ध	मूल्य निर्धारित अनुबन्ध		

A बीमा की एक वैध अनुबंध के आवश्यक तत्व

एक बीमा अनुबंध बीमा कम्पनी तथा बीमित व्यक्ति के मध्य विधि द्वारा प्रभावी करार होता है; बीमित व्यक्ति बीमा कम्पनी को एक प्रीमियम का भुगतान करने हेतु सहमत होता है तथा बीमा कम्पनी बीमित व्यक्ति के साथ एक विनिर्दिष्ट घटना के घटित हो जाने पर एक धन राशि के भुगतान हेतु सहमत होती है।

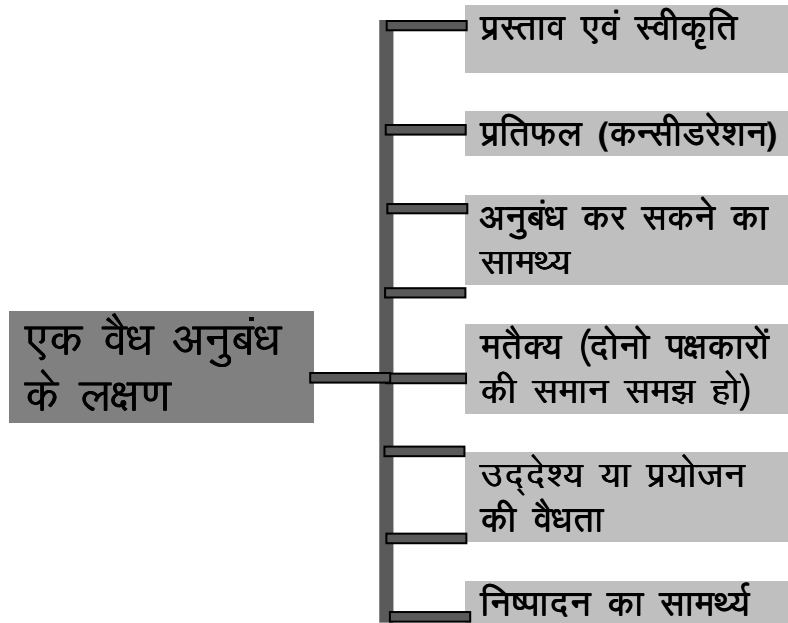
दोनों पक्षकार किस प्रकार कानूनी रूप से बाध्यकारी करार में सम्मिलित होते हैं तथा दोनों पक्षकारों को यह सुनिश्चित करने के लिए कि अनुबंध वैध हो किन शर्तों को पूरा करना चाहिए?

इन प्रश्नों का उत्तर देने के लिए, पहले हम एक वैध अनुबंध के आवश्यक लक्षणों पर दृष्टि डालेंगे तथा फिर हम यह देखेंगे कि बीमा अनुबंध अन्य अनुबन्धों से किस प्रकार भिन्न है।

A1 एक वैध अनुबंध के लक्षण

निम्नलिखित लक्षण आवश्यक होते हैं, यदि एक अनुबंध को वैध होना हो:-

चित्र 3.1



सर्वाधिक महत्वपूर्ण लक्षण **प्रस्ताव एवं स्वीकृति** तथा **प्रतिफल** है।

A1A प्रस्ताव एवं स्वीकृति (ऑफर एण्ड एक्सेप्टेन्स)

एक अनुबंध तब अस्तित्व में आती है जब एक पक्षकार एक प्रस्ताव प्रस्तुत करता है जिसे दूसरा पक्षकार बिना शर्त के स्वीकार कर लेता है। एक उदाहरण से यह समझना सरल होगा कि किस प्रकार एक बिना शर्त स्वीकृति कार्य करती है। चलो निम्नलिखित वार्तालाप पर विचार करें:-

उदाहरण

ABC बीमा कम्पनी: आपके प्रस्ताव फार्म के आधार पर हम आपको XXXXX रु. बीमा धन का कवर देने का प्रस्ताव कर सकते हैं।

प्रस्तावक, गणेश (व्यक्ति जो बीमा लेना चाहता है): 'मुझे स्वीकार है।'

इस उदाहरण में, गणेश ए बी सी के प्रस्ताव की किसी भी शर्त में परिवर्तन नहीं करता है अतः स्वीकृति बिना शर्त कही जायेगी। अन्य आवश्यक तत्वों की पूर्ति होने पर एक अनुबंध का निर्माण होता है अब गणेश के वैकल्पिक उत्तर पर विचार करें :-





उदाहरण

ABC बीमा कम्पनी: आपके प्रस्ताव फार्म के आधार पर हम आपको XXXXX रु. बीमा धन का कवर देने का प्रस्ताव कर सकते हैं।

प्रस्तावक, गणेश (व्यक्ति जो बीमा लेना चाहता है): 'मुझे स्वीकार है, लेकिन मैं बीमा राशि को YYYYYY रु. तक बढ़ाना चाहता हूँ।'

इस मामले में, एक अनुबंध का निर्माण नहीं होता है क्योंकि गणेश ने प्रस्ताव को बिना शर्त के स्वीकार नहीं किया है। जब तक ABC गणेश के जबाबी प्रस्ताव (काउन्टर ऑफर) की नई शर्त को स्वीकार नहीं करे, एक अनुबंध का निर्माण नहीं होता है।

A1B प्रतिफल (प्रथम प्रीमियम राशि) (कन्सीडरेशन)

एक अनुबंध को वैध होने के लिए प्रतिफल सहित होना चाहिए। प्रतिफल सौदे के प्रत्येक व्यक्ति के पक्ष में वर्णित किया जा सकता है जो अनुबंध के पक्षकार है। अनुबंध विधि में प्रतिफल केवल कुछ दिया गया मूल्य होता है जो कि करार लागू होने हेतु प्रेरक का कार्य करता है। धन का भुगतान प्रतिफल का एक सामान्य रूप है; तथापि एकमात्र रूप नहीं। बीमा पॉलिसी के संदर्भ में हम बीमित के प्रतिफल को प्रीमियम कह सकते हैं।

A1C अनुबंध कर सकने का सामर्थ्य

अनुबंध करने वाले व्यक्ति ऐसा करने हेतु सक्षम होने चाहिए। एक व्यक्ति को अनुबंध करने के लिए सक्षम कहा जाता है जब वह:-

- वयस्कता की आयु (18 वर्ष आयु) का हो;
- मानसिक रूप से स्वस्थ हो; तथा
- विधि द्वारा, अनुबंध कर सकने में अयोग्य नहीं हो।

इस प्रावधान के अनुसार अवयस्क (जो 18 वर्ष से कम आयु के हो) बीमा अनुबंध नहीं कर सकते हैं। साथ ही विधिक रूप से मानसिक रूप से अस्वस्थ माने गये लोग तथा विधि द्वारा प्रतिबन्धित व्यक्ति एक बीमा अनुबंध नहीं कर सकते हैं। ऐसे लोगों द्वारा की गया कोई अनुबंध अमान्य तथा शून्य (नल एण्ड वॉइड) होगी।

A1D मतैक्य (कन्सेनसस)

सरल शब्दों में इसका अर्थ है कि अनुबंध के दोनों पक्षकार एक ही चीज को, समान अर्थ में समझकर सहमत होने चाहिए। प्रस्तावक को बीमा पॉलिसी के लक्षणों को उसी अर्थ (तरीके) में समझना चाहिए जिसमें वह अभिकर्ता द्वारा समझाया गया है।

A1E उद्देश्य या प्रयोजन की वैधता

अनुबंध के दोनो पक्षकारों का उद्देश्य एक विधिक सम्बन्ध की रचना होना चाहिए। अनुबंध का प्रयोजन भी वैध होना चाहिए।

उदाहरण

एक पति के लिए यह अवैध होगा कि वह अपनी पत्नी का बीमा करवाकर उसकी हत्या कर दे तथा दावे का लाभ प्राप्त करने के लिए उसे एक दुर्घटना से मृत्यु के मामले के रूप में प्रदर्शित करे जिसे वह विधिक लाभार्थी के रूप में प्राप्त करेगा। बीमा का उपयोग अवैध प्रयोजन या उससे आर्थिक लाभ प्राप्त करने के लिए नहीं किया जा सकता है।

अवैध कार्य का दूसरा उदाहरण है कि भारी ऋण में डूबा व्यक्ति एक बड़ी राशि का जीवन बीमा लेता है तथा फिर आत्महत्या करता है ताकि उसका परिवार दावा राशि से लाभ प्राप्त कर सके। आत्महत्या से मृत्यु दावा अधिकांश बीमा कम्पनियों द्वारा प्रथम वर्ष में पहले से ही वर्जित होता है।

A1F निष्पादन का सामर्थ्य

अनुबंध के दोनो पक्षकारों में निष्पादन की क्षमता होनी चाहिए। उदाहरण के लिए, एक बहुत बड़ी राशि के लिए जीवन बीमा करवाने की प्रार्थना करने वाला व्यक्ति आवश्यक प्रीमियम भुगतान करने के लिए भी समर्थ होना चाहिए।

करार एवं उसकी शर्तें निश्चित एवं निष्पादन योग्य तथा देश के कानूनी प्रावधानों का अनुपालन करने वाला होना चाहिए।

इस पर विचार करें...

जिगर बीमा कम्पनी को 75 लाख रु. जीवन बीमा कवर के लिए रु. 12,000 प्रीमियम भुगतान के साथ प्रस्ताव करता है। मेडिकल जाँच के दौरान कम्पनी पाती है कि जिगर एक रोग से ग्रसित है तथा मानती है कि वह सामान्य से उच्च जोखिम प्रदर्शित कर रहा है। अतः बीमा कम्पनी उससे कहती है कि लिया जाने वाला प्रीमियम रु. 12,000 के स्थान पर रु. 15,000 होगा।

उपरोक्त परिस्थिति को आप प्रस्ताव एवं स्वीकृति के परिप्रेक्ष्य में किस प्रकार समझेंगे?

प्रश्न 3.1

एक वैध अनुबंध के आवश्यक लक्षण क्या हैं?

A2 पॉलिसी दस्तावेज

बीमित व्यक्ति एवं बीमा कम्पनी दोनों की आपस में सहमति की शर्तों के बारे में स्पष्ट होने पर, एक पॉलिसी जारी कर दी जाती है। पॉलिसी में सुरक्षा (कवर), कवर की अवधि, अपवाद, निर्बन्धन, प्रीमियम तथा अन्य सम्बन्धित सूचना का पूर्ण विवरण शामिल होता है। पॉलिसी अपने आप में एक बीमा अनुबंध नहीं है; अपितु, अनुबंध का साक्ष्य होती है।

एक बार बीमा कम्पनी द्वारा बीमा प्रस्ताव को स्वीकार कर लेने, सहमति की शर्तों तथा प्रीमियम भुगतान करने या भुगतान करने हेतु सहमत होने के बाद बीमा का अनुबंध प्रभावी हो जाता है। अतः एक वास्तविक रूप से पॉलिसी दस्तावेज जारी होने या न होने पर भी बीमा अनुबंध प्रभावी रहता है। पॉलिसी की अनुपस्थिति या हानि अनुबंध को अप्रमाणिक नहीं बनाती है लेकिन सहमत हुई शर्तों के बारे में कोई विवाद होने पर पॉलिसी एक साक्ष्य के रूप में उपयोगी होती है। हम इस अध्याय के भाग 2 में पॉलिसी की संरचना एवं अवयवों का परीक्षण करेंगे।

A3 बीमा अनुबंधों में बीमा अभिकर्ताओं की भूमिका

विधि की दृष्टि में, अन्य व्यक्ति की ओर से कार्य कर रहा कोई व्यक्ति एक अभिकर्ता होता है। यदि हम किसी को अपनी ओर से कार्य करने की अनुमति देते हैं तो सम्भवतः हमें निर्धारित व्यवस्था की सीमा तक हमारी ओर से उसके द्वारा किये जाने वाले प्रत्येक कार्य का उत्तरदायित्व स्वीकार करना होता है। यह बीमा में लागू होता है तथा जब कभी किसी मध्यस्थ का समावेश होता है, विधिक सम्बन्ध स्थापित हो जाता है।

हमने अध्याय 1 में देखा है कि बीमा उद्योग में विभिन्न प्रकार के मध्यस्थ सम्मिलित होते हैं तथा शब्द “अभिकर्ता” एक बीमा कम्पनी द्वारा अपनी ओर से कम्पनी के उत्पादों के विक्रय के लिए प्रयुक्त लाइसेन्स धारी मध्यस्थ होता है। ऐसा करते समय मध्यस्थ विधिक ‘अभिकर्ता’ बन जाता है तथा ‘प्रधान’ (प्रिंसीपल) (इस मामले में बीमा कम्पनी) की ओर से कार्य करने वाला माना जाता है। ये एक तृतीय पक्षकार (इस मामले में प्रस्तावक/बीमा लेने की इच्छा वाला व्यक्ति) के साथ प्रधान को एक संविदा सम्बद्ध सम्बन्धों के लिए प्रधान द्वारा अधिकृत होते हैं।



ध्यान रहे!

हम अध्याय 1 से यह भी याद रखेंगे कि मिश्रित दलालों के नाम से जाने जाने वाले कुछ मध्यस्थ स्वतन्त्र सलाहकार होते हैं। उनकी विधिक स्थिति जटिल होती है क्योंकि वे कुछ कार्य अपने ग्राहकों तथा कुछ कार्य बीमाकर्ता की ओर से करते हैं इसलिए उन्हें बीमित तथा बीमाकर्ता के अभिकर्ता (उनके द्वारा निष्पादित किये जा रहे कार्य की प्रकृति पर निर्भर) दोनों समझे जा सकते हैं।



ध्यान रहे!

बीमा अनुबंध विशिष्ट अनुबंध होती हैं तथा उपरोक्त वर्णित वैध अनुबंध के आवश्यक तत्वों के साथ ही अतिरिक्त सिद्धान्तों के विषयाधीन होती हैं।

हम निम्न खण्ड में इन अतिरिक्त सिद्धान्तों पर नजर डालेंगे:-

B बीमायोग्य हित (इन्श्युरेबल इन्ट्रेस्ट)

बीमायोग्य हित किसी वैध बीमा अनुबंध के स्थापित करने के लिए एक आवश्यक तत्व होता है।

B1 बीमायोग्य हित क्या है?

निम्नलिखित प्रकरण अध्ययन बीमायोग्य हित का अर्थ समझने में आपकी मदद करेगा :

प्रकरण अध्ययन

एक 30 वर्षीय व्यक्ति गणेश एक बहुराष्ट्रीय कम्पनी के लिए कार्य कर रहा है। गणेश की पत्नी एक घरेलू फर्म के लिए कार्य करती है तथा वह उसके गृह ऋण के लिए गणेश के साथ सह आवेदक है। जब तक गणेश के पास एक अच्छे वेतन की नौकरी है, वह मासिक जीवन-निर्वाह व्ययों का प्रबन्ध करने के साथ-साथ बकाया गृह ऋण तथा कार ऋण का भी भुगतान कर सकता है। गणेश ने अपनी सम्पत्तियाँ बनाने के लिए कठिन परिश्रम किया है अभी तक सब कुछ गणेश की योजना के अनुसार चल रहा है। फिर भी निम्नलिखित परिस्थिति की कल्पना करो:-

परिदृश्य 1: गणेश की दुर्घटना हो जाती है तथा वह एक माह तक अस्पताल में भर्ती रहता है।

परिदृश्य 2: गणेश की पत्नी की असामयिक मृत्यु हो जाती है।

चलो उपरोक्त परिदृश्य तथा संभावित हलों को करीब से देखते हैं:-

परिदृश्य 1: गणेश लगभग एक माह तक कार्य नहीं कर पायेगा। उसे उस अवधि के लिए वेतन नहीं मिलेगा तथा उसे अस्पताल के बिलों जो बहुत महंगे हो सकते हैं का भी भुगतान करना होगा। इस परिस्थिति से बचने के लिए गणेश को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसके पास अप्रत्याशित मेडिकल आकस्मिकताओं के कवर के लिए, यदि वह मेडिकल कारणों से कार्य से अनुपस्थित रहने पर वेतन को नुकसान के लिये पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा है।

परिदृश्य 2: गणेश की पत्नी पारिवारिक आय में योगदान के अलावा परिवार की देखभाल भी करती है। उसकी अचानक मृत्यु के बाद गणेश गृह ऋण के पुनर्भुगतान तथा अन्य वित्तीय आवश्यकताओं को पूरा करने में वित्तीय कठिनाई का सामना करेगा। उपरोक्त परिदृश्य के विरुद्ध सुरक्षा के लिए गणेश अपनी पत्नी के जीवन पर जीवन बीमा ले सकता है जिससे उसकी पत्नी का अचानक मृत्यु होने पर भुगतान प्राप्त करेगा, इस प्रकार वह सुनिश्चित करता है कि परिवार की वित्तीय स्थिति खतरे में नहीं पड़ती है। गणेश की पत्नी भी गणेश के जीवन पर जीवन बीमा ले सकती है जो उसकी असामयिक मृत्यु पर भुगतान प्राप्त करेगी।

उपरोक्त परिदृश्यों से आप देखते हैं कि यदि दोनों में से कोई घटना घटित होती है, तो गणेश एवं उसके परिवार की वित्तीय स्थिति बुरी तरह प्रभावित होगी यदि उसने बीमा नहीं लिया हो।



इस पर विचार करें...

उपरोक्त परिदृश्य हमें बीमायोग्य हित को समझने में किस प्रकार सहायता करते हैं?



बीमायोग्य हित मौजूद कहा जाता है जब एक व्यक्ति किसी अन्य व्यक्ति(यों) या सम्पत्ति की उपलब्धता या निरन्तर मौजूदगी से लाभ या फायदा प्राप्त करता है तथा उसी समय वित्तीय हानि या असुविधा से गुजरेगा यदि अन्य व्यक्ति(यों) की या सम्पत्ति को हानि होती है।

इस प्रकरण अध्ययन से हम देख सकते हैं कि गणेश अपने स्वयं के अच्छे स्वास्थ्य तथा अपनी पत्नी के जीवन में बीमा योग्य हित रखता है क्योंकि वह उनकी विद्यमानता से लाभ प्राप्त करता है तथा उनमें से किसी एक या दोनों को कोई क्षति होने पर उस पर **वित्तीय रूप से बुरा प्रभाव** पड़ेगा।

B2 बीमायोग्य हितों की सम्बद्धता

अब आप बीमा योग्य हित का अर्थ जानते हैं, आपको मनन करना चाहिए कि बीमा में बीमा योग्य हित का क्या महत्व या सम्बद्धता होती है? **बीमायोग्य हित बीमा का एक बहुत महत्वपूर्ण सिद्धान्त होता है।** किसी भी प्रकार के बीमा लेने के लिए, एक व्यक्ति का उस विषय वस्तु में बीमायोग्य हित होता है जिसका वे बीमा करवाना चाहते हैं। विषयवस्तु कोई वस्तु या बीमित घटना होती है तथा एक व्यक्ति का स्वयं का जीवन, अन्य का जीवन या सम्पत्ति हो सकती है। बीमा लिया जा सकता है या नहीं का निर्णय लेने का विधिक आधार बीमा योग्य हित है।

सारांश में: बीमा योग्य हित किसी व्यक्ति द्वारा उस विषय वस्तु का बीमा करवाने का विधिक अधिकार है जिससे उनका विधि सम्मत सम्बन्ध हो।

B3 परिस्थितियाँ जिनमें बीमा योग्य हित मौजूद रहता है।

न्यायालय के निर्णयों ने उन परिस्थितियों का उल्लेख किया है जिनमें बीमायोग्य हित मौजूद माना जाता है।

सामान्य विधि के अनुसार, निम्नलिखित परिस्थितियों में बीमायोग्य हित मौजूद माना जाता है:-

- **स्वयं का जीवन:** एक व्यक्ति का अपने स्वयं के जीवन में असीमित बीमा योग्य हित होता है।



उदाहरण

गणेश अपने भावी कमाई के वर्तमान मूल्य के बराबर राशि का एक जीवन बीमा ले सकता है। वैकल्पिक तौर पर, वह आंकलन करवा सकता है कि उसके न रहने पर उसके सभी दायित्वों जैसे गृह ऋण, कार ऋण, उसके परिवार के जीवन-निर्वाह व्यय आदि की देखभाल के लिए कितनी राशि की आवश्यकता होगी?

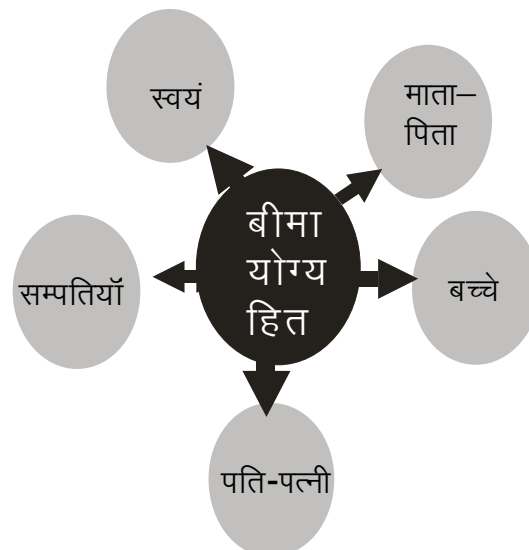
अन्य तरीका जिसे आवश्यक जीवन बीमा राशि की गणना के लिए उपयोग में लिया जा सकता है वार्षिक आय के एक गुणक; अर्थात्, वार्षिक आय का 15 गुणा या फिर वार्षिक आय का 20 गुणा भी उपयोग किया जाता है

• **पति या पत्नी** : एक पति का अपनी पत्नी के जीवन में बीमायोग्य हित होता है, तथा उसी प्रकार, एक पत्नी का अपने पति के जीवन में बीमायोग्य हित होता है दोनों एक दूसरे की कुशलता से लाभ प्राप्त करते हैं तथा यदि उनमें से किसी एक के साथ कुछ भी अप्रिय घटित हो तो दूसरा बुरी तरह प्रभावित होता है। अतः एक पति अपनी पत्नी के लिए या उल्टा एक दूसरे के लिए जीवन बीमा कवर ले सकते हैं।

• **बच्चे** : अभिभावक अपने बच्चों के लिए बीमा ले सकते हैं जब तक बच्चे आश्रित होते हैं। बच्चे भी अपने अभिभावक के लिए बीमा ले सकते हैं जब अभिभावक उन पर आश्रित होते हैं। इस प्रकार गणेश अपने बच्चों के लिए जीवन बीमा ले सकता है। इसी प्रकार गणेश के बच्चे गणेश के लिए उसके वृद्धावस्था आयु में स्वास्थ्य बीमा ले सकते हैं जब वह अपने बच्चों पर आश्रित रह सकता हैं।

• **सम्पत्तियाँ** : एक व्यक्ति का अपने स्वामित्व वाली सम्पत्तियों में बीमायोग्य हित होता है क्योंकि वे उनके उपयोग से लाभान्वित होते हैं तथा वे बुरी तरह प्रभावित होते हैं यदि सम्पत्तियों को क्षति होती है।

चित्र 3.2



अन्य परिस्थितियाँ जिनमें बीमायोग्य हित मौजूद माना जाता है, में शामिल हैं:—

• **लेनदार** : एक लेनदार का देनदार के जीवन में उस सीमा तक बीमा योग्य हित होता है जितना उसने देनदार को धन उधार दिया है।



उदाहरण

यदि गणेश ने कैलाश से 10,000 रु उधार लिये हैं, कैलाश उधार दी गई ऋण राशि उदाहरणतः 10,000 रु. की सीमा तक गणेश के जीवन में बीमा योग्य हित रखेगा। ऐसा इसलिए होता है कि यदि गणेश के साथ कुछ अप्रिय घटित होता है तब कैलाश 10,000 रु. की राशि वापस नहीं पायेगा तथा उसे हानि होगी। अतः इस मामले में कैलाश गणेश के जीवन पर ऋण राशि 10,000 रु. तक का जीवन बीमा ले सकता है।

- **जमानतदार** : एक जमानतदार ऋण की सीमा तक मुख्य ऋणी के जीवन में तथा सह जमानतदार के जीवन में भी बीमायोग्य हित रखता है।
- **कर्मचारी—नियोक्ता** : एक कर्मचारी अपने नियोक्ता के जीवन में अपने मासिक वेतन की सीमा तक बीमा योग्य हित रखता है।
- **नियोक्ता—कर्मचारी** : नियोक्ता अपने सभी कर्मचारियों की कुशलता में उनकी सेवाओं के मूल्य की सीमा तक बीमायोग्य हित रखता है, उदाहरण के लिए यदि एक कर्मचारी बीमार पड़ जाता है तथा अपने कार्य से लम्बे समय तक अनुपस्थित रहता है तब उन परियोजनाओं के पूर्ण होने में बाधा उपस्थित हो सकती है जिन पर वे कार्य कर रहे हैं।
- **प्रमुख व्यक्ति बीमा (की मैन इश्योरेंस)**: एक कम्पनी का कुछ महत्वपूर्ण लोगों के जीवन में बीमा योग्य हित होता है। कम्पनी ऐसे लोगों के जीवन पर प्रमुख व्यक्ति बीमा ले सकती है।
- **सांझेदार** : एक व्यवसाय में सांझेदारों का एक दूसरे के जीवन में बीमा योग्य हित होता है।

ध्यान रहें!

जीवन बीमा में, पॉलिसी लेते समय अर्थात् पॉलिसी के आरम्भ में बीमा योग्य हित मौजूद (प्रमाणित) होना आवश्यक है। एक दावा प्रस्तुत होने के समय, बीमा योग्य हित मौजूद हो भी सकता है और नहीं भी तथा इसे प्रमाणित करना भी आवश्यक नहीं होता है।

सामान्य बीमा के मामले में, पॉलिसी के प्रारम्भ के समय में तथा दावा उत्पन्न होते समय भी बीमायोग्य हित मौजूद होना चाहिए।

समुद्री बीमा के लिए भिन्न नियम लागू होते हैं जहाँ केवल दावा उत्पन्न होते समय ही बीमा योग्य हित मौजूद होने की जरूरत होती है।



C परम सद्भाव (अटमोस्ट गुड फेथ)

किसी बीमा के अनुबंध को वैध होने के लिए परम सद्भाव भी मौजूद होना चाहिए।

C1 परम सद्भाव का महत्व

निम्न परिदृश्य परम सद्भाव के सिद्धान्त को समझने में आपकी मदद करेगा:—

परिदृश्य

राजेश ने 50 लाख रु. की एक अवधि बीमा पॉलिसी 20 वर्षों के लिए ले रखी है।

एक दिन कार्यालय से घर लौटने के दौरान, राजेश की एक सड़क दुर्घटना हो जाती है तथा दुखद मृत्यु हो जाती है।



राजेश की पत्नी कोमल (पॉलिसी में नामित के रूप में) बीमा कम्पनी पर दावा करती है। बीमा कम्पनी द्वारा बीमा दावा अस्वीकार करने पर कोमल को आश्चर्य होता है। जाहिर है कि कोमल बहुत उदास हो जाती है तथा दावा अस्वीकार करने के कारणों को पूछती है। बीमा कम्पनी को अपने जाँच में पता चलता है कि राजेश ने कम प्रीमियम का लाभ उठाने के लिए अपने आयु प्रमाण दस्तावेज के साथ हेराफेरी करके, अपनी आयु वास्तविक आयु से पाँच वर्ष कम घोषित की थी। राजेश ने लाभदायक शर्तों पर बीमा पॉलिसी प्राप्त करने के लिए बीमा कम्पनी को जानबूझकर गुमराह किया है। इस कारण से बीमा कम्पनी ने पॉलिसी को अमान्य एवं शून्य घोषित किया है तथा राजेश की पत्नी द्वारा किया गया दावा अस्वीकार कर दिया है।

प्रस्तावक अपने बारे में सभी तथ्य जानता है तथा बीमा प्रस्ताव फॉर्म पूर्ण करते समय तथा सही दस्तावेज प्रस्तुत करते समय सभी सत्य सूचनाओं का प्रकट करना उसका नैतिक कर्तव्य है।

एक जीवन बीमा पॉलिसी के प्रीमियम मूल्य का निर्णय करने में एक व्यक्ति की आयु एक अत्यावश्यक मापदण्ड होता है जिसमें राजेश ने हेराफेरी की।

एक मूर्त उत्पाद की खरीद की बहुत सी संविदाओं में, प्रत्येक पक्षकार वस्तु का परीक्षण कर सकता है। बशर्ते एक पक्षकार दूसरे पक्षकार को गुमराह नहीं करें तथा सत्यता से प्रश्नों के उत्तर दे, वहाँ दूसरे पक्षकार का अनुबंध से बचने का प्रश्न नहीं होता है। एक रेफ्रिजरेटर खरीदने के मामले में इसी विशेषता का परीक्षण किया जा सकता है तथा चालू करके यह जाँच की सकती है कि यह उचित रूप से कार्य करता है। वस्तुओं तथा सेवाओं के कय एवं विकय को विनियमित करने का सिद्धान्त “केवियट एम्पटर” या “क्रेता सावधान रहे” होता है।

लेकिन बीमा कम्पनी इस प्रकार कार्य नहीं कर सकती है हम पॉलिसी पढ़ सकते हैं लेकिन यह किस प्रकार कार्य करती है यह हम उसी समय जान पायेंगे जब दावा किया जाता है। इसमें छूने या देखने को कुछ भी नहीं है। इसी प्रकार बीमा कम्पनी सूचनाओं के लिए पूर्ण रूप से प्रस्तावक पर निर्भर रहती है जिसे वह जोखिम स्वीकार करने के निर्णय लेने में उपयोग करती है, तथा यदि वह स्वीकार करती है, तो किन शर्तों पर।

उपरोक्त परिदृश्य दर्शाता है कि सारभूत तथ्यों को आशयपूर्वक/जानबूझकर छुपाने की अनुमति नहीं है। इसलिए बीमा अनुबंधों के लिए नियमों का एक अलग समूह लागू होता है तथा उच्च स्तर का कर्तव्य आवश्यक है जो ‘परम सद्भाव’ कहलाता है।

C2 परम सद्भाव की परिभाषा

हम परम सद्भाव को इस प्रकार परिभाषित कर सकते हैं:-

“यह प्रस्तावित जोखिम के बारे में सभी तथ्यात्मक सूचना को स्वेच्छा से, शुद्धतापूर्वक एवं पूर्णतः प्रकट करना, भले ही मांगी जाये या नहीं, का एक सकारात्मक कर्तव्य होता है।”

इसका अर्थ है कि अनुबंध के पक्षकारों को अनुबंध के लागू होने से पूर्व स्वेच्छापूर्वक तथ्यात्मक सूचना देनी चाहिए। यह सिद्धान्त अनुबंध वार्ता की सम्पूर्ण अवधि के दौरान प्रस्तावक एवं बीमाकर्ता दोनों पर समान रूप से लागू होता है, लेकिन विधि प्रस्तावक को अनुबंध के सारभूत तथ्यों के मुख्य आपूर्तिकर्ता के रूप में देखती है। हम खण्ड D में व्याख्या करेंगे कि सारभूत तथ्य क्या होते हैं।

परम सद्भाव का कर्तव्य भंग

परम सद्विश्वास के कर्तव्य भंग को निम्न प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता है:—

•**प्रकट नहीं करना (नॉन डिस्क्लोजर)** या एक सारभूत तथ्य को प्रकट करने में चूक करना, भले ही अनजाने में या इसलिए कि प्रस्तावक ने सोचा कि वह सारहीन था।

उदाहरण के लिए, अजय कम्पनी ABC को जीवन बीमा का आवेदन करते समय प्रकट नहीं करता है कि उसकी बचपन में सर्जरी की गई थी। उसने सोचा कि 15 वर्ष पूर्व, बचपन में की गई सर्जरी की यह सूचना बीमा कम्पनी को प्रकट करना सारहीन हैं, तथा वह बहुत समय पहले की इस सर्जरी घटना से पूरी तरह ठीक हो चुका है।

•**एक सारभूत तथ्य का छिपाना (कन्सीलमेंट)**

उदाहरण के लिए, अजय नियमित रूप से शराब का सेवन करता है। तथापि जीवन बीमा के लिए आवेदन से पूर्व वह एक माह तक शराब का सेवन नहीं करता है, वह सोच रहा था कि ऐसा करने पर मेडिकल जाँच के दौरान इसका पता नहीं लगेगा तथा वह अच्छी शर्तों पर बीमा प्राप्त कर सकेगा।

•**कपटपूर्ण गलत प्रदर्शन** या बीमाकर्ता को धोखा देने के आशय से कहा गया कथन।

उदाहरण के लिए, अजय अपनी आयु वास्तविक आयु से पाँच वर्ष कम घोषित करता है। इसके प्रमाण के लिए वह आयु प्रमाण दस्तावेज के साथ जालसाजी करता है तथा अच्छी शर्तों पर बीमा पाने के लिए उन्हें बीमा कम्पनी को प्रस्तुत करता है।

•**निष्कपट गलत प्रदर्शन** या अशुद्ध कथन जिसका सत्य होने का विश्वास हो।



प्रश्न 3.2

कुछ व्यवहारिक परिस्थितियों को सूचीबद्ध करो जिनमें एक व्यक्ति के लिए बीमा योग्य हित मौजूद माना जाता है।

C3 प्रकटन/प्रकट करने का कर्तव्य

हम व्याख्या कर चुके हैं कि सभी बीमा समझौतों की बात चीत में स्पष्टतः सारभूत तथ्यों को प्रकट करने का कर्तव्य होता है; अनुबंध के अस्तित्व में आने से पूर्व प्रस्ताव अवस्था में यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है।

बीमित का प्रकट करने का कर्तव्य

यह महत्वपूर्ण है कि प्रस्तावक अनुबंध से सम्बन्धित अब तक के सभी सारभूत तथ्यों को पूर्णतः प्रकट करें, क्योंकि अधिकांश मामलों में, विषय वस्तु की सभी परिस्थितियों का केवल प्रस्तावक को पता रहता है। बीमित को बीमा अनुबंध की सम्पूर्ण अवधि के दौरान बीमाकर्ता के प्रति सद्विश्वास से कार्य करना चाहिए।



उदाहरण:-

- प्रस्तावक को अपने स्वास्थ्य से सम्बन्धित सभी तथ्य प्रकट करने चाहिए। यदि वे किसी ऐसी बीमारी से ग्रस्त हो जो बीमाकर्ता के निर्णय को प्रभावित कर सकती है, तो इसे प्रस्ताव के समय प्रकट कर देना चाहिए।
- प्रस्तावक को अपनी सही आयु की घोषणा करनी चाहिए तथा इसे आयु के उचित प्रमाण से समर्थित करना चाहिए।
- यदि प्रस्तावक तम्बाकू का धूम्रपान या शराब का सेवन करता है, तो इसे प्रस्ताव फॉर्म में उल्लेखित करना चाहिए।
- यदि प्रस्तावक का बीमा पूर्व में किसी कम्पनी द्वारा अस्वीकार किया गया है या प्रस्ताव सामान्य से उच्च प्रीमियम दर पर स्वीकार किया गया है तो कारणों सहित प्रस्ताव फॉर्म में उल्लेख करना चाहिए।

बीमाकर्ता का प्रकटन का कर्तव्य

बीमाकर्ता का भी बीमित के प्रति प्रकटन का कर्तव्य होता है। इस कर्तव्य का अनुपालन करने के लिए, बीमाकर्ता को भी परम सद्भाव का अनुपालन करना चाहिए।



उदाहरण:-

- बीमाकर्ता को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसने अपने बीमा उत्पाद से सम्बन्धित सभी सूचनाएँ अपने सभी विक्रय साहित्य जैसे पेम्फलेटों, विवरण-पुस्तिकाओं, वेबसाइट आदि पर प्रकट कर दी है।
- उदाहरणार्थ : बीमा कम्पनियाँ धूम्रपान नहीं करने वाले के लिए धूम्रपान करने वालों की तुलना में कम प्रीमियम प्रभारित करती हैं।
- स्वास्थ्य बीमा के मामले में, नवीनीकरण के समय कुछ कम्पनियाँ प्रीमियम पर छूट या प्रीमियम वही रखते हुए कवर में एक निश्चित प्रतिशत वृद्धि करने का प्रस्ताव करती हैं, यदि बीमित द्वारा पूरे वर्ष में कोई दावा नहीं किया जाता है।



प्रस्तावित किया

हमने उपरोक्त कुछ उदाहरणों का उल्लेख किया है जहाँ बीमाकर्ता का प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति के प्रति प्रकटन का कर्तव्य होता है। कुछ अन्य स्थितियों पर विचार करें जहाँ बीमाकर्ता का बीमित के प्रति प्रकटन का कर्तव्य हो सकता है।

या

कुछ मामलों या उदाहरणों के लिए इंटरनेट पर सर्च करें जहाँ बीमित ने प्रकट करने के कर्तव्य का पालन नहीं किया तथा उनके दावे अप्रकटीकरण के आधार पर बीमाकर्ता द्वारा अस्वीकार कर दिये गये। ऐसे दावे के अस्वीकार करने के कारणों का अध्ययन करें।

D सारभूत तथ्य (मैटिरियल फैक्ट्स)

D1 सारभूत तथ्यों का महत्व

सारभूत तथ्यों को इस प्रकार परिभाषित कर सकते हैं कि वे ये तथ्य हैं जो ;

“किसी विवेकशील बीमाकर्ता के प्रीमियम निर्धारित करने या यह निर्धारण करने कि क्या जोखिम ली जा सकेगी के निर्णय को प्रभावित करेगा।”

उपरोक्त परिभाषा से हम देख सकते हैं कि सारभूत तथ्य महत्वपूर्ण होते हैं क्योंकि वे बीमा कम्पनी के जोखिमांकक को दो प्रकार के निर्णय में मदद करते हैं:-

- क्या जोखिम प्रस्ताव स्वीकार किया जाये या अस्वीकार; तथा
- यदि प्रस्ताव स्वीकार किया जाता है तो किस मूल्य (प्रीमियम) पर स्वीकार किया जायेगा।

यदि प्रस्तावक को सन्देह हो कि कोई विशेष तथ्य सारभूत है या नहीं तो उसे चाहिए कि वह तथ्यों का इस बात पर ध्यान दिये बिना कि वह प्रस्ताव पत्र में विशेष रूप से पूछे गये हैं या नहीं, प्रकटन करें। ऐसा इसलिए क्योंकि प्रस्तावक को ही सभी तथ्यों की पूर्ण जानकारी रहती है अतः उसे उन तथ्यों को जोखिमांकन हेतु बीमाकर्ता को अवश्य प्रकट करना चाहिए।

ऐसे तथ्य स्पष्टतया सारभूत होते हैं जो अन्य तथ्यों की तुलना में सामान्य से अधिक जोखिम प्रस्तुत करते हैं या वे तथ्य भी जो जोखिम के अपवादस्वरूप हो, या जो बीमा कराने के कतिपय विशिष्ट उद्देश्यों की ओर इशारा करते हो।

D2 प्रकटन नहीं करने के परिणाम

यदि बीमित व्यक्ति सारभूत तथ्यों के प्रकटन के दायित्व का उल्लंघन करता है तो बीमाकर्ता प्रारम्भ से ही अनुबंध को शून्य मान सकता है। दूसरे शब्दों में कोई दावा देय नहीं होगा। यदि अप्रकटन कपटपूर्ण (धोखा देने के उद्देश्य से) हो (जिसे प्रायः “छिपाव” कहते हैं) तो बीमाकर्ता प्राप्त किये गये प्रीमियम को अपने पास रख सकता है। विधि द्वारा स्थापित नियमों के अनुसार किसी एक पक्षकार द्वारा अप्रकटन दूसरे पक्ष (बीमाकर्ता) को अनुबंध को टालने हेतु उचित आधार प्रदान करता है जहाँ कोई तथ्य :-

- प्रथम पक्षकार (बीमित) की **जानकारी** में होता है;
- दूसरे पक्षकार (बीमाकर्ता) को **पता नहीं** होता है; या
- **गणना करने** पर यदि प्रकट होता है, दूसरे पक्षकार को अनुबंध को उन शर्तों पर लागू करने के लिए **प्रेरित** करता है जिसे वह उचित समझे या किसी भी प्रकार से अनुबंध में प्रवेश नहीं करने के लिए प्रेरित करता है।

D3 निर्विवादितता खण्ड (धारा 45)

जैसा कि बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 में प्रावधान है, पॉलिसी के प्रथम दो वर्षों में, यदि बीमा कम्पनी को पता चलता है कि कुछ सारभूत तथ्य प्रस्तावक द्वारा प्रकट नहीं किये गये हैं, तो वह (बीमाकर्ता) पॉलिसी को अमान्य तथा शून्य घोषित कर सकते हैं। बीमा कम्पनी सभी भुगतान किये गये प्रीमियम को भी रख सकती है। बीमा कम्पनी इस अधिकार को पॉलिसी प्रारम्भ होने से दो वर्षों तक ही लागू करा सकती है। दो वर्षों के पश्चात्, यदि बीमा कम्पनी पॉलिसी को शून्य बनाना चाहती हो तो उसे कपट सिद्ध करना होगा। यह खण्ड निर्विवादितता खण्ड के रूप में जाना जाता है तथा जीवन बीमा में लागू होता है।

D4 जीवन बीमा : प्रकट करने का कर्तव्य

जीवन बीमा के मामलों में प्रकट करने का कर्तव्य, प्रस्ताव के समय से प्रारम्भ होकर बीमा कम्पनी द्वारा जोखिम स्वीकार करने तथा पॉलिसी कवर शुरू होने के समय तक रहता है।

ध्यान रहे!

एक कालातीत (लैप्स) पॉलिसी को पुनर्जीवित करने पर, बीमा कम्पनी बीमित को निरन्तर अच्छे स्वास्थ्य के प्रमाण के साथ-साथ सभी सारभूत तथ्यों को प्रकट करने को कह सकती है। कालातीत व पुनर्चलन पॉलिसी के बारे में अधिक विवरण इस अध्याय के भाग 2 में चर्चा की गई है।



उदाहरण

परिदृश्य 1: अर्जुन 30 वर्ष की आयु में बीमा कम्पनी से आजीवन पॉलिसी लेता है। प्रस्ताव फॉर्म को पूर्ण करते समय अर्जुन सभी सारभूत तथ्यों को प्रकट करता है। पाँच वर्ष बाद अर्जुन में मधुमेह का पता चलता है। अब यदि अर्जुन इस तथ्य को बीमा कम्पनी को प्रकट नहीं करता है तो यह किसी भी तरह से उसके बीमा कवर को प्रभावित नहीं करता है क्योंकि ऐसा पॉलिसी प्रारम्भ होने के पाँच वर्ष पश्चात् घटित होता है। यदि अर्जुन की पॉलिसी कालातीत हो जाये तथा वह पॉलिसी को पुनर्जीवित करवाता है तब, इसे पुनर्जीवित करवाते समय बीमा कम्पनी फिर से सभी सारभूत तथ्यों को प्रकट करने के लिए कह सकती है।

परिदृश्य 2: 35 वर्ष की आयु में अर्जुन एक अन्य पॉलिसी (अवधि बीमा) लेना चाहता है परन्तु अब वह मधुमेह रोगी है। इस प्रस्ताव को प्रस्तुत करते समय, परम सद्भाव के सिद्धान्त के अनुसार, अर्जुन को प्रकट करना होगा कि वह मधुमेह से ग्रस्त है।

अर्जुन द्वारा किये गये प्रकटन के आधार पर, बीमा कम्पनी उसके प्रस्ताव का आंकलन करेगी, तथा जोखिम को स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय ले सकती है। यदि कम्पनी जोखिम को स्वीकार करने का निर्णय लेती है तो यह अर्जुन को इसके लिये जाने वाले प्रीमियम की सूचना देगी।

यदि अर्जुन प्रकट नहीं करता है कि वह मधुमेह से पीड़ित है तथा बीमा कम्पनी 6 माह बाद इस तथ्य के बारे में जान लेती है, तो वह इस पॉलिसी को अमान्य एवं शून्य घोषित कर सकती है तथा उस तिथि तक अर्जुन द्वारा भुगतान किये गये सभी प्रीमियम को रख (जब्त कर) सकती है।

E क्षतिपूर्ति (इन्डेमनिटी)

क्षतिपूर्ति को निम्न प्रकार परिभाषित किया जा सकता है:-

“बीमित को किसी हानि होने के पश्चात् उसी वित्तीय स्थिति में रखने के लिए पर्याप्त वित्तीय मुआवजा देना, ताकि वे हानि होने से पूर्व की (वित्तीय) स्थिति में पहुँचें”

संक्षेप में, इसका अर्थ है कि कोई हानि होने पर बीमा कम्पनी पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अन्तर्गत बीमित को उसके द्वारा उठाई गई हानि के लिए क्षतिपूर्ति (मुआवजा) देती है।



उदाहरण

सुरेश 2,00,000 रु. बीमा धन की एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेता है। सुरेश बीमार हो जाता है तथा अस्पताल में भर्ती किये जाने पर अस्पताल बिल का 40,000 रु. बनता है। अतः इस मामले में बीमा कम्पनी सुरेश को 40,000 रु. मुआवजा (क्षतिपूर्ति) देगा।

बीमा का उपयोग लाभ प्राप्ति के लिए नहीं किया जा सकता है।

क्षतिपूर्ति का सिद्धान्त यह सुनिश्चित करता है कि बीमित को केवल उस सीमा तक मुआवजा दिया जाये जितनी उन्हें हानि हुई है। इस प्रकार बीमित बीमा से अनुचित लाभ प्राप्त नहीं कर सकता है।



उदाहरण

राजेश 1,00,000 रु. बीमा धन की एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेता है। राजेश के नियोक्ता ने भी उसे 1,00,000 रु. का स्वास्थ्य कवरप्रदान कर रखा है। राजेश बीमार हो जाता है तथा अस्पताल में भर्ती किये जाने पर अस्पताल का बिल 25,000 रु. बनता है। अतः इस मामले में राजेश दोनों बीमाकर्ताओं सिर्फ 25,000 रु. का अलग अलग दावा प्राप्त नहीं कर सकता। अतः राजेश कुल 25,000 का दावा प्राप्त करेगा। क्षतिपूर्ति का सिद्धान्त सुनिश्चित करता है कि बीमा का उपयोग लाभ प्राप्ति के लिए नहीं किया जा सकता है।

सारांश में : क्षतिपूर्ति यह सुनिश्चित करती है कि बीमा कम्पनी द्वारा दावे के निपटान के पश्चात् बीमित न तो अधिक अच्छी और न ही बुरी (वित्तीय) स्थिति में आ जाये। यह भी सुनिश्चित करती है कि न तो बीमित को बीमाकर्ता के नुकसान पर लाभ प्राप्त हो और न ही बीमाकर्ता को बीमित के नुकसान पर लाभ प्राप्त हो।

E1 क्षतिपूर्ति तथा जीवन बीमा

सामान्य (जनरल या गैर-जीवन) बीमा पॉलिसियाँ तथा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ क्षतिपूर्ति के अनुबंध होते हैं जिसमें बीमित को उपरोक्त वर्णित सिद्धान्तों के अनुसार प्रत्यक्ष हुई हानि के लिए मुआवजा दिया जाता है।

लेकिन यह जीवन बीमा पर **लागू नहीं** होता है।



उदाहरण

यदि अजय 10 वर्षों के लिए 1,00,000 रु. की बन्दोबस्ती पॉलिसी 10,000 रु. के वार्षिक प्रीमियम भुगतान पर लेता है तथा पॉलिसी के चौथे वर्ष में उसकी मृत्यु हो जाती है, लाभार्थी सम्पूर्ण राशि 1,00,000 रु. (उस समय तक संचित बोनस जोड़कर) प्राप्त करेगा, भले ही अजय ने केवल चार वर्ष तक प्रीमियम का भुगतान किया है।

इसलिए जीवन बीमा अनुबंध **मूल्य निर्धारित अनुबंध (वैल्यू कांट्रैक्ट)** भी कही जाती है तथा क्षतिपूर्ति का सिद्धान्त उन पर लागू नहीं होता है। जीवन बीमा के मामले में, भले ही एक व्यक्ति एक से अधिक पॉलिसियाँ लेता है, तो भी बीमित की मृत्यु होने पर सभी बीमा कम्पनियाँ सम्पूर्ण बीमा धन का भुगतान करेगी।

इसलिए याद रखे कि जीवन बीमा सम्बन्धित दावों के निपटान में क्षतिपूर्ति के सिद्धान्त पर आधारित दावे में सांझों की अवधारणा लागू नहीं होती है।

उदाहरण

मनीष ए बी सी बीमा कम्पनी से 15,00,000 रु. की आजीवन बीमा पॉलिसी तथा एक्स वाई जेड बीमा कम्पनी से 10,00,000 रु. की बन्दोबस्ती पॉलिसी लेता है। पॉलिसी अवधि के भीतर उसकी मृत्यु होने पर दोनों बीमा कम्पनियाँ मनीष के नामित को भुगतान करेगी। अतः मनीष का नामित दोनों बीमा कम्पनियों से कुल 25,00,000 की बीमा राशि (15,00,000 रु. + 10,00,000 रु.) प्राप्त करेगा।





मुख्य बिन्दु:-

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिंदुओं का संक्षिप्त विवरण:-

बीमा के वैध अनुबंध के आवश्यक तत्व

- एक अनुबंध अस्तित्व में तब आता है जब एक पक्षकार प्रस्ताव करता है जिसे दूसरा पक्षकार बिना शर्त स्वीकार कर लेता है।
- एक बीमा अनुबंध अस्तित्व में प्रस्तावक द्वारा बीमा कम्पनी को भुगतान किया गया प्रीमियम प्रतिफल (कन्सीडरेशन) होता है।
- अवयस्क, मानसिक रूप से अस्वस्थ चित्त के माने गये व्यक्ति तथा विधि द्वारा अयोग्य घोषित व्यक्ति बीमा अनुबंध नहीं कर सकते हैं।

बीमा योग्य हित

- बीमा योग्य हित किसी व्यक्ति का किसी विषय वस्तु का बीमा कराने का विधिक अधिकार होता है जो उसके स्वयं का जीवन, परिवार के सदस्यों के जीवन या उनकी सम्पत्तियाँ हो सकती है।
- जब एक व्यक्ति का बीमा योग्य हित होता है तो वह अन्य व्यक्ति या सम्पत्तिके बने रहने से लाभ प्राप्त करता है तथा उनको हुई हानि से प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।
- अन्य उदाहरण जिनमें बीमा योग्य हित मौजूद माना जाता है, लेनदार-देनदार, कर्मचारी नियोक्ता अथवा उल्टे रूप में, साझेदारों का एक दूसरे के जीवन में तथा कम्पनियों का उनके प्रमुख व्यक्ति के जीवन में शामिल है।

परम सद्भाव

- एक बीमा अनुबंध में अनुबंध के दोनों पक्षकारों के एक दूसरे के प्रति सद्विश्वास में कार्य करना चाहिए।
- हम 'परम सद्भाव' को इस प्रकार परिभाषित कर सकते हैं: "यह प्रस्तावित जोखिम के बारे में सभी तथ्यात्मक सूचना को स्वेच्छा से, शुद्धतापूर्वक एवं पूर्णतः प्रकट करना, भले ही मांगी जाये या नहीं, का एक सकारात्मक कर्तव्य होता है।"
- सभी बीमा वार्ता में स्पष्ट सारभूत तथ्यों को प्रकट करने का कर्तव्य होता है; अनुबंध के अस्तित्व में आने से पूर्व प्रस्ताव अवस्था में यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है।
- बीमाकर्ता का भी बीमित के प्रति प्रकटन का कर्तव्य होता है। इस कर्तव्य का अनुपालन करने के लिए, बीमाकर्ता को भी परम सद्भावपूर्ण व्यवहार करना चाहिए।

सारभूत तथ्य

- सारभूत तथ्यों को इस प्रकार परिभाषित कर सकते हैं कि यह वह तथ्य हैं जो—“एक विवेकशील बीमाकर्ता के प्रीमियम निर्धारित करने तथा यह निर्धारण करने कि क्या उस जोखिम को स्वीकार किया जाये के निर्णय को प्रभावित करेंगे।”
- कुछ तथ्य, जैसे विधि तथा ज्ञान संबंधी तथा सर्वविदित तथ्य को प्रकट करने की जरूरत नहीं होती है।
- यदि बीमित प्रकट करने के कर्तव्य का सारभूत तथ्यों में उल्लंघन करता है, तो बीमाकर्ता अनुबंध को अमान्य तथा शून्य घोषित कर सकता है।

क्षतिपूर्ति

- क्षतिपूर्ति का आशय बीमित को उसी वित्तीय स्थिति में लाना है जो हानि होने से पूर्व थी।
- क्षतिपूर्ति यह सुनिश्चित करती है कि बड़ा-चढ़ाकर प्रस्तुत दावों के माध्यम से बीमित द्वारा बीमा का उपयोग लाभ पाने में नहीं किया जाए।
- क्षतिपूर्ति जीवन बीमा पर लागू नहीं होती है क्योंकि जीवन बीमा संविदाएँ मूल्य निर्धारित अनुबंध होता है।

प्रश्न—उत्तर



3.1

एक वैध अनुबंध के आवश्यक लक्षण निम्न हैं:—

- प्रस्ताव एवं स्वीकृति
- प्रतिफल
- अनुबंध कर सकने का सामर्थ्य
- मतैक्य
- उद्देश्य या प्रयोजन की वैधता
- निष्पादन का सामर्थ्य

3.2

वे परिस्थितियाँ जिनमें बीमा योग्य हित मौजूद माना जाता है जहाँ व्यक्ति का है:—

- स्वयं के जीवन में असीमित हित;
- अपने पति या पत्नी के जीवन तथा उल्टे में हित;
- अपने बच्चों के जीवन तथा उल्टे में हित; तथा
- अपनी सम्पत्तियों में हित

स्व —परीक्षण प्रश्न



1. परम सद्भाव को परिभाषित कीजिए तथा इसके अर्थ की व्याख्या कीजिए।
2. क्षतिपूर्ति क्या है?

आप उत्तर अगले पृष्ठ पर प्राप्त करेंगे।



स्व —परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1.	<p>‘परम सदभाव’ को परिभाषित कर सकते हैं:— “यह प्रस्तावित जोखिम के बारे में सभी तथ्यात्मक सूचनाओं को स्वेच्छा से, शुद्धतापूर्वक एवं पूर्णतः प्रकट करना, भले ही मांगी जाये या नहीं, का एक सकारात्मक कर्तव्य होता है।”</p> <p>इसका अर्थ है कि अनुबंध के पक्षकारों को अनुबंध के लागू होने से पूर्व स्वेच्छा से तथ्यात्मक सूचना देनी चाहिए। यह सिद्धान्त अनुबंध को तय करने/प्रभावी बनाने की सम्पूर्ण प्रक्रिया वार्ता के दौरान प्रस्तावक एवं बीमाकर्ता दोनों पर समान रूप से लागू होता है, लेकिन विधि द्वारा प्रस्तावक को अनुबंध के सारभूत तथ्यों के मुख्य आपूर्तिकर्ता के रूप में देखा जाता है।</p>
2.	<p>क्षतिपूर्ति को इस प्रकार परिभाषित किया जा सकता है:—</p> <p>“बीमित को किसी हानि होने के पश्चात् उसी वित्तीय स्थिति में रखने के लिए पर्याप्त वित्तीय मुआवजा देना, ताकि वे हानि होने से पूर्व की (वित्तीय) स्थिति में पहुँचें।”</p> <p>इसका अर्थ है कि एक हानि की घटना होने पर बीमा कम्पनी पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अन्तर्गत बीमित को उनके द्वारा उठाई गई हानि के लिए क्षतिपूर्ति (मुआवजा) देती है।</p>

अध्याय-3.2

भाग 2 बीमा व्यवहार

विषय सूची		पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य		
परिचय		
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ		
F बीमा पॉलिसियाँ कैसे खरीदी व लिखी जाती है		3/22
G मुख्य दस्तावेज		3/24
H मुख्य बीमा शब्दावली (पद)		3/33
I प्रीमियम भुगतान तथा वैध कवर की सम्बद्धता		3/43
मुख्य बिन्दु		
प्रश्न उत्तर		
स्व-परीक्षण प्रश्न		

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद आप कुशल होंगे:—

- बीमा किस प्रकार लिया व लिखा जाता है, के सम्बन्ध में मुख्य बातों/तथ्यों के वर्णन में;
- बीमा में उपयोग में आने वाले मुख्य दस्तावेजों तथा उनके महत्व का विश्लेषण करने में;
- बीमा में उपयोग किये जाने वाले मुख्य शब्दावली को परिभाषित करने में;
- प्रीमियम भुगतान की वैध कवर से सम्बद्धता की चर्चा करने में।

परिचय

इस अध्याय के प्रथम भाग में हमने सभी प्रकार के बीमा के सिद्धान्तों को जाना है। इस द्वितीय भाग में हम दृष्टिपात करने जा रहे हैं कि बीमा, विशेष रूप से जीवन बीमा किस प्रकार लिया जाता है। हम दो तरह से ऐसा करेंगे।

प्रथम स्तर पर हम मुख्य दस्तावेजों पर नजर डालेंगे कि जिस किसी के पास बीमा हो वह उससे परिचित होंगे तथा उनके महत्वों की चर्चा कर सकेंगे। इन दस्तावेजों का पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कम्पनी तथा पॉलिसीधारक के मध्य आदान प्रदान किया जायेगा। द्वितीय स्तर पर हम जीवन बीमा में उपयोग में लाए जा रहे कुछ महत्वपूर्ण शब्दों पर नजर डालेंगे जिन्हें आपको अपने ग्राहकों को समझाने की जरूरत होगी।

इन विषयों का उचित सन्दर्भ प्रस्तुत करने हेतु बीमा किस प्रकार लिया व लिखा जाता है की हम एक संक्षिप्त समीक्षा करके प्रारम्भ करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

समनुदेशन	निरस्तीकरण	कालातित	प्रीमियम रसीद
समनुदेशक	कूलिंग-ऑफ अवधि	नामांकन	पॉलिसी दस्तावेज
समनुदेशिनी	सशर्त समनुदेशन	नोटिस	प्रास्पेक्टस
परम (सम्पूर्ण) समनुदेशन	निषेध	चुकता मूल्य	पुनर्चलन
नियुक्त व्यक्ति	पृष्ठांकन	प्रस्ताव पत्र	समर्पण मूल्य

F बीमा पॉलिसियाँ कैसे खरीदी व लिखी जाती है।

हम पूर्व के अध्यायों में पहले ही प्रमाणित कर चुके हैं कि किसी व्यक्ति के पास बीमा क्यों होना चाहिए, बीमा क्या है तथा इसके पिछे सिद्धान्त क्या है। अतः कोई व्यक्ति एक बीमा पॉलिसी कैसे खरीदता है? सर्वप्रथम उन्हें यह बताने की जरूरत होगी कि बीमा उपलब्ध है।

F1 प्रारंभिक सूचना के स्रोत

बीमा कम्पनियाँ मास मीडिया विज्ञापनों के माध्यम से अपने उत्पादों के बारे में जागरूकता फैलाती तथा रुचि पैदा करती है। जैसा कि हम बाद में देखेंगे (भाग G5C), इरडा (IRDA) ने कुछ विशिष्ट दिशानिर्देश जारी किये हैं जिनका अनुपालन बीमा कम्पनी को प्रास्पेक्टस तथा विज्ञापन जारी करते समय करना आवश्यक है। कोई व्यक्ति इस सूचना से निर्णय ले सकता है कि उसे बीमा की आवश्यकता है और बीमा कम्पनी या उसके एक अभिकर्ता तक पहुँचने की जरूरत है। हम प्रास्पेक्टस के बारे में अधिक विस्तार से भाग G5C में देखेंगे।

विकल्प के रूप में कोई जीवन बीमा अभिकर्ता व्यक्तियों से सम्पर्क कर सकता है। जो उसे अपनी बीमा कम्पनी के उत्पादों का परिचय करवायेगा जिसका वह प्रतिनिधित्व करता है।

F2 बीमा खरीदने का प्रयोजन

किसी व्यक्ति को अपनी जरूरतों के आधार पर बीमा खरीदना चाहिए। बाजार में अनेक बीमा उत्पाद उपलब्ध होते हैं इनमें से किसे खरीदना है इसका निर्णय ध्यानपूर्वक विचार करने के बाद करना चाहिए। अपनी आवश्यकताओं के आधार पर, कोई व्यक्ति एक आजीवन बीमा पॉलिसी, एक बन्दोबस्ती पॉलिसी, एक मनी-बैंक पॉलिसी, एक बाल योजना या एक सेवानिवृत्ति योजना आदि खरीदने का चयन कर सकता है। हम इन उत्पादों पर बाद के अध्यायों में विस्तार से दृष्टिपात करेंगे।

F3 जीवन बीमा किस प्रकार लिखा (तैयार किया) जाता है।

अधिकतर पॉलिसियाँ केवल एक व्यक्ति के जीवन को बीमित करने के लिये लिखी जाती हैं जिसे **एकल जीवन** के रूप में जाना जाता है। अधिकतर, परन्तु हमेशा नहीं, पॉलिसी ले रहा व्यक्ति तथा बीमित व्यक्ति एक ही होता है। इसे **स्वजीवन पॉलिसी** कहा जाता है। पॉलिसी दो बीमित व्यक्तियों द्वारा संयुक्त रूप से भी ली जा सकती है—उदाहरण के लिए पति तथा पत्नी एक पॉलिसी ले सकते हैं जिसमें दोनों पॉलिसीधारक तथा बीमित व्यक्ति होते हैं। यह एक **संयुक्त जीवन पॉलिसी** (जॉइन्ट लाइफ पॉलिसी) कहलाती है।

F4 प्रस्ताव फॉर्म

विज्ञापन तथा प्रास्पेक्टस ऐसे माध्यम हैं जिनके द्वारा बीमा कम्पनियाँ प्रस्ताव आमन्त्रित करती हैं। बीमा ले रहा व्यक्ति **प्रस्तावक** कहलाता है वे स्वयं को जीवन (या अन्य किसी प्रकार के) बीमा के लिए प्रस्तावित करते हैं। प्रस्तावक प्रस्ताव फॉर्म पूर्ण करके बीमा कम्पनी में जमा करवाता है। प्रस्ताव फॉर्म से प्राप्त सूचनाओं का जोखिमांकक मूल्यांकन करता है जिसके आधार पर वह प्रस्ताव को स्वीकार, अस्वीकार या संशोधित शर्तों पर स्वीकार करने का निर्णय ले सकता है। हम भाग G1 में देखेंगे कि प्रस्ताव फॉर्म का स्वरूप कैसा होता है तथा इनका महत्व क्या है?

F5 कीमत विवरण (कोटेशन)

सरलतम रूप में कोटेशन में पॉलिसी की कितनी कीमत तथा किन शर्तों पर होगी का उल्लेख होता है। यह निर्धारित अवधि तक के लिए मान्य रहेगा जिसके दौरान प्रस्तावक पॉलिसी लेने का चयन या यह निर्णय कर सकता है कि यह उसके लिए नहीं। यदि प्रस्तावक कोटेशन स्वीकार करता है, तो बीमा कम्पनी इसमें उल्लिखित शर्तों एवं मूल्य से बंध हो जाती है। तथापि यदि कोटेशन की अवधि के दौरान प्रस्तावक से सम्बन्धित सारभूत तथ्यों में परिवर्तन होता है, तो बीमा कम्पनी इससे बंधी नहीं होती है।

F6 बीमा अनुबंध

एक बीमा अनुबंध उस तिथि से आरम्भ होता है जिस पर बीमा कम्पनी प्रथम प्रीमियम रसीद (भाग G3A देखें) जारी करती है। पॉलिसी दस्तावेज बाद में जारी किये जा सकते हैं (भाग G4 देखें)। यदि किसी व्यक्ति की पॉलिसी दस्तावेज जारी होने से पूर्व लेकिन प्रथम प्रीमियम रसीद जारी होने के पश्चात् मृत्यु हो जाती है, तो बीमा कम्पनी मृत्यु दावे के भुगतान हेतु उत्तरदायी होती है।

F7 नवीनीकरण

जीवन बीमा पॉलिसियाँ प्रायः कई वर्षों के लिए एक निर्धारित अवधि तक चलने वाली दीर्घ-अवधि पॉलिसियाँ होती हैं। दूसरी ओर गैर-जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा जारी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ अल्प अवधि पॉलिसियाँ होती हैं जो

केवल एक वर्ष तक चलती है। एक वर्ष की समाप्ति पर, पॉलिसीधारक को पॉलिसी के नवीनीकरण की सलाह दी जाती है ताकि वे बीमा द्वारा दी गयी सुरक्षा का लाभ नहीं खो दें तथा इसलिए भी कि बीमा कम्पनी भी ग्राहक को खोना नहीं चाहेगी। अतः बीमा कम्पनी पॉलिसी धारक को **नवीनीकरण** के लिए आमन्त्रित करती है। हम इस अध्याय में बाद में नवीनीकरण पर कुछ अधिक विस्तार से दृष्टिपात करेंगे।

F8 सारांश

बीमा किस प्रकार खरीदा जाता है की समीक्षा कर हम एक परिदृश्य प्रस्तुत कर चुके हैं अब हम इस ज्ञान के आधार पर बीमा के लिए आवश्यक दस्तावेज तथा उसमें प्रयुक्त कुछ तकनीकी शब्दों पर नजर डाल सकते हैं। इन सभी का एक व्यास्तविक सन्दर्भ लेने के लिए हम नितिश शर्मा तथा उसके जीवन बीमा अभिकर्ता श्री कुमार के प्रकरण अध्ययन का अनुसरण करेंगे।

प्रकरण—अध्ययन

नितिश शर्मा हाल ही में एक डिग्री कॉलेज में प्रवक्ता पद पर नियुक्त हुआ है। वह 28 वर्षीय है तथा उसने सुमेधा से विवाह किया है जो एक गृहिणी है। एक दिन एक बीमा अभिकर्ता श्री कुमार उससे सम्पर्क करता है। बातचीत के दौरान, श्री कुमार नितिश को उसकी जीवन बीमा की जरूरतों को व्यक्त करता है। नितिश कहता है कि वह पहले से ही इस बारे में विचार कर रहा था, जबसे उसने एक बीमा कम्पनी द्वारा जारी प्रास्पेक्टस देखा है तथा इसलिए वह एक बीमा योजना क्रय हेतु सहमति देता है।



G मुख्य दस्तावेज

बीमा से सम्बद्ध अनेक महत्वपूर्ण दस्तावेज होते हैं—पिछले भाग में उनमें से कुछ के बारे में हम पहले ही परिचय करा चुके हैं। ये दस्तावेज बीमित तथा बीमा के बारे में सूचनाएँ तथा कभी—कभी बीमा प्रभावी है इस का प्रमाण भी प्रस्तुत करते हैं, जब एक हानि घटित होने पर एक दावा उत्पन्न होता है। इस भाग में हम इन दस्तावेजों के बारे में देखेंगे।

G1 प्रस्ताव फॉर्म

श्री कुमार यह सुनने पर कि नितिश जीवन बीमा लेने के लाभों को जानता है तथा वह बीमा लेने का इच्छुक है सबसे पहले नितिश को एक **प्रस्ताव फॉर्म** पूर्ण करने के लिए देता है।

प्रकरण—अध्ययन

जब नितिश प्रस्ताव फॉर्म की तरफ देखता है तो वह फॉर्म में पूछी गई सूचनाओं की संख्या से भ्रमित हो जाता है। वह आश्चर्य व्यक्त करता है कि जब वह बीमा योजना को खरीदने के लिए मूल्य भुगतान हेतु तैयार है तो उसे प्रस्ताव फॉर्म भरना क्यों जरूरी है। वह यह टिप्पणी भी करता है कि यह सब उसके जैसे शिक्षित आदमी के लिए ठीक है परन्तु यदि वह अशिक्षित होता है तो क्या वह तब भी बीमा योजना खरीद सकता था?



चलो हम देखते हैं कि श्री कुमार नितिश के प्रश्नों का उत्तर किस प्रकार देंगे—

प्रस्ताव फॉर्म या आवेदन फॉर्म वह पहला दस्तावेज है जिसे प्रस्तावक को भरकर बीमा कम्पनी में प्रस्तुत करने की जरूरत है। हमारे प्रकरण अध्ययन में नितिश प्रस्तावक है। प्रस्तावक को स्वयं अपनी हस्तलिपि में प्रस्ताव फॉर्म भरना

चाहिए। तथापि, इसके कुछ अपवाद भी हैं, उदाहरण के लिए यदि प्रस्तावक अशिक्षित है या फॉर्म में प्रयुक्त भाषा नहीं समझता है। इसलिए यह सुनिश्चित करने के लिए कि प्रस्तावक बीमा योजना की खरीद तथा उसके साथ प्रभावी होने वाले करार के बारे में पूरी तरह जानकर हो ध्यान देने की आवश्यकता है।

प्रस्ताव फॉर्म सूचनाओं का मुख्य स्रोत है जिसे जोखिमांकक पूल के लिये प्रस्तुत जोखिमों का आंकलन करने के लिए उपयोग करेगा। अतः आप देखेंगे कि यह महत्वपूर्ण है कि प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी सही हो। हमने अध्याय 3 के पहले भाग में परम सद्भाव का महत्व तथा सारभूत तथ्यों की सम्बद्धता के बारे में विचार किया था।

बीमा कम्पनी प्रस्ताव फॉर्म के माध्यम से निम्नलिखित सूचना एकत्रित करती है:-

- बीमार्थी व्यक्ति की सूचना : उसका नाम, उम्र, पता, वैवाहिक स्थिति, वजन, ऊँचाई, मेडिकल इतिहास आदि से सम्बन्धित विवरण;
- प्रस्तावक की सूचना: यदि प्रस्तावक तथा बीमार्थी व्यक्ति अलग व्यक्ति हैं तो प्रस्तावक के बारे में सूचना जैसे नाम, उम्र, व्यवसाय तथा बीमार्थी व्यक्ति से सम्बन्ध (उदाहरणतः बीमार्थी व्यक्ति के जीवन पर एक पॉलिसी लेने का कारण) आदि भी फॉर्म में होते हैं;
- मांगे गये बीमा योजना के प्रकार का विवरण;
- नामित का विवरण (भाग H4A देखें)
- मांगे गये राइडर (यदि कोई हो) का विवरण (जब हम बाजार में उपलब्ध एकल उत्पादों की तरफ नजर डालेंगे तब हम जानेगें कि राइडर क्या हैं); तथा
- प्रस्तावक द्वारा पूर्व में ली गई बीमा योजनाओं के बारे में विवरण।

G1A प्रस्ताव फॉर्म में घोषणा

प्रस्ताव फॉर्म के अन्त में प्रस्तावक को घोषणा हस्ताक्षरित करनी होती है। इस घोषणा को हस्ताक्षरित करके प्रस्तावक पुष्टि करता है कि फॉर्म में दी गई सूचना सही है तथा कि उन्होंने उत्तर देने से पूर्व प्रश्नों को पूरी तरह समझ लिया है।

इस घोषणा को हस्ताक्षरित करना महत्वपूर्ण है। घोषणा पर सहमति देकर प्रस्तावक स्वीकार करता है कि

- बीमा कम्पनी अनुबंध निरस्त कर सकती है तथा प्रीमियम को रख सकती है कि यदि यह पता चलता है कि कुछ दी गई सूचना सत्य नहीं हैं, तथा
- यह स्पष्ट करके कि उसने प्रश्नों को समझ लिया है, वे यह दावा नहीं कर सकते हैं कि उन्हें किसी प्रकार से गलत सूचना दी गई थी या गुमराह किया गया था, यदि भविष्य में विवाद उत्पन्न होता है।

नितिश के अशिक्षित प्रस्तावक के प्रश्न का क्या उत्तर है—वे किस प्रकार प्रस्ताव फॉर्म पूर्ण तथा घोषणा हस्ताक्षरित कर सकते हैं? यदि प्रस्तावक अशिक्षित है, तो बांये अँगूठे का निशान लिया जाता है तथा किसी तृतीय पक्ष (व्यक्ति) से अँगूठे के निशान को सत्यापित करवाना होता है। अँगूठे के निशान को सत्यापित करने वाला व्यक्ति (तृतीय पक्ष) यह घोषणा करता है कि उसने प्रस्तावकों को सभी प्रश्न, उसकी भाषा में पूर्णतः समझा दिये हैं तथा उसने प्रस्तावक से पूछकर सही उत्तर लिखे हैं। इस मामले में घोषणा करने वाले व्यक्ति का पता भी लिया जाता है।

कभी-कभी प्रस्तावक की भाषा प्रस्ताव फॉर्म की भाषा से भिन्न होगी। इन मामलों में, जहाँ प्रस्तावक प्रस्ताव फॉर्म पूर्ण करता है तथा अपनी भाषा में घोषणा हस्ताक्षरित भी करता है, तो प्रस्तावक को अपनी हस्तलिपि में उपरोक्त घोषणा अपने हस्ताक्षर द्वारा करनी होती है कि सभी प्रश्न उसे समझा दिये गये हैं तथा उसने उन्हें पूरी तरह समझकर ही उत्तर दिया है।

प्रस्ताव फॉर्म तथा घोषणा पर प्रस्तावक के हस्ताक्षर बीमा अनुबंध का आधार तथा इसलिए विधिक रूप से यह बहुत महत्वपूर्ण दस्तावेज होता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि यह बहुत महत्वपूर्ण है कि प्रस्तावक प्रश्नों को समझकर सत्यतापूर्वक उनके उत्तर दें।



उदाहरण

राकेश चावला एक अशिक्षित व्यक्ति है। उसकी आयु 48 वर्ष है तथा वह केवल हिन्दी भाषा बोल तथा समझ सकता है। उसने एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने का निर्णय लिया, जिसके लिए वह एक जीवन बीमा अभिकर्ता से सम्पर्क करता है। अभिकर्ता राकेश चावला को फॉर्म भरने हेतु उपलब्ध करवाता है। फॉर्म अंग्रेजी भाषा में है तथा राकेश इस भाषा को नहीं समझता है। अतः बीमा अभिकर्ता उसे उसके मित्र निलेश टण्डन से फॉर्म भरने में मदद लेने की सलाह देता है जो एक विद्यालय में अध्यापक है तथा हिन्दी तथा अंग्रेजी में प्रवीण है।

निलेश टण्डन राकेश की ओर से फॉर्म भरने के लिए सहमति देता है। वह राकेश को हिन्दी में एक के बाद एक प्रश्न समझाता है तथा राकेश द्वारा दिये गये उत्तरों को अच्छी तरह फॉर्म पर रिकार्ड करता है।

एक बार जब फॉर्म पूर्ण रूप से भर दिया जाता है, तो राकेश को यह घोषणा करते हुए अपने अंगूठे के निशान को फॉर्म पर लगाने की आवश्यकता होती है, कि उसने प्रश्नों को समझ लिया है तथा तदनुसार उत्तर दिये हैं।

निलेश टण्डन भी फॉर्म में दी गई यह घोषणा हस्ताक्षरित करता है कि प्रस्तावक को प्रस्ताव फॉर्म में दिये गये प्रश्नों को उसके द्वारा समझने वाली भाषा में समझा दिया गया है तथा तदनुसार उत्तर रिकॉर्ड कर लिया गया है।

G2 आयु प्रमाण

प्रकरण अध्ययन

नितिश शर्मा प्रस्ताव फॉर्म भरता है तथा श्री कुमार को दे देता है जो नितिश को उसकी आयु के प्रमाण के रूप में हाई स्कूल अंकतालिका संलग्न करने के लिए कहता है। नितिश कहता है कि उसे उसकी तलाश करनी होगी—क्या कोई अन्य दस्तावेज है जिसे वह आयु के प्रमाण के रूप में जमा करवा सकता है—तथापि उसे अपनी आयु सिद्ध करने की जरूरत क्यों है?



आयु उन कारकों में से एक है जिनका बीमा कम्पनी प्रस्तावक के जोखिम स्वरूप तथा ली जाने वाली प्रीमियम राशि को निर्धारित करने के लिए उपयोग करती है। इसलिये यह महत्वपूर्ण है कि बीमा कम्पनियाँ प्रस्तावक की सही आयु सत्यापित करें।

एक वैध आयु प्रमाण के रूप में स्वीकार किये जा सकने वाले दस्तावेजों को **मानक (स्टैन्डर्ड) आयु प्रमाण दस्तावेजों** तथा **गैर मानक (नन-स्टैन्डर्ड)/अमानक आयु प्रमाण दस्तावेजों** के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। कुछ दस्तावेज जिनको मानक आयु प्रमाण के रूप में माना जा सकता है इस प्रकार हैं:-

- स्कूल तथा कॉलेज के अभिलेखों के अनुसार एक प्रमाण पत्र
- जन्म के समय नगरपालिका के रिकॉर्ड या जन्म तथा मृत्यु रजिस्ट्रार द्वारा जारी एक प्रमाण पत्र;
- पासपोर्ट;
- स्थायी खाता संख्या (पेन) कार्ड;
- नियोक्ता का सेवा रजिस्टर;
- बापटिज़्म का प्रमाण पत्र;
- पारिवारिक बायबल से प्रमाणित उद्घरण, यदि इसमें जन्म तिथि

शामिल हो ;

- रक्षा विभाग द्वारा जारी, रक्षा कार्मिक का पहचान पत्र ;
- रोमन कैथोलिक चर्च द्वारा जारी विवाह प्रमाण पत्र।

गैर मानक आयु प्रमाण दस्तावेजों में से कुछ, जो एक वैध आयु प्रमाण के रूप में स्वीकृत किये जा सकते हैं, इस प्रकार हैं :

- जन्म के समय तैयार जन्म कुण्डली;
- राशन कार्ड;
- स्वयं की घोषणा, बड़ों की घोषणा शपथ पत्र सहित; तथा
- ग्राम पंचायत द्वारा जारी प्रमाण पत्र।

किसी व्यक्ति को अपने जन्म तिथि प्रमाण के साथ अपने पते का प्रमाण, एक फोटोग्राफ तथा प्रीमियम जमा करना भी आवश्यक होता है। बीमा कम्पनी व्यक्ति को छः माह से एक वर्ष का बैंक खाता विवरणी प्रस्तुत करने के लिए भी कह सकती है। नकद या चैक के अलावा प्रीमियम का भुगतान क्रेडिट कार्ड, प्रस्तावक के बैंक खाते से सीधे काटकर या ऑनलाईन भुगतान विधि या इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग व्यवस्था (ECS) आदि के माध्यम से भी किया जा सकता है।

बीमा क्षेत्र में मनी लॉण्डरिंग की रोकथाम करने के लिए, इरडा (IRDA) ने हाल के वर्षों में एन्टी मनी लॉण्डरिंग (AML)/आतंकवाद हेतु वित्त पोषण की रोकथाम (CFT) सम्बन्धी दिशा निर्देश बीमा कम्पनियों के लिए जारी किये हैं ताकि अपने ग्राहक को जानें (KYC) प्रक्रिया को लागू करने में वे अत्याधिक सावधानी बरतें।

केवाईसी (KYC) प्रक्रिया के अनुसार अपनी पहचान प्रमाणित करने के लिए ग्राहक को जमा करवाने की जरूरत है:-

- एक आयु प्रमाण;
- एक पहचान प्रमाण;
- एक पते का प्रमाण; तथा
- आय प्रमाण दस्तावेज (यदि मांगी गई बीमा राशि के आधार पर बीमा कम्पनी को आवश्यकता हो)।

उपरोक्त दस्तावेज ग्राहक की पहचान तथा भुगतान किये जाने वाले प्रीमियम के लिए आय के स्रोत को स्पष्ट तथा सुनिश्चित करने हेतु प्राप्त किये जाते हैं। एन्टी मनी लॉण्डरिंग के बारे में अधिक विवरण की चर्चा अध्याय 12 में की जायेगी।

G3 प्रीमियम रसीदें:-

प्रकरण अध्ययन

नितिश शर्मा ने अपने वैध आयु प्रमाण, पते का प्रमाण तथा फोटोग्राफ श्री कुमार को प्रस्तुत करता। वह प्रीमियम के लिए बीमा कम्पनी के पक्ष में एक चैक भी उसे देता है। वह श्री कुमार से पूछता है कि वह कैसे एवं कब जान पायेगा कि उसका प्रस्ताव स्वीकार किया गया है या नहीं।

श्री कुमार नितिश को बताता है कि इरडा (IRDA) विनियमों के अनुसार बीमा कम्पनी को अपने निर्णय के बारे में 15 दिनों के भीतर उसे बताना होता है। वह नितिश से यह भी कहता है कि बीमा कम्पनी अपनी स्वीकृति प्रथम प्रीमियम रसीद जारी करके प्रदर्शित करेगी तथा उसी समय या बाद में पॉलिसी दस्तावेज दे सकती है।



इस भाग में हम दोनों प्रीमियम रसीदों—प्रथम प्रीमियम रसीद तथा नवीनीकरण प्रीमियम रसीद के बारे में चर्चा करेंगे। हम अगले भाग G4 में पॉलिसी दस्तावेज पर दृष्टिपात करेंगे।

G3A प्रथम प्रीमियम रसीद (FPR)

हमने अभी अभी श्री कुमार के द्वारा नितिश को प्रत्युत्तर में देखा है कि बीमा कम्पनी प्रस्तावक को **प्रथम प्रीमियम रसीद (FPR)** जारी करके सूचित करेगी है कि उसका प्रस्ताव स्वीकार कर लिया गया है तथा प्रीमियम प्राप्त हो गया है। एफ पी आर (FPR) महत्वपूर्ण होती है क्योंकि यह बीमा अनुबंध शुरू होने का प्रमाण है। पॉलिसी दस्तावेज जो कि अनुबंध का साक्ष्य होता है बाद में जारी किया जा सकता है।

प्रथम प्रीमियम रसीद में निम्नलिखित सूचनाएँ उपलब्ध होती हैं:—

- बीमित व्यक्ति का नाम एवं पता;
- पॉलिसी नम्बर ;
- भुगतान की गई प्रीमियम राशि;
- प्रीमियम भुगतान विधि तथा बारम्बारता (आवृत्ति);
- प्रीमियम भुगतान की अगली तिथि;
- जोखिम प्रारम्भ तिथि (अर्थात् बीमा कब कवर से प्रारम्भ होगा);
- पॉलिसी परिपक्वता तिथि;
- भुगतान किये जाने वाले अन्तिम प्रीमियम की तिथि; तथा
- बीमा धन।

G3B नवीनीकरण प्रीमियम रसीद (RPR)

एफ पी आर जारी करने के पश्चात् बीमा कम्पनी जब—जब बीमाधरक से अगला प्रीमियम प्राप्त करती है तब तब प्रीमियम रसीदें जारी करती है। ये रसीदें **नवीनीकरण प्रीमियम रसीदें (RPRs)** कहलाती हैं। **RPRs** प्रीमियम भुगतान सम्बन्धी किसी विवाद उत्पन्न होने पर भुगतान के प्रमाण के रूप में प्रयुक्त की जाती हैं इसलिए ये महत्वपूर्ण होती हैं। **RPRs** को **FPR** तथा पॉलिसी दस्तावेज के साथ संभालकर रखना चाहिए ताकि जब इसे मांगा जाये ये आसानी से उपलब्ध करवायी जा सके।



ध्यान रहे!

किसी प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय जोखिमांकनकर्ता द्वारा लिया जाता है। यदि जोखिमांकक प्रस्ताव को संशोधित शर्तों एवं निर्बन्धनों के साथ स्वीकार करता है, तो प्रस्तावक द्वारा संशोधित शर्तों एवं निर्बन्धनों की सहमति तथा अतिरिक्त प्रीमियम (यदि कोई हो) के भुगतान करने पर ही FPR जारी की जाती है। इरडा (IRDA) द्वारा जारी विनियमों के अनुसार प्रस्ताव पर निर्णय 15 दिनों के भीतर प्रस्तावक को भेजना आवश्यक है। हम अगले अध्याय में जोखिमांकक की भूमिका पर अधिक विस्तार से चर्चा करेंगे।



प्रश्न 3.3

कौन से दस्तावेज आयु के वैध प्रमाण के रूप में स्वीकार किये जा सकते हैं?

G3C “फ्री लुक—इन अवधि” या “कूलिंग—ऑफ अवधि” क्या है?



प्रकरण अध्ययन

श्री कुमार द्वारा नितिश शर्मा का प्रस्ताव, प्रीमियम तथा प्रमाण पत्र बीमा कम्पनी को भेजने से पूर्व, नितिश एक अन्तिम प्रश्न करता है “क्या होगा यदि मैं बीमा पॉलिसी लेने के पश्चात् अपना विचार बदलता हूँ?”

FPR जारी करना अनुबंध प्रभावी होने का साक्ष्य है तथा दोनों पक्षकारों को बांधता है। तथापि इरडा विनियम प्रस्तावक को पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि से 15 दिनों की अवधि के भीतर अनुबंध वापस लेने का विकल्प प्रदान करते हैं यदि वे पॉलिसी के शर्तों एवं निर्बंधनों से असहमत हों। यह अवधि “फ्री लुक—इन अवधि” या “कूलिंग—ऑफ अवधि” के रूप में जानी जाती है। यदि प्रस्तावक अनुबंध वापस लेता है, तो बीमा कम्पनी कुछ कटौतियों जैसे अल्प अवधि के लिए जोखिम कवर की कीमत, जिसके लिए कवर दिया गया था, मेडिकल जाँच व्यय तथा स्टैम्प शुल्क घटाकर शेष प्रीमियम लौटा देगी।

हम प्रीमियम अदायगी तथा वैध कवर की सम्बद्धता पर इस अध्याय के अंत में भाग I में चर्चा करेंगे।

G4 पॉलिसी दस्तावेज

नितिश शर्मा द्वारा प्रथम प्रीमियम रसीद प्राप्त करने के कुछ समय बाद, वह पॉलिसी दस्तावेज की एक प्रति प्राप्त करता है। नितिश इस दस्तावेज से क्या अपेक्षा करता है? ये देखने में कैसा लगता है?

पॉलिसी दस्तावेज बीमा से सम्बन्धित अत्यन्त महत्वपूर्ण दस्तावेज है। यह बीमित तथा बीमा कम्पनी के मध्य अनुबंध का **प्रमाण** (सबूत) है। यह स्वयं अनुबंध नहीं है; यदि पॉलिसी दस्तावेज खो जाता है, तो बीमा अनुबंध प्रभावित नहीं होती है। बीमा कम्पनी अनुबंध में कोई परिवर्तन किये बिना एक डुप्लीकेट पॉलिसी जारी कर देती है। पॉलिसी दस्तावेज सक्षम अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है तथा **भारतीय स्टैम्प अधिनियम** के अनुसार स्टैम्प लगाया जाना चाहिए।

किसी मानक पॉलिसी में निम्नलिखित भाग होते हैं:—

शीर्षक	प्रस्तावना
प्रचालन खण्ड	प्रतिबंधात्मक वाक्य खण्ड
अनुसूची	सत्यापन
शर्तें तथा निर्बंधन/विशेषाधिकार तथा निर्बंधन	पृष्ठांकन

पॉलिसी दस्तावेज के **शीर्षक** में कम्पनी का नाम, पता तथा लोगो (LOGO) शामिल है।

पॉलिसी की **प्रस्तावना** में उल्लेख रहता है कि प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षरित प्रस्ताव एवं घोषणा अनुबंध का आधार होती है।

प्रचालन खण्ड पक्षकारों के निम्नांकित पारस्परिक दायित्व निर्धारित करता है:—

- बीमित द्वारा प्रीमियम का भुगतान; तथा
- बीमित घटना घटित होने पर बीमा कम्पनी द्वारा बीमा धन का भुगतान, दावाकर्त्ता का स्वामित्व तथा आयु प्रमाण प्रस्तुत किये जाने पर।

पॉलिसी के **प्रतिबंधात्मक वाक्य खण्ड** में गारंटीड समर्पण मूल्य, नामांकन, समनुदेशन तथा पॉलिसी की जमानत पर ऋण आदि से सम्बन्धित सामान्य प्रावधानों का उल्लेख रहता है।

अनुसूची में पॉलिसी के सभी आवश्यक विवरण होते हैं; जैसे:-

• पॉलिसी प्रारम्भ तिथि;
• पॉलिसी परिपक्वता तिथि;
• बीमा धन (पॉलिसी द्वारा कब तथा कितना भुगतान प्राप्त होगा);
• भुगतान की जाने वाली प्रीमियम राशि तथा देय तिथियाँ;
• नामित (यदि प्रस्ताव फॉर्म में वर्णित हो);
• अन्य विशेष उपखण्ड;
• राइडर के विवरण;
• निषेध (एक्स्क्लूजन); तथा
• ग्रहणाधिकार (लियन)

किसी भी अस्पष्टता से बचने के लिए बीमाकर्ता पॉलिसीधारक द्वारा भरे गये प्रस्ताव फॉर्म की एक फोटो प्रति पॉलिसी दस्तावेज के साथ देता है।

सत्यापन यह सुनिश्चित करता है कि बीमाकर्ता ने हस्ताक्षर द्वारा पॉलिसी दस्तावेज को प्रमाणित कर दिया है। बीमाकर्ता के अधिकृत अधिकारी के द्वारा सत्यापन किया जा सकता है।

शर्तों एवं निर्बंधनों (टर्मस एण्ड कंडिशनस) से तात्पर्य है:-

- प्रीमियम भुगतान हेतु अनुग्रह अवधि;
- प्रीमियम भुगतान में चूक होने के परिणाम; तथा
- ऋणों की उपलब्धता।

इस भाग में यह जानकारी भी दी जाती है कि पॉलिसी किस प्रकार समनुदेशित या समर्पित की जाती है या कैसे इसे चुकता पॉलिसी में परिवर्तित किया जाता है (हम इनके अर्थ भाग H में देखेंगे) तथा किस प्रकार एक दावा किया जाता है। इस भाग में पॉलिसी के अन्तर्गत किसी निषेध(धों) का भी उल्लेख रहता है।

एक **निषेध** एक ऐसा कथन है कि किसी निश्चित जोखिम को पॉलिसी द्वारा कवर नहीं किया जाता है। यदि किसी ऐसे जोखिम से हानि हो जिसके कवर का निषेध हो तो बीमा कम्पनी द्वारा बीमा धन का भुगतान नहीं किया जायेगा। कोई निषेध सभी जीवन पॉलिसियों के लिए समान रूप से भी लागू हो सकता है (यहाँ तक कि अन्य बीमा कम्पनियों द्वारा जारी पॉलिसी में भी)। इसका उदाहरण यह होगा कि पॉलिसी का भुगतान नहीं किया जायेगा यदि बीमित व्यक्ति बीमा पॉलिसी खरीदने के एक वर्ष के भीतर आत्महत्या करता है। किसी व्यक्ति विशेष द्वारा प्रदर्शित/प्रस्तुत जोखिमों के कारण जोखिमांकक कुछ अन्य निषेध भी पॉलिसी में शामिल कर सकता है। उदाहरणतः जोखिमांकक ट्रेकिंग, वाटर राफ्टिंग या पानी से सम्बन्धित अन्य विभिन्न खेलों आदि के समान साहसिक गतिविधियाँ जो बीमाकर्ता द्वारा जोखिमपूर्ण या खतरनाक माने जाते हैं से होने वाली मृत्यु का निषेध करने का निर्णय ले सकता है। हम अध्याय 4 में देखेंगे कि कोई जोखिमांकक ऐसा क्यों करेगा, हम देखेंगे कि कभी-कभी एक जोखिमांकक किस प्रकार एक खराब जोखिम को संशोधित शर्तों पर स्वीकार करेगा।

मूल जीवन बीमा पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बंधनों में कुछ विशेष परिवर्तन करने के लिए, खाली कागज पर **पृष्ठांकन (इन्डोसमेंट)** करके मूल पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जा सकता है। एक जीवन बीमा पॉलिसी पृष्ठांकन का उपयोग करके आसानी से संशोधित की जा सकती है। पृष्ठांकन पॉलिसी का ही भाग होता है।

पॉलिसी सूचना विवरण पत्र

इरडा अपेक्षा करती है कि प्रत्येक पॉलिसी के साथ पॉलिसी सूचना विवरण पत्र जारी किया जाना चाहिए। पॉलिसी सूचना विवरण पत्र में निम्न को शामिल होना चाहिए:—

- प्रीमियम भुगतान विधि तथा आवृत्ति के लिए उपलब्ध सुविधा;
- पॉलिसी से सम्बन्धित किसी भी पूछताछ या सेवा के लिए सम्पर्क किये जा सकने वाले व्यक्ति या कार्यालय का नाम व पता ;
- पॉलिसीधारक के पते और नामित में किसी परिवर्तन के बारे में बीमा कम्पनी को बताने का महत्व;;
- किसी शिकायत या असन्तुष्टि के मामले में क्या करना होगा; तथा
- बीमा लोकपाल के स्थान की सूचना।

बीमा कम्पनी द्वारा जब प्रस्ताव स्वीकार कर लिया जाता है तथा प्रथम प्रीमियम रसीद तथा पॉलिसी प्रस्तावक को जारी कर दी जाती है तो प्रस्तावक बीमा कवर प्राप्त कर लेता है। इस स्थिति से आगे हम उन्हें प्रस्तावक नहीं कहेंगे वे अब **पॉलिसीधारक** हैं—वे लोग जो बीमा पॉलिसियाँ रखते हैं।



प्रश्न 3.4

प्रथम प्रीमियम रसीद (FPR) में क्या सूचना दी जाती है?

G5 पृष्ठांकन, नोटिस तथा प्रास्पेक्टस



प्रकरण—अध्ययन

श्री कुमार से वार्तालाप में नितिश शर्मा पूछता है कि क्या उसे अनुबंध में प्रीमियम भुगतान विधि तथा आवृत्ति आदि में परिवर्तन करने की अनुमति होगी यदि हाँ तो, कैसे।

श्री कुमार नितिश को पृष्ठांकन के बारे में समझाता है। वह कुछ अन्य दस्तावेजों जैसे नोटिसों तथा प्रास्पेक्टस की व्याख्या भी करता है जिसके आधार पर सर्वप्रथम नितिश का मन जीवन बीमा लेने के बारे में तैयार हुआ था।

G5A पृष्ठांकन

पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कम्पनी मूल पॉलिसी में परिवर्तन की अनुमति, पृष्ठांकन संलग्न करने पर देती है। पृष्ठांकन द्वारा बीमा धन, पॉलिसी अवधि, प्रीमियम भुगतान विधि तथा आवृत्ति, नामांकन तथा समनुदेशन आदि में संसोधन किया जा सकता है।

सादे कागज पर पृष्ठांकन अंकित करके पॉलिसी में संसोधन दर्शाने के लिए पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जा सकता है।

पॉलिसीधारक द्वारा नामिति में परिवर्तन चाहने पर, पॉलिसी के पिछले भाग पर पृष्ठांकन किया जा सकता है। इसी प्रकार, समनुदेशन भी पॉलिसी बाण्ड के पिछले भाग पर पृष्ठांकन द्वारा किया जा सकता है। (नामांकन तथा समनुदेशन के बारे में अधिक विस्तार से चर्चा इस अध्याय के भाग H4A तथा H4B में की गई है।)

G5B नोटिस

पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कम्पनी पॉलिसीधारक को निम्न प्रकार के नोटिस जारी करती है

- पॉलिसीधारक को प्रीमियम भुगतान की देय तिथि के बारे में याद दिलाने हेतु नोटिस;
- बोनस नोटिस;
- प्रीमियम में चूक या पॉलिसी कालातीत होने का नोटिस;
- पॉलिसी पुनर्चलन के बारे में नोटिस;
- उत्तरजीविता हितलाभ या परिपक्वता हितलाभ आदि देय होने का नोटिस; तथा
- यूनिट लिंकड पॉलिसियों के सम्बन्ध में वार्षिक विवरण पत्र;

यह ध्यान देना आवश्यक है कि उपरोक्त नोटिसें पॉलिसीधारकों को प्रीमियम की देय तिथि, हितलाभों के भुगतान, पॉलिसी की स्थिति आदि के सूचनार्थ तथा केवल स्मरण दिलाने के लिए जारी की जाती है।

G5C प्रास्पेक्टस

हमने भाग F1 में देखा था कि बीमा कम्पनियों द्वारा प्रास्पेक्टस का उपयोग अपने उत्पादों की जानकारी प्रस्तुत करने तथा जनता द्वारा उन्हें क्रय करने में रुचि जाग्रत करने हेतु किया जाता है। इरडा (पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा) विनियम, अक्टूबर 2002, तथा संशोधित में उल्लेख है कि बीमा कम्पनी द्वारा प्रत्येक बीमा योजना के लिए जारी किये गये प्रास्पेक्टस में निम्न को स्पष्टतया व्यक्त किया जाना चाहिए:—

- प्रस्तावित लाभों का क्षेत्र;
- शर्तें;
- वारन्टी, यदि कोई हो;
- शर्तें एवं निर्बन्धन;
- स्वामित्व;
- अपवाद; तथा
- बोनस में हिस्सेदारी का अधिकार।

यदि पॉलिसी प्रारम्भ होने के पश्चात् बोनस में हिस्सेदारी का अधिकार कुछ समय के लिए स्थगित किया गया है, तो इसे स्पष्ट रूप से व्यक्त करना चाहिए। इसमें स्पष्ट उल्लेख होना चाहिए कि कौनसे लाभ गारंटीड और कौनसे गारंटीड नहीं है। प्रास्पेक्टस में यह भी उल्लेखित होना चाहिए कि गैर गारन्टीड लाभ पूर्व के समान भविष्य में नहीं भी हो सकते हैं तथा वे भिन्न भी हो सकते हैं।

G6 दावे के समय आवश्यक दस्तावेज

जब एक बीमित नुकसान घटित होता है तथा उसका दावा करना आवश्यक होता है तो बीमा कम्पनी को दावाकर्ता से कई दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। उदाहरण के लिए, जीवन बीमा के लिए बीमा कम्पनी को इस प्रमाण की आवश्यकता होगी कि वास्तव में मृत्यु हुई है तथा इसलिए मृत्यु प्रमाण पत्र की जरूरत होगी। हम अध्याय 11 में दावे के विषय पर दावे के समय आवश्यक दस्तावेजों पर दृष्टिपात करेंगे।



संस्तुत क्रिया

किसी कम्पनी से प्रस्ताव फॉर्म एकत्रित करें। फॉर्म का विश्लेषण करें तथा पूछी गई सूचना की एक सूची तैयार करें।

बीमा से सम्बन्धित मुख्य दस्तावेजों में कई ऐसे शब्द (पद) शामिल होंगे जिनका बीमा में एकविशेष अर्थ होगा। एक बीमा पॉलिसी किस प्रकार कार्य करती को समझने के लिए यह आवश्यक है कि इन शब्दों (पदों) का अर्थ समझा जाये इसलिये हम अगले भाग में कुछ मुख्य शब्दों (पदों) पर नजर डालेंगे।

H मुख्य बीमा शब्दावली (पद)

हम पहले ही पिछले भाग में कुछ विशिष्ट बीमा शब्दावली का उपयोग कर चुके हैं तथा इस भाग में हम इनकी तथा अन्य शब्दों (पदों) की व्याख्या करेंगे। आपको समझने में सहायता देने के लिए हम मुख्य शब्दों (पदों) को निम्नांकित वर्गों में विभाजित करेंगे :-

- पॉलिसी के निरन्तर अस्तित्व में बने रहने से सम्बन्धित शब्द जैसे **कालातीत, चुकता मूल्य, व समर्पण मूल्य**। हम इस सन्दर्भ में **पुनर्चलन** एवं **नवीनीकरण** की ओर भी ध्यान देंगे।
- पॉलिसी राशि प्राप्तकर्ता से सम्बद्ध शब्द: **नामांकन** तथा **समनुदेशन**; तथा
- एक पॉलिसी जमानत पर दिये जाने वाले ऋण से सम्बद्ध शब्द **ऋण** तथा **मोचन निषेध**।

H1 कालातीत, चुकता मूल्य तथा समर्पण मूल्य

ये तीनों शब्द व्यक्त करते हैं कि बीमित द्वारा प्रीमियम भुगतान जारी रखने में असमर्थ होने पर क्या हो सकता है। किसी पॉलिसी विशेष में वे किस प्रकार कार्य करेंगे इसका पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों में वर्णन होगा।



प्रकरण—अध्ययन

जब नितिश शर्मा बीमा कम्पनी से प्रथम प्रीमियम रसीद प्राप्त करता है, तो वह आश्चर्य हो जाता है कि उसका प्रस्ताव स्वीकार कर लिया गया है। तब वह अपनी पत्नी को अपने निवेश के बारे में बताता है। सुमेधा नितिश के निर्णय के प्रति आशंका व्यक्त करते हुये उससे पूछती है कि क्या होगा यदि वह भविष्य में प्रीमियम भुगतान में असमर्थ हो। क्या वह अपना निवेशित धन वापस पायेगा?

नितिश को कोई जानकारी नहीं है कि वह उसके प्रश्न का क्या उत्तर दे। वह अभिकर्ता श्री कुमार के पास पुनः जाता है तथा उससे पूछताछ करता है। तब श्री कुमार बताता है कि यदि नितिश प्रीमियम का भुगतान नहीं करता है, तो पॉलिसी कालातीत हो जायेगी। यदि ऐसा होता है तो नितिश बीमाकर्ता से पॉलिसी चुकता करने के लिए कह सकता है। वह नितिश को यह भी बताता है कि वह इसे समर्पित करके स्वैच्छा से पॉलिसी रद्द करा सकता है। इस स्थिति में बीमा कम्पनी कुछ शर्तों तथा निर्बन्धनों के अन्तर्गत समर्पण मूल्य का भुगतान करेगी।

नितिश शर्मा श्री कुमार द्वारा उपयोग किये जा रहे शब्दों (पदों) (कालातीत, चुकता, समर्पण मूल्य) से भ्रमित हो जाता है तथा श्री कुमार से उनको विस्तार से समझाने की प्रार्थना करता है। अतः श्री कुमार नितिश को पॉलिसी सम्बन्धित शब्दों को समझाना शुरू करता है।

किसी पॉलिसीधारक के पास तीन विकल्प होते हैं यदि वह निरन्तर प्रीमियम भुगतान दे नहीं सकता है। ये हैं:—

चित्र 3.3



H1A कालातीत (लैप्स)

पॉलिसीधारक को बीमा कम्पनी के साथ सहमत **देय तिथियों** पर नियमित रूप से प्रीमियम का भुगतान करना आवश्यक होता है। बीमा कम्पनियाँ देय तिथि के बाद कुछ **अनुग्रह दिनों** (डेज ऑफ ग्रेस) की अनुमति देती हैं जिसके दौरान पॉलिसीधारक प्रीमियम का भुगतान कर सकता है जो समय के भीतर किया गया भुगतान माना जाता है। फिर भी यदि वह 'अनुग्रह दिनों' में भी भुगतान नहीं करता है तो यह चूक मानी जाती है।

प्रीमियम के भुगतान में चूक होने की स्थिति में बीमा कम्पनी अनुबंध समापन करने हेतु हकदार होती है। यह समापन '**कालातीत**' कहलाता है। पॉलिसी पर कालातीत के पश्चात् कोई दावा नहीं किया जा सकता है तथा सभी प्रीमियम जब्त हो जाते हैं।



ध्यान रहे!

अनुग्रह अवधि सामान्यतया एक माह की होती है लेकिन वार्षिक, अर्द्धवार्षिक तथा त्रैमासिक प्रीमियम भुगतान के लिए 30 दिन तथा मासिक प्रीमियम भुगतान के लिए 15 दिन से कम नहीं होती है। कुछ बीमाकर्ता मासिक प्रीमियम भुगतान के लिए भी 30 दिन अनुग्रह अवधि की अनुमति देते हैं।

व्यवहार में, बीमा अधिनियम किसी पॉलिसी के कालातीत होने पर बीमा कम्पनी को सभी प्रीमियम रख लेने की अनुमति नहीं देता है। इसका कारण है कि प्रत्येक पॉलिसी निम्न दो कारणों से कुछ राशि संचित (रिजर्व) करती है:—

- पॉलिसी अवधि के प्रारम्भिक वर्षों में प्रीमियम उचित/न्यायसंगत से अधिक होते हैं (संतुलित प्रीमियम) तथा
- प्रीमियम में बचत तत्व होता है।

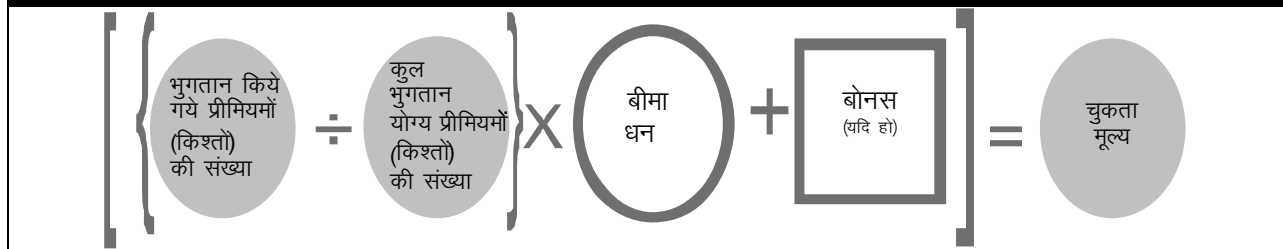
पॉलिसीधारक के हित में यह अच्छा नहीं होगा यदि बीमाकर्ता इस संचय को जब्त कर लें। प्रीमियम में चूक होने की स्थिति में पॉलिसी की शर्तें पॉलिसीधारकों को विभिन्न सुरक्षा उपाय प्रदान करती हैं। ये प्रावधान गैर-जब्त प्रावधान कहलाते हैं। पॉलिसी को चुकता बनाया जा सकता है यदि पर्याप्त प्रीमियम का भुगतान कर दिया हो और पॉलिसी में एक बचत तत्व हो। पॉलिसीधारक जब इसकी प्रार्थना करता है तो अनुबंध की प्रकृति के अनुसार भुगतान किये गये प्रीमियम की संख्या के आधार पर यह स्वतः ही चुकता बन जाती है।

H1B चुकता मूल्य

यदि कोई पॉलिसीधारक किसी पॉलिसी के प्रीमियम भुगतान में असफल रहता है तथा पॉलिसी कालातीत हो जाती है जो मूल्य के लिये योग्य होती है जैसे एक बन्दोबस्ती (स्थायी निधि) या बचत योजना, तो बीमा कम्पनी पूर्ण बीमा धन भुगतान हेतु उत्तरदायी नहीं होती है। ऐसी कालातीत पॉलिसी एक चुकता पॉलिसी बन जाती है। चुकता पॉलिसी में भुगतान किये जा चुके प्रीमियमों की संख्या के आधार पर बीमा धन घटा दिया जाता है।

चुकता मूल्य की गणना का सूत्र है:-

चित्र 3.4



बीमा कम्पनियाँ इस बात पर बल देती हैं कि चुकता मूल्य के रूप में प्रदान की जाने वाली राशि एक निर्धारित न्यूनतम राशि से कम नहीं होगी। यदि चुकता मूल्य इस न्यूनतम राशि से कम होता है, तो गैर-जब्त लाभ लागू नहीं होंगे तथा पॉलिसी कालातीत हो जायेगी। पॉलिसीधारक समर्पण मूल्य प्राप्त कर सकता है। (जिसकी हम भाग H1C में चर्चा करेंगे)

सामान्यतया बीमा कम्पनियाँ पॉलिसीधारकों को किसी सामान्य पॉलिसी को चुकता पॉलिसी में परिवर्तित करने का अधिकार प्रदान करती हैं यदि उन्होंने न्यूनतम तीन वर्षों का प्रीमियम भुगतान कर दिया है। इस अवधि के बाद यदि पॉलिसीधारक शेष प्रीमियम भुगतान में असमर्थ होता है तब चुकता मूल्य विकल्प के अन्तर्गत पॉलिसी निरस्त नहीं होती है। बल्कि बीमा धन भुगतान किये जा चुके प्रीमियमों की संख्या के अनुपात में घटा दिया जाता है। यदि बीमा धन से सम्बद्ध अन्य कोई लाभ भुगतान योग्य होते हैं तो यह लाभ अब चुकता मूल्य अर्थात् घटे हुए बीमा धन पर लागू होंगे।

बोनस का क्या होता है यदि लाभ-सहित पॉलिसी चुकता हो जाती है?

किसी लाभ-सहित पॉलिसी के चुकता मूल्य की गणना करते समय, पहले से निहित या प्रदत्त बोनस में कोई परिवर्तन नहीं होता है। केवल बीमा धन भुगतान किये जा चुके प्रीमियम के अनुपात में घट जाता है। चुकता मूल्य की गणना करने के लिए घटे हुए बीमा धन में प्रदत्त बोनस जोड़ दिया जाता है। परन्तु कोई चुकता पॉलिसी भविष्य में बोनस अर्जित नहीं करेगी

उदाहरण

राकेश सिंह के पास एक बचत पॉलिसी है। पॉलिसी के विवरण निम्नानुसार है:-

पॉलिसी अवधि	20 वर्ष
पॉलिसी आरम्भ तिथि	4 जून 2001
बीमा धन	रु. 5,00,000
प्रीमियम भुगतान विधि	वार्षिक
अन्तिम भुगतान किया गया प्रीमियम	4 जून 2008

भुगतान किये गये प्रीमियमों की संख्या	8
कुल देय प्रीमियमों की संख्या	20
निहित बोनस	रु. 50,000

उपरोक्त आंकड़ों के अनुसार, राकेश सिंह 8 वर्ष बाद प्रीमियम भुगतान रोक देता है। पॉलिसी पूर्णतया निरस्त नहीं होगी। इसके स्थान पर बीमा धन भुगतान किये जा चुके प्रीमियम के अनुपात में घट जाएगा।

चुकता मूल्य = [(भुगतान किये गये प्रीमियमों की संख्या / कुल भुगतान योग्य प्रीमियमों की संख्या) × बीमा धन + बोनस]
 = [8/20 × 5,00,000] + 50,000 रु.

= 2,00,000 + 50,000 रु.

= 2,50,000 रु.

पॉलिसी का चुकता मूल्य रु. 2,50,000 होगा।

H1C समर्पण मूल्य

हम पूर्व में उल्लेख कर चुके हैं कि यदि पॉलिसीधारक पाता है कि वो भविष्य के प्रीमियम भुगतान नहीं कर सकता है तो पॉलिसी के अन्तर्गत दावा उत्पन्न होने या परिपक्वता से पूर्व समर्पित कर निरस्त करवा सकते हैं तथा उन्हें तुरन्त समर्पण मूल्य का भुगतान किया जाता है। पॉलिसी के अन्तर्गत मूल्य अवश्य जुड़ गया हो, उदाहरणार्थ एक बन्दोबस्ती या एक बचत योजना। पॉलिसी का समर्पण अनुबंध का स्वैच्छिक समापन है। बीमा कम्पनियाँ एक पॉलिसी को समर्पित किये जा सकने के पूर्व तीन से सात वर्ष की न्यूनतम अवधि ठहराती हैं। 'समर्पण मूल्य' या 'नकद मूल्य' वह राशि है जिसका एक बार भुगतान करने हेतु बीमा कम्पनी उत्तरदायी होती है। समर्पण मूल्य प्रायः भुगतान किये गये प्रीमियम या चुकता मूल्य का एक निर्धारित प्रतिशत होता है जब पॉलिसी का समर्पण होता है।

समर्पण मूल्य की गणना भुगतान किये गये कुल प्रीमियम की संख्या के आधार पर की जाती है। अतः

• समर्पण मूल्य कम होगा यदि पॉलिसी की अवधि कम होती है।

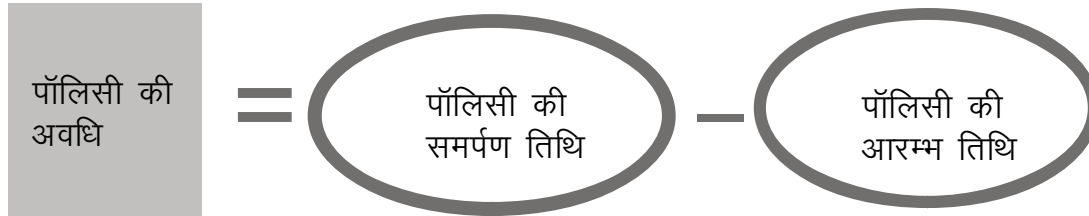
• यदि एक 25 वर्ष अवधि की पॉलिसी पाँच वर्ष पश्चात् समर्पित की जाती है, तो भुगतान की गई प्रीमियम राशि दस वर्ष पश्चात् समर्पित पॉलिसी की तुलना में कम होती है। इस प्रकार समर्पण मूल्य पूर्व में भुगतान किये जा चुके प्रीमियम पर निर्भर करता है, दस वर्ष पश्चात् समर्पित पॉलिसी के लिए यह पाँच वर्ष पश्चात् समर्पित उसी पॉलिसी की तुलना में उच्च होगा।

• एक लम्बी अवधि पॉलिसी के लिए एक अल्प अवधि पॉलिसी की तुलना में समर्पण मूल्य कम होगा यदि दोनों एक समान वर्षों के पश्चात् समर्पित की जाती है।

• दो पॉलिसियों A तथा B पर विचार करें। पॉलिसी A की अवधि 15 वर्ष है तथा पॉलिसी B की 20 वर्ष है। दोनों पॉलिसियाँ दस वर्ष पश्चात् समर्पित की जाती हैं तथा प्रत्येक वर्ष भुगतान किया गया प्रीमियम समान है। पॉलिसी A के लिए समर्पण मूल्य पॉलिसी B की तुलना में उच्च होगा क्योंकि A में दो तिहाई अवधि के लिए प्रीमियम का भुगतान किया गया है जबकि B के लिए केवल आधी अवधि के लिए प्रीमियम का भुगतान किया गया है।

पॉलिसी की अवधि पॉलिसी की समर्पण तिथि तथा पॉलिसी की आरम्भ तिथि के मध्य अलग अलग होती है जैसे:

चित्र 3.5



उदाहरण के लिये यदि पॉलिसी समर्पण की तिथि 14 फरवरी 2011 है तथा पॉलिसी आरंभ की तिथि 7 जनवरी 2001 थी, तो पॉलिसी की अवधि दस वर्ष (दस वर्ष, एक माह तथा सात दिन) होगी। पालिसीधारक ने केवल पाँच वर्ष के प्रीमियम का भुगतान किया है परन्तु समर्पण कारक (फेक्टर) दस वर्ष के लिए लिया जायेगा न कि पाँच वर्ष के लिए।

बीमा कम्पनी द्वारा प्रास्पेक्टस या पॉलिसी दस्तावेज में न्यूनतम गारंटीड समर्पण मूल्य को उल्लेखित करना विधिक रूप से आवश्यक है जो कि भुगतान किये गये प्रीमियम के एक निर्धारित प्रतिशत के रूप में वर्णित किया जा सकता है। जबकि बीमा कम्पनी द्वारा भुगतान किया जाने वाला वास्तविक समर्पण मूल्य गारंटीड समर्पण मूल्य से अधिक होता है।

H2 पुर्नचलन (रिवाइवल)



प्रकरण—अध्ययन

श्री कुमार नितिश शर्मा को बीमा पॉलिसी निरस्त न करवाने सलाह देता है। इसके दो कारण हैं। पहला यह है कि जोखिम कवर निरस्त हो जाता है, नितिश विपरीत परिस्थितियाँ उत्पन्न होने पर ज्यादा असुरक्षित हो जायेगा। इसके अतिरिक्त यदि नितिश बाद में अधिक आयु होने पर कोई नई बीमा पॉलिसी खरीदता है, तो उसे उच्चतर प्रीमियम का भुगतान करना होगा।

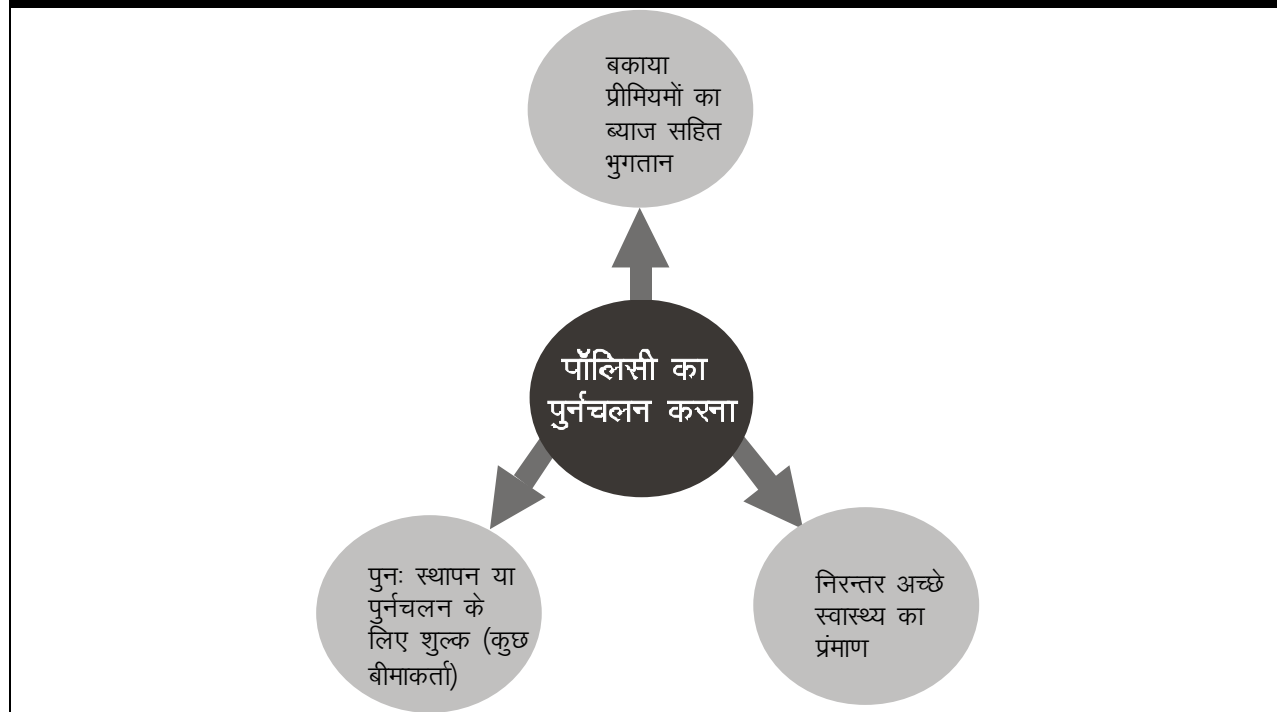
श्री कुमार फिर नितिश शर्मा को सूचित करता है कि यदि वह किसी कारण से प्रीमियम भुगतान नहीं कर पाता है तथा पॉलिसी कालातीत हो जाती है, तो बीमा कम्पनी उसे एक निर्धारित अवधि के भीतर उन्हीं मूल या संशोधित शर्तों पर पॉलिसी को पुनर्जीवित करने का मौका देती है।

जब कोई पॉलिसी कालातीत हो जाती है तो यह न तो बीमाकर्ता और न ही बीमित को लाभान्वित करती है। बीमित पूरी राशि के लिए बीमा जोखिम कवर खो देता है तथा कोई दावा उत्पन्न होगा जब में संभावित विपरीत परिस्थितियों में जोखिम से घिर जाता है। बीमाकर्ता की भी हानि होती है। संतुलित प्रीमियम इस धारणा पर आधारित होता है कि मृत्यु दावा उत्पन्न नहीं होने की स्थिति में पॉलिसी पूरी अवधि तक चलेगी। पॉलिसी जारी करने में प्रारम्भिक व्यय अधिक होता है और बीमाकर्ता उनकी वापसी तभी कर सकता है जब पॉलिसी चालू रहे। सामान्यतः खराब स्वास्थ्य वाले लोग अपनी पॉलिसियों को ज्यादातर जारी रखना चाहते हैं जबकि कुछ अच्छे स्वास्थ्य वाले लोग अपनी पॉलिसियाँ कालातीत या समर्पित करने के इच्छुक हो सकते हैं। यह विपरीत चयन के रूप में फलित होता है। इसका अर्थ है कि बीमाकर्ता का दायित्व बीमा की कीमत निर्धारित करते समय आंकलित दायित्व से अधिक होगा।

चूंकि कालातीतता दोनो पक्षकारों को बुरी तरह प्रभावित करता है; बीमा कम्पनियाँ कालातीत पॉलिसियों को पुनः पूरे अस्तित्व में लाना संभव बनाती है। यह प्रक्रिया पुनर्चलन कहलाती है। बीमा कम्पनियाँ पॉलिसीधारक को किसी कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन का विकल्प प्रदान करती है। विभिन्न बीमाकर्ताओं की पुनर्चलन के लिए अलग अलग योजनाएँ होती हैं; ये सभी योजनाएँ पॉलिसीधारकों को कालातीत पॉलिसियों को किश्त पुनर्चलन तथा ऋण-सह-पुनर्चलन योजना आदि सहित आसान शर्तों पर पुनर्चलन की सुविधा प्रदान करती है।

किसी पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए, निम्न औपचारिकताएँ साधारणतया अनिवार्य होगी :-

चित्र 3.6



कुछ बीमाकर्ता किसी पॉलिसी के पुनर्चलन की अनुमति नहीं देते हैं यदि वह पाँच वर्षों से अधिक समय तक कालातीत रही हो। पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए अच्छे स्वास्थ्य के प्रमाण की आवश्यकता कालातीतता की अवधि तथा बीमा धन के आधार पर अलग अलग होती है।

H3 नवीनीकरण

भाग F7 में हमने संक्षेप में देखा है कि पॉलिसी के नवीनीकरण का आशय क्या है। परिपक्वता के समय बीमा कम्पनी पॉलिसीधारक के पास उनकी पॉलिसी के **नवीनीकरण** को आमंत्रित करने के लिए नोटिस भेजेगी।

नवीनीकरण के लिए नोटिस भेजते समय, बीमा कम्पनी उस पॉलिसी धारक द्वारा पूल के लिए प्रस्तुत जोखिम पर पुनः नजर डाल सकती है। तदनुसार वह भिन्न शर्तों पर या उच्च प्रीमियम पर नवीनीकरण प्रस्तावित करने का चयन कर सकती है। पॉलिसीधारक को यह भी बताया जायेगा कि प्रथम बार पॉलिसी लेने से अब तक किसी सारभूत तथ्य में हुए परिवर्तितों को बीमा कम्पनी को बताना जरूरी होगा। तत्पश्चात् नोटिस पॉलिसीधारक को समझायेगा कि पॉलिसी को नवीनीकृत करने के लिए उसे क्या करना होगा।

अब यह पॉलिसीधारक के हाथ में होता है कि वह प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार करें। यदि वे प्रस्ताव को स्वीकार करते हैं, तो उन्हें निर्देशों का पालन करना होगा तथा एक नई पॉलिसी आरम्भ हो जायेगी। यदि वे प्रस्ताव अस्वीकार करते हैं तब कवर समाप्त हो जायेगा।

H4 नामांकन तथा समनुदेशन

प्रकरण—अध्ययन

नितिश शर्मा अपनी बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत प्रस्तुत लाभों एवं विशेषताओं पर विचार एवं मंथन करता है तथा उन अन्य शर्तों पर ध्यान देता है जिसे वह समझ नहीं पाता है। वह अभिकर्ता श्री कुमार से सम्पर्क करके सहायता मांगता है।

वह पूछता है कि प्रस्ताव फॉर्म भरते समय श्री कुमार नामांकन पर जोर क्यों देता है। नितिश यह भी पूछता है कि 'समनुदेशन क्या है तथा यह कैसे किया जाता है?'



H4A नामांकन (नॉमिनेशन)

नामांकन द्वारा बीमित व्यक्ति किसी व्यक्ति(यों) के नाम का प्रस्ताव करता है जिन्हें बीमा कम्पनी उसकी मृत्यु के पश्चात् बीमा धन का भुगतान करेगी। बीमित व्यक्ति नामिती के रूप में एक या अधिक व्यक्तियों का नामांकन कर सकता है। नामिती वैध उन्मोचन (डिस्चार्ज) के लिए अधिकृत होते हैं तथा उन्हें स्वामित्व प्राप्त व्यक्तियों की ओर से ट्रस्टी के रूप में धन प्राप्त करने का अधिकार होता है। नामांकन पॉलिसी खरीदते समय या बाद में किया जा सकता है। किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर पॉलिसी लेने वाला व्यक्ति नामांकन नहीं कर सकता है। बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के अन्तर्गत, कोई व्यक्ति अपने जीवन पर ली गई पॉलिसी हेतु किसी एक या एक से अधिक व्यक्तियों को नामिती नियुक्त कर सकता है जिन्हें उसकी मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी की सुरक्षित राशि का भुगतान किया जायेगा।



ध्यान रहे!

जब समनुदेशन (नीचे भाग H4B में देखें) किया जाता है तो नामांकन प्रभावी नहीं रहता है। किसी बीमा कम्पनी द्वारा बीमा पॉलिसी पर दिये गये ऋण के गदले में किये गये समनुदेशन में अपवाद रूप में नामांकन वैध रहता है।

नामांकन के महत्वपूर्ण लक्षण

पॉलिसी में पृष्ठांकन द्वारा नामांकन परिवर्तित किया जा सकता है। यदि पॉलिसी में पर्याप्त स्थान नहीं हो तो, सादे कागज पर नामांकन किया जा सकता है तथा बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर सहित पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जाता है। बीमित व्यक्ति द्वारा पॉलिसी अवधि के दौरान नामांकन किसी भी प्रकार निरस्त या परिवर्तित किया जा सकता है।

किसी संयुक्त जीवन पॉलिसी में नामांकन आवश्यक नहीं होता है क्योंकि किसी एक बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर, पॉलिसी राशि दूसरे जीवित बीमित व्यक्ति को भुगतान देय होती है। फिर भी, दोनों बीमित व्यक्तियों द्वारा संयुक्त रूप से किसी व्यक्ति को बीमा धन प्राप्त हेतु नामित किया जा सकता है, यदि दोनों बीमित व्यक्तियों की एक साथ मृत्यु हो जाये तो नामित को भुगतान किया जाता है।

नामांकन केवल नामित को बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर पॉलिसी राशि प्राप्त करने का अधिकार देता है। नामित का पूरे (या आंशिक) दावे पर कोई अधिकार नहीं होता है।

ऐसे मामलों में, जब नामित अवयस्क होता है, पॉलिसीधारक को एक नियुक्त व्यक्ति (एप्पाइटी) की नियुक्ती करने की आवश्यकता होती है। किसी नियुक्त व्यक्ति को एक नियुक्त व्यक्ति के रूप में कार्य करने हेतु अपनी सहमति दर्शाने के लिए पस्ताव/पॉलिसी दस्तावेज में हस्ताक्षर करना जरूरी होता है। नामिति के वयस्क हो जाने पर नियुक्त व्यक्ति की आवश्यकता समाप्त हो जाती है। बीमित व्यक्ति किसी भी समय नियुक्त व्यक्ति को बदल सकता है। यदि कोई नियुक्त व्यक्ति नियुक्त नहीं किया गया हो तथा नामित अवयस्क हो, तो बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने मृत्यु पर दावे का भुगतान पॉलिसीधारक के विधिक उत्तराधिकारी को किया जाता है।

जहाँ एक से अधिक व्यक्तियों के पक्ष में नामांकन किया जाता है, तब उन्हें संयुक्त रूप से या जीवित नामिती या नामितियों को मृत्यु दावा भुगतान किया जायेगा। किसी भी नामित को कोई विशिष्ट हिस्सा नहीं दिया जा सकता है। यथाक्रम नामितियों के पक्ष में भी किया जा सकता है जैसे रश्मि गुप्ता तथा इनके जीवित न रहने पर पल्लवी गुप्ता तथा इनके जीवित न रहने पर माधव गुप्ता।

पॉलिसी आरम्भ होने के बाद किया गया नामांकन बीमाकर्ता को सूचित करने पर प्रभावी होता है।

यदि नामित बीमित व्यक्ति की मृत्यु के पश्चात् लेकिन दावा भुगतान के पूर्व मर जाता है, तब बीमा धन बीमित व्यक्ति की सम्पत्ति का एक भाग बन जायेगा तथा उसके कानूनी उत्तराधिकारियों को भुगतान किया जायेगा।



उदाहरण

विशाल मेहता एक वरिष्ठ एच आर एक्जीक्यूटिव है। 28 वर्ष की आयु में वह एक बन्दोबस्ती पॉलिसी खरीदता है वह अपने 2 वर्षीय पुत्र मोहित को पॉलिसी में नामित करता है। इसमें नियुक्त व्यक्ति के बारे में कोई उल्लेख नहीं है, तथा विशाल अभिकर्ता को वचन देता है कि वह एक नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर बाद में करा देगा। 35 वर्ष की आयु में विशाल की एक कार दुर्घटना में मृत्यु हो जाती है। अपने द्वारा की गई वसीयत में विशाल अपने पिता को विधिक उत्तराधिकारी के रूप में नियुक्त करता है।

विशाल की मृत्यु के पश्चात् उसकी पत्नी बच्चे की नैसर्गिक संरक्षक बन जाती है। क्या वह मोहित के नैसर्गिक संरक्षक के रूप में पॉलिसी राशि के लिए दावा कर सकती है?

इसका उत्तर **नहीं** है। अवयस्क का नैसर्गिक या नियुक्त संरक्षक पॉलिसी राशि का हकदार नहीं होता है। यदि विशाल अपनी पत्नी को एक नियुक्त व्यक्ति के रूप में नियुक्त करता, केवल तब ही वह पॉलिसी राशि प्राप्त करने की अधिकारी होती क्योंकि नामित मोहित अवयस्क है।

इस मामले में वसीयत के अनुसार विधिक उत्तराधिकारी के रूप में विशाल के पिता को पॉलिसी राशि दी जायेगी।

H4B समनुदेशन (अॅसाइन्मेंट)

समनुदेशन से तात्पर्य किसी बीमा पॉलिसी में हक, अधिकार तथा हित का अन्य व्यक्ति को हस्तान्तरण से है।

समनुदेशक (अॅसाइन्मेंट)	समनुदेशिती (ऐसाइनी)
<ul style="list-style-type: none"> बीमा पॉलिसी में अपने हक का हस्तान्तरण कर रहा व्यक्ति समनुदेशक कहलाता है। समनुदेशक वयस्क होना चाहिए तथा पॉलिसी में पूर्ण हक रखने वाला होना चाहिए। 	<ul style="list-style-type: none"> व्यक्ति या संस्थान जिसे पॉलिसी हस्तान्तरित की जाती है, समनुदेशिती कहलाता है।

एक बार जब पॉलिसी समनुदेशित कर दी जाती है तो समनुदेशिती पॉलिसी का स्वामित्व प्राप्त कर लेता है तथा पॉलिसी से सम्बन्धित किसी भी विषय में उसे समनुदेशक की सहमति की आवश्यकता नहीं होती है। एक बार समनुदेशन होने के पश्चात् समनुदेशक उसे निरस्त या किसी भी रूप में परिवर्तित नहीं कर सकता है। फिर भी पॉलिसी समनुदेशिती द्वारा समनुदेशक के पक्ष में 'पुनः समनुदेशित' (री अॅसाइन्मेंट) की जा सकती है।



ध्यान रहे!

यद्यपि समनुदेशिती पॉलिसी के समनुदेशन होने पर हकदार बन जाता है लेकिन वह पॉलिसी में नामांकन नहीं कर सकता है क्योंकि समनुदेशिती बीमित व्यक्ति नहीं होता है।

बीमा अधिनियम की धारा 38 बीमा पॉलिसियों के समनुदेशन से सम्बन्धित विधिक प्रावधान उल्लेखित करती है। इसमें उल्लेख है कि:-

- समनुदेशन पॉलिसी पर ही पृष्ठांकन द्वारा या एक अलग दस्तावेज द्वारा किया जा सकता है। जब समनुदेशन पॉलिसी पर एक पृष्ठांकन द्वारा किया जाता है, तो कोई स्टैम्प शुल्क आवश्यक नहीं होता है। अलग दस्तावेजों में स्टैम्प लगानी पड़ती है।
- इसे समनुदेशक या उसके अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
- हस्ताक्षर किसी साक्षी द्वारा सत्यापित होने चाहिए।
- निष्पादित करते ही समनुदेशन प्रभावी हो जाता है।
- बीमा कम्पनी को एक नोटिस के साथ समनुदेशन के बारे में सूचित करना आवश्यक है।
- समनुदेशन तभी प्रभावी होता है जब बीमा कम्पनी को समनुदेशन के सम्बन्ध में नोटिस प्राप्त हो जाता है।
- जब समनुदेशन के एक से अधिक दस्तावेज होते हैं तो, दावों की प्राथमिकता उस क्रम से निर्धारित की जाती है जिसमें बीमाकर्ता को नोटिस सौंपे गये हैं।

समनुदेशन के प्रकार

समनुदेशन दो प्रकार के होते हैं।

सशर्त समनुदेशन (कंडिशनल अॅसाइन्मेंट)	परम/सम्पूर्ण समनुदेशन (ऐब्सल्यूट अॅसाइन्मेंट)
<ul style="list-style-type: none"> • एक विशिष्ट शर्त की पूर्ति होने पर स्वतः ही समनुदेशक को पॉलिसी में पुनः हित प्राप्त हो जाता है। 	<ul style="list-style-type: none"> • समनुदेशिती पॉलिसी में हकदार बन जाता है तथा पॉलिसी के साथ अपनी इच्छानुसार तरीके से व्यवहार कर सकता है।

उदाहरण:-

एक सशर्त समनुदेशन में पहले से ही वापिस होने का प्रबंध होता है जब:-

- समनुदेशिती समनुदेशक से पहले मर जाता है या
- समनुदेशक परिपक्वता तिथि तक जीवित रह जाता है।



H5 ऋण तथा मोचन निषेध (लोन एण्ड फोरक्लोजर)

प्रकरण अध्ययन

अभिकर्ता श्री कुमार तथा नितिश शर्मा की पूर्व वर्णित वार्तालाप के दौरान नितिश शर्मा, श्री कुमार से कहता है कि उसने सुना है कि एक जीवन बीमा पॉलिसी पर ऋण प्राप्त करना संभव है। क्या यह सत्य है?

अब देखते हैं कि श्री कुमार इस प्रश्न का उत्तर किस प्रकार देगा।



H5A पॉलिसी पर ऋण

पॉलिसीधारक के पास अपनी बीमा पॉलिसी पर ऋण लेने का विकल्प रहता है यदि शर्तें एवं निर्बंधन ऐसी सुविधा प्रदान करें। ऋण सभी पॉलिसियों पर नहीं दिया जाता है।

एक बीमा पॉलिसी पर ऋण की मुख्य शर्तें निम्नानुसार हैं:-

- ऋण राशि:-बीमा पॉलिसियों पर ऋणों में, ऋण राशि पॉलिसी के समर्पण मूल्य का एक निश्चित प्रतिशत होती है।
- बन्दोबस्ती पॉलिसियों, आजीवन पॉलिसियों तथा कुछ अन्य पॉलिसियों में पॉलिसीधारकों को बीमाकर्ता ऋण स्वीकृत कर सकता है। इस प्रकार की पॉलिसियों में बचत तत्व होता है। उन पॉलिसियों पर ऋण नहीं लिया जा सकता है जिनमें पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा धन का एक या अधिक भागों में पुनर्भुगतान (मनी-बैक) किया जाता है। अवधि बीमा पॉलिसियों का कोई समर्पण मूल्य नहीं होता है अतः ऋण प्राप्त करने हेतु इनका उपयोग नहीं किया जा सकता है।
- ऋण लेने के लिए बीमा पॉलिसी का बीमा कम्पनी के पक्ष में परम (सम्पूर्ण) समनुदेशन किया जाना जरूरी होता है। पॉलिसी के अन्तर्गत ऋण प्राप्ति के लिए बीमा कर्ता के पक्ष में किया गया समनुदेशन वर्तमान नामांकन को अवैध नहीं बनाता है।
- पॉलिसी की अवधि के दौरान ऋणी ऋण का आंशिक या पूर्ण पुनर्भुगतान कर सकता है। ऋणी दावा उत्पन्न होने तक पुनर्भुगतान को स्थगित रखने का विकल्प का भी उपयोग कर सकता है।
- यदि पॉलिसीधारक प्रीमियम का नियमित रूप से भुगतान करता रहता है तो समर्पण मूल्य बढ़ता जाता है जो किसी बिन्दु पर बकाया ऋण तथा ब्याज से अधिक हो जाता है।

ध्यान रहे!

बैंक भी पॉलिसी के कुल समर्पण मूल्य के 75% से 90% तक ऋण प्रदान करती है।



H5B मोचन निषेध (फोरक्लोजर)

कोई बीमा पॉलिसी दो तरह से समर्पित की जा सकती है।

- पॉलिसीधारक द्वारा समर्पण; तथा
- बीमाकर्ता द्वारा समर्पण (मोचन निषेध)।

यदि ऋणी ब्याज या ब्याज तथा मूल का भुगतान नहीं करता है तो ब्याज सहित बकाया ऋण भुगतान योग्य दावे (परिपक्वता या मृत्यु पर) में से समायोजित (कटौती) कर लिया जाता है।

जब बीमाकर्ता द्वारा कोई पॉलिसी समर्पित (निरस्त) की जाती है, तो यह मोचन निषेध कहलाता है। केवल कालातीत पॉलिसियों के मामले में बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसी निषेधित की जायेगी। ऋण देते समय पॉलिसी चालू रह सकती है, तदनुपरान्त पॉलिसी कालातीत हो जाती है, अर्थात् पॉलिसीधारक न तो प्रीमियम का भुगतान करता है और न ही ऋण पर ब्याज या मूल ऋण का भुगतान करता है।

मोचन निषेध के दो मूल कारण हो सकते हैं:-

- ऋणी पॉलिसी अवधि के दौरान ऋण पुनर्भुगतान करने का चयन करता है परन्तु ऐसा करने में असमर्थ रहता है; या
- उधार (ऋण) पॉलिसी अवधि के दौरान तब तक संचित रहता है जब तक दावा उत्पन्न न हो जाये तथा संचित उधार (ऋण) पॉलिसी के समर्पण मूल्य से अधिक हो जाता है।

चुक्ता पॉलिसियों में, समर्पण मूल्य संचित ब्याज के समान तेजी से नहीं बढ़ता है। कुछ समय पश्चात् मूल ऋण तथा ब्याज समर्पण मूल्य से अधिक हो जाता है। ऐसे मामलों में मोचन निषेध अनिवार्य होता है।

ऋणी को ऋण पर बकाया ब्याज के पुनर्भुगतान की प्रार्थना करते हुए मोचन निषेध का एक नोटिस जारी किया जाता है। यदि ऋणी ब्याज भुगतान में असफल रहता है तो पॉलिसी निषेधित हो जाती है अर्थात् ऋण के लिये समर्पित/ऋण तथा बकाया ब्याज का निपटारा करने के पश्चात् शेष समर्पण मूल्य (यदि कोई हो) का भुगतान पॉलिसी धारक को कर दिया जाता है। पॉलिसीधारक को उक्त बकाया राशि के लिए एक डिस्चार्ज वाउचर प्रस्तुत करना होता है।

क्या एक निषेधित पॉलिसी पुनर्स्थापित की जा सकती है?

निषेधित पॉलिसी पॉलिसीधारक द्वारा शेष समर्पण मूल्य पाने के लिए डिस्चार्ज वाउचर प्रस्तुत करने से पूर्व पुनर्स्थापित की जा सकती है। पॉलिसी की पुनर्स्थापना के लिए, पॉलिसीधारक को बकाया ब्याज का भुगतान तथा “अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा” प्रस्तुत करनी होगी।

मोचन निषेध के मामले में नामांकन का क्या होता है?

मोचन निषेध से नामांकन अप्रभावी हो जाता है। यदि समर्पण मूल्य के भुगतान से पूर्व कोई मृत्यु दावा उत्पन्न हो जाता है, तब भुगतान मृत बीमित के विधिक उत्तराधिकारियों को किया जाता है।

बीमा में उपयोग किये जाने वाले मुख्य शब्दों की व्याख्या वाले इस विषय का समापन किया जा रहा है। तथापि इस अध्याय को समाप्त करने से पूर्व, एक बार फिर प्रीमियम के विषय पर लौटते हैं। आपने इस अध्याय का अध्ययन करने के परिणामस्वरूप यह अच्छी तरह से समझ लिया होगा कि प्रीमियम का भुगतान यह सुनिश्चित करने में आवश्यक होता है कि बीमा कवर यथावत बना रहे। यह क्यों इतना महत्वपूर्ण है, अधिक विस्तार से जानने की आवश्यकता है।

। प्रीमियम भुगतान तथा वैध कवर की सम्बद्धता (रेलिबॅन्स)

जब एक बीमा पॉलिसी खरीदी जाती है तो जोखिम बीमित से बीमाकर्ता को हस्तान्तरित हो जाता है। इस जोखिम हस्तान्तरण के बदले में, पॉलिसीधारक को बीमा कम्पनी को प्रीमियम का भुगतान करना होता है। यदि प्रस्तावक प्रीमियम का भुगतान नहीं करें तो पॉलिसी कभी भी अस्तित्व में नहीं आती है। अध्याय 3 के प्रथम भाग में हमने देखा है कि ऐसा इसलिए जरूरी है क्योंकि किसी अनुबंध के वैध होने के लिए प्रतिफल आवश्यक होता है। यदि प्रस्तावक प्रीमियम का भुगतान नहीं करता है, तो कोई प्रतिफल नहीं है तथा अतः कोई अनुबंध अस्तित्व में नहीं

आयेगी। भाग G3A में हमने देखा है कि ऐसा इसलिए होता है क्योंकि प्रथम प्रीमियम रसीद बीमा अनुबंध प्रारम्भ हो चुकी है इसका साक्ष्य होती है।

जैसे ही प्रस्ताव स्वीकार कर लिया जाता है तथा प्रथम प्रीमियम का भुगतान कर दिया जाता है, बीमा कम्पनी पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अधीन मृत्यु दावा भुगतान के लिए उत्तरदायी हो जाती है। परन्तु यदि पॉलिसीधारक तदुपरान्त प्रीमियम भुगतान में चूक करता है, तो पॉलिसी कालातीत हो जाती है तथा यदि कोई बुरी घटना घटित हो जाती है तो वे पॉलिसी के अन्तर्गत लाभ पाने के हकदार नहीं रहते हैं। अधिक से अधिक वे भुगतान किए गए कुछ प्रीमियम की वापसी की आशा कर सकते हैं। हमने इस स्थिति को भाग H1A में देखा है। उपरोक्त चर्चा से आप देखेंगे कि प्रस्तावक ने जिस सुरक्षा को पाने हेतु बीमा क्रय किया था, के लिए वैध अनुबंध प्रभावी हो, के लिए प्रीमियम का भुगतान हो कितना आवश्यक है।



प्रकरण—अध्ययन

नितिश शर्मा अपनी पॉलिसी के बारे में बहुत चिन्तित रहे हैं तथा कुछ अन्य प्रश्नों के उत्तर हेतु पिछली बार पुनः श्री कुमार से सम्पर्क करते हैं। वह पूछते हैं कि क्या होगा यदि उसे एक बीमारी के कारण प्रीमियम भुगतान में देरी हो जाती है तथा तत्पश्चात् वह उसका भुगतान करने के पूर्व मर जाते हैं? क्या होगा यदि अपने प्रीमियम चैक को डाक घर में देने के पश्चात् लौटते समय उसकी हत्या कर दी जाती है? क्या वह तब भी कवर बना रहेगा या सुमेधा सारी सुरक्षा खो देगी जिसको देने के लिए वह इतना कठिन परिश्रम करता है ?

श्री कुमार धैर्यपूर्वक एक बार फिर नितिश के प्रश्नों के उत्तर देता है।

क्या होता है यदि बीमित की मृत्यु हो जाती है तथा प्रीमियम का भुगतान नहीं हुआ हो?

जब तक भुगतान में विलम्ब बीमा कम्पनी द्वारा दिये गये अनुग्रह दिनों के भीतर होता है, तब तक बीमा कम्पनी नामित या विधिक लाभग्रहिता को दावे के पूर्ण भुगतान हेतु उत्तरदायी होगी। बीमा कम्पनी भुगतान नहीं किये गये प्रीमियम को दावे राशि में से काटेगी।

कब प्रीमियम भुगतान किया गया माना जाता है?

प्रीमियम केवल तभी भुगतान किया गया माना जाता है जब बीमा कम्पनी राशि प्राप्त करती है। यदि भुगतान चैक, डिमाण्ड ड्राफ्ट या मनी ऑर्डर द्वारा किया जाता है तो प्रीमियम का भुगतान किया गया तब माना जाता है जब राशि बीमा कम्पनी के खाते में जमा हो जाती है। तथापि, व्यवहार में, प्रीमियम तब भुगतान किया गया माना जाता है जब किसी भी रूप में भुगतान प्राप्त हो जाता है।

क्या होगा यदि बीमित की मृत्यु चैक/डिमाण्ड ड्राफ्ट/मनी-ऑर्डर के मार्गस्थ के दौरान हो जाती है?

यदि बीमित की मृत्यु चैक/डिमाण्ड ड्राफ्ट/मनी-ऑर्डर मार्गस्थ के दौरान हो जाती है, जैसे चैक, डिमाण्ड ड्राफ्ट या मनी ऑर्डर पॉलिसीधारक द्वारा जारी कर दिया जाता है लेकिन बीमा कम्पनी ने प्राप्त नहीं किया हो, तब बीमा कम्पनी इन प्रपत्रों को भेजने का प्रमाण मांगती है। यह प्रमाण “डिमाण्ड ड्राफ्ट” तथा “मनी ऑर्डर” जैसे प्रपत्रों के लिए दिया जा सकता है। बीमा कम्पनी ऐसे मामलों में प्रमाण प्रस्तुत करने पर यह मान लेती है कि प्रीमियम का भुगतान किया जा चुका है, परन्तु यदि चैक डाक द्वारा भेजा गया है तो बीमा कम्पनी को डाक द्वारा भेजे जाने के प्रमाण की आवश्यकता होगी।



मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:—

बीमा पॉलिसियाँ किस प्रकार ली एवं तैयार की जाती है

- बीमा कम्पनियाँ प्रोस्पेक्टस तथा विज्ञापनों द्वारा अपने उत्पादों में रुचि पैदा करती है।
- कोई उत्पाद किसी व्यक्ति की आवश्यकताओं की पूर्ति करता है या नहीं इस सम्बन्ध में सावधानीपूर्वक विचार करके ही पॉलिसी खरीदना चाहिए।
- जीवन बीमा एकल या संयुक्त जीवन के आधार पर तथा प्रस्तावक के खुद के जीवन या अन्य व्यक्ति के जीवन पर लिया जा सकता है।

मुख्य दस्तावेज

- प्रस्ताव फॉर्म सूचना का एक मुख्य स्रोत होता है जिसके माध्यम से जोखिमांकक प्रस्ताव के जोखिम का आंकलन करता है।
- एक वैध आयु प्रमाण के रूप में लिये जा सकने वाले कुछ दस्तावेज, हाई स्कूल परीक्षा की अंक तालिका, पासपोर्ट, जन्म प्रमाण पत्र आदि हैं।
- बीमा कम्पनी प्रथम प्रीमियम रसीद (FPR) जारी करके प्रस्तावक को सूचित करती है कि उसका प्रस्ताव स्वीकार कर लिया गया है तथा कम्पनी द्वारा प्रीमियम प्राप्त किया जा चुका है।
- बीमा कम्पनी नवीनीकरण प्रीमियम रसीदें (RPR) जारी करती है जब वह पॉलिसीधारक से बाद में प्रीमियम प्राप्त करती है।
- पॉलिसी दस्तावेज एक महत्वपूर्ण दस्तावेज होता है। यह बीमा कम्पनी तथा बीमित के मध्य अनुबंध का प्रमाण होता है।
- बीमा कम्पनी पृष्ठांकन के द्वारा मूल पॉलिसी दस्तावेज में परिवर्तन/संशोधन की अनुमति देती है।

मुख्य बीमा शब्दावली

- देय तिथियाँ वे तिथियाँ होती हैं जिन पर पॉलिसीधारक को बीमा कम्पनी को प्रीमियम का भुगतान करना आवश्यक होता है।
- अनुग्रह दिनों के पश्चात्, प्रीमियम भुगतान में होने रहने पर, पॉलिसी कालातीत हो जाती है।
- चुकता मूल्य = $[(\text{भुगतान किये गये प्रीमियमों की संख्या} / \text{भुगतान योग्य प्रीमियमों की संख्या}) \times \text{बीमा धन}] + \text{बोनस}$
- समर्पण मूल्य या नकद मूल्य वह राशि होती है जिसके भुगतान हेतु बीमा कम्पनी पॉलिसी समर्पित करने पर उत्तरदायी होती है।
- जब एक कसलातीत पॉलिसी पुनर्स्थापित की जाती है तो इसे पॉलिसी पुनर्चलन कहा जाता है।
- नामांकन में बीमित व्यक्ति किसी व्यक्ति(यों) के नाम का प्रस्ताव करता है जिन्हें उसकी मृत्यु के पश्चात् बीमा धन का भुगतान किया जायेगा।
- समनुदेशन से तात्पर्य किसी बीमा पॉलिसी में हक, अधिकार तथा हित का पमानुदेशक के द्वारा समानुदेशिति को हस्तान्तरण से है।
- यदि ऋणी ऋण के पुनर्भुगतान में चूक करता है, तो बीमा कम्पनी के पास पॉलिसी को निरस्त करने का विकल्प होता है। यह मोचन निषेध कहलाता है।

प्रीमियम का भुगतान तथा वैध कवर की सम्बद्धता

- प्रीमियम का भुगतान बीमा अनुबंध का प्रतिफल होता है अतः इसके भुगतान के बिना, अनुबंध अस्तित्व में नहीं आ सकती है तथा कोई कवर प्रभावी नहीं होगा।

प्रश्न —उत्तर

3.3. एक वैध आयु प्रमाण के रूप में स्वीकार किये जा सकने वाले दस्तावेजों को मानक आयु प्रमाण दस्तावेजों तथा गैर मानक/अमानक आयु प्रमाण दस्तावेजों के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। कुछ दस्तावेज जिनको मानक आयु प्रमाण के रूप में माना जा सकता है इस प्रकार है:—

- स्कूल तथा कॉलेज के अभिलेखों के अनुसार एक प्रमाण पत्र;
- जन्म के समय नगरपालिका के रिकॉर्ड या जन्म तथा मृत्यु रजिस्ट्रार द्वारा जारी प्रमाणित उद्धरण;
- पासपोर्ट;
- स्थायी खाता संख्या (पैन) कार्ड;
- नियोक्ता का सेवा रजिस्टर;
- बापटिज़्म का प्रमाण पत्र;
- पारिवारिक बायबल से प्रमाणित उद्धरण, यदि इसमें जन्म तिथि शामिल हो;
- रक्षा विभाग द्वारा जारी, रक्षा कार्मिक का पहचान पत्र;
- रोमन कैथोलिक चर्च द्वारा जारी विवाह प्रमाण पत्र।

गैर मानक आयु प्रमाण दस्तावेजों में से कुछ, जो एक वैध आयु प्रमाण के रूप में स्वीकार किये जा सकते हैं, इस प्रकार है:—

- स्व घोषणा, बड़ों की घोषणा शपथ पत्र सहित;
- ग्राम पंचायत द्वारा जारी प्रमाण पत्र;
- जन्म के समय तैयार जन्म कुण्डली; तथा
- राशन कार्ड।

3.4. प्रथम प्रीमियम रसीद में निम्नलिखित सूचनाएँ शामिल होती है:—

- बीमित व्यक्ति का नाम एवं पता;
- पॉलिसी नम्बर;
- भुगतान की गई प्रीमियम राशि;
- प्रीमियम भुगतान की विधि तथा आवृत्ति (बारम्बारता);
- प्रीमियम भुगतान की अगली देय तिथि;
- जोखिम प्रारम्भ तिथि;
- पॉलिसी की परिपक्वता तिथि;
- अन्तिम देय प्रीमियम की तिथि; तथा
- बीमा धन।

स्व-परीक्षण प्रश्न

3	क्या होता है यदि नामित एक अवयस्क हो तथा कोई नियुक्त व्यक्ति नियुक्त नहीं किया गया हो?
4	“मुक्त लुक-इन अवधि” या “कूलिंग-ऑफ अवधि” क्या होती है?
5	क्या होता है यदि एक पॉलिसी कालातीत हो जाती है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

3	जब नामित अवयस्क होता है, तो बीमित व्यक्ति को एक नियुक्त व्यक्ति की नियुक्त करने की आवश्यकता होती है। यदि कोई नियुक्त व्यक्ति नियुक्त नहीं किया गया है, तो बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर मृत्यु दावे का भुगतान पॉलिसीधारक के विधिक उत्तराधिकारी को किया जाता है अवयस्क का नैसर्गिक या नियुक्त संरक्षक को नहीं।
4	FPR जारी होते ही बीमा अनुबंध प्रभावी हो जाती है तथापि इरडा विनियम प्रस्तावक को पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि से 15 दिनों की अवधि के भीतर अनुबंध वापस लेने का विकल्प प्रदान करते हैं यदि वे पॉलिसी के शर्तों एवं निर्बंधनों से असहमत हों। यह अवधि "मुक्त लुक-इन अवधि" या "कूलिंग-ऑफ अवधि" के रूप में जानी जाती है। यदि प्रस्तावक अनुबंध वापस लेता है, तो बीमा कम्पनी कुछ कटौतियों जैसे उक्त अल्प अवधि के लिए जोखिम कवर की कीमत जिसके लिए कवर दिया गया था मेडिकल जाँच व्यय तथा स्टैम्प शुल्क घटाकर शेष प्रीमियम लौटा देगी।
5	एक बार जब पॉलिसी कालातीत हो जाती है, तो बीमाकर्ता द्वारा भुगतान किये गये सभी प्रीमियम जब्त हो सकते हैं तथा पॉलिसी पर कोई दावा स्वीकार्य नहीं होता है। फिर भी बीमाकर्ता अनुबंध समाप्त नहीं करता है। वे पॉलिसीधारक को पॉलिसी पुर्नचलन करने के लिए कई आसान विकल्प जैसे बकाया प्रीमियम के भुगतान तथा निरन्तर अच्छे स्वास्थ्य सम्बन्धी स्व हस्ताक्षरित घोषणा के आधार पर देते हैं।

अध्याय-4

बीमा जोखिमांकन

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया	4/3
B आवश्यक सूचनाएँ प्राप्त करना	4/6
C नैतिक एवं भौतिक खतरे	4/9
D वित्तीय, मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन	4/12
E मानव जीवन मूल्य (HLV)	4/14
F ग्रहणाधिकार	4/17
G मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना	4/19
H बोनस की गणना करना	4/27
I जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका	4/29
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:-

- जोखिमांकन प्रक्रिया की व्याख्या करना;
- विभिन्न स्रोतों की व्याख्या जिनसे जोखिमांकन के लिए सूचनाएँ एकत्रित की जाती है;
- नैतिक एवं भौतिक खतरों का विश्लेषण करना;
- वित्तीय, मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन में अन्तर की व्याख्या करना;
- मानव जीवन मूल्य (HLV) की अवधारणा तथा जोखिमांकन में इसकी भूमिका की व्याख्या करना;
- किसी पॉलिसी के मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया का वर्णन करना;

- प्रीमियम की गणना करने की प्रक्रिया का निर्धारण करना;
- बोनस की गणना करने की प्रक्रिया का वर्णन करना;
- ग्रहणाधिकार की अवधारणा की व्याख्या करना;
- अभिकर्ता की जोखिमांकन में भूमिका का वर्णन करना।

परिचय

जोखिमांकन निम्न कार्य प्रणाली को दिया गया नाम है:-

- जोखिम का आकलन करना जिसे लोग पूल में लाते हैं;
- जोखिम को स्वीकार किया जाये या नहीं या कितना स्वीकार किया जाये, का निर्णय करना;
- प्रस्तावित की गई शर्तों, निर्बंधनों तथा कवर की सीमा का निर्धारण करना; तथा
- उपयुक्त प्रीमियम की गणना करना।

जीवन बीमा के सन्दर्भ में जो लोग बीमा लेने हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत करते हैं उनमें से किन लोगों को बीमा कम्पनी बीमा दे सकती है का चयन करने का दायित्व जोखिमांकनकर्ता पर होता है तथा उनके जोखिम के स्वरूप (प्रोफाइल) के आधार पर किये जाने वाले मूल्य (प्रीमियम) का निर्धारण भी।

जैसा कि हम देख चुके हैं, बीमा व्यवसाय जोखिम सांझा करने के सिद्धान्त पर आधारित है। बीमा कम्पनी पॉलिसी शर्तों एवं निर्बंधनों के अनुसार बीमित व्यक्ति का जोखिम वहन करती है। अतः जोखिमांकनकर्ता को प्रस्तावकों के समूह में से बीमित किये जाने वाले व्यक्तियों का चयन करने में तथा प्रत्येक व्यक्ति के द्वारा पूल के लिये प्रस्तुत जोखिम के अनुसार उचित मूल्य निर्धारण करने में अतिरिक्त सावधानी बरतनी पड़ती है। ऐसा करने में एक असफल जोखिमांकनकर्ता बीमा कम्पनी के व्यवसाय के स्थायित्व को प्रभावित कर सकता है।

इस अध्याय में हम एक प्रस्तावक द्वारा प्रदर्शित जोखिम का सही-सही आंकलन करने में जोखिमांकनकर्ता को समर्थ बनाने वाली सूचनाओं की तरफ दृष्टिपात करेंगे। यह जोखिम आंकलन लिये जाने वाले प्रीमियम पर असर डालेगा, तथा हम बाद में देखेंगे कि मूल्य का आंकलन किस प्रकार किया जाता है तथा प्रीमियम की गणना किस प्रकार की जाती है। तथापि, प्रथमतः, हम बीमा जोखिमांकन की सम्पूर्ण प्रक्रिया पर संक्षेप में दृष्टिपात करके शुरुआत करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धरणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

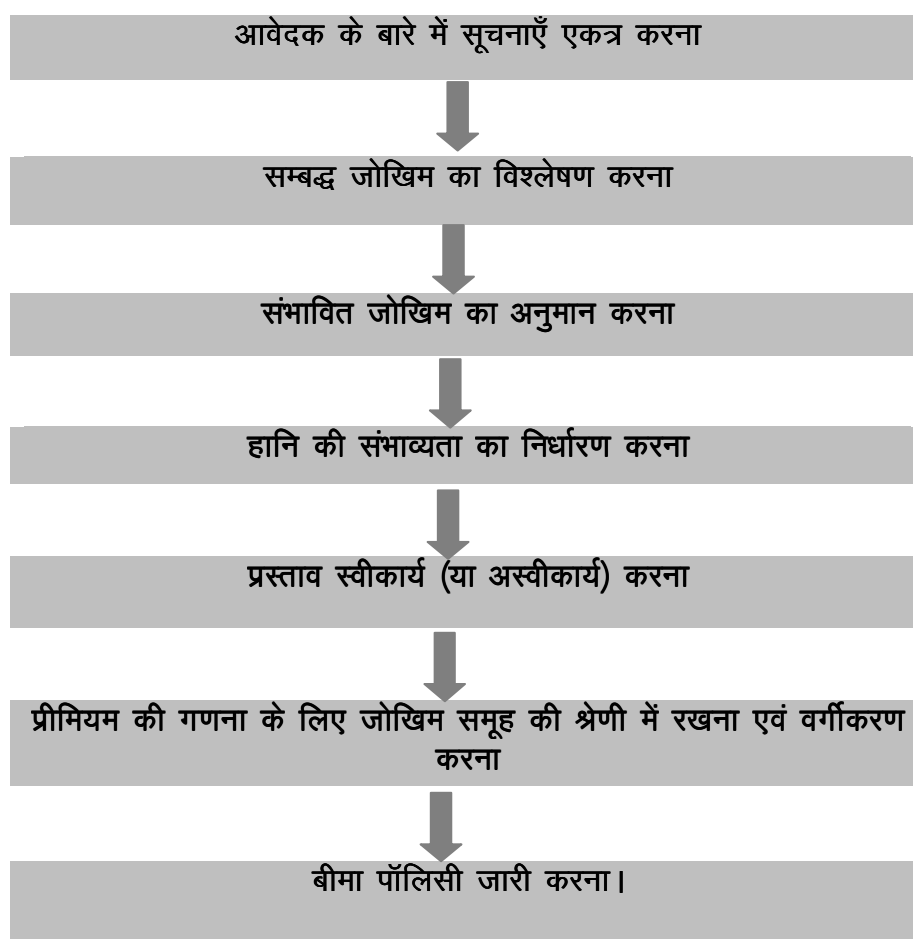
जोखिमांकनकर्ता (अन्डरराइटर)	सकल प्रीमियम	नैतिक खतरें	गैर-मेडिकल जोखिमांकन
मानव जीवन मूल्य (HLV)	लोडिंग	भौतिक खतरें	जोखिम प्रीमियम
बोनस	वित्तीय जोखिमांकन	मेडिकल जोखिमांकन	ग्रहणाधिकार (लिअन)
विपरीत चयन	जोखिम समूह	संतुलित प्रीमियम	धन का सामयिक मूल्य

A बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया

एक जोखिमांकनकर्ता उसे प्रस्तुत जोखिमों के वर्गीकरण, विश्लेषण तथा चयन के लिए जिम्मेदार होता है। विभिन्न कम्पनियों के जोखिमों के वर्गीकरण तथा उनके मूल्य निर्धारण सम्बन्धी मानदण्ड तथा दिशानिर्देश अलग-अलग होते हैं। प्रत्येक कम्पनी जोखिम के चयन के लिए अपना कार्यक्षेत्र एवं दिशानिर्देश विकसित तथा निर्धारित करती है; तथा जोखिमांकनकर्ता इनके अन्तर्गत इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए कार्य करता है कि कम्पनी दक्षता से प्रचालन करती रहें बीमा

जोखिमांकन की प्रक्रिया निम्नानुसार है:—

चित्र 4.1



ध्यान रहे!

जीवन बीमा में 'जोखिम' शब्द मुख्यतः बीमित जीवन या बीमित व्यक्ति के सन्दर्भ में उपयोग किया जाता है।



बीमा जोखिमांकन के प्रथम चरण में प्रस्तावक के बारे में सभी संभव स्रोतों से प्राप्त सूचना की समीक्षा करना शामिल है। जीवन बीमा के लिए, महत्वपूर्ण सूचना में एक व्यक्ति की आयु, व्यवसाय, आय, व्यक्तिगत आदतें, उसका स्वास्थ्य और परिवार का स्वास्थ्य इतिहास, साथ ही इन सभी पहलूओं पर अभिकर्ता की रिपोर्ट शामिल है।

जोखिमांकनकर्ता सूचनाओं का विश्लेषण करता है तथा प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय लेता है। यह एक विशिष्ट प्रक्रिया है: बीमा जोखिमांकनकर्ता को उसके पास उपलब्ध सभी तथ्यों का परीक्षण तथा बीमा लेने का प्रस्तावक के वास्तविक आशय का विश्लेषण करना होता है। हम इस अध्याय में बाद में देखेंगे कि यह सूचना किस प्रकार एकत्रित तथा उपयोग की जाती है।

कपटपूर्ण आशय : बीमा जोखिमांकनकर्ता को प्रस्तावक का आशय समझने में बहुत सावधान रहना चाहिए। सभी लोग इमानदार या सही नहीं होते हैं। यह निर्णय करने से पूर्व कि प्रस्ताव स्वीकार किया जाये या नहीं प्रस्तावक के आशय का सावधानीपूर्वक विश्लेषण किया जाना चाहिए।

बीमा जोखिमांकनकर्ता तब इस संभाव्यता को निर्धारित करने के लिये कि उन परिस्थितियों में बीमा कम्पनी को कब दावा भुगतान करना पड़ सकता है, प्राप्त सूचनाओं का अध्ययन करता है। इस चरण में बीमा जोखिमांकनकर्ता **अधिकतम संभव हानि (MPL)** निर्धारित करता है। MPL से तात्पर्य हो सकने वाली हानि की अधिकतम मात्रा से है, यदि एक निश्चित घटना घटित होती हो।

अब जोखिमांकनकर्ता निर्णय करेगा कि या तो जोखिम को साधारण दर पर स्वीकार किया जाये या संशोधित या विशेष शर्तों के साथ स्वीकार किया जाये (उदाहरणार्थ—उच्च प्रीमियम लेके), एक ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकार किया जाये या फिर जोखिम के बीमा कम्पनी द्वारा स्वीकार किये जा सकने वाली सीमा क्षेत्र से बाहर होने के आधार पर स्थगित या अस्वीकार किया जाये।

जोखिमांकनकर्ता को **विपरीत चयन** से कम्पनी की सुरक्षा भी करनी चाहिए। यह उस स्थिति की व्याख्या करने में उपयोग किया जाने वाला एक शब्दावली है जहाँ एक बीमा कम्पनी बहुत अधिक प्रस्तावकों को स्वीकार करती है जो पूल के लिए औसत से अधिक जोखिम लाते हैं। विपरीत चयन का सिद्धान्त इस दृष्टिकोण पर आधारित है कि ऐसे डरे हुए लोग जो अधिक जोखिम प्रस्तुत करते हैं, कम जोखिम वाले लोगों की तुलना में जीवन बीमा लेना अधिक चाहेंगे। यदि एक कम्पनी अपने आपको विपरीत चयन से प्रभावित पाती है तो हो सकता है कि उसे अनुमान से अधिक दावों का भुगतान करना पड़े। यह निश्चित रूप से कम्पनी की सफलता पर बुरा प्रभाव डालता है।

उदाहरण

राकेश शर्मा को हाल ही में मधुमेह से ग्रसित पाया गया है। वह मात्र 38 वर्ष के है। राकेश बीमा कवर पाने हेतु बहुत तत्पर है तथा उच्च प्रीमियम देने को तैयार है। राकेश का बीमा योजना लेने का मुख्य उद्देश्य निकट भविष्य में हो सकने वाली मेडिकल लागतों का बीमा कम्पनी को हस्तान्तरण करना है। उसकी मृत्यु हो जाने पर भी, जीवन बीमा कम्पनी से प्राप्त दावा उसके परिवार के लिए काफी अच्छा जीवन स्तर बनाये रखने हेतु पर्याप्त होगा।

यदि राकेश शर्मा जैसे लोग बीमा कम्पनी द्वारा बड़ी संख्या में चयन किये जाते हैं तो यह विपरीत चयन की ओर हो सकता है। बीमा कम्पनी को भविष्य में हो सकने वाले विशाल मेडिकल व्यय को वहन करना पड़ेगा।



जोखिमांकनकर्ता राकेश शर्मा के प्रस्ताव को इस आधार पर अस्वीकार करने का चयन कर सकता है कि वह पूल के लिए बहुत उच्च जोखिम लाता है। हालांकि जोखिमांकनकर्ता के पास अस्वीकृत करना एक मात्र हल नहीं है। जोखिमांकनकर्ता निम्न का चयन कर सकता है:—

- सामान्य दरों पर प्रस्ताव स्वीकार कर सकता है;
- अतिरिक्त प्रीमियम के साथ प्रस्ताव स्वीकार कर सकता है;
- एक ग्रहणाधिकार के साथ प्रस्ताव स्वीकार कर सकता है;
- संशोधित शर्तों के साथ प्रस्ताव स्वीकार कर सकता है;
- विशिष्ट/संशोधित खण्ड के साथ प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है;
- निर्णय एक निश्चित अवधि तक स्थगित कर सकता है; या
- प्रस्ताव अस्वीकार कर सकता है।

उदाहरण

हितेन पटेल एक बीमा कम्पनी को एक बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करता है। अपने प्रस्ताव फार्म में, वह घोषणा करता है कि वह एक हृदय सम्बन्धी समस्या के लिए उपचार करवा रहा है। वह यह भी बताता है कि इसी समस्या के लिए पूर्व में उसका ऑपरेशन भी किया जा चुका है।

बीमा जोखिमांकनकर्ता को इस मामले में बीमारी की प्रकृति, उपलब्ध उपचार, ऑपरेशन और रिकवरी प्रक्रिया के बारे में सूचना एकत्रित करनी होगी। सूचना के आधार पर जोखिमांकनकर्ता हितेन से सम्बद्ध जोखिम के बारे में निर्णय लेगा। जोखिमांकनकर्ता उस पर एक उच्च प्रीमियम लगा सकता है या हृदय से सम्बन्धित स्वास्थ्य मामलों को दिये गये कवर से बाहर रख सकता है।



ध्यान रहे !

विभिन्न बीमा कम्पनियाँ विभिन्न आधारों का उपयोग कर निर्णय करती हैं कि एक प्रस्ताव स्वीकार्य योग्य है या नहीं। यदि एक किसी खास वर्तमान बीमारी एक कम्पनी द्वारा कवर हेतु उपयुक्त नहीं मानी गई है तो अन्य कम्पनी कुछ सीमा के साथ तथा अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर उसे कवर कर सकती है।

एक बार किसी जोखिम को स्वीकार करने का निर्णय लेने पर जोखिमांकनकर्ता इसे किसी एक **जोखिम समूह** में वर्गीकृत करेगा। प्रत्येक जोखिम समूह को कम्पनी के दिशा निर्देशों पर आधारित एक रेटिंग दी जाती है, वे जोखिम जो उच्चतर जोखिम प्रदर्शित करती हैं एक उच्चतर जोखिम समूह में वर्गीकृत की जाते हैं तथा उच्चतर दर ली जाते हैं। इस प्रकार जोखिम समूह इस निर्णय को करने में सहयोग के लिए बहुत उपयोगी होते हैं कि प्रस्तावक को कितना प्रीमियम का भुगतान करना होगा। जोखिमांकनकर्ता अंतिम (फाइनल) प्रीमियम निर्धारित करने से पूर्व रेटिंग में परिवर्तन/संशोधन कर सकता है।

यदि जोखिमांकनकर्ता द्वारा प्रस्तावित प्रीमियम एवं शर्तें प्रस्तावक द्वारा स्वीकार कर ली जाती हैं तब प्रस्तावक को आवश्यकतानुरूप पॉलिसी जारी कर दी जाती है, प्रस्तावक द्वारा प्रदर्शित जोखिम के बारे में विचार करना यदि आवश्यक हो।



ध्यान रहे!

इरडा (IRDA) द्वारा जारी विनियमों के अनुसार यह आवश्यक है कि प्रस्ताव पर निर्णय के बारे में प्रस्तावक को प्रस्ताव प्राप्ति के 15 दिन के भीतर अनिवार्यता से सूचित किया जाना चाहिए।



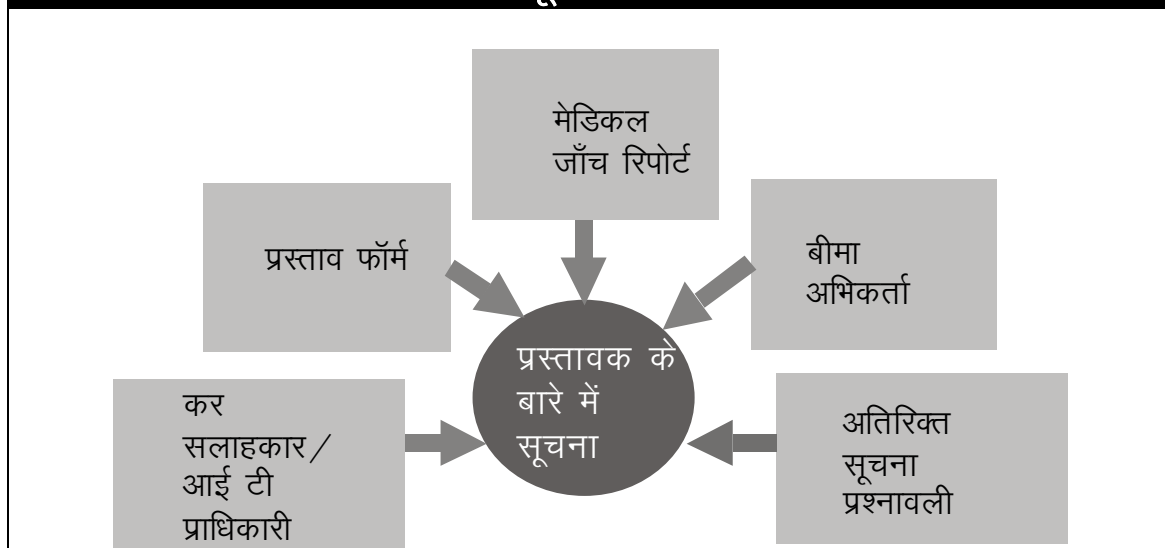
प्रश्न 4.1

जब जोखिमांकनकर्ता बीमा के लिए एक प्रस्ताव प्राप्त करता है, तो प्रस्ताव के सम्बन्ध में वह कौन-कौन से निर्णय ले सकता है?

B आवश्यक सूचनाएँ प्राप्त करना

जोखिमांकनकर्ता प्रस्तावक के बारे में अलग-अलग स्रोतों से सूचना एकत्र कर सकता है। जिन की आवश्यकता जोखिमांकनकर्ता को होती है उनमें से अधिकांश विशिष्ट दस्तावेजों उदाहरणतः प्रस्ताव फॉर्म से प्राप्त की जा सकती है।

चित्र 4.2 प्रस्तावक के बारे में सूचना के स्रोत



B1 प्रस्ताव

प्रस्तावक द्वारा भरा एवं हस्ताक्षरित प्रस्ताव फार्म बीमा जोखिमांकनकर्ता के लिए प्रारम्भिक सूचनाएँ प्राप्त करने का अत्यधिक महत्वपूर्ण स्रोत होता है। प्रस्ताव में निम्नलिखित सूचनाएँ उपलब्ध रहती हैं:-

वैयक्तिक सूचनाएँ

- फार्म के इस भाग में प्रस्तावक का नाम, उसका पता, आयु, वार्षिक आय, मासिक खर्च का एक अनुमान, व्यवसाय, वैवाहिक स्थिति, उसके द्वारा ली गई कोई अन्य बीमा पॉलिसियों इत्यादि जैसी सूचनाएँ होती हैं।
- प्रस्तावक एवं बीमित होने वाला जीवन अलग-अलग व्यक्ति होने के

	मामले में, प्रस्तावक का नाम एवं पता भी फार्म में लिखने की आवश्यकता होती है।
मेडिकल सूचना	<ul style="list-style-type: none"> • फार्म के इस भाग में प्रस्तावक के पूर्व मेडिकल इतिहास तथा वर्तमान मेडिकल स्थिति के बारे में सूचना होती है। प्रस्तावक का वजन, ऊँचाई तथा अन्य महत्वपूर्ण तथ्य, उसका एवं उसके परिवार का मेडिकल इतिहास आदि सूचनाएँ भी एकत्र की जाती हैं। प्रस्तावक की मेडिकल स्थिति के सम्बन्ध में एक चिकित्सक की रिपोर्ट भी इस चरण में ली जा सकती है, यदि जोखिमांकनकर्ता को या पॉलिसी के प्रकार के कारण इसकी आवश्यकता हो। • यदि पॉलिसी एक गैर-मेडिकल आधार (खण्ड D देखें) पर ली जाती है, तब प्रस्तावक को उसकी विगत बीमारी, चोट एवं सर्जिकल ऑपरेशन, संबंधित डॉक्टर के विवरण के साथ सूचनाएँ देने के लिए कहा जा सकता है।
अभिकर्ता की टिप्पणी	<ul style="list-style-type: none"> • फार्म में प्रस्तावक के बारे में अभिकर्ता द्वारा की गई टिप्पणी भी शामिल होती है। अभिकर्ता प्रस्तावक के जीवन शैली, आदतें व शौक के सम्बन्ध में अपना विश्लेषण देगा। उसे प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति तथा अन्य सूचनाएँ जो उसके विवेकानुसार जोखिम आंकलन करने में जोखिमांकनकर्ता के लिए उपयोगी हो सकती हैं, का भी वर्णन करना होगा।

B2 मेडिकल जाँच रिपोर्ट

बीमा कम्पनी किसी अनुमोदित डॉक्टर से प्रस्तावक का मेडिकल परीक्षण कराती है। ऐसा कम्पनी द्वारा विपरीत चयन के अवसरों को कम करने के लिए किया जाता है, अर्थात् स्वस्थ व्यक्तियों की तुलना में बड़ी संख्या में अस्वस्थ व्यक्तियों का चयन। स्वास्थ्य परीक्षण कराया जा सकता है यदि बीमाधन की राशि या प्रस्तावक द्वारा स्वास्थ्य संबंधी प्रश्नों के उत्तरों के आधार पर जोखिमांकनकर्ता को जोखिम स्वीकार करने से पूर्व और अधिक सूचनाओं/तथ्यों की आवश्यकता लगे।

किसी निश्चित प्रकार के सभी प्रस्तावित जोखिम के लिए मेडिकल परीक्षण कराना किसी बीमाकर्ता की नीति हो सकती है।

कुछ बीमाकर्ता प्रस्तावकों को उनकी उम्र के आधार पर वर्गीकृत करते हैं। कम आयु समूह में उनके लिए आवश्यक मेडिकल परीक्षणों की संख्या कम होगी, उच्चतम आयु समूह तक लगातार बढ़ती रहती है तथा उच्चतम आयु समूह हेतु विस्तृत स्वास्थ्य जाँच की आवश्यकता होती है। हम मेडिकल तथा गैर- मेडिकल जोखिमांकन के बारे में भाग D में और देखेंगे।

B3 बीमा अभिकर्ता

बीमा अभिकर्ता प्रस्तावक के साथ सीधे सम्पर्क में रहता है अतः वह उनके जोखिम प्रोफाइल के बारे में निर्णय लेने हेतु अच्छी स्थिति में होता है। अभिकर्ता को प्रस्तावक के उत्तरों का मूल्यांकन तथा उनकी सत्यता सुनिश्चित करने का अवसर होता है, तथा जोखिमांकनकर्ता किसी भी समय प्रस्तावक के सम्बन्ध में बीमा अभिकर्ता की मदद ले सकता है।

B3A अभिकर्ता की गोपनीय प्रतिवेदन

बीमा अभिकर्ता को “अभिकर्ता का गोपनीय प्रतिवेदन” तैयार करने की जरूरत होती है। यदि माँगी गई बीमा कवर राशि निर्धारित मानकों के भीतर हो, तो अभिकर्ता प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति, आश्रितों की संख्या, जीवनशैली, आदतें तथा शौक पर आधारित एक रिपोर्ट तैयार करता है। यदि माँगी गई बीमा कवर राशि सामान्य से अधिक होती है, तब अभिकर्ता को एक अधिक विस्तृत रिपोर्ट तैयार करना पड़ता है। इस रिपोर्ट के लिए सूचना प्रस्तावक के परिवार, मित्रों तथा पड़ोसियों के माध्यम से एकत्रित की जाती है।

कभी-कभी यह रिपोर्ट बीमा कम्पनी के वरिष्ठ कार्मिकों (जैसे यूनिट मैनेजर या सेल्स मैनेजर) द्वारा तैयार किया जाना आवश्यक होती है तथा यह “नैतिक जोखिम प्रतिवेदन” के रूप में जानी जा सकती है।

आजकल, कुछ विशेषज्ञ निरीक्षण एजेन्सियाँ कार्यरत हैं जो कि बीमाकर्ता के लिए निरीक्षण का कार्य करती हैं। ये एजेन्सियाँ प्रस्तावक के रोजगार इतिहास, वित्तीय स्थिति तथा साख के बारे में एक रिपोर्ट तैयार कर प्रस्तुत करती हैं।

B4 अतिरिक्त सूचना

जब माँगी गई बीमा कवर राशि औसत से बड़ी हो या प्रस्तावक का जोखिम प्रोफाइल उच्च हो तब जोखिमांकनकर्ता को अतिरिक्त सूचनाओं की आवश्यकता होती है।

जहाँ प्रस्तावक द्वारा माँगी गई बीमा कवर राशि अपेक्षाकृत उच्च होती है, तब प्रस्तावक की मेडिकल रिपोर्ट पर अतिरिक्त सूचना माँगी जा सकती है। वरिष्ठ कार्मिकों तथा बीमा अभिकर्ता से प्रस्तावक की आय, व्यवसाय, जीवन शैली, आदतों आदि पर विशेष रिपोर्ट भी प्रस्ताव में अन्तर्निहित जोखिम के आंकलन के लिए आवश्यक होगी।

B5 कर प्राधिकारियों के प्रतिवेदन

जोखिमांकनकर्ता एक प्रस्तावक के आय कर रिकॉर्ड, कर कटौती रिपोर्ट आदि के सम्बन्ध में आयकर प्राधिकारियों तथा कर सलाहकारों से सूचना प्राप्त करने के लिये सन्दर्भित कर सकते हैं। यह सूचनाएँ जोखिमांकनकर्ता को यह सुनिश्चित करने में समर्थ बनायेगी कि क्या प्रस्तावक की कोई बकाया कर देनदारियाँ हैं या पूर्व में उसने इस सम्बन्ध में भुगतान हीं किया गया था।



संस्तुत किया/कार्य

किसी भी जीवन बीमा कम्पनी से प्रस्ताव एकत्र करें। फार्म में पूछी गई सूचना/विवरणों की सूची बनाये। प्रस्ताव में किस प्रकार की सूचनाएँ माँगी जाती हैं?

C नैतिक तथा भौतिक खतरे

हमने अध्याय 2 में खतरों पर नजर डाली है, जहाँ हमने देखा कि इसे दो प्रकारों में विभाजित किया जाता है:—

- भौतिक खतरे; तथा
- नैतिक खतरे

इस खण्ड में हम इस विषय पर दुबारा अधिक विस्तार से विचार करेंगे कि किस प्रकार नैतिक और भौतिक खतरे जीवन तथा स्वास्थ्य बीमा पर लागू होते हैं।

C1 भौतिक खतरे

भौतिक खतरे से तात्पर्य बीमित जीवन से सम्बद्ध जोखिम के भौतिक लक्षणों से है। हमने अध्याय 2 में इनमें से कुछ पर संक्षिप्त नजर डाली है।

जीवन बीमा से सम्बन्धित कुछ भौतिक खतरे निम्नानुसार हैं:

आयु

बीमित जीवन से सम्बद्ध जोखिम का निर्धारण करते समय एक व्यक्ति की आयु एक महत्वपूर्ण खतरा है। प्रस्तावक की आयु जितनी अधिक होगी, उसकी प्राकृतिक मृत्यु की संभावना उतनी ही अधिक होगी।

व्यवसाय

प्रस्तावक का व्यवसाय उसकी मृत्यु की संभावना में वृद्धि कर सकता है। कुछ रोजगार अन्य की तुलना में स्वास्थ्य पर, मृत्यु या चोट का अधिक जोखिम लाते हैं तथा बीमा कम्पनियों द्वारा कम जोखिम व्यवसायों की तुलना में कम आकर्षक माने जाते हैं। विभिन्न व्यवसायों के खतरों पर निम्नलिखित मापदण्डों के आधार पर विचार किया जा सकता है:—

पर्यावरणीय	<ul style="list-style-type: none"> • किसी भय या हिंसा के कारण व्यक्तियों के भयग्रस्त जीवन जीने की दशा में शीघ्र मृत्यु की संभावना बढ़ जाती है।
भौतिक स्थितियाँ	<ul style="list-style-type: none"> • प्रस्तावक जिस कारखाने में कार्य करता है वह धूल भरा एवं कम हवादार जैसे अस्वास्थ्यप्रद/दूषित वातावरण का हो तो प्रस्तावक के लिए बीमारी की संभावना बढ़ जाती है।
दुर्घटना जन्य जोखिम	<ul style="list-style-type: none"> • प्रस्तावक एक चालक के रूप में या मशीन पर कार्य करता है, जो दुर्घटना की जोखिम बढ़ाता है।



उदाहरण

प्रस्तावक के व्यवसाय को खतरा भरे व्यवसाय के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है यदि वह इनमें से किसी में कार्य करता है: कोयला खानें, लौह धातुकर्म उद्योग, रासायनिक उद्योग,

विस्फोटक कारखाना या यदि उसके कार्य में: खम्भों पर चढ़ना, ऊँचाई पर काम करना, उच्च वोल्टेज बिजली के कार्य आदि शामिल हैं।

लिंग

कुछ कम्पनियाँ महिलाओं के लिए उनके परिवेश, प्रोफाइल आदि के आधार पर भिन्न दर लेती हैं।

निवास

प्रस्तावक के मकान की सुरक्षा एक महत्वपूर्ण भौतिक खतरा है। यदि कोई व्यक्ति किसी ऐसे स्थान में रहता हो जहाँ पर पड़ोस का वातावरण असुरक्षित, हिंसाग्रस्त तथा भयपूर्ण हो, तब व्यक्तिगत जीवन पर जोखिम में वृद्धि होती है।

आदतें

शराब पीने, धूम्रपान करने तथा तम्बाकू का उपयोग करने की आदतें स्वास्थ्य के लिए खतरे भरी मानी जाती हैं। ये इस जोखिम में वृद्धि कर सकती हैं कि प्रस्तावक की जल्दी मृत्यु हो जायेगी या वह गंभीर बीमारी से ग्रसित हो जायेगा।

शौक

यदि एक व्यक्ति खतरनाक शौक जैसे बंजी जम्पिंग, कार रेसिंग, पर्वतारोहण, हवाई डाइविंग, स्कूबा डाइविंग आदि में लगा हुआ हो तब व्यक्ति के जीवन पर जोखिम बढ़ता है। इस तरह के साहसपूर्ण खेल बीमा कम्पनी के लिए कम आकर्षक होते हैं।

भौतिक लक्षण

एक व्यक्ति के भौतिक लक्षण प्रस्तावक के स्वास्थ्य स्तर का निर्धारण करने में उपयोगी होते हैं। उसकी ऊँचाई, वजन, शारीरिक रचना आदि से सम्बन्धित आंकड़ें निर्धारित करते हैं कि व्यक्ति कितना स्वस्थ है।

उदाहरण

रवि की ऊँचाई 153 सेमी. तथा उसका वजन लगभग 80 किग्रा है। यह दर्शाता है कि वह अधिक वजनी हो सकता है। यह उसमें हृदय रोगों, मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप जैसी अन्य बीमारियाँ विकसित होने की संभावना बढ़ा देता है।



मेडिकल अवस्था

जब प्रस्तावक की सम्पूर्ण स्वास्थ्य जाँच कराई जाती है तो उसमें मेडिकल स्वास्थ्य के निर्धारण के लिए उसके रक्त चाप तथा नाडी का भी परीक्षण किया जायेगा। क्या प्रस्तावक को कोई बीमारी पैदा हुई है या नहीं, सुनिश्चित करने के लिये उसके रक्त एवं मूत्र नमूनों की जाँच भी करवाई जाती है।

शारीरिक विकलांगता

शारीरिक विकलांग व्यक्ति भी बड़े हुए भौतिक खतरे को प्रदर्शित करने वाले माने जाते हैं क्योंकि उनकी विकलांगता उनकी शीघ्र मृत्यु का जोखिम बढ़ा सकती है।

परिवार का मेडिकल इतिहास

कुछ बीमारियाँ जैसे मधुमेह, हृदय रोग से पीड़ित होने की प्रवृत्ति तथा कुछ प्रकार के कैंसर आनुवांशिक प्रकृति के होते हैं। यदि परिवार का एक सदस्य ऐसी बीमारी से ग्रस्त होता है, तब प्रस्तावक के भी इससे ग्रसित होने की सम्भावना बढ़ जाती है।

व्यक्तिगत इतिहास

एक व्यक्ति का स्वास्थ्य रिकॉर्ड, आदतें, जीवन शैली, वित्तीय ऋण इतिहास आदि के सम्बन्ध में व्यक्तिगत इतिहास भी महत्वपूर्ण मानदण्ड होता है।

C2 नैतिक खतरे

नैतिक खतरों को परिभाषित करना भौतिक खतरों की तुलना में अधिक कठिन है क्योंकि, यह प्रस्तावक के **आचरण, दृष्टिकोण तथा/या आशय** से सम्बन्धित होता है। दूषित नैतिक खतरे के प्रभाव को कम करना या सुधारना भी कठिन होता है।

जीवन बीमा के सम्बन्ध में निम्नलिखित उदाहरण नैतिक खतरों की प्रकृति को स्पष्ट करता है:-

- स्वास्थ्य एवं व्यक्तिगत सुरक्षा के प्रति लापरवाह एवं असावधानीपूर्ण दृष्टिकोण;
- बेईमानी का पूर्व इतिहास (संभवतः आपराधिक गतिविधि में लिप्तता जिसका खुलासा न्यायालय के रिकॉर्ड की जाँच करने पर होता है); तथा
- पूर्व दावों का इतिहास यदि कपटता/दावों की बारम्बारता, दिवालियापन या अन्य वित्तीय संकटों के इतिहास का खुलासा करता हो।

कपट (फ़ाड) तथा नैतिक खतरे

कपट करने की मंशा नैतिक खतरे का एक पहलू है जिस पर जीवन बीमा जोखिमांकनकर्ताओं को विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है।

जोखिमांकनकर्ता को उन जीवन बीमा प्रस्तावों के बारे में सचेत रहना होगा जिनमें कुछ ऐसे लक्षण प्रदर्शित हो जो उनके ज्ञान एवं अनुभव के आधार पर कपटपूर्ण आशय के संभावित संकेतक हो। निम्नलिखित कुछ उदाहरण हैं:-

- प्रस्तावक अपने जीवन काल के उत्तरार्ध में/अधिक आयु पर एक काफी बड़ी राशि के बीमा के लिए प्रार्थना करता हो।
- एक ऐसे व्यक्ति द्वारा बीमा लिया जा रहा हो जिसका कोई आश्रित न हो।
- बीमा पॉलिसी द्वारा किसी ऐसे व्यक्ति को बीमित किया जा रहा हो जो कमाई न करता हो (क्योंकि किसी कमाई न करने वाले सदस्य की मृत्यु से उसके आश्रितों की आजीविका प्रभावित नहीं होती है)
- जब पॉलिसी में नामिती बीमित के आश्रितों में से नहीं होता है।
- जब प्रस्तावक एक ऐसी राशि के लिए बीमा करवा रहा है जो कि उसकी आय से बहुत अधिक है।

- यदि व्यक्ति द्वारा भुगतान किये जा रहे पिछले प्रीमियम उसकी आय के आधार पर उसकी भुगतान क्षमता से बहुत अधिक है।
- जब स्वास्थ्य परीक्षण प्रस्तावक के निवास स्थान से भिन्न स्थान पर करवाया जाता है।
- यदि अभिकर्ता एवं प्रस्तावक के मध्य सम्बन्धों का कोई पहलू जोखिमांकनकर्ता के मन में शंका पैदा करता है।

जोखिमांकनकर्ता प्रस्तावक द्वारा प्रस्तुत परिस्थितियों के आंकलन में सहयोग के लिए खण्ड B में वर्णित सूचना का उपयोग कर सकता है।



प्रश्न 4.2

क्या एक क्षेत्र, जहाँ प्रस्तावक निवास करता है एक भौतिक खतरा माना जा सकता है? अपने उत्तर की पुष्टि में कारण दे।

D वित्तीय, मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन

D1 वित्तीय जोखिमांकन

जोखिमांकनकर्ताओं को किसी प्रस्तावित जोखिम के कपटपूर्ण आशयों की पहचान करने के अतिरिक्त वित्तीय पहलूओं पर सावधानीपूर्वक ध्यान देना होगा। जैसा कि हम देखेंगे वित्तीय जोखिमांकन किसी व्यक्ति द्वारा प्राप्त किये जा सकने वाली जीवन बीमा राशि के निर्धारण का कार्य करता है। जीवन बीमा की वह राशि जिसके लिए एक व्यक्ति पात्र है मानव जीवन मूल्य (HLV) सिद्धान्त द्वारा निर्धारित की जा सकती है। HLV सिद्धान्त एक व्यक्ति के आर्थिक मूल्य का मौद्रिक रूप में मापन का प्रयास करता है। HLV पर अधिक विवरण इस अध्याय के खण्ड E में दिया गया है।

वित्तीय जोखिमांकन यह सुनिश्चित करने में उपयोग किया जाता है कि बीमित किया जा रहा व्यक्ति एक बीमा राशि का पात्र होता है जो उसके बीमा योग्य हितों से अधिक नहीं हो। एक व्यक्ति की व्यक्तिगत एवं पारिवारिक आय वित्तीय जोखिमांकन के लिए ध्यान में रखी जाती है।

यदि एक व्यक्ति एक ऐसा बीमा धन चाह रहा है जो कि उसकी आय से बहुत अधिक है, तब जोखिमांकनकर्ता को आंकलन करने की जरूरत होती है कि चाही गई बीमा कवर राशि उसके बीमा योग्य हित से अधिक है या नहीं। जैसा कि हमने अध्याय 3 भाग 1, खण्ड B से जाना है कि एक वैध जीवन बीमा अनुबंध के लिए बीमा योग्य हित होना चाहिए। बीमा योग्य हित का अर्थ है कि आवेदित बीमा राशि के लिए प्रबल कारण है। जितना अधिक बीमाधन होगा उतने ही अधिक प्रबल औचित्य की आवश्यकता जोखिमांकनकर्ता को होगी। आमतौर पर इसका अर्थ है कि प्रस्तावक के लिए उपलब्ध बीमा राशि एक निश्चित स्तर पर रोकी जाती है जिससे अधिक कवरेज के लिए कोई वास्तविक औचित्य नहीं हो।

वित्तीय जोखिमांकन के अन्तर्गत विश्लेषित किये गये कारकों में व्यक्ति की आय, उम्र तथा उसका शुद्ध आर्थिक मूल्य आदि शामिल है।

बीमा कम्पनियाँ दो प्रकार की बीमा पॉलिसियाँ देती हैं:— एक जिसमें मेडिकल जोखिमांकन आवश्यक होता है तथा दूसरा जिसमें मेडिकल जोखिमांकन आवश्यक नहीं होता है।

D2 मेडिकल जोखिमांकन

मेडिकल जोखिमांकन में जोखिमांकनकर्ता प्रस्तावक के पिछले कुछ वर्षों के मेडिकल रिकॉर्ड का अवलोकन कर उसकी वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति के लिए मेडिकल जाँच करवाता है तथा इन रिपोर्टों से प्राप्त तथ्यों पर आधारित उसकी वास्तविक स्वास्थ्य स्थिति का मूल्यांकन करता है। प्रस्तावक का मेडिकल इतिहास, आयु तथा मांगी गई बीमा आवरण राशि के आधार पर सामान्य या फिर विस्तृत स्वास्थ्य परीक्षण कराया जाता है।

यदि प्रस्तावक का स्वास्थ्य उत्तम पाया जाता है, तब जोखिमांकनकर्ता द्वारा उसे सामान्य जोखिम का माना जायेगा।



ध्यान रहे!

बीमा कम्पनियाँ एक अनुसूची रखती हैं जो प्रस्तावक की उम्र, मेडिकल इतिहास तथा चाही गई बीमा कवर राशि पर आधारित आवश्यक मेडिकल परीक्षण के स्तर को निर्धारित करती हैं।

D3 गैर मेडिकल जोखिमांकन

जैसा कि नाम से पता चलता है कि इस श्रेणी में बीमा पर सहमति के लिए किसी मेडिकल परीक्षण की आवश्यकता नहीं होती है। प्रस्तावक का मेडिकल आंकलन समय का अपव्यय तथा खर्चीला दोनों हो सकता है। साथ ही कई मामलों में (अधिकांशतः जहाँ प्रस्तावक ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं), विशेषज्ञता वाली मेडिकल सेवाएँ उपलब्ध नहीं हैं। अतः एक योग्य डॉक्टर से मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करना प्रस्तावक के लिए कठिन हो सकता है।

गैर-मेडिकल जोखिमांकन में, बीमा एक मेडिकल रिपोर्ट के स्थान पर प्रस्ताव फॉर्म में बताये गये व्यक्ति के भौतिक लक्षणों जैसे—आयु, ऊँचाई, वजन आदि पर आधारित होता है। इस प्रकार के बीमा के लिए प्रस्ताव फॉर्म प्रायः अधिक विस्तृत होता है।

सभी प्रस्ताव अभिकर्ताओं, विकास अधिकारियों तथा शाखा कार्मिकों द्वारा जाँचे जाते हैं। साथ ही किसी उच्च पदीय अधिकारी से भी एक विशेष रिपोर्ट जी जा सकता है।

यदि प्रस्तावक एक नियमित रोजगार में हो तो एक कर्मचारी के अवकाश रिकॉर्ड का आंकलन किया जा सकता है। यदि एक व्यक्तिगत विवरणी या पारिवारिक इतिहास से पता चली असंतोषजनक स्वास्थ्य स्थिति के आधार पर मेडिकल जाँच करायी जा सकती है।

गैर मेडिकल बीमा जोखिमांकन में बीमाकर्ता को अधिक जोखिम रहती है जैसे प्रस्तावक किसी ऐसी मेडिकल स्थिति में हो सकता है जिसका मेडिकल जाँच में खुलासा हो चुका होता, परन्तु वह प्रस्ताव फॉर्म में प्रस्तावक के उत्तरों से उजागर नहीं होती है। जोखिमांकन के इस तरीके से विपरीत चयन की सम्भावना बढ़ सकती है, परिणामतः ये पॉलिसियाँ एक उच्च दर पर मूल्य निर्धारित की जा सकती हैं।

गैर-मेडिकल व्यवसाय में अपनाये गये सुरक्षा उपाय

चूँकि गैर- मेडिकल जोखिमांकन के साथ विपरीत चयन की संभावना अधिक होती है, बीमा कम्पनियाँ निम्नलिखित सुरक्षा उपाय का उपयोग करती हैं:-

- चयन पर एक प्रतिबन्ध (महिला जीवन) करके;
- बीमा धन पर सीमा लागू करके;
- अधिकतम प्रवेश आयु पर एक प्रतिबन्ध करके;
- अधिकतम अवधि पर एक प्रतिबन्ध करके जिसके लिए पॉलिसी जारी की जा सकती है;
- परिपक्वता पर अधिकतम आयु पर एक प्रतिबन्ध करके;
- दिये जाने वाले बीमा योजना के प्रकारों पर एक प्रतिबन्ध करके;
- उच्च जोखिम योजनाओं पर प्रतिबन्ध करके;
- कुछ श्रेणियों के जीवन (शिक्षा, सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि पर आधारित) पर कवर को सीमित करके;
- जीवन/जोखिम समूहों वर्गों की पात्रता पर प्रतिबन्ध करके (प्रतिष्ठित संगठनों में कार्यरत व्यक्तियों के लिए जिनकी भर्ती के समय एक मेडिकल जाँच की गई हो, जिनके अवकाश रिकॉर्ड रखे जाते हैं, तथा जिन्होंने सेवा का एक वर्ष पूर्ण कर लिया है; इत्यादि) तथा
- बीमाकर्ता के एक अधिकारी से एक नैतिक खतरा रिपोर्ट मांगकर।

संस्तुत क्रिया

किसी बीमा कम्पनी में जायें तथा मेडिकल एवं गैर मेडिकल आधार पर दिये जाने वाले बीमों के लिए प्रस्ताव-पत्र प्राप्त करें। गैर मेडिकल आधार पर दिये जाने वाले बीमे के प्रस्ताव पत्र में पूछी जाने वाली अतिरिक्त सूचनाएँ किस प्रकार मेडिकल आधार पर प्रदान किये जाने वाले बीमे से भिन्न हैं? एक संक्षिप्त रिपोर्ट बनायें जो आपको दोनों की पहुँच में अन्तर को समझने में सहायता करेगी।



E मानव जीवन मूल्य (ह्यूमन लाइफ वैल्यू)

जीवन बीमा की मुख्य भूमिका बीमित के परिवार को सुरक्षा प्रदान करना है जब बीमित की अचानक मृत्यु हो जाये। ऐसा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमा धन का भुगतान करके किया जाता है, यदि दुःखद घटना घटित हो। लेकिन बीमा धन कितना होना चाहिए? बीमित को जीवन का आर्थिक मूल्य कितना है?

E1 मानव जीवन मूल्य क्या है?

किसी व्यक्ति से पूछें कि उनके जीवन का मूल्य कितना है बिना कुछ सोचे बिना वे कहेंगे कि मानव जीवन अनमोल है तथा कोई भी धन राशि मानव जीवन के मूल्य की भरपाई नहीं कर सकती है। लेकिन बीमा कम्पनियाँ तथा उनके अभिकर्ता भिन्न विचार रखते हैं। किसी व्यक्ति द्वारा ली जाने वाली बीमा राशि का निर्धारण करने के लिये वे उसके मानव जीवन मूल्य का आंकलन करते हैं। यह मानव जीवन मूल्य (HLV) कहलाता है। अचल सम्पत्ति, इक्विटी/शेयरों या जिन्सों (आवश्यक वस्तुओं) की तरह मानव भी एक सम्पत्ति

है तथा आय उत्पन्न करने की क्षमता रखता है। **मानव जीवन मूल्य (HLV)** के माध्यम से बीमा कम्पनी किसी व्यक्ति के आर्थिक मूल्य या व्यक्ति का मौद्रिक राशि के रूप में कितना मूल्य हैं, को मापने का प्रयास करती हैं।

जीवन बीमा में, **(HLV)** का उपयोग एक मानदण्ड की तरह यह निर्धारित करने में किया जाता है कि किसी व्यक्ति के पास जीवन बीमा कवर कितना होना चाहिए। समुचित कवर यह सुनिश्चित करेगा कि यदि व्यक्ति की आज मृत्यु हो जाती है, तो उसके परिवार को कोई आर्थिक हानि नहीं होगी। निःसन्देह भावनात्मक हानि की भरपाई नहीं की जा सकती है। व्यक्ति के परिवार को बीमा कम्पनी से प्राप्त एकमुश्त राशि बीमित जीवन की भावी आय की भरपाई करेगी; जिसे वह कमाता यदि वह जीवित रहता।

E2 एक व्यक्ति को कितनी राशि का जीवन बीमा लेना चाहिए ?

प्रायः लोग यह नहीं समझते हैं कि अनेक बीमा पॉलिसियाँ लेने के बावजूद भी यदि सभी पॉलिसियों में बीमा राशि छोटी-छोटी हो तो उन सभी की सकल राशि भी आवश्यकता से कम बीमा सुरक्षा प्रदान कर सती है। तो जीवन बीमा कवर की उचित राशि क्या होगी जो एक व्यक्ति को लेनी चाहिए? इसका उत्तर HLV निर्धारित करने के विभिन्न विधियों को देखकर हम दे सकते हैं। अतः किसी व्यक्ति को उसके HLV के बराबर बीमा राशि लेनी चाहिए।

E2A आय प्रतिस्थापन (रिप्लेसमेंट) विधि

इस विधि में एक व्यक्ति द्वारा उसके कार्यशील जीवन के शेष वर्षों के दौरान भावी सकल आय कमाने की क्षमता पर ध्यान दिया जाता है ताकि उसकी असमय मृत्यु होने पर उसका परिवार वित्तीय हानि नहीं उठाये।

इस विधि में निम्नांकित दो चरण होते हैं :

चरण 1	<ul style="list-style-type: none"> कुल भावी आय की गणना जिसे व्यक्ति अपनी शेष कार्यशील वर्षों के दौरान कमाने में समर्थ होगा।
चरण 2	<ul style="list-style-type: none"> इस राशि के वर्तमान मूल्य (चरण 1 से प्राप्त) की आज की स्थिति से गणना करे। यह व्यक्ति का मानव जीवन मूल्य है। जीवन बीमा कवर जिसे एक व्यक्ति को लेना चाहिए HLV राशि के बराबर होना चाहिये। इस विधि में किसी व्यक्ति की असमय मृत्यु होने की स्थिति में भविष्य में उसके द्वारा कमाकर दी जाने वाली राशि का आंकलन किया जाता है जिसे वह अपनी सेवानिवृत्ति आयु तक जीवित रहने तक कमाता। सारांश में इस विधि में मानव जीवन मूल्य की भावी आय को वर्तमान मूल्य से समतुल्य करता है।



उदाहरण

राजेश रु. 4,00,000 प्रति वर्ष कमा रहा एक 35 वर्षीय व्यक्ति है। राजेश के परिवार में उसकी पत्नी (गृहणी), 4 वर्षीय पुत्री तथा उसके सेवानिवृत्त माता-पिता हैं जो कि अब उस पर आश्रित हैं। कर एवं व्यक्तिगत व्ययों को घटाने के बाद राजेश द्वारा परिवार के लिए शुद्ध योगदान रु. 25,000

प्रतिमाह (रु. 3,00,000 प्रति वर्ष) है।

अब कल्पना करें कि राजेश का वेतन 5% प्रति वर्ष बढ़ेगा तथा उसका पारिवारिक योगदान भी 5% प्रतिवर्ष बढ़ता रहेगा।

वार्षिक आय	रु. 4,00,000 प्रतिवर्ष
वेतन में अपेक्षित वृद्धि	5% प्रति वर्ष
कर तथा व्यक्तिगत व्ययों के पश्चात शुद्ध आय	रु. 3,00,000 प्रतिवर्ष
वर्तमान आय	35 वर्ष
शेष कार्यशील वर्ष	25 वर्ष
क्माने की क्षमता का भावी मूल्य	रु. 1,43,18,129
छूट दर (PPF दर)	8%
भावी कमाई का वर्तमान मूल्य	रु. 20,90,703

राजेश के शेष कार्यशील जीवन के दौरान उसके परिवार के लिए उसका मूल्य रु. 1.43 करोड. है यदि वह 60 वर्ष आयु तक जीवित रहता है लेकिन यदि राजेश के साथ आज कुछ हो जाता है, तो उसके परिवार को इस धन की हानि झेलनी होगी।

हमें इस रु. 1.43 करोड. का वर्तमान मूल्य पता करने की जरूरत है। अतः हम एक छूट दर 8% लेते हैं। (जोखिम मुक्त PPF दर) तब रु. 1.43 करोड. का वर्तमान मूल्य रु. 20,90,703 (रु.20.90 लाख) के बराबर आता है।

इसका गहरा अर्थ है कि एक रु. 20.90 लाख की एकमुश्त राशि को 25 वर्षों के लिए 8% ब्याज दर पर निवेश करने पर परिपक्वता पर रु. 1.43 करोड. होगा।

अतः रु. 20.90 लाख राजेश का मानव जीवन मूल्य है तथा उसे अपनी भावी आय की सुरक्षा के लिए रु. 20.90 लाख का जीवन बीमा कवर लेना चाहिए।

E2B. सरल विधि

HLV की गणना करने की वैकल्पिक विधि आय प्रतिस्थापन विधि से सरलतर है।



उदाहरण

एक बार फिर वही राजेश का उदाहरण ले। कल्पना करें कि बाजार में वर्तमान बैंक सावधि (फिक्स्ड) जमा दर 8% है। अतः यदि कोई व्यक्ति बैंक **FD** में रु.37,50,000 (रु.37.5 लाख) 8% प्रतिवर्ष ब्याज दर पर निवेश करता है, तो वार्षिक उपार्जित ब्याज रु. 3,00,000 (रु.3 लाख) होगा।

अतः राजेश का HLV रु. 37.5 लाख है तथा उसे रु. 37.5 लाख का जीवन बीमा लेना चाहिए ताकि, उसकी असमय मृत्यु होने पर उसका परिवार रु. 37.5 लाख की राशि प्राप्त करेगा। यदि वे इसे एक बैंक **FD** में 8% ब्याज दर पर निवेश करते हैं, तो यह उन्हें रु. 3,00,000 वार्षिक आय प्रदान करेगा। यह रु. 3 लाख प्रतिवर्ष की राशि राजेश के रु. 3 लाख के वार्षिक योगदान को प्रतिस्थापित करेगी तथा उसकी अनुपस्थिति में परिवार के खर्चों को पूरा करेगी।

नीचे सारणी में राजेश के मानव जीवन मूल्य की गणना की व्याख्या की गई है:-

वार्षिक आय	रु. 4,00,000 प्रति वर्ष
कर तथा व्यक्तिगत व्यय	रु. 8,000 प्रति माह
परिवार को शुद्ध मासिक योगदान	रु. 25,000 प्रति माह
परिवार को शुद्ध वार्षिक योगदान	रु. 3,00,000 प्रति वर्ष
बैंक एफ डी दर	8%
मानव जीवन मूल्य गणना	$3,00,000 / 8\%$ $= 3,00,000 / 0.08$ $= \text{रु. } 37,50,000$
आवश्यक बीमा राशि (HLV)	$= \text{रु. } 37,50,000$

बैंक **FD** में 8% ब्याज दर पर रु. 37,50,000 का निवेश $37,50,000 \times 0.08 = \text{रु. } 3,00,000$ प्रति वर्ष का प्रतिफल देगा।

यह विधि यह सुनिश्चित करेगी है कि उसका परिवार रु. 3 लाख प्रति वर्ष प्राप्त करता रहेगा जब तक बैंक **FD** ब्याज 8% रहती है। इस विधि में ऐसा माना जाता है कि वार्षिक आय हमेशा रु. 4,00,000 स्थिर बनी रहेगी, तथा वेतन में किसी अपेक्षित वृद्धि पर विचार नहीं किया जाता है। इसमें यह भी माना जाता है कि हमेशा बैंक **FD** दरें 8% स्थिर रहेगी तथा ब्याज दरों में किसी सम्भावित कमी या वृद्धि पर विचार नहीं किया जाता है।

ध्यान रहे!

मानव जीवन मूल्य एक समय की (स्थिर) गणना नहीं है। यह एक अनवरत प्रक्रिया है जिसमें समय समय पर पुनः करने की आवश्यकता होती है। जैसे आयु बढ़ती है पर मानव जीवन मूल्य घटता है।



F ग्रहणाधिकार (लिअन)

कुछ मामले ऐसे होते हैं जहाँ जोखिमांकनकर्ता अनुभव करेगा कि एक व्यक्ति से सम्बद्ध जोखिम समय के साथ-साथ घट सकता है, ऐसे मामले में, जोखिमांकनकर्ता एक ग्रहणाधिकार के साथ प्रस्ताव स्वीकार कर सकता है। जब भी किसी समयान्तराल में जोखिम घटता हुआ पाया जाता है, कम होने की दर के अनुसार उस अवधि के लिये ग्रहणाधिकार प्रभावी किया जाता है। ग्रहणाधिकार का उपयोग सामान्यतः एक उच्च जोखिम हेतु उच्च प्रीमियम प्रभारित करने के विकल्प के रूप में किया जाता है।

सरल शब्दों में, यदि प्रस्तावक अपने उच्च भौतिक लक्षणों के कारण कम्पनी के सामान्य प्रीमियम हेतु मानक जोखिम से अधिक जोखिम प्रस्तुत करता है तो कम्पनी उसे उच्च जोखिम श्रेणी में वर्गीकृत कर उच्च प्रीमियम लेगी करेगी। तथापि प्रस्तावक के पास ग्रहणाधिकार माँगने का विकल्प है। यदि ग्रहणाधिकार एक निश्चित अवधि के लिये दिया जाता है, तो बीमा ग्रहणाधिकार अवधि में मृत्यु की दशा में कम्पनी बीमा धन की केवल एक प्रतिबन्धित (अनुपात में घटी हुई) राशि भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होगी।

उदाहरण

अगले पाँच वर्षों तक 20% के घटते ग्रहणाधिकार के मामले में, पाँच वर्षों के पूरे होने पर ग्रहणाधिकार का अस्तित्व समाप्त हो जायेगा। अन्य शब्दों में, छठे वर्ष से दावा उत्पन्न होने पर बीमा कम्पनी को पूर्ण बीमा धन का भुगतान करना होगा।



यदि बीमित की मृत्यु ग्रहणाधिकार अवधि के भीतर हो जाती है, तब बीमा कम्पनी को पूर्ण बीमाधन का भुगतान नहीं करना होगा।

ग्रहणाधिकारों के लिए दिशानिर्देश जिनका सामान्यतः बीमा कम्पनियों द्वारा अनुसरण किया जाता है:—

- एक निर्दिष्ट अवधि के दौरान ग्रहणाधिकार एक समान राशि से घटना चाहिए। तथा
- यदि पॉलिसी अवधि तीन के गुणक में है, तब ग्रहणाधिकार पॉलिसी की एक तिहाई अवधि तक के लिए प्रभावी/लागू रहता है।

वे परिस्थितियाँ जिनमें एक ग्रहणाधिकार के लिए आवेदन किया जा सकता है, अलग-अलग बीमा कम्पनियों के लिए अलग-अलग होती है। सामान्यतः कोई कम्पनी ग्रहणाधिकार लगाती है, यदि आवेदक अतिरिक्त जोखिम प्रदर्शित करता है क्योंकि उसकी भौतिक लक्षण बीमा कम्पनी द्वारा निर्धारित मानक के अनुरूप नहीं होती है।

निम्नलिखित प्रकरण अध्ययन आपको ग्रहणाधिकार के सिद्धान्त की व्याख्या करने में मदद करेगा।



प्रकरण अध्ययन

मुकेश गुप्ता की आयु 31 वर्ष है तथा वह IGP बीमा कम्पनी से एक जीवन बीमा योजना लेना चाहता है। कम्पनी को अपनी प्रारम्भिक जाँच में पता चलता है कि मुकेश का वजन कम है। IGP बीमा कम्पनी मुकेश को उच्च जोखिम श्रेणी में वर्गीकृत करती है। कम्पनी मुकेश को, उसके उच्च जोखिम प्रोफाइल के अनुसार बीमा देने पर सहमति देती है यदि वह एक उच्च प्रीमियम का भुगतान करे।

इस के स्थान पर मुकेश एक ग्रहणाधिकार लागू करने के लिए कहता है और इसलिए IGP जीवन बीमा कम्पनी तीन वर्षों के लिए एक घटता हुआ ग्रहणाधिकार लागू करती है।

विश्लेषण

प्रथम वर्ष:— यदि मुकेश की मृत्यु बीमा लेने के प्रथम वर्ष में हो जाती है, तब बीमा कम्पनी द्वारा बीमा राशि का केवल 85% भुगतान किया जायेगा।

द्वितीय वर्ष:— यदि मुकेश की मृत्यु बीमा लेने के द्वितीय वर्ष में हो जाती है, तब बीमा कम्पनी द्वारा बीमा राशि का केवल 90% भुगतान किया जायेगा।

तृतीय वर्ष:— यदि मुकेश की मृत्यु बीमा लेने के तृतीय वर्ष में हो जाती है, तब बीमा कम्पनी द्वारा बीमा राशि का केवल 95% भुगतान किया जायेगा।

चतुर्थ वर्ष:— कोई ग्रहणाधिकार लागू नहीं होगा। यदि अब मुकेश की मृत्यु हो जाती है तो बीमा कम्पनी को पूरा बीमा धन भुगतान करना होगा।

G मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना

मूल्य निर्धारण से अभिप्राय प्रीमियम की गणना से है जिसको बीमा पॉलिसी के लिए लिया जायेगा।

बीमा पॉलिसी का मूल्य निर्धारण बीमा कम्पनी के लिए एक महत्वपूर्ण निर्णय होता है तथा उसे इस सम्बन्ध में कई मुख्य उद्देश्यों को ध्यान में रखना होगा।

प्रीमियम तय करते समय विचार करते हैं कि वह दावों का खर्चा तथा इच्छित स्तर पर लाभ प्रदान करने में पर्याप्त हो; इसके साथ ही कम्पनी को यह भी सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि प्रीमियम **प्रतिस्पर्धी** हो ताकि उसको अन्य बीमा कम्पनियों से व्यवसाय की हानि नहीं हो।

यह भी ध्यान रखा जायेगा कि लिये जाने वाले प्रीमियम की गणना करने की **प्रक्रिया** सरल, आसानी से समझने योग्य हो तथा बार—बार परिवर्तन करने की आवश्यकता नहीं पड़े।

जीवन बीमा के लिए लिया जा रहा प्रीमियम मृत्यु सारणियों में प्रदर्शित मृत्यु दर पर आधारित होता है (आपको याद होगा कि हमने इसे अध्याय 2 भाग B2 में इनका परिचय करवाया था), तथा हम इस अध्याय में बाद में देखेंगे कि बीमाकर्ता किस प्रकार इन सारणियों तथा दरों का उपयोग करता है तथा किस प्रकार वास्तव में लिये जा रहे प्रीमियम की गणना की जाती है। तथापि, सर्वप्रथम हम चर्चा करेंगे कि बीमा कम्पनियाँ किस प्रकार निर्णय लेती हैं कि उनकी पॉलिसियों का मूल्य क्या होगा।

G1 मूल्य निर्धारण के तत्व

कम्पनी के मुख्य उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए, कई अन्य कारक बीमा कम्पनी द्वारा कवर के लिए लिये जाने वाले मूल्य को प्रभावित करते हैं। ये मूल्य निर्धारक तत्व होते हैं तथा हम अब इन पर संक्षिप्त नजर डालेंगे। बाद में हम देखेंगे कि ये किस प्रकार प्रीमियम की गणना से सम्बन्धित होते हैं।

मृत्यु दरें (मॉर्टैलिटी)

हमने पूर्व में ही उल्लेख किया था कि बीमाकर्ता मृत्यु सारणियों का उपयोग प्रीमियम की गणना में करते हैं। इन सारणियों में मृत्यु दरें शामिल होती हैं, जिसे सरल शब्दों में ऐसी सम्भावना के रूप में परिभाषित किया जा सकता है कि एक निश्चित विशाल संख्या में व्यक्तियों के समूह में से कितने व्यक्तियों की मृत्यु अपने अगले जन्मदिन से पूर्व हो जायेगी। हम भाग G2A में देखेंगे कि मृत्यु सारणियों एवं दरों का उपयोग प्रीमियम की गणना में किस तरह किया जाता है।

लोडिंग

सभी कम्पनियों को व्यवसाय करने में खर्चे होते हैं तथा बीमा कम्पनियाँ भी इससे अलग नहीं है। प्रीमियम एक बीमा कम्पनी की आय का मुख्य स्रोत होता है तथा प्रीमियम द्वारा इन खर्चों की लागत को पूरा किया जाना आवश्यक होता है। इन खर्चों को प्रीमियम के साथ जोड़ना लोडिंग कहलाता है।

प्रीमियम के निवेश से आय

बीमा कम्पनियों द्वारा परम्परागत योजनाओं से एकत्रित किये गये प्रीमियम को **बीमा अधिनियम 1938** में दिये गये अनुदेशों के अनुसार निवेश किया जाता है। इनके निवेश से अर्जित लाभ बीमा कम्पनी के खर्चों की पूर्ति में मदद कर सकता है तथा इसलिए मूल्य निर्धारण करते समय ध्यान में रखा जा सकता है।

लाभ सुनिश्चितता

मूल्य निर्धारण कम्पनी द्वारा सुनिश्चित लाभों के वादों पर निर्भर करेगा। बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित किये जाने वाले बड़े लाभ के लिए, उनकी उच्च लागत की पूर्ति के लिए आवश्यक प्रीमियम उच्च होगा।

लाभ सहित पॉलिसीधारकों को बोनस में भागीदारी का लाभ लेने के लिए थोड़ा सा उच्चतर प्रीमियम का भुगतान करना होता है तथा सामान्यतः बोनस घोषणाओं द्वारा अच्छा प्रतिफल दिया जाता है।

प्रीमियम भुगतान की विभिन्न योजनाएँ

पॉलिसीधारक कई तरह से प्रीमियम का भुगतान कर सकता है :

एकल (सिंगल) प्रीमियम योजना	<ul style="list-style-type: none"> इस योजना में, पॉलिसीधारक को पॉलिसी के प्रारम्भ में एकल (एकमुश्त) भुगतान करना होता है। प्रीमियम राशि पूर्ण अवधि के दौरान आने वाले प्रशासनिक और अतिरिक्त खर्चों के लिए प्रयाप्त होनी चाहिए।
संतुलित (लेवल) प्रीमियम योजना	<ul style="list-style-type: none"> इस प्रकार की योजना में, पॉलिसीधारक पॉलिसी की पूर्ण अवधि में लिए एक समान (एक स्तरीय) प्रीमियम राशि का भुगतान करता है। इस प्रकार की पॉलिसी का मूल्य निर्धारण करते समय बीमा कम्पनी को धन के सामयिक मूल्य की आवश्यकता होगी, दूसरे शब्दों में, यह भावी दावों, भावी प्रशासन तथा मुद्रास्फीति के प्रभावों के अनुरूप पर्याप्त होना चाहिए। सामान्यतः जीवन बीमा पॉलिसियाँ एक संतुलित प्रीमियम आधार होता है तथा हम भाग G2B में संतुलित प्रीमियम की गणना किस प्रकार की जाती है, के बारे में विस्तार से अध्ययन करेंगे।
परिवर्तनशील/लचीली (फ्लेक्सिबल) प्रीमियम योजना	<ul style="list-style-type: none"> बीमा कम्पनी पॉलिसीधारकों को परिवर्तनशील प्रीमियम योजना का भी चयन करने की अनुमति देती है, जहाँ पॉलिसीधारक अपनी सुविधानुसार प्रीमियम राशि भुगतान कर सकता है। वे चयन कर सकते हैं कि या तो पूरी अवधि तक प्रीमियम को समान रखना चाहते हैं या फिर भुगतान

	किये जाने वाले प्रीमियम की राशि में अपनी सामर्थ्य के अनुसार परिवर्तन करना चाहते हैं। प्रीमियम राशि सामान्यतः 5% वार्षिक वृष्टि के आधार पर बढ़ सकती है, लेकिन परिवर्तनशीलता के लिए वास्तविक शर्तें एवं निर्बन्धन बीमा कम्पनी निर्धारित करती हैं।
--	---

ये सभी उस प्रीमियम को प्रभावित करेंगे जो कि पॉलिसीधारक से अन्ततः लिया जाता है।



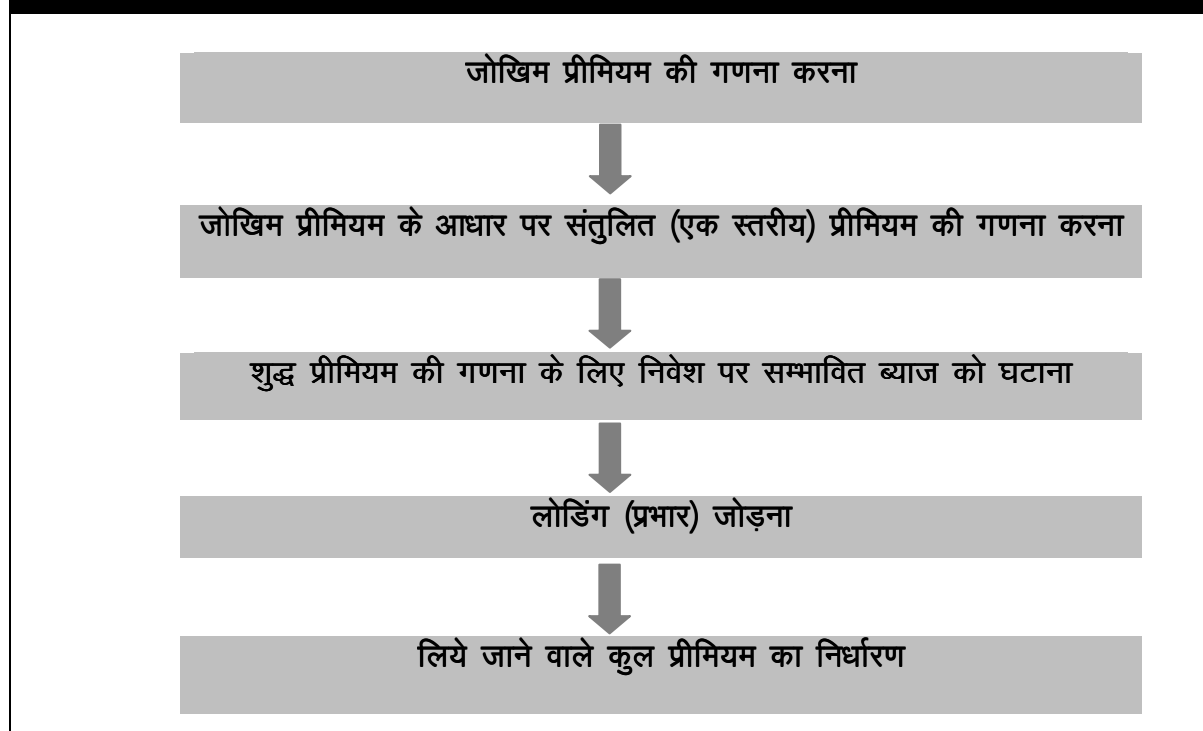
प्रश्न 4.3

बीमा में ग्रहणाधिकार क्या है?

G2 प्रीमियमों की गणना करना

प्रीमियम की गणना करने की प्रक्रिया निम्नानुसार है :-

चित्र 4.3



G2A जोखिम प्रीमियम की गणना

बीमा कम्पनी द्वारा एकत्रित जीवन बीमा प्रीमियम एक ही पूल में डाला जाता है, जिसे सामान्य निधि या जीवन निधि कहा जाता है। कम्पनी द्वारा सभी भावी दावों का निपटान इस सामान्य निधि का उपयोग करके किया जाता है। अतः बीमा कम्पनी को यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता होती है कि इन दावों की पूर्ति के लिए सामान्य निधि पर्याप्त होनी चाहिए।

सामान्य निधि के लिए सही राशि का निर्धारण एक कठिन कार्य होता है, क्योंकि कोई भी भविष्य का सही पूर्वानुमान नहीं कर सकता है। तथापि जैसा कि हमने देखा है कि गत वर्षों की मृत्यु दरों पर सांख्यिकी का उपयोग करके बीमा कम्पनियाँ व्यक्ति की उसके अगले जन्म दिन से पूर्व मृत्यु होने की संभाव्यता का अनुमान कर सकती हैं। यह संभाव्यता मृत्यु दर के नाम से जानी जाती है जो जोखिम प्रीमियम की गणना के लिए उपयोग की जाती है।



ध्यान रहे!

प्रत्येक उम्र के लिए मृत्यु सारणी उस उम्र पर जीवित लोगों की संख्या तथा उस उम्र पर मरने वाले लोगों की संख्या को दर्शाती है। यह गत 100 या अधिक वर्षों से एकत्रित मृत्यु के आंकड़ों पर आधारित होता है।

अलग-अलग बीमा कम्पनियों की मृत्यु सारणियाँ अलग-अलग होती हैं।

एक निश्चित संख्या में व्यक्तियों की मृत्यु उनकी अगली वर्षगांठ से पूर्व हो जायेगी यह संभाव्यता मृत्यु दर सारणी से जानी जा सकती है।

मृत्यु सारणियाँ गणितज्ञों द्वारा तैयार की जाती हैं जिन्हें बीमांकक कहते हैं जो मृत्यु दरों के आधार पर प्रभारित किये जाने वाले प्रीमियम को निर्धारित करते हैं।

सम्बन्धित बीमा कम्पनी की मृत्यु सारणी से मृत्यु दरों का उपयोग करके जोखिम प्रीमियम की गणना की जाती है। इसका फार्मूला है :-

चित्र 4.4

$$\text{जोखिम प्रीमियम} = \text{मृत्यु दर} \times \text{बीमा राशि}$$

जोखिम प्रीमियम ऐसा प्रीमियम होता है जो उन दावों की पूर्ति के लिए प्रभारित किया जाता है जो वर्ष के दौरान उत्पन्न होते हैं।

यह किस प्रकार कार्य करता है, देखने के लिए एक प्रकरण-अध्ययन पर नजर डालें।



प्रकरण-अध्ययन

एक बीमा अभिकर्ता, अजय गुप्ता, तीन जीवन बीमा पॉलिसियाँ बेचता है।

पहली बीमा पॉलिसी एक 25 वर्षीय अविवाहित व्यक्ति को बेचता है जो इंजीनियरिंग डिग्री के पश्चात एक प्रतिष्ठित IT फर्म के लिए कार्य शुरू करता है। उसने रु. 5,00,000 बीमा धन का बीमा लिया है।

दूसरी बीमा पॉलिसी एक 36 वर्षीय व्यक्ति को बेचता है। वह विवाहित है तथा उसके दो बच्चे हैं। उसे रु. 8,00,000 के लिए बीमित किया जाता है।

तीसरी बीमा पॉलिसी एक 48 वर्षीय ऐसे व्यवसायी को बेचता है जो रु. 40,00,000 का प्रयाप्त जीवन बीमा करवाता है।

अभिकर्ता अजय गुप्ता तीनों ग्राहकों के लिए प्रीमियम की गणना करता है। चलो देखते हैं कि वह ऐसा किस प्रकार करता है :-

ग्राहक 1 : आयु 25 वर्ष बीमा धन = रु. 5,00,000 मृत्यु दर = 0.0001
जोखिम प्रीमियम = रु. 50

ग्राहक 2 : आयु 36 वर्ष बीमा धन = रु. 8,00,000 मृत्यु दर = 0.00081
जोखिम प्रीमियम = रु. 648

ग्राहक 3 : आयु 48 वर्ष बीमा धन = रु. 40,00,000 मृत्यु दर = 0.00091
जोखिम प्रीमियम = रु. 3640

हम देख सकते हैं कि लिया गया प्रीमियम मृत्यु दर तथा बीमा धन के आधार पर अलग-अलग होता है। बीमा धन बढ़ा होता है, तो प्रीमियम उच्चतर होता है। हम यह भी देख सकते हैं कि मृत्यु दर बीमित व्यक्ति की आयु के साथ बढ़ती है।

G2B जोखिम प्रीमियम के आधार पर संतुलित प्रीमियम की गणना

हमने अभी देखा है कि अनेक जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए बीमा कम्पनी सम्पूर्ण पॉलिसी अवधि के लिए प्रीमियम की एक समान राशि लेती है जिसे बदला नहीं जा सकता है। अतः प्रीमियम निर्धारण में बीमा कम्पनी द्वारा किये जाने वाले भावी खर्चों तथा भुगतान किये जाने वाले दावों पर ध्यान देने की आवश्यकता होगी। इसमें मुद्रास्फीति के प्रभाव पर भी ध्यान देने की आवश्यकता होगी, जिसका अर्थ है कि समय के साथ धन का मूल्य घटता है, अतः पॉलिसी धारक द्वारा भुगतान किया हुआ प्रीमियम बाद के वर्षों में पूर्व के समान मूल्य नहीं रखता है। अर्थात् पॉलिसी के बाद के वर्षों के लिए मुद्रास्फीति के कारण अतिरिक्त लागत को बीमा कम्पनी वहन करेगी। परिणामस्वरूप प्रारम्भिक स्तर पर निर्धारित पर्याप्त लगाने वाले प्रीमियम को उच्चतर स्तर पर लाने की आवश्यकता होगी। प्रारम्भिक वर्षों में एकत्रित उच्चतर प्रीमियम बीमा कम्पनी द्वारा भविष्य के दावों तथा खर्चों की लागत पूरा करने के लिए संचित (रिजर्व) रखा जाता है।

चलो एक उदाहरण की सहायता से संतुलित प्रीमियम की मूल अवधारणा को देखते हैं :

(कृपया नोट करें : यह केवल एक नमूना परिदृश्य है)

सारणी 4.1

	दावा भुगतान	खर्च	प्रीमियम का पृथक्करण (सेग्रिगेशन)
वर्ष 1	केवल न्यूनतम दावा राशि का भुगतान किया जायेगा।	प्रशासनिक खर्च उच्च होंगे।	प्राप्त प्रीमियम में से कुछ राशि भविष्य के लिए संचित की जायेगी। शेष दावा भुगतान तथा खर्चों के लिए उपयोग की जायेगी।
वर्ष 2	भुगतान की गई राशि पहले वर्ष से उच्चतर होगी	प्रशासनिक खर्च उच्च परन्तु वर्ष 1 से कम होंगे।	संचित निधि बढ़ेगी परन्तु जमा राशि वर्ष 1 की तुलना में कम होगी।
—			सांचित निधि बढ़ेगी
—			सांचित निधि बढ़ेगी
—			सांचित निधि बढ़ेगी
वर्ष 10	भुगतान की गई राशि उच्च होगी।	प्रशासनिक खर्च कम होंगे।	इस वर्ष में एकत्रित सम्पूर्ण प्रीमियम का उपयोग दावों तथा खर्चों के भुगतान के लिए किया जाता है। इस वर्ष में एकत्रित प्रीमियम से कोई राशि संचित निधि में स्थानान्तरित नहीं की जाती है।
वर्ष 15	भुगतान की गई राशि उच्च होगी।	प्रशासनिक खर्च अब और कम होंगे।	इस वर्ष में एकत्रित प्रीमियम दावों तथा खर्चों की पूर्ति के लिए पर्याप्त नहीं होता है। अतः कमी को पूरा करने के लिए संचित निधि से राशि ली जाती है।
—			संचित निधि घटेगी।
—			संचित निधि घटेगी।
वर्ष 20	बीमित मर जाता है	दावों की प्रक्रिया के लिए तथा अन्य प्रशासनिक खर्च होते हैं।	प्रीमियम निधि तथा संचित निधि दावा भुगतान हेतु पर्याप्त होनी चाहिए।

याद रखें, यह सारणी संतुलित प्रीमियम की अवधारणा को एक सरल रूप में समझाने के लिए उपलब्ध कराई गई है। वास्तविक व्यवहार में, प्रीमियम की गणना एक अधिक जटिल प्रक्रिया है। उपरोक्त सारणी में केवल एक जीवन बीमा पॉलिसी की गणना है, लेकिन बीमा कम्पनियाँ प्रीमियम की गणना पॉलिसियों के एक समूह के लिए करती हैं। दावों का भुगतान सामान्य निधि से किया जाता है तथा संचित निधि पॉलिसियों के समूह के लिए रखी जाती है।

अतः एक समान आयु समूहों, सम्बद्ध जोखिम स्तर, जी गयी पॉलिसी के प्रकार तथा पॉलिसी अवधि इत्यादि के आधार पर एक समान पॉलिसियों के समूह के लिए पृथक् रखे जाने वाले आरक्षण/संचय निधि की सकल राशि का निर्धारण पॉलिसियों की संख्या से भाग देकर किया जाता है।

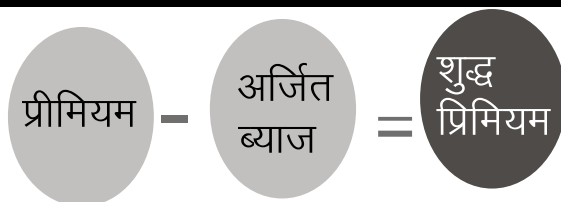
एक आदर्श परिदृश्य में प्रारम्भिक वर्षों में संचित निधि बढ़ेगी, कुछ बाद के वर्षों में न कम न अधिक (सन्तुलन) बना रहेगा तथा बाद के वर्षों में तब तक घटेगा जब तक अन्ततः वह शून्य नहीं हो जाता है। चूंकि नये प्रस्तावक आते रहते हैं अतः प्रीमियम एवं दावों का निधि में आना जाना लगा रहता है।

G2C शुद्ध प्रीमियम की गणना

बीमा कम्पनी द्वारा परम्परागत योजनाओं के लिए एकत्रित प्रीमियम राशि को **बीमा अधिनियम 1938** में उल्लिखित प्रावधानों के अनुसार प्रतिभूतियों (सिक्युरिटीज) में निवेश किया जाता है। बीमा कम्पनियाँ इन निवेशों से ब्याज के रूप में आय अर्जित करती हैं।

इस अर्जित ब्याज को प्रीमियम गणना में भी ध्यान में रखा जाता है। बीमांकक निवेश से अपेक्षित राशि का अनुमान लगाता है। इस उपार्जित ब्याज के अनुमान के आधार पर लिये जाने वाले प्रीमियम घट भी सकता है।

चित्र 4.5



अर्जित ब्याज के आधार पर प्रीमियम में समायोजन करते समय निम्नलिखित महत्वपूर्ण बिन्दुओं/तथ्यों पर ध्यान दिया जाता है :-

- प्रीमियम निवेशित रखा जाता है, जब तक कि दावों के भुगतान हेतु इसकी आवश्यकता नहीं होती है;
- संतुलित प्रीमियम के लिये संरक्षित (रिजर्व) निधि का भी निवेश किया जाता है; तथा
- अर्जित होने वाला अपेक्षित ब्याज पॉलिसी की अवधि पर निर्भर करता है।



ध्यान रहें!

बीमांकक निवेश पर अपेक्षित ब्याज दर की गणना करते समय रुढ़िवादी दृष्टिकोण का अनुसरण करते हैं अपेक्षित ब्याज प्रीमियम में समायोजित की जाती है।

G2D लोडिंग जोड़ना/करना

कुल प्रीमियम (पॉलिसीधारक द्वारा भुगतान किये जाने वाले वास्तविक प्रीमियम) की गणना करने के लिए शुद्ध प्रीमियम पर कुछ अन्य समायोजन किया जाता है। यह समायोजन बीमा कम्पनी के खर्चों तथा लाभ को शामिल करना होता है। यह प्रक्रिया लोडिंग कहलाती है। लोडिंग में निम्नलिखित मदें जोड़ी जाती हैं:-

- प्रशासनिक व्यय जैसे भवन के रखरखाव तथा कर्मचारियों के वेतन आदि पर होने वाला व्यय;
- मेडिकल जोखिमांकन के संबंध में होने वाला मेडिकल पर व्यय;

- प्रक्रिया शुल्क;
- पॉलिसियों के नवीनीकरण के संबंध में होने वाला व्यय;
- दावा निपटान सम्बन्धी खर्च,
- लाभ सीमा; तथा
- लाभ सहित पॉलिसियों में बोनस लोडिंग।



ध्यान रहें!

अधिकतर खर्च पॉलिसी के प्रारम्भ के समय होते हैं। प्रीमियम का निर्धारण करते समय इन खर्चों को पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि में फैला दिया जाता है।

G2E लिये जाने वाले कुल प्रीमियम का निर्धारण

पॉलिसी का प्रकार—चाहे वह एक एकल प्रीमियम योजना, संतुलित प्रीमियम योजना, परिवर्तनशील प्रीमियम योजना या वार्षिक नवीनीकरण योजना हो—लिये जाने वाले कुल प्रीमियम को प्रभावित करेगा। उदाहरण के लिए एकल प्रीमियम योजना के लिए प्रीमियम की गणना करते समय बीमा कम्पनी को यह निर्धारित करने की आवश्यकता होगी कि कितने लोगों द्वारा इस योजना को लिए जाने की सम्भावना है तथा पॉलिसी अवधि के दौरान कितने मृत्यु दावों के भुगतान किये जाने की सम्भावना हो सकती है।

इसी प्रकार, प्रीमियम का भुगतान चाहे वार्षिक, अर्द्धवार्षिक, त्रैमासिक या मासिक हो, इसे भी ध्यान में रखने की आवश्यकता होगी। अधिकतर बीमा कम्पनियाँ प्रीमियम की गणना वार्षिक भुगतान आधार पर करती हैं तथा बाद में मासिक भुगतान के लिए समुचित समायोजन करती हैं। यदि प्रीमियम का भुगतान वार्षिक रूप से नहीं किया जाता है तो बीमा कम्पनियाँ सामान्यतः एक “आवृत्ति/बारंबारता लोडिंग” लेती हैं।



उदाहरण

चलो कल्पना करते हैं कि एक बीमा कम्पनी मासिक प्रीमियम योजना के लिए 5% आवृत्ति लोडिंग लेती है। वार्षिक कुल प्रीमियम की गणना रु. 25,000 की जाती है। अतः पॉलिसीधारकों द्वारा भुगतान किया जाने वाला मासिक कुल प्रीमियम होगा:

$$25,000/12 \times 1.05 = \text{रु. } 2,187.50$$



ध्यान रहें!

इसके विपरीत कुछ बीमा कम्पनियाँ सकल प्रीमियम की गणना करती हैं। अर्थात् पहले वे मासिक प्रीमियम की गणना करती हैं फिर वार्षिक प्रीमियम की गणना करती हैं। वार्षिक प्रीमियम के लिए कुछ छूट की अनुमति दी जाती है। छूट देने का कारण यह होता है कि प्रीमियम भुगतान की आवृत्ति जितनी अधिक होती है, बीमा कम्पनी के लिए प्रशासनिक लागतें उतनी ही अधिक होती हैं। अतः बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित छूट पॉलिसीधारकों को वार्षिक प्रीमियम भुगतान योजना के चयन हेतु प्रोत्साहित करती है।



प्रश्न 4.4

निम्नलिखित शब्दावली की संक्षिप्त परिभाषा लिखिए।

- लोडिंग
- आवृत्ति लोडिंग

H बोनस की गणना करना

सहभागिता बीमा पॉलिसियों (लाभ सहित पॉलिसियाँ) खरीदने वाले पॉलिसीधारक बीमा कम्पनी के लाभ में हिस्सा पाने हेतु अधिकृत होते हैं। पॉलिसीधारकों को यह लाभ बोनस के रूप में वितरित किया जाता है। बीमा कम्पनियों द्वारा दिये गये बोनस के चार प्रकार हैं :-

- सरल प्रत्यावर्तित (रिवशनरी) बोनस
- मिश्रित प्रत्यावर्तित बोनस
- अन्तिम बोनस (टर्मिनल), तथा
- अन्तरिम (इन्टरिम) बोनस

H1 सरल प्रत्यावर्तित बोनस

बीमा कम्पनी इस बोनस की घोषणा करती है तथा घोषित बोनस को बीमा धन में जोड़ती है। दावे के समय या पॉलिसी की परिपक्वता या बीमा कम्पनी द्वारा निर्दिष्ट किसी अन्य समय पर इसका भुगतान किया जाता है।

उदाहरण

यदि बीमा कम्पनी प्रति रु. 1000 बीमा धन पर 5% बोनस की घोषणा करती है तब बोनस रु. 50 होगा। यदि स्मिता पाटिल रु. 1,00,000 बीमा धन की एक पॉलिसी खरीदती है तब उनका बोनस में हिस्सा रु. 5000 होगा। यह घोषित राशि, मिश्रित बोनस व्यवस्था, जिसमें घोषित बोनस अगले वर्ष की बोनस घोषणा में सम्मिलित की जाती है के विपरीत भुगतान करने के समय तक समान रहेगी।



H2 मिश्रित प्रत्यावर्तित बोनस

इस व्यवस्था में बीमा कम्पनी वार्षिक बोनस की गणना चक्रवृद्धि ब्याज के आधार पर करती है उदाहरणार्थ: बोनस बीमा धन में शामिल किया जाता है तथा अगले वर्ष की बोनस की गणना इस बढी राशि पर की जाती है।



प्रकरण—अध्ययन

राहुल खन्ना के पास दो सहभागिता पॉलिसियाँ प्रत्येक रु. 5,00,000 की हैं। कल्पना करें कि प्रथम पॉलिसी पर वह सरल प्रत्यावर्तित तरिके के अन्तर्गत बोनस प्राप्त करता है तथा द्वितीय पॉलिसी पर वह मिश्रित प्रत्यावर्तित व्यवस्था के अन्तर्गत बोनस प्राप्त करता है।

बीमा कम्पनी बीमा धन का 5% बोनस घोषित करती है। राहुल का रु. 5,00,000 का बीमा धन है अतः बोनस रु. 25,000 होगा। अतः राहुल को भुगतान योग्य परिपक्वता राशि में निम्नानुसार वृद्धि होगी :

- सरल प्रत्यावर्तित आधार पर बीमा धन $5,00,000 + 25,000 = \text{रु. } 5,25,000$
- चक्रवृद्धि प्रत्यावर्तित आधार पर बीमा धन $5,00,000 + 25,000 = \text{रु. } 5,25,000$

अगले वर्ष बीमा कम्पनी बीमा धन का 3% बोनस घोषित करती है। अतः इस वर्ष राहुल की भुगतान योग्य परिपक्वता राशि में निम्नानुसार वृद्धि होगी :

- सरल प्रत्यावर्तित बोनस के लिए बीमा धन $= 5,25,000 + 15,000 = \text{रु. } 5,40,000$
(रु. 5,00,000 का 3% रु. 15,000 होता है)
- चक्रवृद्धि प्रत्यावर्तित बोनस के लिए बीमा धन $= 5,25,000 + 15,750 = \text{रु. } 5,40,750$
(रु. 5,25,000 का 3% रु. 15,750 होता है)

नोट : उपरोक्त मामले में सरल प्रत्यावर्तित विधि में बोनस की गणना सदैव रु. 5,00,000 राशि पर की जायेगी।

चक्रवृद्धि प्रत्यावर्तित बोनस के मामले में, पहले वर्ष में बोनस की गणना रु. 5,00,000 राशि पर की जायेगी तथा यह राशि रु. 5,00,000 में जोड़ी जायेगी। दूसरे वर्ष से बोनस की गणना क्रमानुसार बढी हुई राशि पर की जायेगी तथा यह उस राशि में जोड़ी जायेगी जिस पर गणना की गई।

H3 अन्तिम बोनस (टर्मिनल बोनस)

यह बोनस बीमित की पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि अर्थात् दीर्घावधि तक कम्पनी के साथ जुड़े रहने के फलस्वरूप प्रोत्साहन के रूप में दी जाती है। दीर्घावधि पॉलिसियों जैसे 20, 25 या 30 वर्षों के लिए बीमा कम्पनी परिपक्वता पर बीमा धन तथा नियमित बोनस जो प्रत्येक वर्ष घोषित किया जाता है के साथ एक अन्तिम बोनस दे सकती है। कुछ कम्पनियाँ अन्तिम बोनस की घोषणा प्रति वर्ष करती हैं लेकिन यह इकट्ठा होता है तथा पॉलिसी की परिपक्वता पर भुगतान योग्य होता है। यह बोनस “सततता (पर्सिस्टन्स) बोनस” भी कहलाता है।

H4 अन्तरिम बोनस

विधिक प्रावधानों के अनुसार बीमा कम्पनियों को प्रति वर्ष मूल्यांकन (वैल्यूएशन) कराना होता है। पॉलिसियाँ जिन पर मृत्यु दावा आते हैं या जो दो मूल्यांकन तिथियों के मध्य परिपक्व होती हैं भी अधिशेष में योगदान देती हैं, यद्यपि इन पॉलिसियों के अन्तर्गत दावा भुगतान हो जाने के बाद मूल्यांकन की घोषणा की जाती है। क्योंकि ये पॉलिसियाँ मूल्यांकन तिथि पर बीमा कम्पनी की पुस्तकों से बाहर आ जाती हैं, वे मूल्यांकन प्रक्रिया में भाग नहीं लेगी। तथापि बीमा कम्पनियाँ गत मूल्यांकन पर दर्शायी दरों पर ऐसी पॉलिसियों को एक अन्तरिम बोनस का भुगतान करती हैं। भारत में **बीमा अधिनियम 1938** की धारा 112 के अन्तर्गत अन्तरिम बोनस का भुगतान अनिवार्य किया गया है।



संस्तुत गतिविधि

किसी जीवन बीमा कम्पनी की वेबसाइट को देखें। कम्पनी द्वारा गत पाँच वर्षों के लिए घोषित बोनस का अध्ययन करें। कम्पनी द्वारा सहभागिता पॉलिसीधारकों को किस प्रकार बोनस वितरित किया जाता है?

I जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका

अभिकर्ता प्रस्तावक के सीधे सम्पर्क में होते हैं इसलिए जोखिमांकन प्रक्रिया में एक महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं तथा वे “प्राथमिक जोखिमांकनकर्ता (प्राइमरी अंडरराइटर)” के रूप में माने जाते हैं।

- अभिकर्ता को सुनिश्चित करना चाहिए कि जमा करवाया गया प्रस्ताव फार्म प्रस्तावक द्वारा पूर्णतः भर दिया गया है। उनको यह भी सुनिश्चित करना चाहिए कि प्रश्नों का उत्तर प्रस्तावक द्वारा ईमानदारी से दिया गया है क्योंकि प्रस्ताव फार्म के आधार पर ही प्रस्ताव को स्वीकृत या अस्वीकृत किया जाता है।
- यदि अभिकर्ता फार्म को पूर्ण करने में मदद करते हैं, तो उन्हें ईमानदारी एवं यथार्थता से इसे भरवाना चाहिए। किसी भी मामले में दिये गये उत्तर पूर्वाग्रह से ग्रसित नहीं होने चाहिए। प्रस्तावक के उत्तरों को जितना संभव हो उतनी विषयपरकता से रिकार्ड करना चाहिए तथा गलत या अपूर्ण सूचना के किसी भी तत्व से बचने की आवश्यकता होती है।
- प्रस्तावक से सीधे सम्पर्क में होने के कारण अभिकर्ता यह आंकलित करने की अच्छी स्थिति में होता है कि प्रस्तावक बीमा क्यों लेना चाहता है। यदि वह महसूस करता है कि प्रस्तावक का उद्देश्य उचित नहीं है, तो उसे अपनी रिपोर्ट में इसका उल्लेख करना चाहिए। जैसे ही अभिकर्ता प्रस्तावक तथा उसके परिवार के साथ निजी परिचर्चा करता है अभिकर्ता को उनके द्वारा दिये गये जवाबों का मूल्यांकन करना आवश्यकता होता है। यदि प्रस्तावक ऐसी सूचनाएँ देता है जो विरोधाभासी लगती हो, तो उसे उनसे इस बारे में और प्रश्न करना आवश्यक होता है।
- अभिकर्ता प्रस्तावक की उस जीवन बीमा राशि के निर्धारण के लिए उनके मानव जीवन मूल्य (HLV) की गणना में मदद कर सकता है जिसे उसे लेना चाहिए। HLV की गणना के अनुसार जीवन बीमा लेना परिवार को आय की सुरक्षा प्रदान करता है तथा कमाने वाले की असमय मृत्यु होने पर परिवार को वित्तीय दायित्वों की पूर्ति में भी मदद करता है।

- अभिकर्ता आवश्यक दस्तावेज तथा प्रस्ताव फार्म समय से जमा कराकर जोखिमांकन प्रक्रिया को गति दे सकता है। यदि किसी अतिरिक्त मेडिकल जाँच की आवश्यकता हो, तो अभिकर्ता को डॉक्टर से मिलने हेतु समय निर्धारित करने में प्रस्तावक की सहायता करनी चाहिए तथा जल्द से जल्द डॉक्टर की रिपोर्ट को भिजवाना सुनिश्चित करना चाहिए।
- यदि बीमा प्रस्ताव स्वीकृत किया जाता है, तो पॉलिसी बीमित को सीधे ही भेजी जा सकती है या सुपुर्दगी हेतु अभिकर्ता को दी जा सकती है। यदि प्रस्ताव अस्वीकृत किया जाता है तो अभिकर्ता को अब भी भूमिका अदा करनी पड़ सकती है। यद्यपि बीमा कम्पनी प्रस्तावक को यह स्पष्ट करते हुए एक पत्र भेजेगी कि उसका प्रस्ताव क्यों अस्वीकृत किया गया है, अभिकर्ता प्रस्तावक से व्यक्तिगत रूप से सम्पर्क कर अस्वीकृति के कारणों की व्याख्या कर सकता है।



प्रश्न 4.5

अभिकर्ता की भूमिका क्या होती है जब जोखिमांकनकर्ता प्रस्ताव को अस्वीकृत करता है?

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया

- प्रस्तावों के आंकलन तथा यह निर्णय करने की प्रक्रिया को जोखिमांकन नाम दिया गया है कि जोखिम स्वीकृत किया जाये या नहीं? और यदि 'हां' तो किन शर्तों पर।
- प्रत्येक कम्पनी जोखिम के चयन के लिए अपने मानदण्ड एवं दिशानिर्देश विकसित करती है।
- बीमा जोखिमांकन प्रक्रिया में निम्नलिखित चरण सम्मिलित हैं: सूचनाओं को एकत्रित करना, जोखिम का विश्लेषण, संभावित हानि का आंकलन करना, हानि की संभाव्यता का निर्धारण करना, प्रस्ताव पत्र को स्वीकार या अस्वीकार करना, स्वीकार किये गये बीमों का दर निर्धारण एवं उन्हें जोखिम समूह में वर्गीकृत करना तथा पॉलिसी जारी करना।

टावश्यक सूचना प्राप्त करना

- जोखिमांकक प्रस्तावक के बारे में सूचनाएँ विभिन्न स्रोतों से एकत्र कर सकता है जैसे प्रस्ताव फार्म, मेडिकल जाँच रिपोर्ट, अभिकर्ता की गोपनीय रिपोर्ट, अतिरिक्त सूचना तथा कर प्राधिकारियों से एक रिपोर्ट।

नैतिक तथा भौतिक खतरे

- भौतिक खतरों से तात्पर्य बीमित जीवन से सम्बद्ध जोखिम के भौतिक प्रकृति (लक्षणों) से है उदाहरणार्थ: आयु, व्यवसाय, लिंग, निवास स्थान, आदतें, भौतिक लक्षण, स्वास्थ्य की स्थिति, शारीरिक विकलांगता, परिवार का मेडिकल इतिहास, व्यक्तिगत इतिहास आदि।
- नैतिक खतरों से तात्पर्य प्रस्तावक के दृष्टिकोण, सोच या उद्देश्य से है।

वित्तीय, मेडिकल तथा गैर मेडिकल जोखिमांकन

- वित्तीय जोखिमांकन समान्यतः जीवन बीमा राशि की अधिकतम सीमा, जो कोई व्यक्ति ले सकता है, को निर्धारित करता है। वित्तीय जोखिमांकन का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाता है कि बीमित व्यक्ति के लिए कितनी बीमा राशि पर्याप्त होगी जो उसके बीमा हित से अधिक नहीं हो।
- मेडिकल जोखिमांकन के लिए जोखिमांकनकर्ता को प्रस्तावक के गत कुछ वर्षों के स्वास्थ्य रिकार्ड तथा एक मेडिकल जाँच की आवश्यकता होती है।
- गैर मेडिकल बीमा के लिए, प्रस्ताव फार्म अधिक विस्तृत होता है। गैर मेडिकल जोखिमांकन में बीमा अभिकर्ता या किसी उच्च पदीय अधिकारी से विशेष रिपोर्ट प्रस्तुत करने के लिए कहा जा सकता है।

मानव जीवन मूल्य (HLV)

- जीवन बीमा में एच एल वी का उपयोग मानदण्ड के रूप में यह निर्धारण करने में किया जाता है कि किसी व्यक्ति को कितना जीवन बीमा कवर प्रदान किया जा सकता है। **HLV** गणना करने में आय प्रतिस्थापन विधि के अनुसार भावी कुल आय के वर्तमान मूल्य को **HLV** के समतुल्य माना जाता है।

ग्रहणाधिकार

- जहाँ जोखिमांकनकर्ता को लगता है कि किसी व्यक्ति से सम्बद्ध जोखिम समय के साथ घट सकते हैं तो वे ऐसे प्रस्ताव को एक ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकार कर सकते हैं।
- यदि बीमित की ग्रहणाधिकार अवधि के भीतर मृत्यु हो जाती है, तब बीमा कम्पनी को पूर्ण बीमा धन का भुगतान नहीं करना होगा।

मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना
<ul style="list-style-type: none"> • मूल्य निर्धारण का तात्पर्य प्रीमियम दर की गणना करने की प्रक्रिया से है जो कि बीमा पॉलिसी पर ली जायेगी।
<ul style="list-style-type: none"> • प्रीमियम की गणना करने की प्रक्रिया निम्न प्रकार है:— <ul style="list-style-type: none"> — जोखिम प्रीमियम की गणना; — जोखिम प्रीमियम के आधार पर संतुलित प्रीमियम की गणना; — निवेशों पर अपेक्षित ब्याज को घटाना; — लोडिंग जोड़ना; तथा — लिये जाने वाले कुल प्रीमियम को ज्ञात करना।
बोनस की गणना करना
<ul style="list-style-type: none"> • सहभागिता बीमा पॉलिसियाँ (लाभ सहित पॉलिसियाँ) खरीदने वाले पॉलिसीधारक बीमा कम्पनी के लाभ में हिस्सा पाने हेतु अधिकृत होते हैं। यह लाभ पॉलिसीधारकों को बोनस के रूप में वितरित किया जाता है।
<ul style="list-style-type: none"> • बीमा कम्पनियों द्वारा दिये गये बोनस के चार प्रकार हैं:—सरल प्रत्यावर्तित बोनस; मिश्रित प्रत्यावर्तित बोनस; अन्तिम बोनस, तथा अन्तरिम बोनस।
जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका
<ul style="list-style-type: none"> • अभिकर्ता जोखिमांकन प्रक्रिया में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है क्योंकि वह प्रस्तावक के सीधे सम्पर्क में होता है। जोखिम चयन प्रक्रिया में अभिकर्ता की भूमिका भी विशेष रूप से महत्वपूर्ण है।

प्रश्न —उत्तर

4.1 जोखिमांकनकर्ता प्रस्ताव के सम्बन्ध में निम्न में से कोई भी निर्णय ले सकता है:—

- सामान्य दरों पर प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है ;
- अतिरिक्त प्रीमियम के साथ प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है ;
- एक ग्रहणाधिकार के साथ प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है ;
- संशोधित शर्तों के साथ प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है ;
- विशिष्ट/संशोधित खण्ड के साथ प्रस्ताव को स्वीकार कर सकता है ;
- एक निश्चित समय तक निर्णय स्थगित कर सकता है, या
- प्रस्ताव अस्वीकार कर सकता है

4.2 प्रस्तावक का निवास स्थान एक महत्वपूर्ण भौतिक खतरो होता है। यदि आस पड़ोस ऐसा हो जहाँ लोगों का जीवन असुरक्षित, अशान्त एवं भयग्रस्त वर्गीकृत हो, तो ये व्यक्ति के जोखिम को बढ़ाते हैं।

4.3 जहाँ जोखिमांकनकर्ता को लगता है कि किसी व्यक्ति से सम्बद्ध जोखिम समय के साथ-साथ घट सकती है तो वे ऐसे प्रस्ताव को एक ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकार कर सकते हैं। जबकि किसी समयान्तराल में जोखिम घटती पायी जाती है, कम होने की दर के अनुसार उस अवधि के लिये ग्रहणाधिकार प्रभावी किया जाता है। यदि बीमित की ग्रहणाधिकार अवधि के भीतर मृत्यु हो जाती है, तो बीमा कम्पनी को ग्रहणाधिकार के अनुसार बीमा धन के केवल एक विनिर्दिष्ट अनुपात का भुगतान करना

होगा।

4.4 जब बीमित द्वारा भुगतान किये जाने वाले कुल प्रीमियम की गणना करते समय बीमा कम्पनी लाभों तथा खर्चों को शामिल करते हुए शुद्ध प्रीमियम का समायोजन करती है तो इसे लोडिंग कहते हैं।

आवृत्ति लोडिंग वार्षिक की तुलना में अधिक आवृत्ति में प्रीमियम भुगतान के कारण बढ़ती प्रशासनिक लागतों को ध्यान में रखते हुए प्रीमियम में शामिल करना होता है।

4.5 यदि प्रस्ताव को अस्वीकृत किया जाता है तो कम्पनी प्रस्तावक को कारण बताते हुए एक पत्र भेजती है। अभिकर्ता प्रस्तावक के साथ व्यक्तिगत रूप से सम्पर्क स्थापित कर अस्वीकृति के कारणों को स्पष्ट कर सकता है।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	1. अन्तरिम बोनस क्या है?
2	“संतुलित प्रीमियम” की गणना करते समय कोई बीमा कम्पनी मुद्रास्फीति के प्रभाव को किस प्रकार हल करती है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।

स्व-परीक्षण प्रश्न



1	यदि किसी पॉलिसी के अन्तर्गत दो मूल्यांकनों के मध्य परिपक्वता या मृत्यु दावा का भुगतान करना होता है तो यह अगली मूल्यांकन प्रक्रिया में भाग नहीं लेती है, परन्तु बीमा कम्पनी को पूर्व मूल्यांकन की दरों पर अन्तरिम बोनस का भुगतान करना होगा। ऐसा अन्तरिम बोनस बीमा अधिनियम 1938 की धारा 112 के अन्तर्गत अनिवार्य किये गये हैं।
2	एक बीमा कम्पनी संतुलित प्रीमियम की गणना करते समय मुद्रास्फीति के प्रभाव का आंकलन करेगी। इसमें योजना के पहले के कुछ वर्षों में एकत्रित प्रीमियम का कुछ भाग भावी दावों और खर्चों की लागत को पूरा करने के लिए एक संचित निधि में डाला जायेगा। पॉलिसीधारक संतुलित प्रीमियम योजना के अन्तर्गत सम्पूर्ण अवधि के लिए एक समान राशि का भुगतान करता है।

अध्याय-5

मूल जीवन बीमा उत्पाद

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A सुरक्षा जरूरतें	5/2
B जीवन बीमा उत्पाद	5/7
C कराधान एवं मुद्रास्फीति	5/18
D सुरक्षा जरूरतों को प्राथमिकता क्रम निर्धारित करना	5/21
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन के उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- किसी व्यक्ति की विभिन्न सुरक्षा जरूरतों को समझने या वर्णन करने में;
- सुरक्षा जरूरतों को प्रभावित करने वाले व्यक्तिगत कारकों की व्याख्या करने में;
- एक जीवन बीमा योजना के मूल तत्वों का वर्णन करने में;
- बीमा उद्योग द्वारा प्रस्तावित मूल जीवन बीमा उत्पादों की व्याख्या करने में;
- जीवन बीमा की विभिन्न प्रकार की योजनाओं की व्याख्या करने में;
- जीवन बीमा उत्पादों के कराधान प्रावधानों का वर्णन करने में;
- जीवन बीमा उत्पादों पर मुद्रास्फीति किस प्रकार प्रभाव डालती है, का वर्णन करने में;
- ग्राहक की जरूरतों की प्राथमिकता क्रम निर्धारित करने तथा उन जरूरतों को पूरा करने के लिए उचित मूल जीवन बीमा उत्पाद प्रदान करने में

परिचय

जैसा कि हमने अध्याय 1 में देखा है कि सुरक्षा की जरूरत तब होती है जब कोई ऐसी अप्रत्याशित घटना घटित हो जाती है जो व्यक्ति तथा/या उसके आश्रितों के लिए वित्तीय संकट उत्पन्न कर सकती है। हमने यह भी देखा है कि **अप्रत्याशित घटनाओं के प्रति सुरक्षा बीमा द्वारा उपलब्ध कराई जाती है** जिसका उद्देश्य बीमित घटना के घटित होने से हुई मौद्रिक हानि की अधिकतम लौटाना है।

यदि कोई व्यक्ति जानता भी है कि कुछ प्रकार की बीमा सुरक्षा से वह लाभ प्राप्त करेगा, परन्तु उसे हमेशा इसकी सही समझ नहीं होती है कि उसकी वास्तविक व्यक्तिगत सुरक्षा जरूरतें क्या हैं।

ऐसे लोगों को सही विकल्प चुनने में मदद करना अभिकर्ता की भूमिका है।

इस अध्याय में हम बाजार में उपलब्ध विभिन्न जीवन बीमा योजनाओं की विशेषताओं एवं उपयोग के बारे में पढ़ेंगे तथा विशेषकर उस उत्पाद के वे लक्षण/गुण जो उसे एक ग्राहक के लिए उपयुक्त बनाते हैं। अध्याय 6 तथा 7 में हम अपना ध्यान व्यक्ति की बचत जरूरतों तथा बचत उत्पादों की श्रृंखला की तरफ केन्द्रित करेंगे जो इन जरूरतों को पूरा करने के लिए उपलब्ध हैं तथा अन्य वित्तीय उत्पादों की तरफ भी ध्यान देंगे जिन्हें अभिकर्ता को समझने की जरूरत है जैसे कि स्वास्थ्य बीमा।

यह समझ ग्राहक की **व्यक्तिगत जरूरतों** तथा **परिस्थितियों** के अनुसार सही प्रकार एवं बीमा कवर स्तर की सलाह देने में आपको सक्षम बनायेगी।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

सुरक्षा जरूरत	सुरक्षा जरूरत को प्रभावित करने वाले कारक	मृत्यु कवर	उत्तरजीविता हितलाभ
अवधि बीमा योजना	शुद्ध बन्दोबस्ती योजना	बन्दोबस्ती बीमा योजना	आजीवन बीमा योजना
परिवर्तनीय बीमा योजना	एकल जीवन बीमा योजना	संयुक्त जीवन बीमा योजना	समूह बीमा योजना
रूक्ष बीमा योजना	यूलिप (ULIPs)	लाभ सहित पॉलिसी	कराधान
मुद्रास्फीति	जरूरतों को प्राथमिकता क्रम में रखना	बाल योजना	मनी-बैंक योजना

A सुरक्षा जरूरतें

एक जीवन बीमा अभिकर्ता के रूप में आपको किसी व्यक्ति की मृत्यु या अपंगता से उत्पन्न होने वाली सुरक्षा जरूरतों के बारे में सरोकार रखने की आवश्यकता है। आगे बढ़ने से पूर्व कुछ पल निम्नलिखित प्रकरण-अध्ययन पर विचार करें।



प्रकरण अध्ययन – प्रशान्त के जीवन में खराब मोड़ आता है

चरण I

प्रशान्त एक 35 वर्षीय व्यक्ति है जो अपनी नौकरी में अच्छी तरह व्यवस्थित है। उसकी पत्नी एक गृहिणी है तथा उसका एक 7 वर्षीय पुत्र निशान्त है। प्रशान्त चाहता है कि निशान्त बड़ा होकर एक डॉक्टर बने तथा वह निशान्त के मेडिकल कोर्स के लिए म्यूचुअल फण्ड में गत दो वर्षों से 5000 रु. प्रति माह निवेश कर रहा है। उसके माता पिता सेवानिवृत्त तथा उस पर आश्रित हैं।

प्रशान्त 10 वर्षों के लिए रु. 2,00,000 कवर की एक बन्दोबस्ती पॉलिसी लेता है जिसके लिए वह प्रति वर्ष रु. 20,000 प्रीमियम का भुगतान करता है। प्रशान्त के लिए रु. 2,00,000 कवर महत्वपूर्ण नहीं है, उसे पॉलिसी के आयकर लाभों ने आकर्षित किया था।

प्रशान्त पिछले वर्ष नये घर में चला गया। पहले वह एक किराये के मकान में रहता था। प्रशान्त के पास अब रु. 7 लाख के कार ऋण के अतिरिक्त रु. 40 लाख का गृह ऋण चल रहा है। वह वार्षिक छुट्टियों का आनन्द अपने परिवार के साथ उठाता है जिसके लिए वह अपने क्रेडिट कार्ड से भुगतान करता है। प्रशान्त भारत के उभरते भावी मध्यम वर्ग का एक अच्छा उदाहरण है। सब कुछ उसके पास है और वह महसूस करता है कि उसे अपने जीवन से और अधिक कुछ नहीं चाहिए।

चरण II

उसकी प्रसन्नता के स्थान पर, नियति ने प्रशान्त के लिए कुछ और ही रच रखा था; जीवन एक ऐसा भयानक मोड़ लेता है जिसकी उसने कभी कल्पना नहीं की थी। निशान्त बहुत खुश है उसके 8 वें जन्म दिन पर एक नई साइकिल के उपहार का वादा किया गया है तथा वह अपने पिता का मुम्बई से एक आधिकारिक सम्मेलन से लौटने का इन्तजार नहीं कर पा रहा था इतना छोटा लड़का कैसे कल्पना कर सकता है कि उसके पिता अब कभी नहीं लौटेंगे। घर लौटते समय प्रशान्त का विमान क्रेश हो जाता है तथा क्रेश में उसकी मृत्यु हो जाती है। न तो निशान्त के पिता और न ही उसकी साइकिल आयी केवल प्रशान्त के दुखद निधन का समाचार आया जो उसके परिवार को गंभीर आघात पहुँचाता है।

चरण III

प्रशान्त के परिवार के लिए यह एक मात्र दुखद समाचार नहीं था। उसके साथ बहुत से समाचार आने थे। प्रशान्त के परिवार के आँसू तक भी नहीं सूखते हैं कि लेनदार उसके मकान के बाहर लाईन लगाना शुरू कर देते हैं। सबसे पहला क्रेडिट कार्ड वसूली अभिकर्ता, फिर कार लोन वसूली अभिकर्ता जो कार पर पुनः कब्जा कर लेता है क्योंकि प्रशान्त का परिवार कार ऋण की ई एम आई का भुगतान नहीं कर सका। अन्तिम आघात बैंक से आता है जो प्रशान्त के परिवार से मकान खाली करने के लिए कहता है क्योंकि वे गृह ऋण की ई एम आई का भुगतान करने में असमर्थ थे।

निशान्त की शिक्षा का सपना भी ध्वस्त हो जाता है क्योंकि परिवार किसी भी तरह और उसकी शिक्षा पर और आगे निवेश नहीं कर सकता है। परिवार का अस्तित्व खतरे में था क्योंकि प्रशान्त परिवार में एक मात्र वेतन कमाने वाला था।

रु. 2,00,000 की बन्दोबस्ती पॉलिसी एक वर्ष तक भी परिवार की जरूरतों को पूरा नहीं कर सकती थी। यह एक मात्र बीमा कवर था जिसे प्रशान्त ने खरीदा था तथा वास्तव में यह केवल आयकर लाभ के लिए ही था।

कुछ क्षणों के लिए, इस प्रकरण को अपने ध्यान में रखें जब तक हम इस अध्याय के शेष भाग का अध्ययन करें। हम यह देखने के लिए भाग D में बाद में लौटकर आयेंगे कि प्रशान्त एवं उसके परिवार के लिए क्या भिन्न-भिन्न विकल्प हो सकते थे।

A1 एक व्यक्ति की सामान्य सुरक्षा जरूरतें

एक व्यक्ति द्वारा बीमा के रूप में वित्तीय सुरक्षा चाहने के कई कारण हैं। ये जरूरतें निम्न प्रकार हैं:—

A1A आय

एक व्यक्ति को अपनी आय की सुरक्षा करने की बहुत जरूरत है जिसे वह वर्तमान में कमा रहा है तथा भविष्य में कमाने की आशा है। हमने उपरोक्त प्रकरण—अध्ययन में देखा है कि बिना आय सुरक्षा असमय मृत्यु एक परिवार को कितनी वित्तीय परेशानी में डाल सकती है। अवधि बीमा आय की भावी हानि को रोकने में सहायता कर सकता है।

A1B मेडिकल जरूरतें

मेडिकल आकस्मिकताएँ तब प्रहार करती हैं जब उनकी न्यूनतम अपेक्षा की जाती है। हमने उपरोक्त प्रकरण अध्ययन में देखा है कि प्रशान्त के अभिभावक सेवानिवृत्त हैं एवं उस पर आश्रित हैं। यदि वृद्धावस्था में बीमारी से सामना हो; तो उपचार में होने वाला व्यय पारिवार में कमा कर देने वाले को आर्थिक गहरा आघात दे सकता है। मेडिकल बीमा अनपेक्षित मेडिकल आकस्मिकताओं के विरुद्ध सुरक्षा में सहायता कर सकता है।

A1C आश्रित

- **बच्चों की शिक्षा :** इन दिनों बहुत सारे बच्चे एम बी ए/इंजीनियरिंग/मेडिकल पाठ्यक्रम में जाना चाहते हैं तथा कुछ सीमित संख्या में अच्छे संस्थान अच्छे दर्जे की शिक्षा दे रहे हैं, शिक्षा के खर्च तीव्र गति से बढ़ रहे हैं। परिणामस्वरूप, माता-पिता को पहले से ही अपने बच्चों की शिक्षा के लिए योजना बनाने की जरूरत होती है। उपरोक्त प्रकरण अध्ययन में हमने देखा है कि एक अभिभावक की असमय मृत्यु किस प्रकार उसके बच्चे की शिक्षा योजनाओं को ध्वस्त कर सकती है। इसलिए बच्चों की शिक्षा हेतु निधि की सुरक्षा की जरूरत होती है। एक बाल बीमा योजना (जिसे हम अगले अध्याय में विस्तार से पढ़ेंगे) अभिभावक की अनुपस्थिति में इस मामले में सहायता कर सकती है।

- **बच्चों का विवाह :** अभिभावक अपने बच्चे की जरूरत के अनुसार उसे प्रत्येक उच्च स्तरीय वस्तु देने के लिए सब कुछ करेंगे। अभिभावक का सपना होता है कि उनकी एक मात्र पुत्री का विवाह स्थानीय स्तर पर सबसे अच्छा होना चाहिए तथा प्रत्येक मेहमान के लिए चर्चा का विषय बनना चाहिए। अपने सपने को पूरा करने के लिए, अभिभावक बच्चे के जन्म से ही उसके विवाह के लिए निवेश करना शुरू कर देंगे। लेकिन एक अभिभावक की असमय मृत्यु विवाह की योजना के सपने को तोड़ डालती है। अतः सुरक्षा की जरूरत होती है। एक बाल बीमा योजना अभिभावक की असमय मृत्यु की स्थिति में सुरक्षा प्रदान करने में सहायता कर सकती है।

A1D सम्पतियाँ तथा दायित्व

सम्पतियाँ जैसे कि हमारा मकान, कार या व्यवसाय हमारे लिए बहुत महत्वपूर्ण होता है।

इन सम्पतियों के निर्माण में विशाल प्रारम्भिक निवेश की जरूरत होने के कारण—उनके लिए धन हेतु हमें ऋण के लिए आवेदन करना होगा। यह सुनिश्चित करना परिवार को कमा कर देने वाले व्यक्ति का उत्तरदायित्व है कि इन ऋणों का समय पर पुनर्भुगतान हो। लेकिन यदि कमाने वाले की असमय मृत्यु हो जाती है, कौन इन ऋणों के लिए जिम्मेदारी लेगा? हमने उपरोक्त प्रकरण अध्ययन में देखा है कि किस प्रकार प्रशान्त के परिवार ने अपनी कार एवं मकान खो दिया क्योंकि वे प्रशान्त की अनुपस्थिति में ई एम आई के पुनर्भुगतान में समर्थ नहीं थे। अतः मुख्य कमा कर देने वाले की अनुपस्थिति में इन सम्पतियों (ऋणों) की सुरक्षा की जरूरत होती है इस मामले में गृह या अवधि बीमा सुरक्षा प्रदान कर सकता है। अतिरिक्त अवधि बीमा कमाने वाले की असमय मृत्यु होने के मामले में क्रेडिट कार्ड बकाया, व्यक्तिगत ऋणों, कार ऋण तथा अन्य किसी भी ऋण के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान कर सकता है।

A1E परिवार की देखभाल

कमाने वाले की अनुपस्थिति में परिवार को आर्थिक सुरक्षा की जरूरत होती है। हमने प्रकरण अध्ययन में देखा है कि प्रशान्त की मृत्यु के बाद उसके परिवार का अस्तित्व खतरे में आ जाता है। यदि केवल एक कमाने वाले हैं तब बीमित को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि शीघ्र मृत्यु के मामले में अपने परिवार की देखभाल के लिए उसके पास पर्याप्त जीवन बीमा है। यहाँ एक अवधि बीमा योजना परिवार को एक मुश्त राशि प्रदान कर सकती है या एक पेंशन योजना नियमित आय दे सकती है।



ध्यान रहे !

उचित वित्तीय योजना उपरोक्त सभी जरूरतों की सुरक्षा सुनिश्चित कर सकती है। एक सही वित्तीय योजना सुरक्षा, निवेश का प्रतिफल तथा कर लाभों के रूप में तीन लाभ प्रदान कर सकती है।



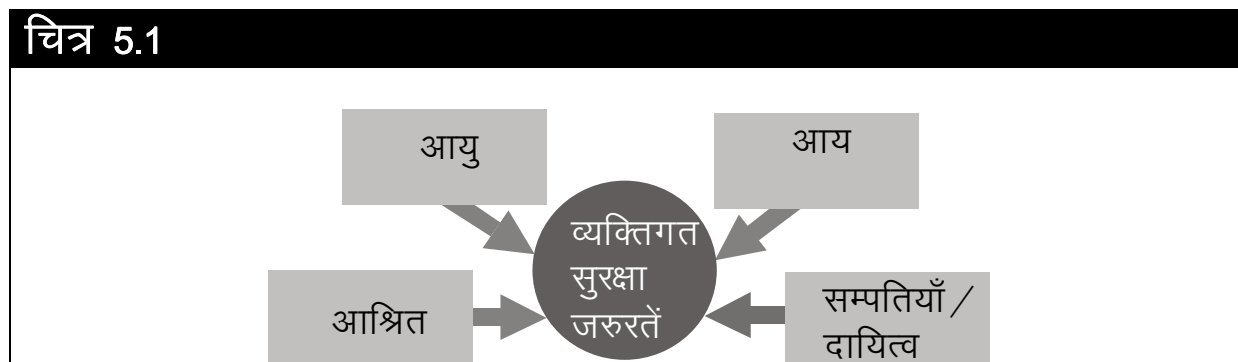
इस पर विचार करें...

अब चूंकि आप एक व्यक्ति की सामान्य सुरक्षा जरूरतों को जान गये हैं आप अपनी निजी सुरक्षा जरूरतों की सूची बनाइए। क्या आपको कोई अन्य सुरक्षा जरूरत है जिसे ऊपर वर्णित नहीं किया गया है?

A2 सुरक्षा जरूरतों को प्रभावित करने वाले व्यक्तिगत कारक

किसी ग्राहक की यथार्थ सुरक्षा जरूरतें निम्नलिखित निजी एवं वित्तीय विवरणों से प्रभावित होती है :

चित्र 5.1



चलो इनमें से प्रत्येक पर विस्तार से नजर डालें।

A2A आयु

आयु एक व्यक्ति की जरूरतों को कई तरह से प्रभावित करती है। जब एक व्यक्ति अपने पहले 20 वर्षों में कमाना शुरू करता है तो वे आत्म सुरक्षा तथा आय की सुरक्षा के प्रति अधिक जागरूक होते हैं। उत्तरोत्तर एक व्यक्ति का उत्तरदायित्व बढ़ता है जब उसका विवाह होता है, सम्पत्ति जैसे आवास, सेवानिवृत्ति निधि तथा अपने आश्रित माँ-बाप की देखभाल की आवश्यकताओं की पूर्ति शुरू करते हैं। बढ़ती आयु सुरक्षा खरीदने की लागत को भी प्रभावित करती है। 20-25 वर्ष आयु समूह के एक व्यक्ति के लिए बीमा प्रीमियम एक 30-35 वर्ष की आयु से बहुत कम होता है। अतः जल्दी से जल्दी बीमा सुरक्षा खरीदने में ही चतुराई है।

A2B आश्रित

जब व्यक्ति का विवाह हो जाता है, तो उसका परिवार बड़ेगा तथा वह अपनी पत्नी/पति तथा बच्चों का उत्तरदायित्व उठायेगा। किसी व्यक्ति की आयु बढ़ने के साथ जब उसके अभिभावक सेवानिवृत्त होंगे, वे भी उस पर आश्रित हो सकते हैं, इस तरह व्यक्ति के आश्रितों की संख्या बढ़ सकती है तथा एक उच्च बीमा सुरक्षा कवर की भी जरूरत बढ़ती है जब आश्रितों की संख्या भी बढ़ती है।

A2C आय

एक व्यक्ति की आय उसके वित्तीय उत्तरदायित्वों, जैसे उसके बच्चों की शिक्षा, बच्चों के विवाह, एक मकान खरीदने तथा सेवानिवृत्ति कोष की स्थापना के लिए आवश्यक योजनाओं को साकार करने में एक बड़ी भूमिका निभाती है। जब एक व्यक्ति कमाना शुरू करता है तो उसकी आय सामान्यतः कम होती है। इस अवस्था में आय जरूरतों जैसे एक मकान तथा/या एक कार खरीदने की पूर्ति नहीं कर सकती है। ऋण इस विसंगति को पाटता है। परिवार के मुख्य कमा कर देने वाले के साथ कुछ भी अप्रिय घटित होने की स्थिति में इस ऋण के विरुद्ध बीमा सुरक्षा महत्वपूर्ण होती है। उत्तरदायित्वों जैसे बच्चों की शिक्षा तथा विवाह एवं अपने सेवानिवृत्ति के लिए निवेश करते समय व्यक्ति एक छोटी राशि से शुरुआत कर सकता है तथा अपना निवेश अपनी आय बढ़ाने के साथ-साथ बढ़ा सकता है।

A2D सम्पतियाँ तथा दायित्व

सम्पतियाँ तथा दायित्व किसी व्यक्ति की सुरक्षा जरूरतों पर एक अच्छा प्रभाव डालते हैं। सम्पतियों जैसे एक मकान के लिए वित्त मुख्यतया ऋण के माध्यम से प्राप्त होता है। आय की सुरक्षा उपलब्ध होने पर परिवार के कमाने वाले की मृत्यु या स्थायी विकलांगता की स्थिति में ऐसे ऋणों के पुनर्भुगतान में सक्षम होगा।

कमाने वाले की मृत्यु की स्थिति में एक कार खरीदने या अवकाश का आनन्द लेने के उद्देश्य से लिये गये ऋणों जैसे दायित्व परिवार के सदस्यों पर भार डाल सकते हैं। परिवार को इन ऋणों के पुनर्भुगतान के लिये अन्य सम्पतियों या निवेशों को बेचने या तोड़ने पर मजबूर कर सकता है और यह परिवार के हित के लिए हानिकारक हो सकता है।

B जीवन बीमा उत्पाद

B1 एक जीवन बीमा योजना के मूल तत्व

जीवन बीमा कम्पनियाँ जल्दी मृत्यु होने के जोखिम या अत्याधिक लम्बे जीवन के जोखिम को कवर करते हुए विभिन्न योजनाएँ प्रस्तावित करती हैं। भारत में बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित अधिकांश बीमा योजनाओं में दो मूल तत्व होते हैं :-

- **मृत्यु कवर** – यह राशि पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने की स्थिति में नामित/लाभग्रहिता को भुगतान की जाती है।
- **परिपक्वता लाभ** – यह राशि पॉलिसी की परिपक्वता पर भुगतान की जाती है यदि बीमित व्यक्ति पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है। कुछ पॉलिसियाँ जैसे मनी-बैंक पॉलिसियाँ परिपक्वता से पूर्व पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति को समय-समय पर भुगतान भी करती हैं ये उत्तरजीविता हितलाभ कहलाते हैं। मनी-बैंक पॉलिसियों के बारे में इस अध्याय के भाग B2M में विस्तार से चर्चा की जायेगी।

ध्यान रखें!

सामान्यतया वैसी पॉलिसियाँ जो केवल एक व्यक्ति के जीवन पर ली जाती हैं, उसे एकल बीमित जीवन पॉलिसी कहा जाता है। एक से अधिक व्यक्तियों को बीमित करने वाली पॉलिसियों के बारे में हम भाग B2G तथा B2I में देखेंगे।



B2 मूल जीवन बीमा योजनाएँ

बीमा उद्योग द्वारा प्रस्तुत जीवन बीमा के मुख्य प्रकार नीचे वर्णित हैं :-

B2A अवधि (टर्म) बीमा योजना

यह जीवन बीमा उद्योग द्वारा प्रस्तुत मूलभूत योजना है जो बीमे का सरलतम रूप है। इस योजना में जीवन बीमा कम्पनी एक निर्दिष्ट राशि (बीमा धन) भुगतान करने का वादा करती है यदि बीमित की मृत्यु योजना अवधि के दौरान हो जाती है। यदि बीमित व्यक्ति योजना की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है तब वे कुछ भी प्राप्त नहीं करेंगे अर्थात् ऐसी पॉलिसियों में **कोई परिपक्वता लाभ** नहीं होता है। अतः संक्षेप में, यह योजना प्लान की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने की स्थिति में **केवल मृत्यु कवर** देती है।



उदाहरण

प्रशान्त ए बी सी बीमा कम्पनी से 30 वर्षों के लिए 75 लाख रु. बीमा धन की एक अवधि बीमा योजना लेता है। पॉलिसी दस्तावेज के अनुसार यदि पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों के दौरान प्रशान्त की मृत्यु हो जाती है, तो बीमा कम्पनी प्रशान्त के नामित को 75 लाख रु. की राशि का भुगतान करेगी। तथापि, यदि प्रशान्त सम्पूर्ण पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों तक जीवित रहता है तब वह कोई परिपक्वता या उत्तरजीविता हितलाभ प्राप्त नहीं करेगा।

मुख्य बिन्दु

- अवधि बीमा योजना केवल मृत्यु कवर देती है।
- बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित बीमा योजनाओं का यह सरलतम रूप है।
- अवधि बीमा योजनाएँ बाजार में उपलब्ध सबसे सस्ती बीमा योजना है। एक कम प्रीमियम पर कोई व्यक्ति अपने दायित्वों की पूर्ति हेतु एक बड़ी राशि का कवर प्राप्त कर सकता है।
- **अवधि** : जैसा कि नाम से स्पष्ट है ये योजनाएँ एक निर्दिष्ट अवधि के लिए सुरक्षा प्रदान करती हैं। सामान्यतः अवधि 5 वर्षों से शुरू होती है तथा 10, 15, 20, 25, 30 वर्षों अथवा बीमित द्वारा चयनित तथा बीमाकर्ता द्वारा स्वीकृत किसी भी अवधि तक चलती है।
- **दायित्वों की पूर्ति हेतु सुरक्षा** : बड़े दायित्वों जैसे गृह ऋण या कार ऋण को कवर करने के लिए अवधि बीमा कवर सर्वोत्तम हल होता है।
- बीमा कम्पनियाँ कुछ अवधि योजनाओं के अन्तर्गत योजना की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति के मृत्यु कवर को बढ़ाने या घटाने की अनुमति देती हैं।
- **न्यूनतम तथा अधिकतम बीमा धन** : अधिकतर अवधि योजनाओं के लिए बीमा कम्पनी न्यूनतम तथा अधिकतम बीमा धन निर्दिष्ट करती है। कुछ कम्पनियों में अधिकतम बीमा धन जोखिमांकन के आधार पर होता है।
- **न्यूनतम तथा अधिकतम आयु** : अधिकतर बीमा कम्पनियाँ अवधि बीमा योजनाओं में प्रवेश के लिए न्यूनतम तथा अधिकतम आयु निर्दिष्ट करती हैं।

B2B प्रीमियम की वापसी (ROP) योजना (अवधि बीमा योजना का एक प्रकार (रिटर्न ऑफ प्रीमियम))

कुछ बीमा कम्पनियाँ **प्रीमियम को वापिस लौटाने** के रूप में विभिन्न अवधि बीमा योजनाएँ भी प्रस्तावित करती हैं। यदि बीमित व्यक्ति की मृत्यु योजना अवधि के दौरान हो जाती है, तो बीमा कम्पनी निर्दिष्ट राशि (बीमा धन) का भुगतान नामिति/लाभगृहिता को करती है। यदि बीमित व्यक्ति सम्पूर्ण पॉलिसी अवधि तक जीवित रहता है तब परिपक्वता पर बीमा कम्पनी पॉलिसी की शर्तों के अनुसार प्रीमियम का कुछ भाग, या भुगतान किया गया सम्पूर्ण प्रीमियम बीमित व्यक्ति को वापिस करती है। अवधि बीमा योजनाओं के अन्य स्वरूपों में, कुछ कम्पनियाँ परिपक्वता पर प्रीमियम के साथ कुछ ब्याज का भुगतान भी करती हैं यदि बीमित व्यक्ति परिपक्वता तक जीवित रहता है।



इस पर विचार करें...

यदि आपको एक अवधि बीमा योजना तथा एक प्रीमियम वापसी योजना में से चयन करना हो तो, आप किसका चयन करेंगे और क्यों?

B2C शुद्ध बन्दोबस्ती (प्युर इन्डाउमेंट) योजना

एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना एक अवधि योजना की उल्टा होती है। इस योजना में जीवन बीमा कम्पनी बीमित को मात्र एक निर्दिष्ट राशि (बीमा धन) का भुगतान करने का वचन देती है यदि वे योजना की अवधि तक जीवित रहते हैं। यदि एक बीमित व्यक्ति की योजना की अवधि के दौरान मृत्यु हो जाती है तब उनको किसी तरह का भुगतान नहीं होगा। अतः संक्षेप में, यह योजना सम्पूर्ण अवधि तक बीमित व्यक्ति के जीवित रहने की स्थिति में **केवल परिपक्वता लाभ** प्रदान करती है। इसमें कोई मृत्यु कवर नहीं होता है।



उदाहरण

प्रशान्त ए बी सी बीमा कम्पनी से 30 वर्षों के लिए रु. 75 लाख बीमा धन की एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना लेता है। पॉलिसी दस्तावेज के अनुसार यदि प्रशान्त पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों तक जीवित रहता है तो बीमा कम्पनी प्रशान्त को पॉलिसी की परिपक्वता पर रु. 75 लाख का भुगतान करेगी।

तथापि, यदि प्रशान्त की मृत्यु पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों के दौरान हो जाती है तो वह कोई मृत्यु कवर नहीं प्राप्त करेगा।

जीवन बहुत अनिश्चित है। प्रशान्त जैसे लोग यह निर्णय लेने में कभी समर्थ नहीं होंगे कि उनकी जरूरतों के लिए एक अवधि बीमा योजना या शुद्ध बन्दोबस्ती योजना उपयुक्त होगी क्योंकि वे नहीं जानते कि वे कितने समय तक जीवित रहेंगे या कब मर जायेंगे।

अतः यदि प्रशान्त 30 वर्षों के लिए एक अवधि बीमा योजना लेता है तथा योजना की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है, तब 30 वर्षों के उपरान्त वह कुछ भी प्राप्त नहीं करेगा। इसी तरह, यदि वह 30 वर्षों के लिए एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना लेता है तथा दुर्भाग्य से इस अवधि के दौरान वह मर जाता है, तब भी उसका नामिति/लाभगृहिता कुछ भी प्राप्त नहीं करेगा।

उपरोक्त जैसी वर्णित परिस्थितियाँ बीमा योजना के चयन के बारे में लोगों को भ्रमित कर सकती हैं। उपरोक्त परिस्थिति को हल करने के लिए, जीवन बीमा कम्पनियाँ उपरोक्त दो योजनाओं के लक्षणों को मिलाती हैं तथा उन्हें एक **बन्दोबस्ती बीमा योजना** के रूप में प्रस्तुत करती हैं।

B2D बन्दोबस्ती (इन्डाउमेंट) बीमा योजना

एक बन्दोबस्ती बीमा योजना मूलतः एक अवधि बीमा योजना तथा एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना का मिश्रण होता है। यह मृत्यु कवर प्रस्तावित करती है यदि बीमित व्यक्ति पॉलिसी की अवधि के दौरान मर जाता है या जीवित हित लाभ प्रस्तावित करती है यदि बीमित व्यक्ति पॉलिसी की परिपक्वता तक जीवित रहता है।

उदाहरण

प्रशान्त 30 वर्षों के लिए रु. 75 लाख बीमा धन की एक बन्दोबस्ती बीमा योजना लेता है। पॉलिसी की शर्तों के अनुसार यदि प्रशान्त 30 वर्षों तक जीवित रहता है तो, बीमा कम्पनी प्रशान्त को रु.75 लाख तथा अर्जित बोनस का भुगतान, यदि कोई हो तो, पॉलिसी की परिपक्वता पर करेगी। यदि प्रशान्त की पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों के दौरान या पॉलिसी की परिपक्वता से पूर्व मृत्यु हो जाती है, तो उसका नामिति/लाभगृहिता रु. 75 लाख तथा उसकी मृत्यु तक निहित बोनस राशि मृत्यु कवर के रूप में प्राप्त करेगा तथा पॉलिसी बन्द हो जायेगी।



उपरोक्त योजना निम्न का मिश्रण है :—

- 30 वर्षों के लिए रु. 75 लाख का एक अवधि बीमा योजना; तथा
- 30 वर्षों के लिए रु. 75 लाख का एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना।

इसलिए यदि पॉलिसी की अवधि के दौरान प्रशान्त की मृत्यु हो जाती है, तो अवधि बीमा योजना द्वारा भुगतान होगा, लेकिन यदि वह पूर्ण पॉलिसी अवधि के 30 वर्षों तक जीवित रहता है तो शुद्ध बन्दोबस्ती द्वारा भुगतान होगा।

ध्यान रहे!

भारत में जीवन बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तुत अधिकांश योजनाएँ अवधि बीमा तथा शुद्ध बन्दोबस्ती योजनाओं का मिश्रण होती हैं।



इस पर विचार करें...

यदि आपको एक अवधि बीमा योजना, एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना या एक बन्दोबस्ती बीमा योजना में से किसी एक को चुनना हो तो आप किसे चुनेंगे और क्यों ?



मुख्य बिन्दु

- बन्दोबस्ती बीमा योजनाओं में यदि बीमित व्यक्ति योजना की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है तो परिपक्वता पर एक निर्दिष्ट राशि का भुगतान किया जाता है।
- **मृत्यु कवर** : इन योजनाओं में मृत्यु कवर तत्व होता है। यदि बीमित की मृत्यु योजना की परिपक्वता से पूर्व हो जाती है, तब नामिति/लाभग्रहिता को मृत्यु कवर लाभ का भुगतान किया जाता है।
- **बचत तत्व** : इन योजनाओं में मृत्यु कवर के अलावा बचत तत्व भी होता है। प्रीमियम में से मृत्यु कवर प्रभार तथा प्रशासनिक प्रभार घटाने के पश्चात, शेष राशि बीमा कम्पनी द्वारा निवेशित की जाती है। उपार्जित प्रतिफल से बीमित व्यक्ति को बोनस के रूप में वापिस भुगतान कर दिया जाता है।
- **लक्ष्य आधारित निवेश** : ये योजनाएँ किसी एक विशिष्ट योजना जैसे एक बच्चे की उच्च शिक्षा या विवाह आदि के लिए धन संचय के लिए भी खरीदी जा सकती हैं।
- कुछ बीमा कम्पनियाँ ऑंशिक आहरण (विद्वाल) या इन पॉलिसियों पर ऋण की अनुमति भी देती हैं।
- यह योजना विभिन्न स्वरूपों में भी प्रस्तुत की जाती है। कुछ योजनाएँ परिपक्वता लाभ की तुलना में उच्च मृत्यु कवर अथवा इसका उल्टा प्रस्तुत करती हैं।
- कुछ योजनाओं में परिपक्वता लाभ मृत्यु कवर का दुगुना होता है। इस प्रकार की योजना **दोहरी बन्दोबस्ती (डबल इंडाउमेंट) बीमा योजना** के रूप में जानी जाती है।

प्रश्न 5.1

एक जीवन बीमा योजना के मूल तत्वों को समझाइए।

सहभागिता तथा गैर-सहभागिता पॉलिसियाँ

अधिकांश बन्दोबस्ती पॉलिसियों के प्रीमियम में बचत का तत्व भी शामिल रहता है। बीमा कम्पनी द्वारा यह राशि पॉलिसीधारकों की ओर से निवेश की जाती है तथा इस पर उपार्जित लाभ को वापिस पॉलिसीधारकों में बोनस के रूप में वितरित कर दिया जाता है।

ऐसी योजनाएँ जहाँ पॉलिसीधारक बीमा कम्पनी के लाभ में सहभागिता प्राप्त करने हेतु अधिकृत होते हैं **“लाभयुक्त”** योजनाएँ या **“सहभागिता”** योजनाएँ कहलाती हैं। अधिकांश बन्दोबस्ती, मनी-बैंक तथा आजीवन योजनाएँ सहभागिता योजनाएँ होती हैं। मनी बैंक तथा आजीवन योजनाओं पर अधिक विस्तृत चर्चा इस भाग में बाद में की जायेगी।

योजनाएँ जिनमें पॉलिसीधारक बीमा कम्पनी के लाभों में सहभागिता हेतु अधिकृत नहीं होता है **“लाभ रहित”** या **“गैर सहभागिता”** योजनाएँ कहलाती हैं। शुद्ध अवधि बीमा योजनाएँ लाभ रहित योजनाओं का एक उदाहरण है।

संस्तुत क्रिया

यदि आपके पास इंटरनेट सुविधा है, तो पाँच बीमा कम्पनियों की वेबसाइट देखें तथा उनके द्वारा प्रस्तावित विभिन्न बन्दोबस्ती योजनाओं की विशिष्ट शर्तों/लाभों का अध्ययन करें। पाँचों कम्पनियों की बन्दोबस्ती योजनाओं की विशिष्ट शर्तों/लाभों का तुलनात्मक चार्ट बनायें। आपके विचार से कौन सी कम्पनी सर्वोत्तम बन्दोबस्ती योजना प्रस्तावित करती है और क्यों ?

B2E आजीवन (होल लाइफ) बीमा योजनाएँ

- एक अनिर्दिष्ट अवधि के लिए एक अवधि योजना एक आजीवन योजना कहलाती है। कुछ योजनाओं में बचत तत्व भी होता है। बीमा कम्पनी इन योजनाओं के अन्तर्गत किये जाने वाले निवेश पर उपार्जित प्रतिफल के आधार पर बोनस की घोषणा करती है।
- जैसा कि योजना के नाम से स्पष्ट है योजना बीमित की सम्पूर्ण जीवन अवधि को कवर करती है।
- बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर, नामिति/लाभगृहिता को बीमा धन के साथ उस अवधि तक अर्जित/निहित बोनस का भुगतान किया जाता है।
- व्यक्ति अपने जीवन अवधि के दौरान अपनी आपातकालीन जरूरतों को पूरा करने के लिए ऑंशिक आहरण भी कर सकती है। वह पॉलिसी से नियमानुसार ऋण भी ले सकता है।

उदाहरण

बीमा कम्पनी ए बी सी 100 वर्ष की आयु तक सुरक्षा देते हुए एक आजीवन बीमा योजना प्रस्तुत करती है।

मृत्यु आवरण (कवर)— बीमित की मृत्यु पॉलिसी अवधि के दौरान हो जाने पर नामिति/लाभगृहिता को बीमाधन के साथ इस तिथि तक निहित बोनस का भुगतान किया जाता है।

उत्तरजीविता/जीवित हित लाभ— यदि बीमित व्यक्ति 100 वर्ष की आयु तक जीवित रहता है तो उसे बीमा धन बोनस के साथ भुगतान किया जाता है।



संस्तुत क्रिया

अब तक आपने अवधि योजनाओं, बन्दोबस्ती योजनाओं तथा आजीवन योजनाओं के विशिष्ट लाभों तथा शर्तों को पढ़ा है। उन परिदृश्यों/परिस्थितियों की सूची बनाइये जिनमें एक व्यक्ति तीनों योजनाओं में से प्रत्येक का अलग-अलग चयन करेगा।

B2F परिवर्तनीय (कॉन्वर्टेबल) बीमा योजनाएँ

जैसा कि नाम से स्पष्ट है, यह बीमा योजना एक प्रकार की योजना से दूसरे में परिवर्तित हो सकती है। उदाहरण के लिए एक अवधि बीमा योजना एक बन्दोबस्ती योजना या एक आजीवन योजना या बीमा कम्पनी द्वारा स्वीकृत अन्य किसी योजना में परिवर्तित हो सकती है।

एक परिवर्तनीय योजना तब उपयोगी होती है जब बीमित व्यक्ति अपने रोजगार/व्यवसाय के प्रारम्भ में उच्च प्रीमियम भुगतान वहन नहीं कर सकता है। इसलिए वे कम प्रीमियम से अवधि बीमा योजना से शुरुआत कर सकते हैं तथा फिर उसे बाद में एक उच्च प्रीमियम की बन्दोबस्ती योजना या आजीवन योजना में परिवर्तित करवा सकते हैं। साथ ही योजना परिवर्तन के समय बीमित व्यक्ति को मेडिकल जाँच भी नहीं करवानी पड़ती है।

परिवर्तनीय योजना का अन्य लाभ यह है कि परिवर्तन के समय जोखिमांकन निर्णय भी नहीं किया जाता है।

B2G संयुक्त जीवन बीमा योजनाएँ

- संयुक्त जीवन बीमा योजनाएँ एक ही पॉलिसी में दो व्यक्तियों को बीमा कवर उपलब्ध करवाती हैं। यह योजना विवाहित युगल या किसी व्यवसाय/फर्म में साझेदारों के लिए आदर्श होती है।
- कुछ संयुक्त जीवन बीमा योजनाओं में किसी एक संयुक्त पॉलिसीधारक की मृत्यु होने पर मृत्यु कवर (बीमा धन) प्रदान किया जाता है, तथा पुनः बचे हुए जीवित पॉलिसीधारक की मृत्यु होने पर, उस तिथि तक संचित/निहित बोनस के साथ मृत्यु कवर (बीमा धन) भुगतान योग्य हो जाता है, यदि दोनों पॉलिसीधारकों की मृत्यु पॉलिसी की अवधि के दौरान हो जाती है।
- यदि पॉलिसी की परिपक्वता तक दोनों संयुक्त पॉलिसीधारक जीवित रहते या एक संयुक्त पॉलिसीधारक जीवित रहता है, तब परिपक्वता लाभ के साथ उस तिथि तक संचित/निहित बोनस का भुगतान कर दिया जाता है।
- कुछ संयुक्त जीवन पॉलिसियों में प्रीमियम का भुगतान चयनित अवधि तक किया जाता है या प्रथम संयुक्त पॉलिसीधारक की मृत्यु पर प्रीमियम भुगतान बन्द कर दिया जाता है।

- संयुक्त जीवन पॉलिसियों के मामले में प्रत्येक जीवन का जोखिमांकन अलग-अलग किया जाता है।

इस पर विचार करें...

विवाह के पश्चात्, आप अपने पति या पत्नी तथा अपने लिए अलग-अलग बीमा पॉलिसियाँ लेना पसन्द करेंगे या आप एक संयुक्त जीवन बीमा पॉलिसी लेना पसन्द करेंगे? ऐसे कौनसे बिन्दु हैं जिन पर आप इस बारे में निर्णय करने से पूर्व विचार करना चाहेंगे?



B2H एन्यूटीज (वार्षिकी या पेंशन)

एन्यूटी किसी व्यक्ति (एन्यूटीधारक) द्वारा एन्यूटी प्रदानकर्ता (बीमा कम्पनी) को भुगतान की गई राशि (क्रय मूल्य) के बदले में एक विनिर्दिष्ट अवधि (वर्षों) तक श्रृंखलाबद्ध एक निर्धारित राशि के भुगतान को कहते हैं।

क्रय मूल्य भुगतान के आधार पर एन्यूटीज हो सकती है

- एक तत्काल (इमीडियट) एन्यूटी; या
- एक आस्थगित (डिफर्ड) एन्यूटी

एन्यूटी जीवन बीमा का उल्टा होता है। जीवन बीमा में बीमा कम्पनी जोखिम लेती है, लेकिन एन्यूटी के साथ एन्यूटीधारक इस बात का जोखिम लेता है कि क्रय मूल्य भुगतान के पश्चात बहुत कम समय में अर्थात् जल्दी उसकी मृत्यु नहीं होगी।

एन्यूटी के विभिन्न प्रकार उपलब्ध हैं (जैसे एक संयुक्त जीवन, अन्तिम जीवित व्यक्ति/क्रय मूल्य की वापसी में जीवन एन्यूटी/बढ़ती हुई एन्यूटी) तथा इसके बारे में हम विस्तार से अध्याय 7 में देखेंगे।

B2I समूह बीमा योजनाएँ

- एक समूह बीमा पॉलिसी लोगों के एक समूह को बीमा सुरक्षा प्रदान करती है जो किसी एक सामान्य उद्देश्य से पहले से ही जुड़े हुए हैं।

- लोगों का समूह हो सकता है:—

- किसी संगठन के कर्मचारी;
- किसी बैंक के ग्राहक;
- किसी ट्रेड यूनियन (मजदूर संघ) के सदस्य;
- किसी व्यावसायिक संगठन जैसे लेखाकार संघ के सदस्य, या
- लोगों का अन्य कोई समूह जो किसी उद्देश्य की समानता के कारण एक साथ होते हैं या एक समान उद्देश्य के लिए एक दूसरे से जुड़े रहते हैं।

- एक समूह बीमा पॉलिसी में बीमा कम्पनी समूह के सभी सदस्यों को कवर करते हुए एक मास्टर पॉलिसी जारी करती है। उदाहरण के लिए : बीमा कम्पनी किसी नियोक्ता को कम्पनी के सभी कर्मचारियों को कवर करती हुई मास्टर पॉलिसी जारी करेगी। नियोक्ता “मास्टर पॉलिसीधारक” के नाम से जाना जायेगा।

- बीमा की अनुबंध बीमा कम्पनी तथा मास्टर पॉलिसीधारक के मध्य होती है। कर्मचारी बीमा अनुबंध के प्रत्यक्ष पक्षकार नहीं होते हैं।
- समूह बीमा योजनाएँ किसी समूह (गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले लोग) को बीमा कवर प्रदान करके समाज कल्याण के एक माध्यम/साधन के रूप में सरकार द्वारा उपयोग की जाती है।
- जुलाई 2005 में बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (इरडा IRDA) ने समूह बीमा पॉलिसियों हेतु दिशानिर्देश जारी किये हैं।

उदाहरण

ए बी सी बीमा कम्पनी एक समूह जीवन बीमा योजना प्रस्तावित करती है जो कि कम सम्पन्न व्यक्तियों की बीमा जरूरतों को पूरा करती है।

इन योजनाओं द्वारा कवर किये जाने वाले व्यक्तियों को चिन्हित करने के लिए पात्रता की विशिष्ट शर्तें कम्पनी निर्धारित करती है।

मृत्यु कवर

किसी एक सदस्य की मृत्यु होने पर, उसके नामिति/लाभगृहिता को रु. 30,000 का बीमा धन भुगतान किया जाता है। दुर्घटना से मृत्यु होने पर नामिति/लाभगृहिता को रु. 75,000 का भुगतान किया जाता है।

B2J सूक्ष्म (माइक्रो) बीमा योजनाएँ

- नवम्बर 2005 में इरडा (IRDA) ने **इरडा (सूक्ष्म बीमा) विनियम 2005** के माध्यम से सूक्ष्म बीमा के लिए मार्गदर्शन/दिशा निर्देश जारी किये हैं। सूक्ष्म बीमा का उद्देश्य अल्प आय समूह को बीमा कवर प्रदान करना है।
- इरडा ने निर्दिष्ट किया है कि सूक्ष्म बीमा उत्पादों के अन्तर्गत दिया जाने वाला मृत्यु कवर सीमा रु. 5,000 से रु. 50,000 तक होगी।
- एक जीवन बीमाकर्ता सूक्ष्म जीवन बीमा उत्पादों के साथ-साथ सूक्ष्म साधारण बीमा उत्पाद या उल्टा प्रस्तावित करता है (यह स्थिति केवल सूक्ष्म बीमा उत्पादों के लिए स्वीकृत है, न कि साधारण बीमा उत्पादों के अन्य किसी प्रकारों के लिए)।

B2K यूनिट-लिंकड बीमा योजनाएँ (यूलिप)

यूनिट लिंकड पॉलिसियाँ लाभ सहित बीमा पॉलिसियों से ज्यादा जोखिमपूर्ण तथा कम गारन्टीयुक्त होती है। तथापि, वे बहुत अधिक लचीली होती है। यूनिट-लिंकड पॉलिसियों के लचीलेपन का लाभ उठाते हुए कुछ निवेश में जोखिम लेने के लिए तैयार लोगों के लिए उपयुक्त होती है। प्रतिफल पूँजी बाजार की गतिशीलता



पर आधारित होता है जहाँ निवेश इक्विटीज (शेयरों) के लेन-देन (ट्रेडिंग) द्वारा किया जाता है (शेयरों की पूर्ण परिचर्चा अध्याय 6 में की जायेगी)।



इस पर विचार करें...

यदि आपको एक यूलिप तथा एक परम्परागत पॉलिसी (अवधि/बन्दोबस्ती/आजीवन) में से चयन करना हो, तो आप किसका चयन करेंगे? वे क्या बिन्दु/तथ्य हैं जिनका आप इस पर निर्णय लेते समय ध्यान रखेंगे?

मुख्य बिन्दु

- यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएँ (यूलिप) जीवन बीमा तथा निवेश पर प्रतिफल दोनों के लाभ प्रदान करती हैं।
- परम्परागत योजनाओं में बीमा कम्पनी बीमित की ओर से किये जाने वाले निवेश पर निर्णय लेती है। जबकि एक यूलिप में बीमित व्यक्ति को निवेश का चयन करने के लिए अनेक विकल्प उपलब्ध हैं, जैसे इक्विटी निधि, ऋण निधि, सन्तुलित निधि तथा मुद्रा बाजार निधि इत्यादि।
- यूलिप बीमित को पूँजी बाजार की वृद्धि में सहभागिता का विकल्प देती है।
- बीमित की मृत्यु पर बीमा धन या निवेश का बाजार मूल्य (निधि मूल्य), जो भी उच्च हो, का भुगतान किया जाता है।
- योजना की परिपक्वता पर निधि मूल्य का भुगतान होता है।

निपटान विकल्प (सेटलमेन्ट ऑप्शन)

कुछ बीमा योजनाओं में परिपक्वता दावा राशि एक मुश्त लेने के स्थान पर परिपक्वता तिथि के बाद एक निर्धारित अवधि (जो 5 वर्ष या 5 वर्षों तक हो सकती है) में कम्पनी द्वारा विशेष रूप से रचित/निर्धारित किशतों में लेने का विकल्प उपलब्ध होता है। इसे निपटान विकल्प के रूप में जाना जाता है। यदि पॉलिसीधारक निपटान विकल्प लेने की इच्छा रखता है तो उसे बीमा कम्पनी को पहले से सूचना देना आवश्यक है।



प्रश्न 5.2

एक समूह बीमा योजना के विशिष्ट गुणों/लाभों/शर्तों की सूची बनाइयें।

B2L बाल योजनाएँ

- बाल बीमा योजनाएँ अभिभावकों को अपने बच्चों की भावी वित्तीय जरूरतों जैसे शिक्षा, विवाह आदि की पूर्ति में सहायता करती हैं।
- बाल बीमा योजनाएँ बचत के साथ बीमा का दोहरा लाभ प्रदान करती हैं।

- यह तथ्य महत्वपूर्ण एवं ध्यान देने योग्य है कि बच्चे की स्वयं की कोई आय नहीं होती है बल्कि वे पूर्ण रूप से अपने अभिभावकों पर आश्रित रहते हैं। अभिभावक बच्चे की भावी वित्तीय जरूरतों के लिए धन संचित करने के लिए बीमा कम्पनी को प्रीमियम का भुगतान करते हैं।
- बच्चा लाभग्रहिता होता है जो पॉलिसी की परिपक्वता पर लाभ प्राप्त करने के लिए अधिकृत होता है।
- इन योजनाओं में, बीमित बच्चे के जीवन का जोखिम कवर तब शुरू होता है जब बच्चा पॉलिसी में उल्लिखित एक विनिर्दिष्ट आयु प्राप्त कर लेता है। पॉलिसी की आरम्भ तिथि तथा जोखिम कवर प्रारम्भ तिथि के मध्य का समयान्तराल **आस्थगित (डिफरमेंट) अवधि** कहलाती है।
- वह तिथि जिस पर आस्थगित अवधि की समाप्ति पर जोखिम कवर प्रारम्भ होगा आस्थगन तिथि कहलाती है। **आस्थगन तिथि** पॉलिसी की वर्षगाँठ होगी।
- आस्थगित अवधि के दौरान कोई बीमा कवर नहीं होता है।
- जब बच्चा वयस्कता की आयु (18 वर्ष पूर्ण) प्राप्त कर लेता है तो पॉलिसी का स्वामित्व स्वतः ही बीमित बच्चे को प्राप्त हो जाता है। यह प्रक्रिया अधिकार **विहित** होना कहलाती है। वह तिथि जिस पर पॉलिसी का स्वामित्व बच्चे को स्थानान्तरित होता है, **विहित तिथि** के रूप में जानी जाती है।
- विहित होने के बाद पॉलिसी बीमाकर्ता एवं बीमित व्यक्ति (इस मामले में बच्चों) के मध्य अनुबंध बन जाती है।
- कुछ बाल बीमा योजनाएँ प्रीमियम परित्याग (वेव्) राइडर सहित होती हैं जबकि अन्य बाल बीमा योजनाओं के मामले में अभिभावक कुछ अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके प्रीमियम परित्याग राइडर का चयन कर सकते हैं। इसमें यदि पॉलिसी अवधि के दौरान अभिभावक की मृत्यु हो जाती है तो बीमा कम्पनी अभिभावक की ओर से प्रीमियम का भुगतान जारी रखेगी (जब तक बच्चा वयस्कता की आयु प्राप्त नहीं करता है) तथा पॉलिसी अखण्डित/अक्षुण्ण बनी रहती है। बच्चा पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अनुसार पॉलिसी अवधि के अन्त में लाभ प्राप्त करता है। राइडर पर अध्याय 7 में विस्तृत चर्चा की जायेगी।
- बाल बीमा योजनाएँ **बन्दोबस्ती योजनाओं, मनी-बैंक योजनाओं या यूलिप (ULIPs)** के रूप में ली जा सकती हैं।

B2M मनी-बैंक पॉलिसियाँ (धन वापसी योजना)

- मनी-बैंक पॉलिसियों में बचत तथा बीमा का दोहरा लाभ शामिल होता है तथा शर्तों में कुछ हद तक बन्दोबस्ती योजना के समान होती है।
- एक बन्दोबस्ती योजना में, पॉलिसीधारक पॉलिसी अवधि के अन्त में परिपक्वता लाभ प्राप्त करता है। जबकि मनी-बैंक पॉलिसियों में पॉलिसी अवधि के दौरान विनिर्दिष्ट अन्तरालों पर **“आंशिक उत्तरजीविता (सर्वाइवल) हितलाभों”** का भुगतान किया जाता है।

- पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अनुसार पॉलिसीधारक पॉलिसी अवधि के दौरान एक निश्चित या परिवर्तनशील अनुपात में उत्तरजीविता लाभ प्राप्त कर सकता है।
- वर्तमान कर विधि के अनुसार पॉलिसीधारक को विनिर्दिष्ट अन्तरालों पर प्राप्त होने वाले उत्तरजीविता हित लाभों पर आयकर से छूट प्राप्त होती है।
- यदि पॉलिसीधारक की मृत्यु पॉलिसी अवधि के दौरान हो जाती है तो नामिति/लाभग्रहिता सम्पूर्ण बीमा धन के साथ अर्जित बोनस (यदि कोई हो) बीमित को भुगतान किये गए उत्तरजीविता हित को घटाये बिना प्राप्त करता है।

उदाहरण

चेतन मिश्रा ए बी सी बीमा कम्पनी से 20 वर्षीय मनी-बैंक पॉलिसी लेता है। बीमा धन रु. 20,00,000 है। वह मनी- बैंक पॉलिसी का चयन करता है क्योंकि वह अपने जीवित रहने के दौरान अपनी बचतों के प्रतिफल का आनन्द उठाना चाहता है। वह अपनी पत्नी सुमेधा को पॉलिसी की लाभग्रहिता हेतु नामित करता है। उस मनी-बैंक पॉलिसी के अन्तर्गत वह उत्तरजीविता हित लाभ के रूप में 25% 5, 10, तथा 15 वर्षों के पश्चात् प्राप्त करेगा तथा 20 वे वर्ष की समाप्ति पर शेष 25% उत्तरजीविता हित लाभ भुगतान योग्य होगा।

फिर भी एक दुखान्त घटना परिवार को हिला देती है। चेतन की एक कार दुर्घटना में मृत्यु हो जाती है। सुमेधा एक गृहिणी है तथा चेतन पर आर्थिक रूप से आश्रित थी।

चेतन की मृत्यु पॉलिसी लेने के 11वें वर्ष में होती है। वह पूर्व में 5 वे तथा 10 वे वर्ष के अन्त में वह बीमाधन के 25% के दो उत्तरजीविता हित लाभ के रूप में कुल रु. 10,00,000 प्राप्त कर चुका था।

उपरोक्त स्थिति में सुमेधा रु. 20,00,000 का पूर्ण बीमा धन प्राप्त करेगी, भले ही पॉलिसी के 5 वे तथा 10वें वर्ष में चेतन को बीमा धन के एक निर्धारित प्रतिशत के रूप में रु. 10,00,000 का भुगतान किया जा चुका है।

B2N वेतन बचत योजनाएँ (सैलरी सेविंग स्कीम)

- वेतन बचत योजनाओं (एस एस एस) का उद्देश्य कार्यशील वर्ग के लोगों की जरूरतों की पूर्ति करना है।
- इन योजनाओं में बीमा कम्पनी नियोक्ता के साथ एक ऐसी व्यवस्था करती है जिसके अन्तर्गत नियोक्ता कर्मचारी के वेतन से प्रीमियम काटकर प्रतिमाह बीमा कम्पनी को भेज देता है।
- चूंकि कर्मचारी को वेतन प्राप्त होने से पूर्व प्रीमियम काट लिया जाता है अतः उनको प्रीमियम भुगतान में कोई चूक हो जाने के बारे में चिन्ता करने की जरूरत नहीं होती है।
- बीमा कम्पनी भी लाभ प्राप्त करती है क्योंकि वह नियोक्ता से उन सभी कर्मचारियों का एक साथ संकलित प्रीमियम प्राप्त करती है जिन्होंने योजना में पंजीकरण कराया है।



इस पर विचार करें...

आपके विचार से बीमा कम्पनी को इससे क्या लाभ हो सकते हैं?



- प्रस्ताव-पत्र के साथ प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षरित वेतन से कटौती संबंधी अधिकार-पत्र भी लिया जाता है जिसे बीमा की स्वीकृति के पश्चात् कर्मचारी के वेतन से प्रीमियम कटौती करने के लिये नियोक्ता को प्रेषित किया जाता है।
- बीमा कम्पनी संबंधित संस्था/नियोक्ता को प्रतिमाह (समय-समय पर) एक मांग-पत्र प्रेषित करती है जिसमें कर्मचारियों का नाम, उनका पदनाम तथा कटौती योग्य राशि का विवरण रहता है।
- वेतन बचत योजना (SSS) बीमा की कोई विशिष्ट योजना नहीं है। यह केवल प्रीमियम एकत्रित करने की एक सुविधाजनक व्यवस्था होती है। यह एक अवधि बीमा योजना, एक बन्दोबस्ती योजना या अन्य योजना के लिए बीमाकर्ता द्वारा SSS व्यवस्था के अन्तर्गत, उपयोग की जा सकती है।

C कराधान एवं मुद्रास्फीति (इन्फ्लेशन)

C1 बीमा उत्पादों पर कराधान (टैक्सेशन) का प्रभाव

जीवन बीमा उत्पाद **आयकर अधिनियम 1961** के अन्तर्गत आय कर में छूट/लाभ हेतु योग्य होते हैं। बीमा उत्पाद निवेश के समय के अतिरिक्त परिपक्वता पर भी लाभों से आयकर छूट प्रदान करते हैं।

(a) **निवेश स्तर**— जीवन बीमा योजनाओं के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम आयकर अधिनियम की धारा 80 C के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती हेतु योग्य है। अधिनियम के अंतर्गत आयकर से लाभ प्राप्त करने के लिए कुछ शर्तें हैं। शर्तों का अनुपालन आवश्यक है :

- वर्तमान कर प्रावधानों के अनुसार किसी भी वर्ष में भुगतान किया प्रीमियम बीमाधन के 20% या से 20% कम होना चाहिए; या
- बीमा धन किसी भी वर्ष भुगतान किये गये प्रीमियम के पाँच गुना या पाँच गुना से अधिक होना चाहिए ।



उदाहरण

प्रशान्त 4 लाख कवर के लिए एक यूलिप (ULIP) पॉलिसी खरीदता है। इस पॉलिसी पर कर लाभों का उपयोग करने के लिए, भुगतान किया गया प्रीमियम 4 लाख रु. बीमा कवर के 20% से कम होना चाहिए। अतः इस मामले में कर लाभ प्राप्ति हेतु प्रीमियम भुगतान रु. 80,000 या कम होना चाहिए।

यदि प्रीमियम बीमा धन के 20% से अधिक होता है; अर्थात् यदि प्रीमियम भुगतान रु. 80,000 से ज्यादा (जैसे रु.1,00,000) हो, तब आय कर कटौती बीमा धन के 20% तक ही सीमित होगी। इस मामले में यह रु. 80,000 तक ही सीमित होगी।

चलो अब इस विषय पर दूसरे प्रकार से देखते हैं :—

प्रशान्त रु. 80,000 का निवेश कर अपनी कर योग्य आय में से इस राशि की कटौती प्राप्त करना चाहता

है। अतः वह रु. 80,000 प्रीमियम का भुगतान करके एक यूलिप (ULIP) पॉलिसी खरीदने का निर्णय करता है। यदि वह पूरे रु. 80,000 पर आय कर लाभ प्राप्त करना चाहता है तब उसे यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसके द्वारा प्राप्त बीमा कवर भुगतान किये गये प्रीमियम (रु. 80,000) का कम से कम पाँच गुना या पाँच गुने से अधिक होना चाहिए। अतः इस मामले में प्रशान्त को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि बीमा कवर कम से कम रु. 4 लाख या अधिक हो।



ध्यान रहे!

आयकर विभाग द्वारा किसी भी समय वर्तमान आय कर प्रावधानों की समीक्षा की जा सकती है तथा इनमें परिवर्तन किये जा सकते हैं।

एक नई प्रत्यक्ष कर संहिता (डी टी सी) वित्त विभाग द्वारा तैयार की जा चुकी है तथा 1 अप्रैल 2012 से प्रभावी की जायेगी तथा तत्पश्चात् वर्तमान आय कर विधि में उस समय परिवर्तन किये जायेंगे।

धारा 80 C के अन्तर्गत किसी एक वित्तीय वर्ष में अधिकतम रु. 1,00,000 तक प्रीमियम भुगतान की कर योग्य आय में से कटौती प्राप्त की जा सकती है।

(b) परिपक्वता स्तर :- वर्तमान कर विधि के अनुसार आय कर अधिनियम की धारा 10 (10D) के अन्तर्गत नामिति/लाभग्रहिता द्वारा प्राप्त मृत्यु कवर राशि या बीमित व्यक्ति द्वारा प्राप्त परिपक्वता लाभ राशि कर मुक्त होती है परन्तु प्रीमियम राशि बीमा धन के 20% से अधिक नहीं होने की शर्तें परिपक्वता लाभ पर भी लागू होती हैं।



संस्तुत क्रिया

आयकर अधिनियम की धारा 80C के अन्तर्गत, कोई व्यक्ति विभिन्न उपकरणों में निवेश करके रु. 1,00,000 तक आयकर में लाभ प्राप्त कर सकता है। जीवन बीमा निवेश उपकरणों में से एक है। अन्य निवेश उपकरणों का पता कीजिए तथा उनकी सूची बनाइएँ।

C2 मुद्रास्फीति

मुद्रास्फीति लिये गये बीमा कवर पर एक लम्बे समय के बाद बड़ा प्रभाव डाल सकती है। सरल शब्दों में कहा जा सकता है कि अर्थव्यवस्था में वस्तुओं तथा सेवाओं के मूल्य में वृद्धि मुद्रास्फीति होती है तथा इसका अर्थ जीवन यापन की लागत में वृद्धि होना है।



उदाहरण

कुछ वर्ष पहले तक एक लीटर पेट्रोल का मूल्य रु. 40 था। आज एक लीटर पेट्रोल का मूल्य रु. 60 है—मूल्य में 50% की वृद्धि हुई है। अतः कुछ वर्षों पहले तक रु. 100 मुद्रा का नोट 2.5 लीटर पेट्रोल खरीद सकता था। आज वहीं रु. 100 मुद्रा का नोट केवल 1.67 लीटर पेट्रोल खरीद सकता है।

अतः कुछ वर्षों की अपेक्षा आज हम रु. 100 के मुद्रा नोट से काफी कम मात्रा में वस्तुएँ खरीद पाते हैं। यदि भविष्य में मूल्य वृद्धि इसी प्रकार जारी रही, तो उसी रु. 100 मुद्रा के नोट से और भी कम खरीदा जा सकेगा।

मुद्रास्फीति का प्रभाव :- धन अपना मूल्य खोता है।

बीमा कवर पर मुद्रास्फीति का यही प्रभाव है। आज हमने निर्णय लिया कि हमारी बीमा जरूरत मानो रु. 50 लाख है और हमने रु. 50 लाख का बीमा कवर 30 वर्षों के लिए लिया है लेकिन भविष्य में 15–20 वर्षों बाद मुद्रास्फीति के कारण उक्त राशि का वास्तविक मूल्य काफी कम होगा। अतः बीमा कवर की जरूरतें भी मुद्रास्फीति बढ़ने के साथ बढ़ती हैं। अतः ग्राहक (और उसके बीमा अभिकर्ता) को समय-समय पर मुद्रास्फीति के प्रभाव को ध्यान में रखते हुए बीमा कवर की समीक्षा करने की जरूरत होती है।

बीमा कम्पनी द्वारा उपलब्ध कराई गई कुछ योजनाएँ, जो बीमित व्यक्ति को एक निर्धारित (स्थिर) या नियमित अन्तरालों पर बीमाधन में वृद्धि या कमी करा सकने का विकल्प देती है।

उदाहरण

कुछ कम्पनियाँ बीमा धन में 5–10% प्रतिवर्ष की वृद्धि/कमी की अनुमति देती है। इस व्यवस्था के अन्तर्गत प्रतिवर्ष बीमाधन बढ़ते रहने के फलस्वरूप बीमित व्यक्ति मुद्रास्फीति से अपनी सुरक्षा कर सकता है।



D सुरक्षा जरूरतों की प्राथमिकता क्रम निर्धारित करना

D1 जरूरतों की प्राथमिकता क्रम तय करना क्यों महत्वपूर्ण है?

एक व्यक्ति के जीवन में विभिन्न सुरक्षा जरूरतें होती हैं। चलो एक बार फिर प्रशान्त का उदाहरण लेते हैं तथा उसकी विभिन्न सुरक्षा आवश्यकताओं पर विचार करते हैं।

चित्र 5.2



क्या प्रशान्त के पास इन सभी जरूरतों की पूर्ति के लिए पर्याप्त धन है? यदि नहीं तो वह कैसे निर्धारित करेगा कि कौनसी आवश्यकताएँ सर्वोपरि हैं?

एक व्यक्ति जिसके पास पर्याप्त वित्तीय संसाधन हैं वह अपनी सभी सुरक्षा जरूरतों के लिए धन का उपयोग कर सकता है। लेकिन एक व्यक्ति जिसके पास सीमित संसाधन हैं वह एक साथ अपनी सभी सुरक्षा जरूरतों के लिए धन की व्यवस्था नहीं कर सकता है इसी कारण जरूरतों की प्राथमिकता तय करने के सिद्धान्त को ध्यान में रखा जाता है।

D2 जरूरतों की प्राथमिकता किस प्रकार तय करते हैं?

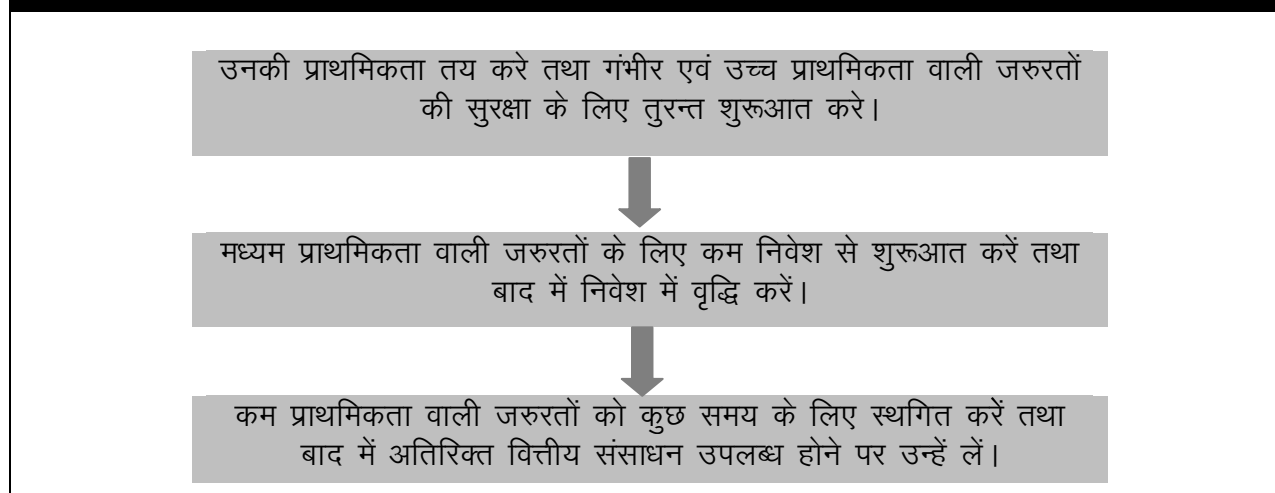
चलो कल्पना करते हैं कि प्रशान्त के पास अपनी सभी सुरक्षा जरूरतों के लिए पर्याप्त संसाधन नहीं हैं। अतः देखते हैं कि किस प्रकार बीमा अभिकर्ता उनकी प्राथमिकता क्रम तय करने में उसकी मदद कर सकता है। चलो एक एक कर उन पर विचार करते हैं।

भावी आय की सुरक्षा	<ul style="list-style-type: none"> यह आवश्यकता अत्यधिक महत्वपूर्ण मानी जाती है क्योंकि प्रशान्त की आय से अन्य सभी आवश्यकताओं/लक्ष्यों के लिए वित्तीय संसाधन प्राप्त होते हैं। अतः प्रशान्त को इसे प्राथमिकता देनी चाहिए तथा इसके लिये सुरक्षा खरीदनी चाहिए। वह एक अवधि बीमा योजना के साथ शुरुआत कर सकता है तथा बाद में जब उसके पास अधिक संसाधन उपलब्ध हो वह बचत/निवेश योजनाएँ चुन/ले सकता है। अन्य विकल्प एक परिवर्तनीय अवधि योजना से शुरु करना हो सकता है तथा बाद में इसे एक बन्दोबस्ती योजना या एक आजीवन योजना में परिवर्तन करा सकता है।
स्वयं तथा परिवार हेतु मेडिकल/स्वास्थ्य समस्याओं हेतु समाधान	<ul style="list-style-type: none"> यह जरूरत भी अत्यधिक महत्वपूर्ण मानी जाती है क्योंकि मेडिकल आपात स्थिति किसी भी समय घट सकती है। प्रशान्त एक पारिवारिक स्वास्थ्य बीमा योजना ले सकता है। वेतनभोगी व्यक्तियों के मामले में अधिकतर नियोक्ता अपने कर्मचारियों तथा उनके परिवार के लिये स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराते हैं। इन परिस्थितियों में व्यक्ति कुछ समय के लिए स्वास्थ्य बीमा खरीदना स्थगित कर सकता है यदि उसके संसाधन सीमित हो।
निशान्त की शिक्षा के लिए योजना	<ul style="list-style-type: none"> यह जरूरत उन विवाहित व्यक्तियों के लिए प्राथमिकता रखती है जिनके बच्चे हों। इस मामले में प्रशान्त एक छोटी सी राशि निवेश करके एक बाल बीमा योजना के साथ शुरुआत कर सकता है; तथा बाद में जब उसके पास पर्याप्त संसाधन हो, वह इस लक्ष्य के लिए निवेश बढ़ा सकता है।
निशान्त के विवाह के लिए योजना	<ul style="list-style-type: none"> यह जरूरत उन व्यक्तियों द्वारा कुछ समय तक स्थगित की जा सकती है जो अपनी सभी सुरक्षा जरूरतों को पूरा करने में असमर्थ होते हैं, जबकि पर्याप्त वित्तीय संसाधन सम्पन्न लोग अन्य लक्ष्यों के साथ इस लक्ष्य के लिए निवेश करना शुरु कर सकते हैं।
गृह ऋण तथा कार ऋण के पुनर्भुगतान की व्यवस्था	<ul style="list-style-type: none"> इस जरूरत के लिए सुरक्षा खरीदना बहुत महत्वपूर्ण है। यदि परिवार के कमाने वाले को कुछ भी हो जाता है तथा यदि परिवार ई एम आई के भुगतान में समर्थ नहीं है तो लेनदार सम्पत्ति पर कब्जा कर सकते हैं तथा अपनी बकाया धन राशि की वसूली के लिए उसे बेच सकते हैं। गृह ऋण के लिए व्यक्ति एक गृह ऋण सुरक्षा बीमा पॉलिसी बैंक से खरीद सकता है तथा कार ऋण के लिए

	अवधि बीमा कवर बढ़ा सकता है।
सेवानिवृत्ति के लिए योजना	<ul style="list-style-type: none"> यह एक महत्वपूर्ण जरूरत है परन्तु यदि किसी व्यक्ति के पास पर्याप्त वित्तीय संसाधन न हो तो वह एक छोटी राशि का योगदान करके शुरूआत कर सकता है तथा बाद में जब उसके पास अधिक वित्तीय संसाधन हो तो इसे अपनी आवश्यकतानुसार इस लक्ष्य के लिए निवेश बढ़ा सकता है। पेंशन के बारे में हम विस्तार से अगले दो अध्याय में दृष्टिपात करेंगे।

सुरक्षा जरूरतों के प्रति एक विवेकपूर्ण दृष्टिकोण होगा:

चित्र 5.3



संस्तुत क्रिया

अपनी स्वयं की सुरक्षा जरूरतों की सूची बनाइए। इसके पश्चात् उन्हें गंभीर, उच्च, मध्य तथा कम प्राथमिकता कम में रखें।

चलो अब इस विषय पर वापस लौटते हैं कि किस प्रकार 'प्रशान्त का जीवन एक अधिक कष्टकर मोड़ ले लेता है' तथा देखे कि प्रशान्त को अपनी तथा अपने परिवार की जरूरतों हेतु सही बीमा सुरक्षा चुनने में किस प्रकार प्राथमिकता क्रम निर्धारित करना चाहिए।

प्रकरण-अध्ययन: प्रशान्त का जीवन पुनः पटरी पर आ जाता है।



प्रकरण अध्ययन के पूर्वाद्ध में सुनहरे भारत की सुखद छवि उभरती हैं, जबकि उत्तरार्ध में जीवन के कटु सत्य का वर्णन है। इससे उजागर होता है कि जीवन किस प्रकार आपको अचम्भित कर सकता है तथा यदि आप तैयार नहीं हैं तो वह आपका परिवार ही होगा जिसे परिणाम सहना पड़ेगा।

हम अब विश्लेषण करेंगे कि किस प्रकार प्रशान्त अपनी योजनाओं को गलत पाता है तथा बीमा किस प्रकार उसकी जरूरतें पूरी कर सकता था।

अवधि बीमा: प्रशान्त परिवार का एकमात्र कमाने वाला सदस्य हैं, अतः उसे यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसके शेष कार्यशील जीवन में अर्जित की जाने वाली आय सुरक्षित रहे। संक्षेप में कहा जा सकता है कि प्रशान्त के जीवित रहने या न रहने दोनों ही स्थितियों में उसका परिवार आर्थिक रूप से पीड़ित नहीं होना चाहिए। बीमा किसी व्यक्ति के न रहने से उत्पन्न हुए भावनात्मक शून्यता को नहीं भर सकता है परन्तु वह कम से कम वित्तीय शून्यता भर सकता है। प्रशान्त को एक बन्दोबस्ती योजना के स्थान पर उतनी ही प्रीमियम राशि से एक अवधि बीमा लेना चाहिए जो सेवानिवृत्ति की आयु तक उसके द्वारा अर्जित किए जाने वाले वेतन की कुल राशि के बराबर हो। जबकि प्रशान्त ने एक बन्दोबस्ती पॉलिसी का चयन किया है जो उसके परिवार को मात्र एक वर्ष तक भी समुचित आर्थिक सुरक्षा प्रदान नहीं कर सकेंगी। साथ ही प्रशान्त ने उक्त बन्दोबस्ती योजना आयकर से छूट पाने हेतु न कि परिवार को आर्थिक सुरक्षा उपलब्ध कराने के लिये ली। यदि प्रशान्त एक बन्दोबस्ती योजना के स्थान पर एक अवधि बीमा योजना खरीदता तो वह उसी रु. 20,000 के प्रीमियम से एक बहुत बड़ी बीमा राशि का कवर पायेगा जो उसके न रहने की स्थिति में गृह ऋण, कार ऋण तथा परिवार की अन्य जरूरतों को भी पूरा करेगा।

बाल बीमा : प्रशान्त के पास स्वयं की पर्याप्त बीमा सुरक्षा नहीं है इसी समय वह निशान्त की शिक्षा के लिए म्यूचुअल फण्ड में निवेश कर रहा है। प्रशान्त की मृत्यु होने पर म्यूचुअल फण्ड में निवेश बन्द हो जाता है तथा निशान्त की शिक्षा की योजना ध्वस्त हो जाती है। प्रशान्त को निशान्त की शिक्षा की योजना के लिए बाल शिक्षा योजना का चयन करना चाहिए। यह योजना सुनिश्चित करेगी कि प्रशान्त की मृत्यु हो जाने पर, बीमा कम्पनी प्रीमियम का भुगतान स्वयं जारी रखेगी तथा निशान्त की शिक्षा की योजना के साथ समझौता नहीं किया जायेगा।

गृह ऋण तथा कार ऋण : जब प्रशान्त की देनदारियाँ/उत्तरदायित्व बढ़ता हैं, तो अतिरिक्त दायित्वों को कवर करने के लिए अवधि बीमा बढ़ाना चाहिए। इस परिदृश्य में पर्याप्त बीमा सुनिश्चित करेगा कि प्रशान्त के न रहने पर बीमा राशि कार तथा गृह ऋणों को चुकता करने में उपयोग में लाई जा सकती है, तथा प्रशान्त का परिवार कार का उपयोग तथा उसी मकान में रहना जारी रख सकता है।

सेवानिवृत्ति योजनाएँ: एक बन्दोबस्ती योजना के बजाय, प्रशान्त को एक बढ़ते कवर की अवधि बीमा का चयन करना चाहिए जो शेष राशि को एक समुचित सेवानिवृत्ति बीमा योजना में लगवा दें।

सारांश

इस अध्याय में हमने देखा हैं कि किस प्रकार उचित नियोजन तथा सही जीवन बीमा उत्पाद व्यक्ति की मृत्यु या अपंगता होने पर उसके परिवार की आर्थिक सुरक्षा कर सकता है, तथा जीवन में किसी “विपत्ति या विषम परिस्थितियाँ” उत्पन्न हो सकने के दुष्प्रभाव के भय से मुक्त होकर जी सकता है।

एक व्यावसायिक जीवन बीमा अभिकर्ता के रूप में आपको :

- उपलब्ध जीवन बीमा उत्पादों के लक्षणों (गुणों एवं लाभों) को जानने की जरूरत होगी।
- किसी व्यक्ति की सुरक्षा जरूरतों का विश्लेषण करने में समर्थ होना चाहिए। तथा
- यह निर्णय लेने में समर्थ होना चाहिए कि उन जरूरतों को पूरा करने में किस प्रकार और किन उत्पादों का चयन किया जाये।



मुख्य पद

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

सुरक्षा जरूरतें

- एक व्यक्ति के लिए विभिन्न जरूरतों जैसे आय की सुरक्षा, मेडिकल खर्चों की भरपाई, बच्चों की शिक्षा, बच्चों का विवाह, विभिन्न सम्पत्तियों हेतु ऋण, तथा उसके परिवार के भरण पोषण के लिए सुरक्षा आवश्यक हो सकती है।
- सुरक्षा जरूरतों को प्रभावित करने वाले कारकों में: आयु, आश्रित लोग, आय, सम्पत्तियाँ, तथा दायित्व शामिल हैं।

बीमा उत्पाद

- अधिकतर जीवन बीमा योजनाओं में दो मूल तत्व, मृत्यु कवर तथा परिपक्वता लाभ होते हैं।
- एक अवधि बीमा योजना में पॉलिसी अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर केवल मृत्यु कवर प्रदान किया जाता है।
- एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना परिपक्वता लाभ/उत्तरजीविता लाभ प्रदान करती है यदि बीमित व्यक्ति योजना की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है।
- एक बन्दोबस्ती बीमा योजना एक अवधि योजना तथा एक शुद्ध बन्दोबस्ती योजना का मिश्रण होता है। इसमें पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर एक विनिर्दिष्ट मृत्यु कवर राशि नामिति/लाभग्रहिता को दिया जाता है या बीमित व्यक्ति को परिपक्वता लाभ/उत्तरजीविता लाभ दिया जाता है यदि बीमित योजना की सम्पूर्ण अवधि तक जीवित रहता है।
- बन्दोबस्ती योजना में बचत का तत्व भी होता है। बीमा कम्पनियाँ निवेश पर अर्जित प्रतिफल पर बोनस की घोषणा करती हैं।
- एक आजीवन योजना व्यक्ति के सम्पूर्ण अवधि को कवर करता है।
- परिवर्तनीय बीमा योजनाएँ एक जीवन बीमा योजना से अन्य जीवन बीमा योजना में परिवर्तन की अनुमति देती हैं।
- संयुक्त जीवन बीमा योजनाएँ एक ही पॉलिसी के अन्तर्गत दो व्यक्तियों को बीमा कवर प्रदान करती हैं।
- किसी व्यक्ति द्वारा बीमा कम्पनी को एक मुश्त (कय मूल्य) या एक विनिर्दिष्ट वर्षों तक भुगतान की गई किश्त के बदले में प्राप्त होने वाला नियमित भुगतान एन्यूटी होती है।
- समूह बीमा योजनाएँ लोगों के एक समूह को बीमा सुरक्षा प्रदान करती हैं जो एक सामान्य उद्देश्य के लिए एक साथ किसी समूह में होते हैं।
- सूक्ष्म बीमा योजनाएँ अल्प आय वाले लोगों को बीमा कवर प्रदान करती हैं।
- यूनिट-लिंक्ड बीमा योजनाएँ (ULIP) बीमित व्यक्ति को पूँजी बाजार की वृद्धि इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिंदुओं का संक्षिप्त विवरण:- में भाग लेने का अवसर प्रदान करती हैं।
- यूलिप (ULIP) में निवेश जोखिम बीमित द्वारा वहन किया जाता है न कि परम्परागत योजनाओं की तरह बीमा कम्पनी द्वारा।
- बाल बीमा योजनाएँ अभिभावकों को उनके बच्चों की भावी वित्तीय जरूरतों जैसे शिक्षा, विवाह आदि की सुरक्षा में मदद करती हैं।
- मनी-बैंक पॉलिसियों में विनिर्दिष्ट अन्तराल पर पॉलिसी की अवधि के दौरान पॉलिसीधारक को

“आंशिक उत्तरजीविता हित लाभ” का भुगतान किया जाता है।

- वेतन बचत योजना (एस एस एस) कोई विशिष्ट बीमा योजना नहीं होती है। इसमें केवल प्रीमियम एकत्रित करने की सुविधाजनक व्यवस्था होती है। इन योजनाओं में, बीमा कम्पनी नियोक्ता के साथ एक व्यवस्था करता है, जिसमें नियोक्ता कर्मचारी के वेतन से प्रीमियम की कटौती करता है तथा उसे प्रतिमाह बीमा कम्पनी को भेज देता है।

कराधान एवं मुद्रास्फीति

- आयकर अधिनियम की धारा 80C के अन्तर्गत, एक वित्तीय वर्ष में बीमा योजनाओं के लिए रु. 1,00,000 तक दिया गया प्रीमियम का भुगतान कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है।
- आयकर लाभ के लिए, किसी एक वर्ष में प्रीमियम, बीमा धन के 20% से अधिक नहीं होना चाहिए या बीमा धन प्रीमियम का कम से कम 5 गुना या अधिक होना चाहिए।
- आयकर अधिनियम की धारा 10(10D) के अन्तर्गत किसी जीवन बीमा कम्पनी से प्राप्त परिपक्वता लाभ या मृत्यु कवर कर मुक्त होता है।
- अवधि लम्बी होने पर मुद्रास्फीति बीमा कवर के मूल्य को कम कर देता है।
- कुछ बीमा कम्पनियाँ मुद्रास्फीति के साथ सामंजस्य बनाये रखने के लिए नियमित अन्तराल पर बीमा कवर में वृद्धि का लाभ प्रस्तावित करती हैं।
- कुछ बीमा कम्पनियाँ बीमा कवर में नियमित अन्तराल पर कमी का लाभ प्रस्तावित करती हैं जो ऋणों के मामलों में उपयोगी होता है क्योंकि समय बीतने के साथ ऋण राशि घटती जाती है।

सुरक्षा जरूरतों को प्राथमिकता क्रम में रखना

- जिस व्यक्ति के पास सीमित वित्तीय संसाधन होते हैं तथा एक ही समय में सभी सुरक्षा जरूरतों के लिए निवेश नहीं कर सकता है उसके लिए प्राथमिकता निर्धारित करना महत्वपूर्ण होता है।
 - एक व्यक्ति अपनी जरूरतों का प्राथमिकता क्रम जैसे गंभीर, उच्च प्राथमिकता, मध्यम प्राथमिकता, तथा निम्न प्राथमिकता तय कर सकता है तथा तदनुसार इनके लिए संसाधन आवंटित कर सकता है।
-



प्रश्न-उत्तर

5.1 अधिकांश बीमा योजनाओं में दो मूल तत्त्व होते हैं:-

- **मृत्यु कवर** – यह राशि पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने की स्थिति में नामिति/लाभग्रहिता को भुगतान की जाती है।
- **परिपक्वता लाभ** – यह राशि पॉलिसी की परिपक्वता पर भुगतान की जाती है यदि बीमित व्यक्ति पॉलिसी की अवधि तक जीवित रहता है। कुछ पॉलिसियाँ जैसे मनी-बैंक पॉलिसियाँ परिपक्वता से पूर्व पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति को समय-समय पर भुगतान भी करती हैं ये उत्तरजीविता हित लाभ कहलाते हैं।

5.2 एक समूह बीमा योजना के लक्षण निम्नानुसार हैं:-

- एक समूह बीमा पॉलिसी लोगों के समूह को बीमा सुरक्षा प्रदान करती है जो एक सामान्य उद्देश्य से किसी समूह में सम्मिलित होते हैं।
- लोगों का समूह हो सकता है:-
 - एक संगठन के कर्मचारी;
 - एक बैंक के ग्राहक;
 - एक ट्रेड यूनियन (मजदूर संघ) के सदस्य;
 - एक व्यवसायिक निकाय जैसे लेखाकार संघ के सदस्य, या
 - लोगों का अन्य कोई समूह जो उद्देश्य की सामानता के कारण एक साथ आते हैं या एक सामान्य उद्देश्य के लिए एक दूसरे से जुड़े रहते हैं।
- एक समूह बीमा पॉलिसी में बीमा कम्पनी समूह के सभी सदस्यों को कवर करती हुई एक मास्टर पॉलिसी जारी करती है। उदाहरण के लिए : बीमा कम्पनी एक नियोक्ता को कम्पनी के सभी कर्मचारियों को कवर करती हुई एक मास्टर पॉलिसी जारी करेगी। नियोक्ता “मास्टर पॉलिसीधारक” के नाम से जाना जायेगा।
- बीमा का अनुबंध बीमा कम्पनी तथा मास्टर पॉलिसीधारक के मध्य होता है। कर्मचारी बीमा अनुबंध के प्रत्यक्ष पक्षकार नहीं होते हैं।
- समूह बीमा योजनाएँ समूह (गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले लोग) को बीमा कंवर प्रदान करके समाज कल्याण के साधन के रूप में सरकार द्वारा भी उपयोग की जाती है।
- जुलाई 2005 में बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (इरडा) ने समूह बीमा पॉलिसियों पर एक मार्गदर्शिका जारी की है।

स्व-परीक्षण प्रश्न



- | | |
|---|--|
| 1 | एक व्यक्ति की विभिन्न सुरक्षा जरूरतों की सूची बनाइये। |
| 2 | परिवर्तनीय योजनाएँ क्या होती हैं? उनका महत्त्व क्या होता है? |

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	<p>एक व्यक्ति की विभिन्न सुरक्षा जरूरतों में शामिल है:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • आय सुरक्षा; • मेडिकल खर्चों की जरूरतें; • बच्चों की शिक्षा; • बच्चों के विवाह; • विभिन्न सम्पत्तियों पर ऋण तथा • परिवार की सुरक्षा।
2	<p>परिवर्तनीय बीमा योजना एक प्रकार की योजना से दूसरे में परिवर्तित हो सकती है। उदाहरण के लिए एक अवधि बीमा योजना एक बन्दोबस्ती योजना या एक आजीवन योजना या बीमा कम्पनी द्वारा स्वीकृत अन्य किसी योजना में परिवर्तित हो सकती है।</p> <p>एक परिवर्तनीय योजना तब उपयोगी होती है जब बीमित व्यक्ति एक उच्च प्रीमियम भुगतान को वहन नहीं कर सकता है। इसलिए वे एक कम प्रीमियम के साथ अवधि बीमा योजना के साथ शुरू कर सकते हैं तथा फिर उसे एक उच्चतर प्रीमियम की बन्दोबस्ती योजना या आजीवन योजना में परिवर्तित करवा सकते हैं। योजना परिवर्तन के समय बीमित व्यक्ति को मेडिकल जाँच भी नहीं करवानी पड़ती है। परिवर्तनीय योजना का अन्य लाभ यह है कि परिवर्तन के समय पुनः जोखिमांकन निर्णय भी नहीं लिया जाता है।</p>

अध्याय-6

बचत उत्पाद

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A बचत/निवेश सलाह की जरूरत	6/3
B किसी व्यक्ति की बचत जरूरत को निर्धारित करने वाले कारक	6/4
C बचत उत्पादों की विशेषताएँ एवं लाभ	6/7
D बचत उत्पादों के प्रकार	6/10
E बचत उत्पादों पर कर एवं मुद्रास्फीति प्रभाव	6/15
F बचत उत्पादों पर ब्याज दर का प्रभाव	6/17
G बचत जरूरतों की प्राथमिकता तय करना	6/18
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल समर्थ होंगे:—

- बचत उत्पादों पर व्यवसायिक सलाह की जरूरत जानने में;
- व्यक्ति की बचत जरूरत को निर्धारित करने वाले कारकों की व्याख्या करने में;
- बचत उत्पादों की मुख्य विशेषताओं एवं लाभों का वर्णन करने में;
- बाजार में उपलब्ध मुख्य बचत उत्पादों की चर्चा करने में;
- बचत उत्पादों पर कर एवं मुद्रास्फीति प्रभाव का वर्णन करने में;

- बचत उत्पादों पर ब्याज दर के प्रभाव का वर्णन करने में
- व्यक्ति की बचत जरूरतों की प्राथमिकता तय करना तथा इन जरूरतों को पूरा करने के लिए बचत एवं निवेश उत्पाद लेना।

परिचय

पिछले अध्याय में हमने **जीवन बीमा** के उन प्रकारों के बारे में पढ़ा है जो ग्राहक की मृत्यु या अपंगता से उत्पन्न होने वाली सुरक्षा जरूरतों को पूरा कर सकती है। जैसा कि हमने अध्याय 1 में देखा है कि एक जीवन बीमा अभिकर्ता की भूमिका केवल जीवन बीमा का विक्रय करने तथा उस पर सलाह देने तक सीमित नहीं है—आपसे ग्राहक को बचत उत्पादों सहित वित्तीय उत्पादों पर सलाह देने की भी अपेक्षा होगी।

इस अध्याय में हम अपना ध्यान बाजार में उपलब्ध **बचत उत्पादों** की श्रृंखला पर केन्द्रित करेंगे, उसके पश्चात हम अगले अध्याय में कुछ अन्य वित्तीय उत्पादों जैसे कि स्वास्थ्य सुरक्षा तथा दुर्घटना बीमा उत्पादों पर नजर डालेंगे।

ऐतिहासिक तौर पर शब्द “बचत” का उपयोग नियमित रूप से छोटी-छोटी राशियों को जमा करने से एक पूँजी के सृजन करने की प्रक्रिया का वर्णन करने में किया जाता है। शब्द “निवेश” का उपयोग मुख्यतः अच्छे प्रतिफल की आशा में कुछ उत्पादों में बची शेष आय या एकमुश्त पूँजी को लगाने का वर्णन करने में किया जाता है। आजकल “बचत” और “निवेश” का प्रयोग अक्सर एक दूसरे के लिये किया जा रहे हैं।



ध्यान रहे !

अधिकांश लोगों को जीवन में अपने वित्तीय उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए एक बचत/निवेश योजना से सहायता की जरूरत होती है।

किसी व्यक्ति को चयन करने के लिए बाजार में कई बचत/निवेश उत्पाद उपलब्ध हैं: वे एक मुश्त राशि द्वारा या छोटी-छोटी राशियों का समय-समय पर भुगतानों द्वारा उत्पादों में निवेश का चयन कर सकते हैं। हम इनमें से कुछ उत्पादों पर नजर डालेंगे तथा अपने ग्राहकों के लिए उपयुक्त बचत आधारित उत्पादों के चयन में व्यावसायिक सलाहकारों की महत्वपूर्ण भूमिका को भी उजागर करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

सम्पत्ति प्रबन्धन कम्पनी (ए एम सी)	चक्रवृद्धि	ग्रेच्युटी	परम्परागत जमा योजनाएँ
बैंक जमा	आय से उपलब्ध बचत	लॉक-इन अवधि	बचत जरूरतें
बॉण्ड्स	वित्तीय योजना विश्लेषण प्रक्रिया	निवेशकों की सुविधा	अंश/शेयर
बाल योजनाएँ	डाकघर बचतें	म्यूच्युल फण्ड	लेन देन की गतिशीलता
संचयी जमाएँ	निधि प्रबन्धक	ब्याज दरें	कराधान एवं कर नियोजन

A बचत/निवेश सलाह की जरूरत

प्रत्येक व्यक्ति की बचत जरूरतें अलग-अलग होती हैं। अधिकांश लोग निवेश करने में विवेकशील निर्णय नहीं लेते हैं क्योंकि वे प्रायः उत्पाद की विशेषताएँ तथा अपनी वित्तीय जरूरतों को पूर्णतः जाने बिना कुछ उत्पादों में निवेश करते हैं। ये बे सिर पैर के निर्णय प्रायः अपने सहकर्मियों के प्रभाव में यादृच्छिक रूप से या कर-बचत करने के अन्तिम समय में आखिरी सहारे के रूप में भी लेते हैं।

इस भाग में हम उन दो मुख्य कारणों के बारे में चर्चा करेंगे जिनके लिए व्यक्ति को अपनी बचत एवं निवेश जरूरतों के सम्बन्ध में व्यावसायिक सलाह लेनी चाहिए।

A1 वित्तीय नियोजन प्रक्रिया के बारे में अनभिज्ञता

व्यक्ति प्रायः अपनी बचत एवं निवेश जरूरतों को पहचानने में असमर्थ होते हैं। वे अपनी दीर्घावधि निधि की जरूरतों की तुलना में अल्प अवधि की जरूरतों की पूर्ति पर केन्द्रित रहते हैं। बचत की तुलना में व्यय की प्रवृत्ति भी अधिक होती है क्योंकि बचत से अमूर्त भावी लाभों की तुलना में उपभोक्ता वस्तुओं की तात्कालिक जरूरत अधिक दिखाई देने वाली एवं बलवती/दृढ़ होती है।

व्यावसायिक बीमा अभिकर्ता व्यक्ति को वित्तीय नियोजन प्रक्रिया के माध्यम से उसकी मदद करता है। जिससे वे अपनी वर्तमान तथा भावी वित्तीय जरूरतों को पहचान कर सकें। व्यक्ति के दीर्घावधि लक्ष्यों में उसके बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए राशि, एक मकान खरीदने के लिए बचत राशि या लिये गये वर्तमान गृह ऋण के शीघ्र पुर्नभुगतान के लिए तथा उसकी सेवानिवृत्ति की योजना के लिए बचत राशि शामिल हो सकती है।

A2 उपलब्ध वित्तीय उत्पादों की पूर्ण श्रृंखला के बारे में अनभिज्ञता

अधिकतर लोगों को बाजार में उपलब्ध विभिन्न बचत एवं निवेश उत्पादों के बारे में जानकारी नहीं होती है अतः वे अपनी वित्तीय जरूरतों की पूर्ति करने वाले समुचित उत्पादों के चयन करने में असमर्थ होते हैं।

इस स्थिति में बीमा अभिकर्ता निम्न प्रकार सहायता कर सकता है:-

- उपलब्ध विभिन्न उत्पादों की अच्छी जानकारी प्राप्त करके;
- व्यक्ति की वित्तीय जरूरतों की पूर्ति करने वाले उत्पादों का चयन करके;
- उत्पादों से मिलने वाले कर-बचत युक्त प्रतिफल का मूल्यांकन कर, उत्पादों में उनमें उपलब्ध कर लाभों को व्यक्ति से कर देयता तथा कर से प्राप्त छूट में तालमेल स्थापित करके।

सारांश में, अभिकर्ता को अपने वित्तीय नियोजन कौशल का उपयोग करके गुणवत्ता युक्त सलाह देकर भावी निवेशक का मार्गदर्शन करना चाहिए इस प्रकार उद्देश्यपरक तथा आवश्यकता आधारित तरीकों से बचत हेतु प्रोत्साहित करना चाहिए तथा मात्र अधिकाधिक प्रतिफल पाने की लालसा को प्रोत्साहित नहीं करना चाहिए।



संस्तुत क्रिया

अपनी पसन्द की किसी कम्पनी के इरडा (IRDA) द्वारा प्रमाणित जीवन बीमा अभिकर्ता के पास जायें। यह समझने के लिए उनके साथ व्यक्तिगत साक्षात्कार आयोजित करें कि वे अपने ग्राहकों की वित्तीय जरूरतों को किस प्रकार पहचानते हैं तथा चर्चा करें कि किस प्रकार वित्तीय नियोजन प्रक्रिया कार्य करती है।

B किसी व्यक्ति की बचत जरूरतों को निर्धारित करने वाले कारक

इस भाग में हम किसी व्यक्ति को हो सकने वाली विभिन्न सामान्य तथा विशिष्ट बचत जरूरतों को निर्धारित करने वाले कुछ कारकों पर दृष्टि डालेंगे।

B1 सामान्य बचत जरूरतें

व्यक्ति विभिन्न बचत उत्पादों में निवेश करके अपना भविष्य सुरक्षित कर सकते हैं। जिन लोगों के पास वर्तमान में पूँजी नहीं है उन्हें अपनी आय से बचत द्वारा पूँजी संचित करने की आवश्यकता होती है तथा जिनके पास समुचित पूँजी है उन्हें उसे बुद्धिमत्तापूर्वक निवेश करके उसके मूल्य को बनाये रखने की आवश्यकता है।

B1A पूँजी रहित व्यक्ति

किसी व्यक्ति की सही एवं समुचित बचत जरूरतें उसके लिए विशिष्ट होती हैं। बहुत से लोग अपनी किसी विशेष आवश्यकता या लक्ष्यके लिए बचत करते हैं परन्तु उसके लिए व्यवस्थित एवं सुनियोजित वित्तीय नियोजन नहीं करते हैं फलस्वरूप वह अपनी सभी वित्तीय आवश्यकताओं की पहचान नहीं कर पाते हैं। किसी व्यक्ति की विस्तृत वित्तीय नियोजन प्रक्रिया में निम्नांकित कुछ **सामान्य** बचत जरूरतें/वित्तीय लक्ष्य सम्मिलित की जा सकती हैं :-

- किसी मेडिकल आकस्मिकता या अस्थाई रोजगार खो देने इत्यादि के कारण अकल्पित वित्तीय कठिनाईयों की पूर्ति के लिए एक आकस्मिक/आपातकालीन निधि बनाना;
- बच्चों की उच्च शिक्षा के लिए योजना बनाना एवं निवेश करना;
- बच्चों के विवाह के लिए योजना बनाना एवं निवेश करना;
- एक पहला मकान या दूसरा मकान (यदि व्यक्ति के पास पहले से एक हो) खरीदना तथा शीघ्रताशीघ्र गृह ऋण का पुनर्भुगतान करना;
- अन्य लक्ष्यों जैसे एक कार खरीदने, परिवार सहित वार्षिक अवकाश यात्रा की योजना बनाना तथा निवेश करना; तथा बच्चों की आधारभूत शिक्षा, अपने व्यवसाय के लिए प्रारम्भिक पूँजी संचित करना तथा दान के लिए धन की व्यवस्था करना आदि हेतु योजना बनाना तथा निवेश करना।
- नियमित मासिक आय के बन्द होने पर बिना किसी बात पर समझौते किये अपने वर्तमान जीवन स्तर को बनाये रखने के लिए सेवानिवृत्ति निधि की योजना बनाना तथा स्थापना करना।

ध्यान रहे!

यह याद रखना महत्वपूर्ण है कि वित्तीय नियोजन एक बार में सम्पन्न होने वाली गतिविधि नहीं है। निवेश लक्ष्यों की प्राप्ति हो जाने तक इन लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए नियमित रूप से समीक्षा की जरूरत होती है।



B1B व्यक्ति जिनके पास पूँजी है

पूँजी वाले व्यक्तियों की सामान्यतः निम्न बचत जरूरतें होती हैं :-

- अपने वर्तमान सम्पत्ति को भावी जरूरतों के लिए जितना संभव हो उतना बढ़ाने की जरूरत। इसमें कोई नया व्यवसाय शुरू करने के लिए प्रारम्भिक पूँजी, विश्व भ्रमण करना; लोकहितकारी उद्देश्यों हेतु दान करना तथा इसी प्रकार की अन्य जरूरतें शामिल होती हैं।
- यह सुनिश्चित करने की जरूरत कि अपने बच्चों के लिए विरासत रूप में पर्याप्त पूँजी अपने पीछे छोड़ जायें।
- यह सुनिश्चित करने की जरूरत कि अपनी सेवानिवृत्ति पर एक निश्चित जीवन स्तर बनाये रखने के लिए पर्याप्त आय हो।

B2 किसी व्यक्ति की बचत जरूरतों को निर्धारित करने वाले कारक—

किसी व्यक्ति की यथार्थ बचत आवश्यकताओं को निर्धारित करने वाले मुख्य कारक निम्नानुसार हैं :-

B2A निवेश की अवधि

किसी व्यक्ति की धन निवेशित रखने की अवधि कितनी हो बचत जरूरत निर्धारित करने का एक महत्वपूर्ण कारक है। जीवन बीमा अभिकर्ता को चाहिए कि वह व्यक्ति को उस राशि का निर्धारण करने में मदद करें जो उसके भविष्य के लिये बचत की जरूरत हों। जहाँ व्यक्ति को एक निर्दिष्ट वर्षों की समाप्ति पर एक निर्धारित **बचत लक्ष्य** प्राप्त करनी हो तो बचत अवधि की दीर्घता निर्धारित करती है कि कितनी धनराशि एक मुश्त या नियमित अंशदान की श्रृंखला के रूप में निवेश करनी चाहिए।



ध्यान रहे !

बचत लक्ष्य व्यक्ति की आय, आश्रितों की संख्या, उनकी सम्पत्तियाँ एवं दायित्व, आय से उपलब्ध बचत, निवेश का प्रत्याशित प्रतिफल तथा धन निवेशित रखने की इच्छित समयावधि पर निर्भर करते हैं।



प्रकरण—अध्ययन

गोपाल, दीपक तथा पवनदीप एक प्रतिष्ठित बहुराष्ट्रीय कम्पनी (एम एन सी) के लिए कार्य कर रहे वेतनभोगी व्यक्ति हैं तथा वे सभी 60 वर्ष की आयु पर सेवानिवृत्ति हेतु योजना बनाते हैं।

गोपाल 30 वर्षीय विवाहित, एक बच्चे का पिता है। वह स्वयं के लिए रु. एक करोड़ की सेवानिवृत्ति निधि लक्ष्य बनाता है।

दीपक 40 वर्षीय तथा विवाहित, दो बच्चों का पिता है। वह भी अपने लिए रु. एक करोड़ की सेवानिवृत्ति निधि का लक्ष्य बनाता है।

पवनदीप 50 वर्षीय है तथा वह भी अपने लिए रु. एक करोड़ की सेवानिवृत्ति निधि का लक्ष्य बनाता है। गोपाल के पास लक्ष्य प्राप्ति के लिए 30 वर्ष, दीपक के पास 20 वर्ष तथा पवनदीप के पास 10 वर्ष हैं।

उनके निवेश पर 12% प्रतिफल को मानकर निम्न सारणी मासिक निवेश दर्शाती है जो तीनों व्यक्तियों को करना होगा यदि वे अपनी सेवानिवृत्ति लक्ष्य प्राप्त करना चाहते हैं :-

व्यक्ति का नाम	वर्तमान आय	सेवानिवृत्ति में बचे वर्ष	सेवानिवृत्ति निधि लक्ष्य	अपेक्षित वार्षिक प्रतिफल	आवश्यक मासिक निवेश
गोपाल	30	30	रु. 1,00,00,000	12%	रु. 3277
दीपक	40	20	रु. 1,00,00,000	12%	रु. 10975
पवनदीप	50	10	रु. 1,00,00,000	12%	रु. 45060

हम उपरोक्त सारणी से देख सकते हैं कि व्यक्ति को निवेश के लिए जितना अधिक समय मिलता है, लक्ष्य की प्राप्ति के लिए आवश्यक मासिक निवेश राशि उतनी ही कम होगी। इसलिए सेवानिवृत्ति के लिए बचत जितनी जल्दी संभव हो उतनी जल्दी शुरू कर देना हमेशा अच्छा रहता है।



ध्यान रहे !

अधिक लम्बी अवधि तक चक्रवृद्धि व्यवस्था का परिणाम आश्चर्य चकित कर देता है। चक्रवृद्धि व्यवस्था में, (त्रैमासिक, अर्द्धवार्षिक, वार्षिक आधार पर) अर्जित ब्याज मूलधन सहित पुनः निवेशित किये जाने के कारण उच्चतर प्रतिफल की प्राप्ति होती है।

B2B आय में से देने योग्य राशि

किसी व्यक्ति द्वारा किया जाने वाला नियमित निवेश उस पर उपलब्ध बचत राशि अथवा उसकी अधिशेष राशि पर भी निर्भर करता है। अन्ततः यह व्यक्ति की आय, उसके आश्रितों की संख्या तथा उसके वर्तमान दायित्वों पर निर्भर करेगी। अधिशेष राशि किसी व्यक्ति के सभी मासिक दायित्वों की पूर्ति के पश्चात बची अतिरिक्त धन राशि होती है।

सामान्यतः किसी व्यक्ति के जीवन में कई बार निवेश हेतु राशि आय से उपलब्ध बचत राशि भिन्न-भिन्न होगी। उदाहरण के लिए, किसी विवाहित तथा छोटे बच्चे के पिता के उत्तरदायित्व उस व्यक्ति से अधिक होंगे जो विवाहित तथा बड़े बच्चे का पिता हो तथा उसकी तुलना में आय कम होगी परिणामस्वरूप निवेश हेतु उपलब्ध राशि भी कम होगी। जैसे ही व्यक्ति अगले जीवन चक्र में प्रवेश करता जाता है, उसकी आय बढ़ेगी एवं परिणामस्वरूप ज्यादा बचत तथा ज्यादा निवेश भी संभव होगा।

इस प्रकार आप देख सकते हैं कि एक उचित उत्पाद व्यक्ति की बचत जरूरतों के चयन के सम्बन्ध में उसे ठीक लचीलापन देता है।



ध्यान रहे !

याद रखें कि किसी भी व्यक्ति को अत्याधिक बचत तथा निवेश प्रतिबद्धता के लिए प्रोत्साहित नहीं करना चाहिए अर्थात् उतना ही निवेश कराये जितना वे आराम से वहन कर सकते हैं।

B2C वर्तमान दायित्व तथा सम्पतियाँ

व्यावसायिक सलाहकार को व्यक्ति की वर्तमान सम्पतियों एवं दायित्व को ध्यान में रखना चाहिए क्योंकि ये ग्राहक की निवेश जरूरतों तथा उनमें निवेश के सामर्थ्य दोनों को प्रभावित करती है। व्यक्ति अपनी वित्तीय आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु अपनी सम्पतियों को जमानत के रूप में उधार लेने के लिए उपयोग कर सकता है।

उदाहरण

एक व्यक्ति अपनी सम्पतियों, जैसे सोना या अन्य सम्पति का जमानत के रूप में उपयोग कर क्रेडिट कार्ड में बकाया राशि चुकाने के लिए धन, व्यक्तिगत ऋण चुकाने के लिए धन या बच्चों की उच्चतर शिक्षा हेतु व्यय के लिए राशि उधार ले सकता है।



एक व्यक्ति अपने जीवन की विभिन्न स्थितियों में जैसे एक गृह ऋण, कार ऋण, बच्चों के लिए शिक्षा ऋण, व्यक्तिगत ऋण तथा क्रेडिट कार्ड हेतु ऋण लेकर दायित्व बढ़ा सकता है तथा व्यावसायिक सलाहकार को उनकी बचत तथा निवेश सलाह में ग्राहक के दायित्वों पर ध्यान देना चाहिए।

इस पर विचार करें...

आपके परिवार की बचत जरूरतें क्या हैं ? विभिन्न जरूरतों की सूची बनाइये।



C बचत उत्पादों की विशेषताएँ एवं लाभ

अब हम विभिन्न बचत उत्पादों द्वारा प्रस्तुत मुख्य विशेषताओं एवं लाभों पर नजर डालेंगे तथा विचार करेंगे कि इन विशेषताओं के आधार पर यह उत्पाद उस व्यक्ति की आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए कितने उपयुक्त हैं।

C1 पूँजी या आय वृद्धि

कुछ बचत उत्पाद नियमित आय (एक बैंक सावधि जमा द्वारा भुगतान किया गया ब्याज) देते हैं, कुछ **पूँजी वृद्धि** (सोना) देते हैं तथा अन्य दोनों का एक मिश्रण (इक्विटी शेयर) देते हैं। इन सभी उत्पादों की इस अध्याय में बाद में चर्चा की जायेगी। याद रखें कि किसी व्यक्ति का निवेश उद्देश्य उत्पाद के निवेश प्रोफाइल से मेल खाना चाहिए।

C2 गारन्टी

कुछ उत्पाद गारंटीड प्रतिफल के साथ उपलब्ध होते हैं, जबकि कुछ परिवर्तनीय प्रतिफल प्रदान करते हैं तथा अन्य गारंटीड तथा परिवर्तनीय प्रतिफलों का मिश्रण प्रदान करते हैं। अतः उत्पाद का चयन ग्राहक के जोखिम प्रोफाइल पर आधारित होना चाहिए।



उदाहरण

ए बी सी बीमा कम्पनी ने एक गारंटीड प्रतिफल वाले बीमा उत्पाद प्रस्तुत किए हैं। इस उत्पाद के लिए कम्पनी निम्न वृद्धि की **गारंटी** देती है :—

- एक पाँच वर्षीय पॉलिसी अवधि के लिए रु. 60 प्रति हजार प्रति वर्ष परिपक्वता बीमा धन।
- एक दस वर्षीय पॉलिसी अवधि के लिए रु. 65 प्रति हजार प्रति वर्ष परिपक्वता बीमा धन।

इसका प्रभावी अर्थ है कि ए बी सी बीमा कम्पनी एक पाँच वर्षीय तथा दस वर्षीय अवधि पर 6% तथा 6.5% प्रतिफल की गारंटी देती है।

C3 'लॉक—इन' अवधि

अधिकांश बचत उत्पादों में एक सशर्त लॉक—इन अवधि होती है जिसमें व्यक्ति द्वारा निधि निकाली नहीं जा सकती है। अतः ग्राहक को उत्पाद में निवेश करने से पहले अपनी जरूरतों और उस समय की अवधि पर गंभीरता से विचार कर लेना चाहिए, जिसमें धन निकाला नहीं जा सकेगा।

उदाहरण

एक कर बचत प्रदान करने वाली बैंक सावधि जमा में निवेशित राशि पर पाँच वर्ष की लॉक—इन अवधि होती है। अतः इस अवधि के दौरान निवेशक सावधि जमा से अपनी धन राशि निकाल नहीं सकता है। इस सावधि जमा पर ऋण भी नहीं ले सकते हैं, जैसे वे सामान्यतः अन्य बैंक जमाओं के मामले में ले सकते हैं।

इक्विटी—लिंक्ड बचत योजनाओं (कर बचत युक्त म्यूच्यूल फण्ड) में निवेश पर तीन वर्ष की लॉक—इन अवधि लागू होती है। इस अवधि के दौरान व्यक्ति इन म्यूच्यूल फण्ड्स से धन राशि निकाल नहीं सकता है। (लेकिन वे कुछ अन्य म्यूच्युअल फण्ड्स के मामले में ऐसा कर सकते हैं जिनमें लॉक—इन अवधि नहीं होती है।)

C4 शास्तियाँ (पेन्ल्टि)

शास्तियाँ निश्चित अवधि अनुबंधों से अपरिपक्व निधि को वापस निकालने के साथ सम्बद्ध होती हैं। यह एक महत्वपूर्ण पहलू है जिस पर ऐसे उत्पादों में निवेश करने से पूर्व विचार किये जाने की जरूरत होती है।



उदाहरण

अजय एक बैंक में 2 वर्षीय आवर्ती जमा खाता खुलवाता है जिसमें अजय रु.1000 मासिक जमा करवाता है। सात माह बाद अजय मासिक किश्तें जमा कर पाने में असमर्थ हो जाता है। वस्तुतः वह जमा राशि को निकालना भी चाहता है जो उसने पिछले सात माह में जमा किये तथा खाता बन्द करवाना चाहता है। अतः इस मामले में बैंक दो वर्षीय निर्धारित अवधि से पूर्व धन का समय से पहले निकालने पर तथा खाता बन्द करने के लिए एक शास्ति लेगा।

कई म्यूच्युअल फण्ड में लॉक—इन अवधि छः माह या एक वर्ष होती है। यदि ग्राहक लॉक—इन अवधि से पूर्व अपना धन निकालता है, तो म्यूच्युअल फण्ड में से एक **निकासी प्रभार** काटकर (लॉक—इन अवधि के भीतर निकालने के कारण) शेष राशि का भुगतान करता है।

C5 जोखिम

सभी बचत उत्पादों में एक निश्चित स्तर का जोखिम रहता है जिसे कम जोखिम, मध्यम जोखिम तथा उच्च जोखिम के रूप में रेटेड (दर निर्धारित) किया जा सकता है। कम जोखिम उत्पाद उच्च जोखिम उत्पादों की तुलना में कम प्रतिफल प्रदान करते हैं। अतः उत्पाद का चयन व्यक्ति की परिस्थितियों एवं **जोखिम वहन क्षमता (रिस्क एपिटाइट)** के आधार पर सावधानी से करना चाहिए।



उदाहरण

किसी व्यक्ति की जोखिम वहन क्षमता उसकी परिस्थितियों के आधार पर अलग-अलग होगी :-

- एक युवा व्यक्ति जो अभी कॉलेज से निकला है तथा कमाना शुरू किया है, की अपने पहले 20 वर्षों में उच्च जोखिम वहन क्षमता रखता है क्योंकि उसका दायित्व अपेक्षाकृत कम होगा।
- एक विवाहित व्यक्ति जिसके बच्चे हैं, को उसके जीवन के बीच के तीस वर्षों में, उच्च जोखिम युक्त निवेशों में निवेश की सलाह नहीं दी जाती है क्योंकि उनको अधिक दायित्वों की पूर्ति करनी होती है अतः उनकी जोखिम वहन क्षमता औसत हो सकती है।
- एक व्यक्ति जो अपनी आयु के पाँचवें दशक के उत्तरार्द्ध में हो तथा जिसके जीवन का कार्यशील जीवन समाप्ति के निकट है, की बहुत कम जोखिम वहन क्षमता होती है।

C6 खरीदने एवं बेचने की प्रक्रिया

खरीदने एवं बेचने की प्रक्रिया दो कारणों से महत्वपूर्ण होती है: किसी एकल निवेशक को सुविधा तथा लेनदेन (क्रय-विक्रय) में गति।



उदाहरण

बचत उत्पाद विभिन्न साधनों जैसे किसी एकल अभिकर्ता, इंटरनेट, कॉल सेन्टर, ए टी एम तथा निगमित अभिकर्ताओं जैसे बैंक तथा दलाल आदि के माध्यम से खरीदे जा सकते हैं। बचत उत्पाद खरीदने की प्रक्रिया सामान्यतया सरल एवं सीधी होती है बशर्ते व्यक्ति सभी दस्तावेज तुरन्त जमा करवायें। इंटरनेट के माध्यम से बचत उत्पादों का क्रय न केवल एकल निवेशक को सुविधा प्रदान करता है बल्कि लेनदेन (ट्रान्ज़ैक्शन) की गति भी बढ़ाता है।

कोई व्यक्ति दलाल की वेबसाइट के माध्यम से शेयर खरीद व बेच सकता है। यह उनके लिए सुविधाजनक है तथा लेनदेन का तत्काल कार्यान्वित होना सुनिश्चित करता है। उन्हें दलाल के कार्यालय जाने की जरूरत नहीं होती तथा दलाल के कार्यालय या कॉल सेन्टर से बात करने की जरूरत भी नहीं होती है।

इसी प्रकार यदि कोई व्यक्ति अपने कार्य से अवकाश पर हो तो उस दौरान भी वह बैंक के कॉल सेन्टर या वेबसाइट से बैंक की स्थायी जमा (फिक्स्ड डिपोजिट) ले सकता है इस तरह उन्हें बैंक शाखा जाने की जरूरत नहीं होती है। यह भी ग्राहक की सुविधा सुनिश्चित करता है।

C7 लोच्यता (फ्लेक्सिबिलिटी)

लोच्यता से तात्पर्य विभिन्न निवेशों को एक प्रकार से दूसरे प्रकार के निवेश में परिवर्तित करने तथा किसी अंशदान की भुगतान पद्धति में परिवर्तन या अस्थायी रूप से बन्द करने की सुविधा से है। उत्पाद के यह विशेषता उसके प्रति आकर्षण को आसानी से बढ़ा सकती है। उत्पाद को प्रभावित किये बिना उत्पाद की निधि में से आंशिक आहरण (धन लिकालना) की अनुमति भी देते हैं। सामान्यतः उत्पाद में जितनी अधिक लोच्यता होती है वह उतना ही अधिक उपयुक्त होता है। तथापि अंशदान में अस्थायी रूकावट तथा आंशिक आहरण की अनुमति जैसी विशेषता दीर्घकालिक निवेश प्रतिफल में कमी ला सकते हैं।



उदाहरण

यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएँ (यूलिप) पॉलिसी धारकों को उनके निवेश को एक निधि (इक्विटी) से दूसरी निधि (ऋण) में जुड़ने की अनुमति देती हैं। वे पॉलिसीधारकों को प्रीमियम अवकाश (अस्थायी रूप से अंशदान बन्द करना) तथा आंशिक आहरण की अनुमति भी देती हैं।

इस पर विचार करें...

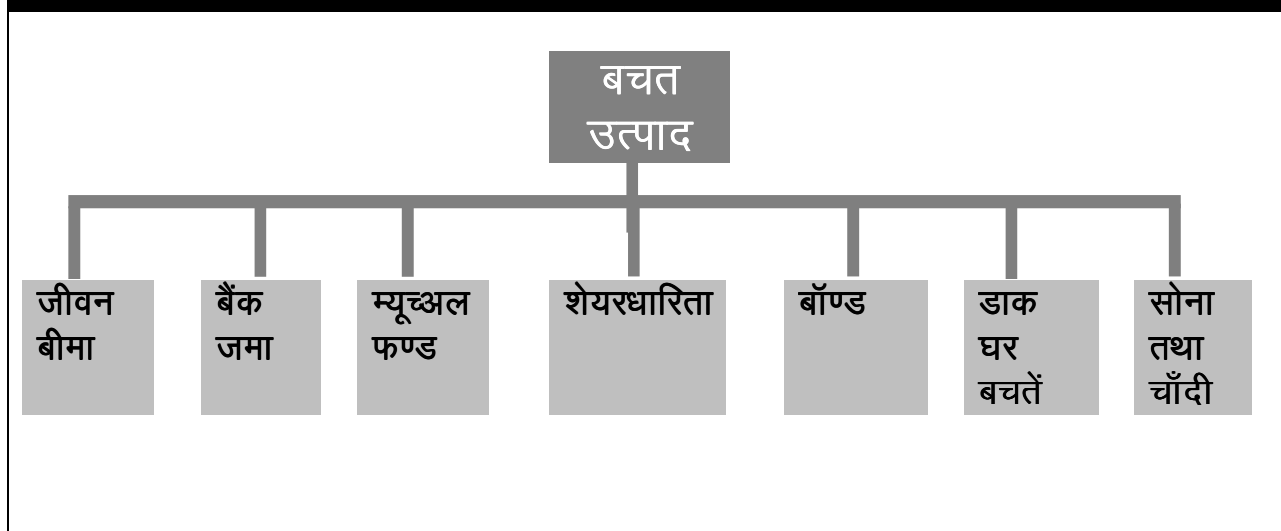
कम्पनियाँ अपने निवेश उत्पादों को उनसे सम्बद्ध जोखिम के अनुसार रेटिंग निर्धारित करती हैं। ये उत्पाद उच्च जोखिम, मध्यम जोखिम तथा कम जोखिम के रूप में रेटेड किये जाते हैं। किस प्रकार के ग्राहक उपरोक्त वर्णित निवेश उत्पाद वर्गों में से प्रत्येक में निवेश करना चाहेंगे?



D बचत उत्पादों के प्रकार

इस भाग में हम निम्नलिखित प्रकार के बचत उत्पादों की चर्चा करेंगे:

चित्र 6.1



D1 जीवन बीमा

अनेक जीवन बीमा उत्पाद प्राथमिक जीवन कवर के साथ ही बचत तत्व के साथ उपलब्ध हैं। प्रीमियम का बचत घटक बीमा कम्पनी द्वारा पॉलिसीधारक की ओर से निवेशित किया जाता है तथा अर्जित प्रतिफल बोनस के रूप में पॉलिसीधारकों के मध्य सांझा वितरित किया जाता है।

सहभागिता योजनाओं जैसे बन्दोबस्ती योजनाओं तथा आजीवन योजनाओं में बीमा कम्पनी निवेश जोखिम वहन करती है। यूलिप (ULIPs) में निवेश जोखिम पॉलिसीधारकों द्वारा वहन किया जाता है।

सुरक्षा जरूरतों के अतिरिक्त, जीवन बीमा उत्पाद निवेशकों के दीर्घावधि लक्ष्यों जैसे बच्चों की शिक्षा तथा विवाह, सेवानिवृत्ति तथा अन्य आवश्यकताओं के लिए दीर्घकालिक निधि के निवेश के लिये उत्कृष्ट पसंद होते हैं।

D2 बैंक जमा

बैंक जमा प्राचीनतम तथा अधिकतम पसंद किये जाने वाले उत्पाद है। वे ऐसे दस्तावेज (इन्स्ट्रुमेंट) हैं जिनमें कोई व्यक्ति एक बैंक में एक निश्चित अवधि के लिए निश्चित ब्याज दर पर एकमुश्त राशि का निवेश करता है। बैंक जमा दस्तावेज सामान्यतया स्थायी जमा या सावधि जमा के रूप में जानी जाती है। बैंक जमा कई अन्य निवेश उत्पादों की तुलना में सुरक्षित मानी जाती है तथा वे अच्छा प्रतिफल प्रदान करती है। बैंक जमा में राशि, अवधि, ब्याज दर तथा ब्याज भुगतान की विधि जमा के प्रारम्भ में निर्धारित कर दी जाती है।

निवेशक तीन प्रकार की जमा में से चयन कर सकता है :-

परम्परागत जमा	इस प्रकार की जमा में जमा करते समय जमाकर्ता द्वारा चयनित आधार (मासिक/त्रैमासिक/अर्द्धवार्षिक या वार्षिक) पर बैंक सम्बन्धित व्यक्ति के जमा राशि खाते में ब्याज का भुगतान करते हैं।
संचयी जमा (क्यूम्यूलेटिव)	इस प्रकार की जमा के साथ बैंक अवधि के अन्त में मूलधन तथा कुल ब्याज का भुगतान करता है। संचयी जमा में ब्याज साधारणतया त्रैमासिक चक्रवृद्धि आधार पर दिया जाता है।
आवर्ती जमा (रिकरिंग)	इस प्रकार की जमा में निवेशक चयनित अवधि तक प्रतिमाह एक निर्धारित राशि जमा करता है। ये जमा योजनाएँ उन लोगों के लिए आदर्श होती हैं जो अपने कुछ वित्तीय लक्ष्यों जैसे बच्चों की शिक्षा, विवाह, वाहन की खरीद आदि के लिए धन संचित करना चाहते हैं।

इन जमा योजनाओं में ब्याज दर परिपक्वता अवधि के आधार पर परिवर्तित होती है। बैंक ब्याज के रूप में प्रतिफल प्रदान करते हैं। जमा योजना शुरू करवाते समय बैंक में जमा कराया गया मूलधन परिपक्वता पर जमाकर्ता को लौटा दिया जाता है।

D3 म्यूचुअल फण्ड

एक म्यूचुअल फण्ड वह निधि होता है जो एक समान प्रयोजन (उद्देश्य) वाले लोगों को एक साथ लाता है। इन लोगों से एकत्रित धन उनकी ओर से निवेश कर दिया जाता है तथा प्रतिफल उनके बीच समान रूप से वितरित कर दिया जाता है। म्यूचुअल फण्ड का प्रबन्धन सम्पत्ति प्रबन्धन कम्पनी (AMC) द्वारा किया जाता है। ए एम सी (AMC) योजना के प्रयोजनों (उद्देश्यों) के अनुसार शेयरों (शेयरों), ऋण पत्रों, मुद्रा बाजार आदि में राशि निवेश करती है। ए एम सी (AMC) योग्य तथा अनुभवी निधि प्रबन्धकों (जिन्हें पोर्टफोलियो प्रबन्धक भी कहा जाता है) को नियुक्त करती है जो निवेशक द्वारा चयनित निधि (या योजना) के प्रकार के आधार पर निधि में निवेश करने हेतु उत्तरदायी होते हैं। म्यूचुअल फण्ड में निवेश करने का मुख्य लाभ जोखिम विविधिकरण (डाइवर्सिफिकेशन) होता है। किसी व्यक्ति की निधि को विभिन्न प्रतिभूतियों (सिक्क्युरिटीज) में फैलाकर (निवेश कर) न्यूनतम जोखिम लेते हुए अधिकतम प्रतिफल प्राप्त किया जाता है।

म्यूचुअल फण्ड दो प्रकार की आय प्रदान करते हैं :-

- समय समय पर म्यूचुअल फण्ड योजना द्वारा घोषित लाभांशों (डिविडेंड) के रूप में **नियमित आय**; तथा
- **पूँजी वृद्धि (कैपिटल अप्रैशिएशन)**; जहाँ म्यूचुअल फण्ड इकाईयों (यूनिटों) को खरीदे गये मूल्य से अधिक मूल्य पर बेचा जाता है।

तथापि, म्यूचुअल फण्ड निवेशों में पूँजी की हानि भी हो सकती है। म्यूचुअल फण्ड योजना द्वारा जिन कम्पनियों में निवेश किया गया हो यदि उनका वित्तीय प्रदर्शन खराब रहता है, तो उन कम्पनियों के अंश (शेयर) मूल्यों में गिरावट होगी। इससे म्यूचुअल फण्ड निवेशकों के निवेश मूल्य में कमी आयेगी जो कि इस योजना की यूनिटों में निवेशित किये गये थे। इस प्रकार आप देख सकते हैं कि एक म्यूचुअल फण्ड योजना का प्रदर्शन उन प्रतिभूतियों के प्रदर्शन पर आधारित होता है जिनमें योजना द्वारा निवेश किया जाता है।

D4 अंश (शेयर)

समता अंश (इक्विटी शेयर) किसी कम्पनी का स्वामित्व प्रदर्शित करते हैं। जब कभी कम्पनी अपनी वृद्धि, कोई नई उत्पादन इकाई स्थापित करने, कोई अन्य कम्पनी अधिग्रहण करने, नई तकनीकी लेते, कार्यशील पूँजी आदि के लिए धन प्राप्त करना चाहती है तो कम्पनी की शेयरधारिता (कम्पनी में स्वामित्व) जनता को प्रस्तावित करती है।



उदाहरण

कल्पना करते हैं कि एक कम्पनी की कुल पूँजी रु. 10,00,000 में रु. 10 के 1,00,000 समता अंश (इक्विटी शेयर) हैं। यदि कम्पनी के स्वामी (प्रवर्तक) 10,000 शेयर जनता को प्रस्तावित करके कम्पनी के विस्तार के लिए धन प्राप्त करना चाहती हैं; तब यह कहा जाता है कि स्वामी अपने स्वामित्व का 10% जनता के पक्ष में तरलीकृत कर रहे हैं। यदि कोई व्यक्ति कुल 10,000 शेयरों में से 100 शेयर अधिग्रहीत करता है, तो इसे कम्पनी की शेयरधारिता (स्वामित्व) का 0.1% (1,00,000 शेयरों में से 100 शेयर) का अधिग्रहण होना कहा जाता है।

एक बार जब शेयर जनता को प्रस्तावित किये जाते हैं, तो शेयरों का खरीदना व बेचना स्टॉक एक्सचेंज के माध्यम से होता रहता है। स्टॉक एक्सचेंज एक मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है तथा व्यक्तियों के मध्य

शेयरों के खरीदने एवं बेचने के लिए एक व्यापारिक मंच प्रस्तुत करता है। कोई व्यक्ति स्टॉक एक्सचेंज से सीधे शेयर खरीद एवं बेच नहीं सकते हैं; उनको अपना खरीद व बेचने का आदेश स्टॉक एक्सचेंज के स्टॉक दलालों(सदस्यों) के माध्यम से देना होता है। भारत में दो मुख्य स्टॉक एक्सचेंज बॉम्बे स्टॉक एक्सचेंज (BSE) तथा नेशनल स्टॉक एक्सचेंज (NSE) हैं।

शेयरों को खरीदने वाले व्यक्ति लाभांश द्वारा कम्पनी के लाभ में हिस्सा प्राप्त करने के अधिकारी होते हैं। लाभ शेयरधारकों द्वारा खरीदे गये शेयरों की संख्या के अनुपात में वितरित किया जाता है।

इक्विटी शेयर निवेशक को तीन प्रकार की आय प्रदान करता है:—

लाभांश आय	कम्पनी अर्जित लाभ का एक विनिर्दिष्ट भाग शेयरधारकों को समय-समय पर घोषित लाभांश के रूप में वितरित करती है।
बोनस शेयर	जब एक कम्पनी के पास एक बड़ी रोकड़ संचित हो जाती है तो इसे लाभांशों के रूप में वितरित करने के बजाय बोनस शेयर (मुक्त शेयर) जारी करके पूँजीकृत किया जाता है। बोनस शेयर कम्पनी की वर्तमान इक्विटी शेयर पूँजी के अनुपात में जारी किये जाते हैं। बोनस शेयर जारी करना प्रबन्धकों द्वारा कम्पनी के उत्तम वित्तीय प्रदर्शन हेतु शेयरधारकों का धन्यवाद ज्ञापन तथा कम्पनी के भावी/उच्चतर प्रदर्शन की आशा व्यक्त करना है।
पूँजी वृद्धि	जब कोई शेयर कम मूल्य पर खरीदा व अधिक मूल्य पर बेचा जाता है तो इन दोनों मूल्यों के अन्तर को लाभ या पूँजी वृद्धि के रूप में जाना जाता है।



ध्यान रहे !

किसी निवेशक को इक्विटी निवेश में निवेश से पूँजी हानि भी हो सकती है। समता निवेशों पर प्रतिफल कम्पनी के वित्तीय प्रदर्शन पर निर्भर करता है। यदि शेयर अधिक मूल्य पर खरीदा गया है तथा बाद में कम्पनी के खराब वित्तीय प्रदर्शन के कारण कम मूल्य पर बेचा जाता है तो इससे पूँजी हानि होगी।

D5 बॉण्ड्स

बॉण्ड्स बैंक स्थायी जमा उपकरणों (इन्स्ट्रुमेंट) के समान होते हैं जो निवेशकों को ब्याज के रूप में नियमित आय प्रदान करते हैं। बॉण्ड्स के क्रेता एवं विक्रेता के मध्य भी लेनदेन (व्यापार) किया जा सकता है। बैंक के अलावा सरकार, कम्पनियों या अन्य संस्थाओं द्वारा जनता से वित्त (धन) प्राप्ति के लिए बॉण्ड जारी किये जाते हैं। सरल शब्दों में, कोई बॉण्ड निवेशकों द्वारा बॉण्ड जारीकर्ता को दिया ऋण होता है। अतः बॉण्ड्स के मामले में निवेशक लेनदार होते हैं जो ऋण (बॉण्ड) पर ब्याज प्राप्त करते हैं। अवधि की समाप्ति के पश्चात् मूल राशि (मूल धन) लेनदार को वापस लौटा दिया जाता है।

कई प्रकार के बॉण्ड्स उपलब्ध हैं जिनमें निवेशक निवेश कर सकता हैं, जिनमें शामिल है :—

- निगमित (कापेरिट) बॉण्ड्स;
- सरकारी प्रतिभूतियाँ (जी-सेक्स.);
- व्यापारिक पत्र; तथा
- ट्रेजरी बिल

D6 डाक घर बचतें

भारत में डाक घर कई प्रकार के बचत उत्पाद प्रस्तुत करते हैं जैसे:—

- राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र (NSC)
- किसान विकास पत्र (KVP)
- लोक भविष्य निधि (PPF)
- डाक घर बचत खाता
- आवर्ती बचत खाता
- सावधि जमा खाता
- डाक घर मासिक आय योजना (POMIS)
- वरिष्ठ नागरिक बचत योजना (SCSS)

ये सभी उत्पाद ऐसे हैं जिनमें किसी व्यक्ति को निश्चित समय अवधि के लिए एकमुश्त राशि का निवेश करना होता है (सिवाय आवर्ती जमा योजना जिसमें नियमित निवेश किया जाता है तथा बचत खाते के)। निवेशक एक निश्चित दर पर ब्याज अर्जित करता है जिसे निवेश के समय विनिर्दिष्ट किया जाता है।

D7S सोना तथा चाँदी में निवेश

भारत विश्व में सोने के सबसे बड़े आयातकों में से एक है तथा भारत में सोना और चाँदी सर्वाधिक लोकप्रिय तथा प्राचीनतम बचत साधनों में से एक है। सोने एवं चाँदी में निवेश करने के विभिन्न तरीके हैं परन्तु भारत में अत्यन्त लोकप्रिय आभूषणों में निवेश है। सोने एवं चाँदी में निवेश के अन्य तरीकों में बैंको तथा आभूषण विक्रेताओं द्वारा बेचे जाने वाले बार तथा सिक्के शामिल हैं। भौतिक रूप से सोने के स्थान पर सोने के इलेक्ट्रॉनिक रूप में निवेश भी बढ़ रहा है। गोल्ड ई टी एफ (एक्सचेंज ट्रेडेड फण्ड) म्यूचुअल फण्ड के समान होते हैं जिनमें शेयरों के समान किसी स्टॉक एक्सचेंज में इलेक्ट्रॉनिक रूप में स्वर्ण इकाईयों में भी लेनदेन किया जा सकता है। गोल्ड ई टी एफ में एक इकाई स्वर्ण के एक ग्राम या आधे ग्राम को व्यक्त करती है।

सोने तथा चाँदी में निवेश करने के कारणों में शामिल हैं :—

- अच्छा (उच्च) प्रतिफल;
- पोर्टफोलियो विविधिकरण;
- मुद्रास्फीति से बचाव (सुरक्षा); तथा
- अनिश्चितताओं हेतु बीमा।

प्रश्न 6.1

एक म्यूचुअल फण्ड क्या है?



E बचत उत्पादों पर कर एवं मुद्रास्फीति का प्रभाव

किसी व्यक्ति का वैयक्तिक कराधान दायित्व उपयुक्त बचत उत्पादों के चयन में विशेष प्रभाव डालता है।

E1 कराधान का प्रभाव

वित्तीय वर्ष की अन्तिम तिमाही बीमा अभिकर्ताओं तथा अन्य वित्तीय सलाहकारों के लिए व्यस्ततम समय होता है। वर्ष के दौरान यह ऐसा समय होता है जिसमें वेतनभोगी तथा अन्य व्यक्ति अपनी आय में से न्यूनतम कर कटौती कराने के लिए कराधान नियोजन द्वारा कर बचत उत्पादों में निवेश कराने में व्यस्त होते हैं। वस्तुतः कहा जा सकता है कि कुछ लोग विशुद्ध रूप से अपने कर दायित्वों को न्यूनतम स्तर पर लाने के लिए निवेश करते हैं।

बचतों एवं निवेशों के प्रति यह गलत दृष्टिकोण है क्योंकि किसी विशेष निवेश उत्पाद का चयन करने से पूर्व एक उचित वित्तीय योजना बनाने की जरूरत होती है। इस भाग में हम बचत उत्पादों के कराधान प्रभाव पर दृष्टिपात करेंगे।

E2 आय कर अधिनियम 1961

यह अधिनियम 1 अप्रैल 1962 से प्रभाव में आया तथा तबसे विभिन्न संशोधन किये जा चुके हैं। प्रत्येक बड़ा संशोधन एक वित्त अधिनियम (केन्द्रीय बजट प्रस्तुति के समय) तथा अन्य संशोधन अधिनियमों के माध्यम से प्रभावी होता है। इसके अतिरिक्त, केन्द्रीय प्रत्यक्ष कर बोर्ड (CBDT) आय कर के विभिन्न प्रावधानों को स्पष्ट (व्याख्या) करने के लिए परिपत्र जारी करता है।

प्रभावी कराधान नियोजन पर काम करते समय, सरकार द्वारा प्रदत्त छूट तथा कटौतियों को समझना आवश्यक होता है। निवेशक प्रचलित आय कर नियमों के अन्तर्गत आय कर अधिनियम की विभिन्न धाराओं के कराधान में निम्नांकित कटौतियों का लाभ उठा सकते हैं

E2A धारा 80C

धारा 80C के अन्तर्गत निम्नलिखित उत्पादों में किये गये निवेशों के लिए कर योग्य आय में से कटौती स्वीकृत की जाती है:—

- परम्परागत उत्पादों के लिए भुगतान किया गया जीवन बीमा प्रीमियम।
- यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएँ (यूलिप)।
- पेंशन योजनाएँ।
- गृह ऋण के मूलधन घटक का पुनर्भुगतान।
- कर्मचारी भविष्य निधि (EPFs)।
- इक्विटी लिंक्ड बचत योजनाएँ (ELSS)।
- बच्चों के लिए भुगतान किया गया शिक्षण शुल्क।
- पाँच वर्षीय कर बचत बैंक जमा योजनाएँ।

- लोक भविष्य निधि (PPFs)।
- राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र (NSCs)।
- वरिष्ठ नागरिक बचत योजनाएँ (SCSSs)।
- स्टैम्प शुल्क तथा पंजीकरण शुल्क।
- आधारभूत संरचना बॉण्ड्स।
- पेंशन निधि।
- डाक घर पाँच वर्षीय सावधि जमा।



ध्यान रहे !

वित्तीय उत्पादों की उपरोक्त सूची वित्तीय वर्ष 2010/11 के लिए है। यह सूची समय-समय पर संशोधित की जाती है। कर योग्य आय में से कटौती के रूप में स्वीकृत राशि की प्रत्येक वर्ष समीक्षा की जाती है।

वर्ष 2010 के केन्द्रीय बजट में, धारा 80 CCF प्रस्तुत की गई जिसमें आधारभूत संरचना बॉण्ड्स में एक विनिर्दिष्ट सीमा तक निवेश पर कर योग्य आय में से कटौती स्वीकृत की जाती है। यह कटौती धारा 80C के अन्तर्गत उपरोक्त कटौती के अतिरिक्त है

E2B धारा 80D

धारा 80D द्वारा किसी व्यक्ति, उसके पति/पत्नी तथा बच्चों के लिए स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम के भुगतान पर कर योग्य आय में से कटौती स्वीकृत करती है। अभिभावकों (माता-पिता) हेतु स्वास्थ्य बीमा के लिए किये गये प्रीमियम भुगतान पर एक अतिरिक्त कटौती स्वीकृत की जाती है। वरिष्ठ नागरिकों हेतु भुगतान किये गये प्रीमियम के लिए अन्य व्यक्तियों की तुलना में कर योग्य आय से एक उच्चतर कटौती स्वीकृत की जाती है।

कर योग्य आय में से कटौती के रूप में स्वीकृत राशि की भी समय-समय पर समीक्षा की जाती है।

E2C धारा 80DD

इस धारा के अन्तर्गत कर योग्य आय में से मेडिकल चिकित्सा/प्रशिक्षण/एक अपंग/विकलांग आश्रित के पुर्नवास पर किये गये व्यय (विनिर्दिष्ट सीमा तक) के लिए कटौती स्वीकृत की जाती है। ये व्यय किसी व्यक्ति या आश्रित सम्बन्धी की अपंगता, रोग/बीमारी (इस धारा के अन्तर्गत विनिर्दिष्ट) की चिकित्सा के लिए किये जा सकते हैं। इस कटौती का लाभ लेने के लिए निर्धारित प्रारूप में किसी मेडिकल प्रेक्टीशनर द्वारा प्रदान किए गये एक प्रमाण पत्र की जरूरत होती है।

E2D धारा 80E

धारा 80E के अन्तर्गत एक शैक्षिक ऋण पर चुकाया गये ब्याज की कर योग्य आय में से कटौती स्वीकृत की जाती है।

E2E धारा 24(b)

धारा 24(b) के अन्तर्गत किसी गृह ऋण पर भुगतान किया गये ब्याज की (विनिर्दिष्ट प्रावधानों के अधीन) कर योग्य आय में से कटौती स्वीकृत की जाती है।

प्रश्न 6.2

पाँच वित्तीय उत्पादों की सूची बनाइये जिनके लिए कोई व्यक्ति आय कर अधिनियम की धारा 80C के अन्तर्गत कर कटौती का लाभ प्राप्त कर सकता है।



E3 मुद्रास्फीति (इन्फ्लेशन) प्रभाव

हमने अध्याय 5 में मुद्रास्फीति का बीमा कवर पर पड़ने वाले प्रभाव को जाना है। वित्तीय नियोजन करते समय निवेशक को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि भावी खर्चों की पूर्ति हेतु आवश्यक राशि की गणना करने में वस्तुओं के मूल्य पर मुद्रास्फीति के प्रभाव को ध्यान में रखा जाये। यदि मुद्रास्फीति दर 5% हो तथा किसी बैंक स्थायी जमा में आप निवेश पर 8% ब्याज उपार्जित करते हैं, तो आप **मुद्रास्फीति के कारण कुल 3% प्रतिफल** अर्जित करेंगे।

निःसन्देह, वास्तविक जीवन में परिस्थिति इतनी सरल नहीं होती है। मुद्रास्फीति दर का **सही सही** पूर्वानुमान नहीं लगाया जा सकता है। यह उच्च या शायद कम भी हो सकती है। आने वाले समय में आर्थिक आवश्यकताओं की गणना करने में पिछले 5 या 10 वर्षों तक रही वास्तविक मुद्रास्फीति दर से उच्च दर पर मुद्रास्फीति हेतु संयोजन एवं प्रावधान करना अच्छा रहता है। निवेशों पर प्रतिफल कराधान के अधीन भी हो सकता है। मुद्रास्फीति तथा कराधान दोनों सम्मिलित रूप से वास्तविक प्रतिफल को कम करते हैं अतः प्रतिफल पूर्वानुमान से कम हो सकता है।

परिणामतः एक निवेशक यह सुनिश्चित करना चाहता है कि निवेशों पर प्रतिफल मुद्रास्फीति एवं कराधान कटौतियाँ करने के बाद उनको समुचित आय प्रदान करने हेतु पर्याप्त होना चाहिए।

F बचत उत्पादों पर ब्याज दरों का प्रभाव

बचत तथा निवेश उत्पादों में लागू ब्याज दरों में परिवर्तन उनके आकर्षण को प्रभावित करेगी तथा यह किसी निवेशक के निवेश निर्णयों पर विपरीत प्रभाव डाल सकती है।

इस भाग में हम ब्याज दरों में परिवर्तन के प्रभावों पर दृष्टिपात करेंगे।

F1 ब्याज दरों में वृद्धि

ब्याज दरों में वृद्धि होने पर जमा तथा ऋणों पर ब्याज दर बढ़ती है। ब्याज दरों में वृद्धि का निर्णय देश के केन्द्रीय बैंक (**भारतीय रिजर्व बैंक**) द्वारा तब लिया जाता है जब बचत को प्रोत्साहित तथा अनावश्यक खर्चों के लिए ऋण लेने से लोगों को निरुत्साहित करके ऋण की मांग में कमी करना देश की अर्थव्यवस्था के हित में होता है। ब्याज दरों में वृद्धि के प्रभाव निम्न प्रकार हैं:

- बैंक और वित्तीय संस्थानों से उत्पाद (ऋण) लेने की मांग घटती है क्योंकि व्यक्तियों के लिए ऋण महंगा हो जाता है अतः वे खरीददारी स्थगित कर देते हैं।
- दूसरी ओर, उच्च ब्याज दरों के साथ बैंक जमा योजनाएँ अधिक आकर्षक हो जाती हैं अतः लोग उनका चयन करते हैं परिणामस्वरूप बचत राशि में वृद्धि होती है। जिन बॉण्डों में अधिक ब्याज मिलता है उनकी खरीद बढ़ जाती है।
- तथापि, एक उच्च ब्याज दर परिदृश्य स्टॉक बाजारों के लिए अच्छा नहीं होता है। कम्पनियों के लिए उधार लेना महंगा हो जाता है क्योंकि उच्च ब्याज भुगतान करना पड़ता है। यह कम्पनियों की लाभप्रदता पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकता है तथा इससे शेयरों का विक्रय बढ़ाना आवश्यक हो जाता है परिणामस्वरूप शेयर मूल्य में कमी आ जाती है।

F2 ब्याज दरों में कमी

ब्याज दरों में कमी होने की स्थिति में, ऋण सस्ते हो जाते हैं तथा कम्पनियों द्वारा किये गये निवेश में वृद्धि होती है। ऐसा अर्थव्यवस्था को प्रोत्साहित करने के लिए, किया जाता है ताकि निवेश बढ़े तथा अर्थव्यवस्था में वस्तुओं एवं सेवाओं की मांग में वृद्धि हो। ब्याज दरों में कमी के प्रभाव निम्नानुसार हैं:-

- कम ब्याज दरें ऋण उत्पादों की मांग बढ़ाती हैं। निवेशक वित्तीय आस्तियों (सम्पत्तियों) को क्रय करने हेतु ऋण लेते हैं परिणामस्वरूप उपभोग में वृद्धि होती है।
- कम ब्याज दरों के कारण बैंक जमा योजनाओं में निवेश की तुलना में अन्य वित्तीय उत्पादों (जैसे इक्विटीज तथा अचल सम्पत्ति में निवेश) को प्राथमिकता दी जाती है।
- ऐसे निवेशक जो उच्च ब्याज दरों पर पहले ही बॉण्ड्स एवं बैंक जमा योजनाओं में निवेश (लॉकड-इन) कर चुके हैं, ब्याज दरों के गिरने पर लाभप्रद स्थिति में होते हैं।



प्रश्न 6.3

बचत उत्पादों पर ब्याज दरों में कमी के प्रभावों की संक्षिप्त परिचर्चा कीजिये।

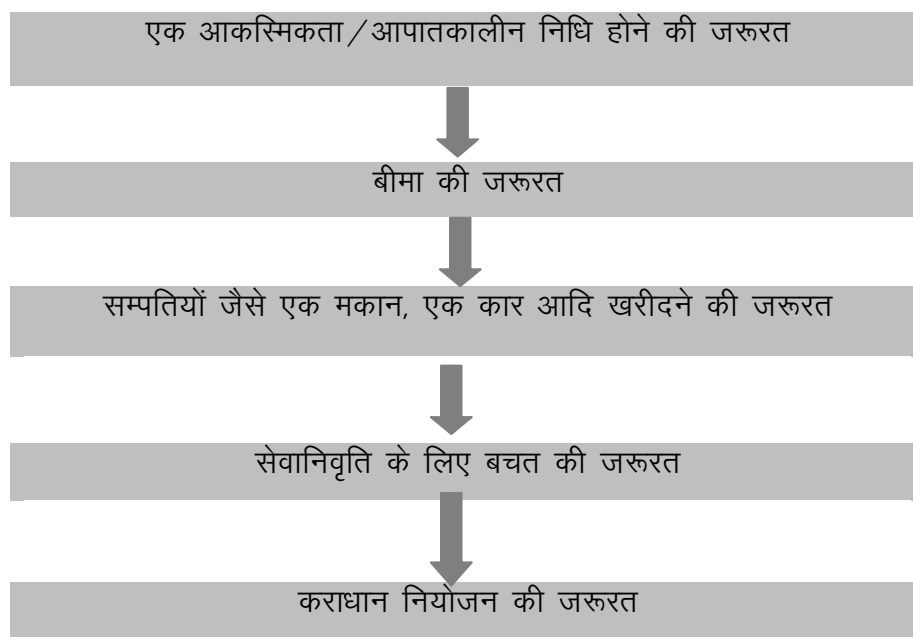
G बचत जरूरतों की प्राथमिकता निर्धारित करना

प्रत्येक व्यक्ति की बचत जरूरतें अलग-अलग होती हैं, अतः बचत जरूरतों की प्राथमिकता निर्धारित करने की प्रक्रिया का मानक निर्धारित करना कठिन होता है। जीवन बीमा अभिकर्ता व्यक्तियों (ग्राहकों) की बचत जरूरतों की प्राथमिकता निर्धारण एवं विश्लेषण करने में सहायता प्रदान कर एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

इस अध्याय के अन्तिम भाग में हम कुछ दिशानिर्देशों की चर्चा करेंगे जो बचत जरूरतों की प्राथमिकता तय करने के लिए एक मजबूत आधार प्रदान करते हैं।

हम सामान्य बचत जरूरतों की एक सूची तैयार कर उन्हें मोटे तौर पर किस प्रकार प्राथमिकता दी जाये से शुरूआत करते हैं।

चित्र 6.2



G1 आकस्मिकता/आपातकालीन निधि

किसी व्यक्ति की सर्वोपरि आवश्यकता एक आपातकालीन निधि की आसानी से उपलब्धता होती है। यह निधि विभिन्न प्रकार के प्रयोजनों/स्थितियों जैसे परिवार में बीमारी के कारण अप्रत्याशित मेडिकल खर्चों की पूर्ति, अस्थायी रोजगार खोना, आपातकालीन यात्रा, बच्चों की शिक्षण शुल्कों का भुगतान आदि के लिए आवश्यक हो सकते हैं। इस निधि में मोटे तौर पर राशि तीन से छः माह के खर्चों को कवर करने के लिए पर्याप्त होनी चाहिए।

व्यक्तियों को आपातकालीन निधि को ऐसे बचत उत्पादों में निवेश करना चाहिए जिनमें सुगम तरलता (निवेश जिनके मूल्य में अधिक हानि के बिना आसानी से नकदी में परिवर्तित किये जा सकते हैं) उपलब्ध हो। इस मामले में बैंक जमा तथा ऋण आधारित म्यूचुअल फंड पसंदीदा उत्पाद हैं।

G2 बीमा

बीमा अप्रत्याशित परिस्थिति उत्पन्न होने पर व्यक्ति तथा उसके परिवार को वित्तीय सुरक्षा प्रदान करता है। जिस प्रकार व्यक्तियों की बीमा जरूरतें अलग-अलग होती हैं, विभिन्न प्रकार के बीमा उत्पाद उपलब्ध हैं जो इन वित्तीय जरूरतों के लिए सुरक्षा प्रदान करते हैं। कुछ ऐसी जरूरतें, जिनके लिए व्यक्ति बीमा करा सकता है, निम्न प्रकार हैं:-

- कमाने वाले की अप्रत्याशित मृत्यु की स्थिति में परिवार को कवर करने के लिए पर्याप्त निधि की जरूरत। किसी भी व्यक्ति के लिए यह जरूरत उच्च प्राथमिकता रखती है। इस जरूरत को पूरा करने के लिए सर्वाधिक पसंदीदा (पसंद किया जाने वाला) उत्पाद अवधि बीमा है। जब किसी व्यक्ति के पास उचित अवधि बीमा योजना हो तब अपनी बचत जरूरतों को पूरा करने के लिए बन्दोबस्ती योजनाओं, आजीवन योजनाओं, मनीबैंक योजनाओं या यूलिप (ULIPs) जैसे बचत उत्पादों की ओर ध्यान दे सकते हैं।
- किसी परिवार की सम्पूर्ण मेडिकल आकस्मिकताओं की पूर्ति के लिए पर्याप्त स्वास्थ्य बीमा कवर होने की जरूरत होती है। अस्पताल में भर्ती रहने तथा उपचार हेतु बड़े व्ययों को स्वयं व्यक्ति द्वारा वहन करना उसकी आर्थिक योजनाओं को अधोगति प्रदान कर सकता है। अतः इस जरूरत की महत्वपूर्ण प्राथमिकता मानी जाती है तथा पारिवारिक चल (फ्लोटिंग) स्वास्थ्य बीमा योजना इस जरूरत की पूर्ति कर सकती है।
- बच्चों की उच्च शिक्षा तथा विवाह के लिए पर्याप्त निधि (धन) की उपलब्धता की जरूरत। एक बाल बीमा योजना इस जरूरत को पूरा कर सकती है। पहले कमाने वाला स्वयं के लिए पर्याप्त अवधि बीमा तथा पूरे परिवार के लिए स्वास्थ्य बीमा लेने के बाद इस जरूरत को प्राथमिकता दे सकता है। बाल बीमा योजनाएँ दो प्रकार की हैं। जोखिम को स्वयं वहन करने में अनिच्छुक निवेशक बाल बन्दोबस्ती योजनाओं का चयन कर सकते हैं, जबकि ऐसे निवेशक जो जोखिम अपने पास रखने में इच्छुक हैं बाल यूलिप (ULIPs) का चयन कर अपना धन एक इक्विटी निधि में रख सकते हैं।
- सेवानिवृत्ति के पश्चात् एक नियमित आय या एक एन्यूटी प्राप्त करने की जरूरत। बीमा कम्पनियाँ इस जरूरत की पूर्ति हेतु सेवानिवृत्ति योजनाएँ प्रदान करती हैं। एक व्यक्ति एक मुश्त राशि निवेश कर सकता है या अपने कार्यशील जीवन के दौरान सेवानिवृत्ति योजना के लिए नियमित अंशदान कर सकते हैं। यह राशि बीमा कम्पनी द्वारा पॉलिसीधारकों की ओर से निवेशित की जाती है। प्रारम्भ में कोई व्यक्ति अपनी सेवानिवृत्ति जरूरतों के लिए एक छोटी राशि से शुरुआत कर सकता है क्योंकि उसे उच्च प्राथमिकता वाली अन्य जरूरतों की पूर्ति करनी होती है। बाद में जैसे ही व्यक्ति की आय बढ़ती है वह अपनी सेवानिवृत्ति निधि के लिए निवेश बढ़ा सकते हैं। फिर इस संचित निधि (सेवानिवृत्ति निधि) का उपयोग किसी एन्यूटी योजना को खरीदने में किया जाता है। हमने अध्याय 5 में देखा है कि, बीमा कम्पनी एन्यूटी योजना की शर्तों के अनुसार (एन्यूटेन्ट को) चयनित सेवानिवृत्ति की आयु प्राप्त कर लेने के उपरान्त निर्धारित अवधि तक आवृत्तिक रूप से भुगतान करती है। हम एन्यूटीज के बारे में अधिक विस्तार से चर्चा अगले अध्याय में करेंगे।

G3 सम्पतियाँ

अपने जीवन काल के दौरान व्यक्ति को विभिन्न सम्पतियाँ खरीदने की जरूरत होती है; परन्तु, कुछ व्यक्तियों के पास एकल एकमुश्त भुगतान (डाऊन पेमेन्ट) करने के लिए पर्याप्त धन उपलब्ध नहीं होता है। इस जरूरत को पूरा करने के लिए विभिन्न ऋणदाता उत्पाद बाजार में उपलब्ध हैं जो कि इन सम्पतियों को खरीदने में व्यक्तियों की मदद कर सकते हैं। इन सम्पतियों में से कुछ के उदाहरण निम्न प्रकार हैं:-

- एक मकान या सम्पति का क्रय।
- एक कार या द्विपहिया वाहन का क्रय।
- उपभोक्ता वस्तुओं जैसे रेफ्रिजरेटर, टेलीविजन, लेपटॉप आदि का क्रय।

एक मकान खरीदने की जरूरत बहुत से व्यक्तियों की प्राथमिकता पर होती है, लेकिन इसमें लगने वाले विशाल निवेश को ध्यान में रखते हुए व्यक्ति को विस्तृत योजना बनाने की जरूरत होती है। व्यक्ति को पहले अपने स्रोतों से सीमान्त राशि (मार्जिन मनी) भुगतान करने हेतु धन संचित करना होता है तथा शेष राशि किसी गृह ऋण के माध्यम से प्राप्त की जा सकती है। एक व्यक्ति को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि गृह ऋण की मासिक किश्तों (EMIs) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि उसकी अन्य जरूरतों जैसे बच्चों की शिक्षा, विवाह के लिए व्यय के लिये निधि तथा उसकी सेवानिवृति निधि के लिए निवेश प्रभावित नहीं हो। ई एम आई (EMIs) तथा अन्य जरूरतों की पूर्ति के लिए आवंटित धन के मध्य एक संतुलन होना चाहिए। यह सुनिश्चित करने के लिए भी सावधानी बरतनी चाहिए कि ई एम आई (EMIs) मासिक घर में आने वाले वेतन के 40% से अधिक नहीं हो।

ध्यान रहे!

बैंक सम्पत्ति मूल्य की पूरी राशि ऋण के रूप में नहीं देता है। सम्पत्ति के कुल मूल्य का केवल एक निश्चित प्रतिशत 75% या 80% तक बैंक द्वारा ऋण के रूप में दिया जा सकता है। शेष राशि का भुगतान व्यक्ति को करना होता है। यह राशि डाऊन पेमेन्ट या अन्तराल राशि या गृह स्वामी की इक्विटी राशि के रूप में जानी जाती है।

एक कार या एक द्विपहिया वाहन खरीदने की जरूरत को प्राथमिकता सूची के अगले नीचे स्तर में रखा जा सकता है। किसी व्यक्ति की प्रमुख आवश्यकताओं की पूर्ति हेतु धन उपलब्ध हो जाने के बाद वह इन आवश्यकताओं को उच्च प्राथमिकता प्रदान करने पर विचार कर सकता है। उपभोक्ता वस्तुएँ नियमित मासिक आय के प्रवाह से खरीदी जा सकती हैं या व्यक्तिगत ऋण या क्रेडिट कार्ड के माध्यम से वित्त पोषित की जा सकती हैं।

G4 सेवानिवृति

अगली उच्च प्राथमिकता वाली जरूरत भविष्य के लिए निधि सुरक्षित करना है। व्यक्तियों को सुनिश्चित करना चाहिए कि जब वे सेवानिवृत्त हों तो उनके पास आय का एक नियमित एवं पर्याप्त स्रोत होना चाहिए। यह जरूरत उस जीवन शैली पर निर्भर करती है जिसे कोई व्यक्ति अपनी सेवानिवृत्ति के बाद निर्वाह व्यय के साथ बनाये रखने की जरूरत समझता है। यह दोनों कारक उस राशि का जिसकी बचत करने की जरूरत है, का निर्धारण करते हैं ताकि सेवानिवृत्त होने के बाद वे सुविधापूर्वक जीवन जी सकें। हम पहले ही भाग G2 में देख चुके हैं कि इस जरूरत की कम आयु में बीमा कम्पनी एक सेवानिवृत्ति या पेंशन योजना में निवेश से अंशतः पूर्ति की जा सकती है। सेवारत व्यक्तियों की सेवानिवृत्ति जरूरतों की आंशिक पूर्ति उन सेवानिवृत्ति लाभों से की जाती है जिसे उनका नियोक्ता सेवानिवृत्ति पर देता है जैसे गेच्यूटी, कर्मचारी भविष्य निधि अंशदान (EPF) तथा पेंशन, यदि लागू हो। स्वरोजगार करने वाले लोगों को कर्मचारियों को प्राप्त लाभों की सुविधा नहीं होती है इसलिये कोई और नहीं उन्हें स्वयं अपने दायित्वों की पूर्ति करनी होती है।

सारांश में, कोई व्यक्ति सेवानिवृत्ति आयु के बाद जरूरतों की पूर्ति लम्बी अवधि की सेवानिवृत्ति योजना तथा म्यूचुअल फंड में निवेश करके तथा उपयुक्त/वांछित कर्मचारी अनुलाभ परिस्थिति के अनुसार प्राप्त कर सकता है।

ध्यान रहे!

गेच्यूटी एक कर्मचारी अनुलाभ है जो कर्मचारी द्वारा कम्पनी को दी गई सेवाओं के लिए कृतज्ञता स्वरूप नियोक्ता द्वारा कर्मचारी को भुगतान किया जाता है।

गेच्यूटी का पात्र होने के लिए कर्मचारी को पाँच वर्ष की अनवरत सेवा पूर्ण करना आवश्यक होता है। गेच्यूटी राशि की गणना कर्मचारी द्वारा की गई सेवा के वर्षों की संख्या के आधार पर की जाती है। नियोक्ता कर्मचारी की सेवा अवधि में उसकी ओर से गेच्यूटी निधि में अंशदान करता रहता है तथा कर्मचारी द्वारा सेवा छोड़ने, उसकी सेवानिवृत्ति अथवा मृत्यु होने पर गेच्यूटी का भुगतान किया जाता है।

गेच्यूटी हेतु पात्रता, गणना, भुगतान तथा सम्बन्धित कराधान प्रावधानों को **गेच्यूटी भुगतान अधिनियम 1972** के द्वारा परिभाषित किया गया है।

G5 कराधान योजना

हमने देखा है कि किसी व्यक्ति की विभिन्न जरूरतों में बीमा के लिए प्रावधान, बच्चों की शिक्षा, बच्चों के विवाह, मकान तथा सेवानिवृत्ति के लिए निधि (धन) की जरूरत शामिल है। प्रत्येक व्यक्ति को सुनिश्चित करना चाहिए कि इन जरूरतों को पूरा करने के लिए ऐसे निवेश उत्पादों का चयन करें जो आय कर अधिनियम (इस अध्याय के भाग E2 में चर्चा के अनुसार) की विभिन्न धाराओं के अन्तर्गत अनुमत आयकर कटौती का अधिकतम लाभ प्राप्त करें।

ध्यान रहे !

किसी व्यक्ति का निवेश पोर्टफोलियो जितना संभव हो उतना कर बचत प्रदान करने में सक्षम होना चाहिए, लेकिन किसी बचत या निवेश उत्पादों में कर अनुलाभ **प्राथमिक** लाभ के स्थान पर एक **अतिरिक्त** लाभ माना जाना चाहिए।

अतः खरीद (निवेश) का निर्णय **जरूरत** के आधार पर करना चाहिए न कि उत्पाद द्वारा प्रस्तावित कराधान लाभों के आधार पर।

प्रकरण—अध्ययन

राकेश मोहन एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर है जो विवाहित तथा दो वर्षीय बच्चे का पिता है। परिवार में वह अकेला कमाने वाला है तथा उसकी पत्नी राधा एक गृहिणी है। उसने एक बीमा अभिकर्ता के माध्यम से जनवरी में एक यूलिप (ULIP) उत्पाद में निवेश किया है क्योंकि वह कर योग्य आय में से कटौती प्राप्त करके आय कर बचाना चाहता था। वह यूलिप (ULIP) के लिए रु. 25,000 वार्षिक भुगतान करता है।

इसके अलावा उसका कोई अन्य निवेश नहीं है। उसने इस वर्ष अपनी कम्पनी से अच्छा बोनस प्राप्त किया है तथा वह निवेश में इस धन का उपयोग करके कुछ बचत उत्पादों की तलाश कर रहा है। वह अपने जीवन बीमा अभिकर्ता से यह सलाह लेने के लिए मिलता है कि उसे किस बचत उत्पाद में निवेश करना चाहिए। राकेश की आय तथा उसके वर्तमान निवेशों के बारे में चर्चा करने के बाद अभिकर्ता निम्नलिखित सूची तैयार करता है।

- यूलिप (ULIP) उत्पाद में निवेश एक अच्छा विकल्प है, इस उत्पाद को चयन करने के अन्य कारणों के अलावा इसमें कर लाभ भी था। परन्तु यूलिप (ULIP) में निवेशित वार्षिक राशि बहुत कम है अतः राकेश

की भावी वित्तीय जरूरतों की पूर्ति हेतु इसे बढ़ाने की जरूरत है। राकेश अपनी सेवानिवृत्ति के लिए इस यूएलआई (ULIP) में निवेश जारी रख सकता है।

- राकेश को कुछ राशि किसी बैंक जमा योजना में या किसी ऋण निधि योजना में निवेश कर एक आपातकालीन निधि सृजित करने की जरूरत है। अभिकर्ता सुझाव देता है कि राकेश रु. 1,00,000 के एक आपातकालीन निधि के रूप में अलग रखें।
- राकेश को अपनी भावी आय तथा दायित्वों की सुरक्षा के लिए अवधि बीमा कवर लेना चाहिए। उसे अपने परिवार के लिए भी एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेनी चाहिए।
- राकेश को अपने बच्चों की शिक्षा अथवा भविष्य में उत्पन्न होने वाली अन्य वित्तीय जरूरतों के लिए एक बाल बीमा योजना में निवेश करने पर विचार करना चाहिए।
- राकेश वर्तमान में एक किराये के अपार्टमेंट में रह रहा है इसलिए अभिकर्ता सुझाव देता है कि राकेश को एक मकान खरीदने का विचार करना चाहिए। इसके लिए राकेश को मकान की (मार्जिन मनी) अन्तराल राशि हेतु भुगतान धनराशि संचित करना शुरू करना चाहिए। शेष राशि गृह ऋण से भुगतान की जा सकती है। गृह ऋण के माध्यम से एक मकान खरीदने पर उसे मकान के साथ-साथ गृह ऋण के पुनर्भुगतान में मूल धन तथा देय ब्याज भुगतान दोनों पर कर छूट का लाभ प्राप्त होगा।

G6 अल्प, मध्यम, एवं दीर्घावधि जरूरतों के मध्य अन्तर

हमने भाग G1 में देखा है कि किसी व्यक्ति को कोई आकस्मिक समस्या उत्पन्न होने पर उसे आवश्यक वित्त (धन) प्राप्त हो सके तथा उत्पन्न होने वाली जरूरतें जिनके लिये धन की आवश्यकता होती है को दीर्घावधि, मध्यम अवधि तथा अल्प अवधि में वर्गीकृत किया जा सकता है। इन जरूरतों के अनुसार पूर्व में बताये उत्पादों की श्रृंखला से उपयुक्त निवेश उत्पाद का चयन करना चाहिए।

अल्प अवधि जरूरतें	निधि/धन की जरूरत 1–5 वर्ष की अवधि में होगी। अल्प अवधि जरूरतों में आकस्मिकताओं के लिए बचत आदि शामिल है।
मध्यम अवधि जरूरतें	निधि/धन की जरूरत 5–15 वर्ष की अवधि में होगी। मध्यम अवधि जरूरतों में बच्चों की शिक्षा, विवाह आदि के लिए बचत शामिल है।
दीर्घावधि जरूरत	निधि/धन की जरूरत 15 वर्ष से अधिक समय पश्चात होगी। दीर्घावधि जरूरतों में सेवानिवृत्ति योजना शामिल है।



संस्तुत क्रिया

अपने परिवार के लिए अल्प अवधि, मध्यम अवधि, तथा दीर्घ-अवधि जरूरतों की सूची तैयार करें। जब सूची तैयार हो जाये तो उनकी प्राथमिकता तय करें। जरूरतें जो सर्वोपरि लगें उन्हें सूची में सर्वोच्च स्थान पर रखना चाहिए।

सारांश

अब आप अपने ग्राहक की व्यक्तिगत जरूरतों की पहचान करने में सक्षम हो गये हैं कि उनकी पूर्ति जीवन बीमा तथा बचत उत्पादों में से किससे अधिक प्रभावी ढंग से की जा सकती हैं तथा यह कि उनमें से चयनित उपयुक्त उत्पादों का उपयोग कैसे किया जाये, के बारे में समझ चुके हैं। इससे पहले कि हम विचार करें कि अध्याय 8 तथा 9 में वर्णन की जाने वाली व्यावसायिक वित्तीय नियोजन प्रक्रिया में क्या क्या सम्मिलित है, हम अगले अध्याय में कुछ अन्य वित्तीय उत्पादों जिन्हे आपको समझने की जरूरत है, की चर्चा करेंगे।



मुख्य पद

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण :-

बचत/निवेश सलाह की जरूरत

- व्यावसायिक सलाहकार वित्तीय नियोजन प्रक्रिया के माध्यम से व्यक्तियों को उनकी भावी वित्तीय जरूरतें पहचानने में मदद कर सकते हैं।
- वित्तीय नियोजक व्यक्तियों को एक निवेश पोर्ट फोलियो सृजित करने में मदद कर सकते हैं जिससे न्यूनतम जोखिम के साथ अधिकतम प्रतिफल प्राप्त हो। वित्तीय नियोजक व्यक्ति की वित्तीय जरूरतों के अनुसार उत्पादों का मेल कर सकते हैं।

किसी ग्राहक की बचत जरूरतों को निर्धारित करने वाले कारक

- जिन लोगों के पास पूँजी नहीं होता है उन्हें व्यापक वित्तीय नियोजन करने की आवश्यकता होती है।
- सामान्य बचत जरूरतों में शामिल है :-
 - एक आपातकालीन निधि सृजित करना;
 - बच्चों की शिक्षा के लिए नियोजन एवं निवेश करना;
 - बच्चों के विवाह के लिए नियोजन एवं निवेश करना;
 - एक मकान खरीदना;
 - अन्य लक्ष्यों जैसे एक कार खरीदना, वार्षिक अवकाश आदि के लिए नियोजन एवं निवेश करना;
 - सेवानिवृत्ति के लिए नियोजन एवं निवेश करना।
- जिन लोगों के पास पूँजी होती है उनकी जरूरतें वर्तमान पूँजी में वृद्धि करना, बच्चों के लिए विरासत में पूँजी छोड़ना, सेवानिवृत्ति के बाद सुखी जीवन जीने में समर्थ होना आदि

बचत उत्पादों की विशेषताएँ एवं लाभ

- कुछ बचत उत्पाद आय वृद्धि (नियमित आय), कुछ पूँजी वृद्धि तथा कुछ अन्य दोनों का मिश्रण प्रदान करते हैं।
- कुछ उत्पादन गारंटीड प्रतिफल के रूप में उपलब्ध होते हैं, कुछ परिवर्तनशील प्रतिफल प्रदान करते हैं तथा कुछ अन्य दोनों का एक मिश्रण प्रदान करते हैं।
- कम जोखिम उत्पाद उच्च जोखिम उत्पादों की तुलना में कम प्रतिफल प्रदान करते हैं। अतः व्यक्ति की जोखिम वहन क्षमता के आधार पर सावधानीपूर्वक उत्पादों का चयन करना चाहिए।

विभिन्न प्रकार के बचत उत्पाद

- अनेक जीवन बीमा उत्पादों में बचत तत्व शामिल रहता है। प्रीमियम के बचत घटक को पॉलिसीधारक की ओर से बीमा कम्पनी द्वारा निवेश किया जाता है तथा अर्जित प्रतिफल को पॉलिसीधारकों में बोनस के रूप में बाँटा जाता है।
- बैंक जमा ऐसे उत्पाद होते हैं जिनमें किसी व्यक्ति को जमा करवाते समय एक निर्धारित अवधि के लिए एक स्थिर ब्याज दर पर एक मुश्त राशि का निवेश करना होता है।
- म्यूचुअल फण्ड ऐसी योजनाएँ हैं जिनका प्रबन्धन सम्पत्ति प्रबन्धन कम्पनियों (AMCs) द्वारा किया जाता है।
- म्यूचुअल फण्ड ऐसी योजनाएँ हैं जो एक समान उद्देश्य वाले लोगों को एक समूह के रूप में एक साथ लाते हैं। इन लोगों से एकत्रित किये गये अंशदान (धन) को उनकी ओर से निवेश किया जाता है तथा अर्जित प्रतिफल को उन्हीं में बाँट दिया जाता है।
- इक्विटी शेयरधारक सम्बन्धित कम्पनी का स्वामित्व प्राप्त करता है। इक्विटी शेयर लाभांश के रूप में आय, बोनस शेयर तथा पूँजी संवर्धन (वृद्धि) प्रदान करते हैं।

- भारत में शेयरों का क्रय-विक्रय दो स्टॉक एक्सचेंजों—द बॉम्बे स्टॉक एक्सचेंज (बी.एस.ई.) तथा नेशनल स्टॉक एक्सचेंज (एन एस ई) के दलाली हाउस के माध्यम से होता है।

- बॉण्ड ऋण पत्र होते हैं जिन्हें जनता से धन प्राप्त करने के लिए कम्पनियों, सरकारों तथा अन्य संस्थानों द्वारा जारी किया जाता है। बाण्डस में निवेशक को नियमित ब्याज मिलती है।

- गोल्ड इ टी एफ (एक्सचेंज ट्रेडेड फण्ड्स) म्यूचुअल फण्ड के समान होते हैं जिनमें गोल्ड इकाईयों का शेयरों के समान स्टॉक एक्सचेंज में इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप में कारोबार किया जाता है। गोल्ड इ टी एफ में एक यूनिट एक ग्राम या आधा ग्राम सोना प्रदर्शित करता है।

बचत उत्पादों पर कर एवं मुद्रास्फीति का प्रभाव

- विभिन्न बचत उत्पादों में निवेश करके निवेशक प्रचलित (लागू) आय कर अधिनियम की विभिन्न धाराओं के अन्तर्गत अनुमत विभिन्न कर कटौतियों का लाभ उठा सकते हैं।

बचत उत्पादों पर ब्याज दरों का प्रभाव

- ऋण की मांग में कमी करने तथा लोगों को बचत में वृद्धि करने के लिए ब्याज दर बढ़ाई जाती है।
- ऋण की मांग बढ़ाने, उपभोक्ताओं को अधिक व्यय हेतु प्रोत्साहित करने एवं वस्तुओं तथा सेवाओं की मांग में वृद्धि करने हेतु ब्याज दर घटाई जाती है।

बचत जरूरतों की प्राथमिकताएँ निर्धारित करना

- मोटे तौर पर बचत आवश्यकताओं की प्राथमिकता निम्न प्रकार से निर्धारित की जा सकती है :-

- एक आकस्मिक/आपातकालीन निधि का सृजन;
 - बीमा के लिए;
 - एक मकान, कार आदि जैसी सम्पत्ति खरीदने के लिए;
 - सेवानिवृत्ति हेतु बचत के लिए
 - कर नियोजन के लिये।
-

- जरूरतें अल्प, मध्यम एवं दीर्घावधि के रूप में वर्गीकृत की जा सकती हैं।



प्रश्न—उत्तर

6.1 म्यूचुअल फण्ड एक ऐसी निधि है जो समान उद्देश्य वाले लोगों को आपस में जोड़ता है। इन लोगों से एकत्रित धन उनकी ओर से निवेश किया जाता है तथा प्रतिफल पुनः उनके मध्य वितरित किया जाता है। ए एम सी में योग्य एवं अनुभवी निधि प्रबन्धक (जिन्हें पोर्टफोलियो प्रबन्धक भी कहा जाता है) होते हैं जो उस निधि (या योजना) आधारित निधि में निवेश करने के लिए उत्तरदायी होते हैं जिन्हें एक निवेशक द्वारा चयन किया जाता है।

म्यूचुअल फण्ड में निवेश करने का मुख्य लाभ जोखिम विविधिकरण होता है।

म्यूचुअल फण्ड दो प्रकार से आय प्रदान करते हैं :-

- समय समय पर म्यूचुअल फण्ड योजना द्वारा घोषित लाभांशों (डिवीडेन्ड) के रूप में **नियमित आय**; तथा
- **पूँजी वृद्धि**; जहाँ म्यूचुअल फण्ड इकाईयों को खरीदे गये मूल्य से अधिक मूल्य पर बेचा जाता है।

6.2 निम्न में से कोई पाँच :-

- परम्परागत जीवन बीमा उत्पादों के लिए भुगतान किया गया प्रिमियम।
- पेंशन योजनाएँ।
- यूनिट लिंकड बीमा योजनाएँ (ULIPs)।
- गृह ऋण के मूलधन घटक का पुनर्भुगतान।
- कर्मचारी भविष्य निधि (EPFs)।
- लोक भविष्य निधि (PPFs)।
- राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र (NSCs)।
- पाँच वर्षीय कर बचत बैंक जमा योजनाएँ।
- वरिष्ठ नागरिक बचत योजनाएँ (SCSs)।
- इक्विटी लिंकड बचत योजनाएँ (ELSS)।

6.3 ब्याज दरों में कमी होने पर, ऋण सस्ते हो जाते हैं तथा कम्पनियों द्वारा किये गये निवेश में वृद्धि होती है। ऐसा अर्थव्यवस्था को उत्प्रेरित तथा प्रोत्साहित करने के लिए, किया जाता है ताकि निवेश बढ़ें तथा वस्तुओं एवं सेवाओं की मांग में वृद्धि के रूप में अर्थव्यवस्था का विकास हो। ब्याज दरों में कमी के निम्नांकित प्रभाव हैं:-

- कम ब्याज दरें उत्पाद हेतु ऋण लेने की मांग बढ़ाती हैं। निवेशक वित्तीय (आर्थिक) सम्पतियाँ क्रय करने हेतु ऋण लेते हैं परिणामस्वरूप उपभोग में वृद्धि होती है।
- निम्न ब्याज दरों के कारण बैंक जमा तथा ऐसी ही अन्य योजनाओं की तुलना में इक्विटीज और गृह सम्पदा (रियल स्टेट) में निवेश को प्राथमिकता दी जाती है।
- ऐसे निवेशक जो बॉण्ड्स एवं बैंक जमा योजनाओं में उच्च ब्याज दरों पर पहले ही निवेश कर चुके हैं, ब्याज दरों के गिरने पर लाभप्रद स्थिति में होते हैं।

स्व-परीक्षण प्रश्न



1	सोने तथा चाँदी में निवेश करने के मुख्य कारण क्या है?
2	<p>आयकर अधिनियम की कौनसी धारा के अन्तर्गत, कोई व्यक्ति किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए भुगतान किये गये प्रीमियम पर कर योग्य आय में से छूट प्राप्त कर सकता है?</p> <p>(a) धारा 80 C</p> <p>(b) धारा 80 D</p> <p>(c) धारा 80 E</p> <p>(d) धारा 80 F</p>
3	<p>निम्न में कौनसी बैंक जमा योजनाओं में बैंक व्यक्ति को अवधि के अन्त में मूलधन एवं ब्याज का भुगतान करता है?</p> <p>(a) बचत जमा योजना</p> <p>(b) परम्परागत जमा योजना</p> <p>(c) संचयी जमा योजना</p> <p>(d) उपरोक्त में से कोई नहीं</p>

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	<p>सोने तथा चाँदी में निवेश करने के मुख्य कारणों में शामिल हैं:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • उच्च प्रतिफल; • पोर्टफोलियो विविधिकरण; • मुद्रास्फीति से बचाव (सुरक्षा); तथा • अनिश्चितताओं के विरुद्ध बीमा।
2	<p>(b) धारा 80 D</p> <p>इस धारा के अन्तर्गत एक व्यक्ति द्वारा अपनी, अपने पति या पत्नी तथा अपने बच्चों हेतु मेडिकल बीमा के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है।</p>
3	<p>(c) संचयी जमा योजनाएँ</p>

अध्याय-7

अन्य मुख्य वित्तीय उत्पाद

विषय वस्तु	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A अन्य वित्तीय जरूरतें	7/2
B उत्पाद के प्रकार, उनकी विशेषताएँ तथा लाभ	7/5
C कर तथा मुद्रास्फीति का बीमा उत्पादों पर प्रभाव	7/18
D जरूरतों की प्राथमिकता तय करना तथा उनके लिए वित्तीय उत्पाद लागू करना	7/19
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन के उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- किसी व्यक्ति को उसकी अन्य वित्तीय जरूरतों को समझाने में;
- उपलब्ध उत्पादों के प्रकार तथा उनकी विशेषताएँ एवं लाभ समझाने में;
- वित्तीय उत्पादों के कराधान प्रभावों को रेखांकित करने में;
- वित्तीय उत्पादों के मुद्रास्फीति प्रभावों का वर्णन करने में;
- ग्राहक की जरूरतों की प्राथमिकता तय करने तथा इन जरूरतों के लिए उचित वित्तीय उत्पाद प्रयुक्त करने में।

परिचय

पिछले दो अध्यायों में हम किसी व्यक्ति की जीवन बीमा तथा बचत/निवेश से सम्बन्धित विभिन्न जरूरतों तथा इन जरूरतों को पूरा करने वाले उत्पादों के बारे में पढ़ चुके हैं। इस अध्याय में हम किसी व्यक्ति की अन्य वित्तीय जरूरतों को शामिल करेंगे जो कि पिछले दो अध्यायों में पढ़ी गई जरूरतों के समान महत्व की है।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

स्वास्थ्य बीमा	बीमा राइडर	पेंशन योजना	नकद रहित सुविधा
दावा न होने पर बोनस	संचय अवस्था	कम्युटेशन	एकल स्वास्थ्य बीमा योजना
पारिवारिक चल सुरक्षा	अस्पतालीकरण दैनिक नकद लाभ योजना	दुर्घटना मृत्यु लाभ राइडर	गंभीर बीमारी राइडर
अवधि राइडर	प्रीमियम परित्याग राइडर	जीवन एन्युटी	गारंटीड अवधि एन्युटी
बढ़ती एन्युटी	जरूरतों की प्राथमिकता तय करना		

A अन्य वित्तीय जरूरतें

भारत में अब जीवन सम्भावना सेवानिवृत्ति आयु, 60 वर्ष से ऊपर है तथा स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता तथा जीवन स्तर बढ़ने के कारण इसमें लगातार सुधार हो रहा है। तथापि लम्बा जीवन जीने की संभावनाओं में वृद्धि चुनौतियाँ भी लाती है।

हम पहले ही देख चुके हैं कि किस प्रकार बीमा कम्पनियाँ परम्परागत उत्पादों (जैसे अवधि, बन्दोबस्ती, मनी-बैक, यूलिप आदि) के माध्यम से असामयिक मृत्यु के जोखिम को कवर करती हैं तथापि पेंशन/सेवानिवृत्ति उत्पाद सेवानिवृत्त लोगों को नियमित आय न होने की स्थिति में उनके जीवन निर्वाह हेतु निरन्तर भुगतान से अधिक लम्बे जीवन के जोखिम को कवर करती हैं। हम इस अध्याय में बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित सेवानिवृत्ति/पेंशन उत्पादों के बारे में जानेंगे।

आयु बढ़ने के साथ साथ बीमारी तथा रोग के प्रति हमारी भेद्यता भी बढ़ती है तथा इन परिस्थितियों में उत्पन्न होने वाले मेडिकल खर्चों की पूर्ति के लिए बीमा कम्पनियाँ स्वास्थ्य सेवा उत्पाद प्रस्तावित करती हैं। हम इस अध्याय में बीमा कम्पनियों द्वारा दिये जा रहे विभिन्न स्वास्थ्य सेवा उत्पादों के बारे में भी पढ़ेंगे।

आगे बढ़ने से पहले हम निम्नलिखित प्रकरण-अध्ययन पर विचार करते हैं:-



प्रकरण—अध्ययन

राजेश सेवानिवृत्त है तथा अपने पोते के साथ समय व्यतीत करने का आनन्द उठा रहा था। दुर्भाग्य से एक वर्ष पूर्व राजेश की एक दुर्घटना हो जाती है तथा उसकी चोटों की चिकित्सा के लिए उसे अस्पताल में भर्ती कराया जाता है। अपने सेवानिवृत्ति पश्चात् जीवन के लिए राजेश द्वारा बचाई गई अल्प राशि अस्पताल के बिल के भुगतान करने में खर्च हो जाती है तथा अपनी एक मात्र संचित आय को समाप्त कर देता है। इस प्रकार राजेश अपने शेष जीवन के लिए अपने पुत्र पर निर्भर हो जाता है।

राजेश अपनी वित्तीय योजना कैसे तथा किस प्रकार गलत पाता है?

मूल बिन्दु यह है कि राजेश ने कोई भी स्वास्थ्य बीमा कवर नहीं लिया है। यदि उसने एक स्वास्थ्य बीमा योजना ली होती तो, वह अस्पताल के खर्चों की पूर्ति करती। साथ ही राजेश द्वारा अपनी सेवानिवृत्ति पश्चात् जीवन के लिए बचाई अल्प धन राशि को एक मासिक आय सुनिश्चित करने के लिए एक पेंशन योजना की अपेक्षा एक बैंक स्थायी जमा में निवेशित की गई थी।

इस भाग में हम विभिन्न स्वास्थ्य बीमा योजनाओं तथा सेवानिवृत्ति योजनाओं के लाभ तथा विशेषताओं का अध्ययन करेंगे।

A1 स्वास्थ्य बीमा की आवश्यकता

हमने पहले ही चर्चा की है कि गत कुछ वर्षों में भारत में स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं में बहुत सुधार हुआ है। तथापि हाल ही के कुछ वर्षों में बढ़ते मेडिकल व्यय के कारण लागतें अधिक हो गई हैं। आज एक बड़े ऑपरेशन या एक लम्बी अवधि के अस्पताल उपचार की लागत बहुत महँगी हो सकती है। जीवन सम्भावना में सुधार तथा बीमारी एवं रोग के प्रति परस्पर भेद्यता के साथ अब स्वास्थ्य बीमा की जरूरत पहले की तुलना में बहुत ज्यादा हो गई है। एक स्वास्थ्य बीमा योजना व्यक्ति तथा उसके परिवार को अस्पताल में भर्ती होने की दशा में हुए खर्चों का भुगतान करती है। इसमें डॉक्टर की फीस, कमरे का किराया, दवाईयों तथा पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों में विनिर्दिष्ट अन्य लागतें शामिल हैं।

स्वास्थ्य बीमा (मेडिकल बीमा या मेडिकलेम के नाम से भी जाना जाता है) की जरूरत निम्नलिखित कारणों से होती है:—

- जीवन बहुत अनिश्चित है। एक व्यक्ति अपने सम्पूर्ण जीवन के दौरान सदैव स्वस्थ तथा फिट नहीं रह सकता है। जीवन की प्रत्येक अवस्था में स्वास्थ्य कवर का होना बुद्धिमतापूर्ण निर्णय होता है।
- गत कुछ वर्षों में स्वास्थ्य सेवा की लागत काफी बढ़ गई है। यदि हार्ट फेलियर, केन्सर या डाइबिटीज जैसी बड़ी बीमारी का निदान होता है तो यदि उपचार के लिए पर्याप्त धन राशि की व्यवस्था तत्काल नहीं हो सके तो जीवन की हानि हो सकती है। यदि परिवार एक अत्याधिक महँगा व्यक्तिगत ऋण उपचार के लिये लेता है तथा व्यक्ति का जीवन नहीं बचाया जा सके तो परिवार विशाल ऋण में डूब सकता है। स्वास्थ्य बीमा कवर का होना इस समस्या से उबार सकता है।
- स्वास्थ्य कवर लेने के समय व्यक्ति की आयु विचारणीय होती है; आयु ज्यादा होने पर, प्रीमियम भी ज्यादा होगा। जब वार्षिक आधार पर जारी पॉलिसियों का प्रत्येक वर्ष नवीनीकरण कराया जाता है तो बीमा

लेते समय व्यक्ति की आयु से अलग उसकी आयु बढ़ने के साथ लागत बढ़ती जाती है। यह दावों के अनुभव पर भी निर्भर करती है।

ध्यान रहे!

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ विनिर्दिष्ट करती हैं कि वे क्या कवर करती हैं और क्या नहीं। पॉलिसी की शर्तों को ध्यानपूर्वक पढ़ा जाना चाहिए।



इस पर विचार करें...

क्या आपके परिवार के किसी सदस्य या किसी मित्र ने स्वास्थ्य बीमा लिया है? उनके द्वारा लिये गये स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभों तथा विशेषताओं का पता लगाइये।



A2 बीमा राइडर की जरूरत

जरूरतों की प्राथमिकता तय

राइडर अतिरिक्त लाभ होते हैं जो बीमा पॉलिसियों में जोड़े जाते हैं। कोई राइडर एक शर्त या एक खण्ड होता है जो मूल योजना में जोड़ा जाता है, अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके प्राप्त किया जाता है अर्थात् अतिरिक्त लाभ के लिए अतिरिक्त प्रीमियम। यदि मूल योजना में किसी व्यक्ति द्वारा चाही गई कुछ विशेषताएँ नहीं हो तो एक राइडर के माध्यम से यह जोड़ी जा सकती है (यदि उपलब्ध हो)।

राइडर की अवधारणा समझाने का एक तरीका आइसक्रीम (जायकों) के उदाहरण द्वारा समझा जा सकता है। व्यक्ति द्वारा चयनित मूल बीमा योजना एक आइसक्रीम (आधार) कोन की तरह कार्य करता है जिस पर व्यक्ति अपनी इच्छानुसार राइडर जोड़ सकता है, इस तरह से आप एक आइसक्रीम के कोन पर विभिन्न स्वाद (जायकों) का चयन कर सकते हैं।

कई बीमाकर्ता उत्पाद विवरणियों या उत्पाद विशेषताओं में यह विनिर्दिष्ट करते हैं कि कौन से राइडर प्रत्येक उत्पाद के साथ उपलब्ध हैं। राइडर अनेक बीमा योजनाओं को खरीदने के बजाय एक व्यक्ति की जरूरत को पूरा करने वाली एक योजना में आवश्यकतानुरूप सुविधा प्रदान करते हैं। राइडर पर अधिक विवरण के लिए भाग B3 देखें।

A3 पेंशन योजनाओं की जरूरत

जीवन सम्भावना में सतत वृद्धि के कारण किसी व्यक्ति के लिए अपने कार्यशील जीवन के दौरान बचत करना बहुत महत्वपूर्ण होता है ताकि वे अपनी सेवानिवृत्ति के बाद पूर्व के समान जीवन स्तर बनाये रख सकें, जब उनके पास जीवन यापन हेतु दैनिक खर्चों के लिए कोई नियमित मासिक आय नहीं होगी।

कोई भी व्यक्ति जो सेवानिवृत्ति के पश्चात शान्त एवं पूर्ण आरामदायक जीवन का आनन्द उठाने का इच्छुक हो उसे सेवानिवृत्ति योजना लेना आवश्यक है।

किसी व्यक्ति के कार्यशील जीवन के दौरान एक सेवानिवृत्ति बीमा योजना खरीदना संभव होता है जिसमें मासिक आधार पर अल्प राशि का अंशदान किया जा सकता है। इस प्रकार सेवानिवृत्ति आयु तक पहुँचने

पर व्यक्ति संचित एकमुश्त राशि से एक पेंशन योजना खरीद सकता है जो उसे सेवानिवृत्ति के बाद मासिक आय मिलती रहेगी।

इस पर विचार करें...

अपने माता-पिता (यदि सेवानिवृत्त हो) या अपने दादा-दादी से उन वित्तीय उत्पादों के बारे में पूछें जिनमें उन्होंने अपने कार्यशील जीवन के दौरान सेवानिवृत्ति के लिए निवेश किया हो।



B उत्पाद के प्रकार, उनकी विशेषताएँ तथा लाभ

B1 स्वास्थ्य योजना के प्रकार

बाजार में मूलतः चार प्रकार की स्वास्थ्य योजनाएँ उपलब्ध हैं। बारी-बारी से इन पर नजर डालते हैं :

B1A एकल स्वास्थ्य बीमा योजना

जैसा कि नाम से पता चलता है यह योजना एकल व्यक्ति को कवर करती है तथा उसकी स्वास्थ्य आवश्यकताओं की पूर्ति करती है।



उदाहरण

अजय तथा टीना विवाहित युगल है। उनके विवाह से पूर्व अजय ने रु. 1,00,000 कवर के लिए ABC कम्पनी से एक एकल स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ले रखी थी जो उसकी स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करती है। टीना ने भी रु. 1,00,000 कवर के लिए ABC कम्पनी से पृथक एकल स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ले रखी थी जो उसकी स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करती है।

B1B पारिवारिक चल (फ्लोटर) सुरक्षा स्वास्थ्य बीमा योजना

एक पारिवारिक चल सुरक्षा योजना एक एकल स्वास्थ्य योजना से अलग होती है। इस प्रकार की योजना में परिवार के सदस्य भी कवर किये जा सकते हैं। एक व्यक्ति स्वयं को, अपने जीवन साथी, बच्चों तथा माता-पिता को कवर कर सकता है। बीमा कम्पनी उन लोगों की संख्या विनिर्दिष्ट कर सकती है जिन्हें कवर किया जा सकता है। इस प्रकार की योजना में बीमा कवर परिवार के कवर किये गये सदस्यों के मध्य अस्थिर (असमान) अनुपात में बाँटा जा सकता है।



उदाहरण

अजय तथा टीना विवाहित युगल है तथा वे रु. 2,00,000 कवर के साथ एक पारिवारिक चल सुरक्षा स्वास्थ्य बीमा योजना खरीदते हैं। यह रु. 2,00,000 कवर अजय तथा टीना के मध्य अस्थिर अनुपात में बाँटा जा सकता है, उनमें से चाहे एक या दोनों अस्पताल में भर्ती हो अधिकतम भुगतान रु. 2,00,000 होगा।

B1C समूह स्वास्थ्य बीमा योजना

यह स्वास्थ्य बीमा योजना एक समूह के लोगों के कवर प्रदान करती है जो एक सामान्य प्रयोजन के लिए एक साथ होते हैं। उदाहरण के लिए, एक समूह कंपनी के कर्मचारियों का हो सकता है। कई नियोजक अपने कर्मचारियों को मेडिकल आकस्मिकताओं के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य कवर प्रदान करते हैं तथा कुछ समूह बीमा कवर को कर्मचारियों के परिवारों तक विस्तारित करते हैं।



उदाहरण

अजय एक निजी कंपनी में कार्य कर रहा है। कंपनी अपने कर्मचारियों तथा उनके परिवार के सदस्यों को समूह बीमा कवर प्रदान करती है। अतः इस योजना में अजय पत्नी टीना के साथ कंपनी की स्वास्थ्य बीमा योजना में शामिल हो सकता है।

B1D दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजना

इस प्रकार की स्वास्थ्य योजना में बीमा कंपनी अस्पतालीकरण की दशा में बीमित को दैनिक आधार पर एक निश्चित राशि का भुगतान करती है। यह दैनिक राशि पॉलिसी लेने के समय निश्चित की जाती है तथा बीमित के अस्पतालीकरण के दौरान उपचार पर खर्च वास्तविक राशि पर ध्यान न देते हुए (पॉलिसी की शर्तों तथा निर्बंधनों के अधीन) दिनों की संख्या के आधार पर भुगतान करती है। दैनिक भुगतान की जाने वाली राशि निश्चित होती है तथा वास्तविक उपचार लागत से कम या अधिक हो सकती है।

बीमा कंपनी दैनिक आधार पर एक अतिरिक्त राशि का भुगतान कर सकती है यदि बीमित **सघन चिकित्सा इकाई (ICU)** में भर्ती किया जाता है। गंभीर बीमारी या सर्जरी की दशा में एक अतिरिक्त एक मुश्त राशि का भुगतान पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बंधनों के अधीन किया जा सकता है। इस पॉलिसी के अन्तर्गत दैनिक राशि का भुगतान बीमित के किसी अन्य मेडिकल बीमा पॉलिसी में कवर होने के साथ भी लिया जा सकता है। दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजना के अर्न्तगत एक वर्ष के दौरान देय अधिकतम दिनों की संख्या विनिर्दिष्ट रहती है। यह पॉलिसी के शर्तों एवं निर्बंधनों में निर्दिष्ट होता है।



उदाहरण

कृपया नोट करें: नीचे दी गई राशियाँ तथा आंकड़े सिर्फ उदाहरण के लिए हैं तथा दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजनाओं की वास्तविक राशियाँ विभिन्न बीमा कंपनियों के लिए अलग-अलग हो सकती हैं।

अजय एक निजी कंपनी में कार्य कर रहा है। कंपनी अपने कर्मचारियों तथा उनके परिवार के सदस्यों को समूह स्वास्थ्य बीमा कवर प्रदान करती है, अतः अजय अपनी पत्नी टीना को भी अपनी कंपनी की स्वास्थ्य बीमा योजना में शामिल कर सकता है। परन्तु अजय को लगता है कि कंपनी द्वारा प्रदत्त कवर अपर्याप्त है अतः वह अपनी कंपनी द्वारा दिये गये स्वास्थ्य कवर के पूरक के रूप में एक दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजना लेता है।

अजय द्वारा चयन की गई दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजना में अस्पतालीकरण की दशा में रु. 2,000 प्रतिदिन भुगतान करने का प्रावधान किया गया है। बीमा कंपनी यह भी निर्दिष्ट करती है कि यदि अजय ICU में भर्ती किया जाता है तो रु. 2,000 प्रतिदिन का एक अतिरिक्त भुगतान भी किया

जायेगा। बीमा कम्पनी यह भी स्पष्ट करती है कि योजना में दैनिक अस्पतालीकरण लाभ राशि के लिए रु. 1,20,000 की वार्षिक सीमा लागू होगी तथा रु. ICU में भर्ती होने की स्थिति में रु. 1,20,000 की अतिरिक्त लाभ सीमा भी लागू होगी। इसका अर्थ है कि एक वर्ष में अजय 60 दिनों की प्रतिपूर्ति/मुआवजे के लिए दावा कर सकता है। बीमा कम्पनी यह भी स्पष्ट करती है कि यदि अजय किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित हो जाता है तो रु. 50,000 की एक मुश्त राशि का भुगतान किया जायेगा।

उपरोक्त फिक्स्ड भुगतान अजय द्वारा भुगतान किये गए वास्तविक अस्पतालीकरण खर्चों पर ध्यान दिये बिना बीमा कम्पनी द्वारा किये जायेंगे, तथा यह अजय की कम्पनी द्वारा प्रदान की गई योजना के अन्तर्गत देय दावे के अतिरिक्त होंगे।

B2 स्वास्थ्य योजनाओं की विशेषताएँ तथा लाभ

स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ विभिन्न विशेषताओं तथा लाभों के साथ उपलब्ध हैं, इनमें से कुछ में शामिल हैं:—

1. मूल्य निर्धारण : किसी स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रीमियम व्यक्ति की आयु, चुस्त-दुरुस्तता, आदतों तथा पारिवारिक स्वास्थ्य इतिहास पर निर्भर करता है। यदि अन्य सभी कारक स्थिर रहते हैं तो प्रीमियम पॉलिसीधारक की आयु बढ़ने के साथ बढ़ेगा। अतः जितनी जल्दी संभव हो एक स्वास्थ्य योजना लेना हमेशा अच्छा रहता है क्योंकि युवावस्था में भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम बहुत ज्यादा नहीं होगा जो पॉलिसीधारक की आयु बढ़ने के साथ बढ़ेगा।

उदाहरण

करण रु. 7,000 वार्षिक प्रीमियम का भुगतान करके रु. 3,00,000 के कवर के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी खरीदता है। करण को गहन हार्ट अटैक/हृदयाघात आता है जिसके लिए ऑपरेशन किया जाता है। अस्पताल का बिल रु. 2,50,000 आया जिसकी प्रतिपूर्ति बीमा कम्पनी करती है। अतः इस स्थिति में पॉलिसी से प्राप्त होने वाले लाभों की तुलना में प्रीमियम के रूप में भुगतान की गई रु. 7,000 की राशि नगण्य है।



2. नकद रहित सुविधा (कैशलेस फॅसिलिटी) : कुछ स्वास्थ्य योजनाएँ नकद रहित सुविधा प्रदान करती हैं। इन योजनाओं में कवर किये गये व्यक्ति को एक फोटो पहचान पत्र दिया जाता है। बीमित को उपचार हेतु विनिर्दिष्ट अस्पतालों के नेटवर्क के किसी अस्पताल में अपने भर्ती होते समय बीमा कम्पनी को सूचित करना होता है। यह अस्पतालों का एक समूह होता है जो स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य बीमा कम्पनी के साथ अनुबंध करते हैं। अनुमोदन होने पर बीमित को अस्पताल में जमा राशि या उपचार व्ययों का भुगतान नहीं करना पड़ता है, क्योंकि पॉलिसी में निर्दिष्ट शर्तों एवं निर्बंधनों के अनुसार बीमा कम्पनी द्वारा सीधे ही बिलों का निपटारा किया जाता है।

ध्यान रहें!

सभी खर्चे बीमा कम्पनी द्वारा कवर नहीं की जायेगी। इनमें कुछ ऐसे व्यय हो सकते हैं जो कवर से बाहर रखे जाते हैं। यह विभिन्न कम्पनियों में अलग-अलग होते हैं।



एक गैर नेटवर्क अस्पताल में भर्ती होने की दशा में बीमित को अस्पताल बिल का निपटारा स्वयं करना होता है तथा पॉलिसी की अन्य शर्तों व निबन्धनों तथा आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत करने पर बाद में बीमा कम्पनी द्वारा इनकी वापसी की जाती है।

3. मेडिकल परीक्षण : अधिकांश बीमा कम्पनियों में पॉलिसी जारी करने से पूर्व प्रस्तावक को एक मेडिकल परीक्षण कराना आवश्यक होता है तथा किये जाने वाले परीक्षणों की संख्या प्रस्तावक की आयु पर निर्भर करती है। डॉक्टर की रिपोर्ट के आधार पर बीमा कम्पनियाँ निर्णय लेती हैं कि प्रस्ताव स्वीकृत किया जाये या नहीं तथा यदि स्वीकृत किया जाये तो किस मूल्य पर।

4. पहले से मौजूद बीमारी : अधिकांश बीमा कम्पनियाँ पहले से मौजूद बीमारी को सामान्यतः 'प्रतीक्षा अवधि' के रूप में संदर्भित एक विशिष्ट समय अवधि के पश्चात कवर करती हैं। कुछ बीमा कम्पनियाँ कुछ पहले से मौजूद बीमारियों को एक साथ बाहर कर सकती हैं तथा यह सूचना पॉलिसी की शर्तों एवं निबन्धनों में निर्दिष्ट होती है; उदाहरण के लिए डाईबिटीज जैसी पहले से मौजूद बीमारी तीन या चार वर्षों के पश्चात कवर की जा सकती है। मौजूद बीमारियों के उपचार से सम्बद्ध शर्तें एवं निर्बन्ध एक कम्पनी से दूसरी में अलग हो सकते हैं।

5. गैर दावा (नो क्लेम) बोनस : यदि किसी वर्ष में कोई दावा उत्पन्न नहीं होता है तो बीमा कम्पनी नवीनीकरण के समय एक गैर दावा बोनस प्रस्तावित कर सकती है, अर्थात् बीमा कम्पनी अगले वर्ष देय प्रीमियम में छूट देगी।

6. स्थायी अपवर्जन : स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में कुछ स्थायी अपवर्जन लागू होते हैं जो कि पॉलिसी में विनिर्दिष्ट होते हैं, अर्थात् दवाईयों का दुरुपयोग या मेडिकल सलाह का अनुपालन नहीं करना।

7. तत्काल देखभाल : पॉलिसीधारक को उपचार तत्काल तथा सुविधानुसार समय पर उपलब्ध होता है। जब कोई पॉलिसीधारक उपचार से स्वस्थ हो जाने वाले किसी रोग से पीड़ित होता है तो चिकित्सक को दिखने के लिये बिना पहले से समय लिये तुरन्त चिकित्सा प्रदान की जाती है।

8. बचतों या ऋणों से एक मुश्त राशि की जरूरत नहीं : पॉलिसीधारक को इस बारे में कोई चिन्ता नहीं करनी होती है कि मेडिकल भुगतान करने की आवश्यकता पर व्यवस्था किस प्रकार की जाये क्योंकि पहले से भुगतान किये गये प्रीमियम के आधार पर इनका भुगतान बीमा कम्पनी द्वारा किया जायेगा।

B3 राइडर

भाग A2 में चर्चा के अनुसार, राइडर पॉलिसीधारक को उनके बीमा कवर के साथ आवश्यकतानुरूप अतिरिक्त लाभ देते हैं। इस भाग में हम राइडरों के कुछ नमूनों पर विचार करेंगे।

B3A दुर्घटना मृत्यु लाभ (एकसिडेन्टल डेथ बेनिफिट) (ADB) राइडर

यदि बीमित ने यह राइडर लिया है और दुर्भाग्यवश दुर्घटना से मृत्यु होने की स्थिति में मूल बीमा धन के अतिरिक्त एक राशि का भुगतान किया जाता है। मृत्यु बाह्य प्रचण्ड अकल्पित, दृश्य साधन द्वारा दुर्घटना के परिणामस्वरूप होनी चाहिए। इस राइडर के अन्तर्गत किया जाने वाला भुगतान पॉलिसी में विनिर्दिष्ट शर्तों एवं निर्बन्धनों के अधीन होता है।

दुर्घटना के कारण मरने वालों की बढ़ती संख्या को ध्यान में रखते हुए ADB राइडर भारत में अधिक महत्व रखता है। बीमा कम्पनी वह उत्पाद विनिर्दिष्ट करती है जिसके साथ यह राइडर लिया जा सकता है तथा अपवाद की सूची भी विनिर्दिष्ट करती है जिनके अन्तर्गत राइडर का लाभ दिया नहीं जायेगा।

उदाहरण

महेश ABC बीमा कम्पनी से रु. 25,00,000 के कवर के लिए एक अवधि बीमा पॉलिसी लेना चाहता है। वह एक दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB) राइडर का लाभ भी लेना चाहता है।

ABC बीमा कम्पनी ADB राइडर के लिए निम्नलिखित शर्तें तथा निर्बन्धन विनिर्दिष्ट करती है:-

न्यूनतम प्रवेश आयु	15 वर्ष
अधिकतम प्रवेश आयु	55 वर्ष
परिपक्वता पर अधिकतम आयु	60 वर्ष
न्यूनतम बीमा धन	रु. 50,000
अधिकतम बीमा धन	रु. 10,00,000 या मूल बीमा धन, जो भी कम हो।
मृत्यु दुर्घटना की तिथि से 180 दिनों के भीतर होनी चाहिए।	

उपरोक्त शर्तों एवं निर्बन्धनों का विश्लेषण :

- महेश इस राइडर को 15 वर्ष तथा उससे ऊपर आयु होने पर ही ले सकता है लेकिन 55 वर्ष की आयु के पश्चात नहीं।
- महेश के 60 वर्ष की आयु पर पहुँचने पर राइडर स्वतः समाप्त हो जायेगा हालांकि मूल पॉलिसी जारी रह सकती है।
- महेश रु. 50,000 से कम बीमा राशि के लिए राइडर का विकल्प नहीं ले सकता है।
- महेश अधिकतम रु. 10,00,000 या मूल बीमा धन (इस मामले में रु. 25,00,000) जो भी कम हो, के लिए विकल्प दे सकता है। अतः इस मामले में महेश अधिकतम बीमा धन रु. 10,00,000 के लिए ADB राइडर का विकल्प ले सकता है।
- यदि महेश के साथ कोई दुर्घटना होती है जिसके परिणामस्वरूप उसका अस्पतालीकरण किया जाता है तथा दुर्घटना के नौ माह के बाद अन्ततः उसकी मृत्यु हो जाती है तब बीमा कम्पनी नामित को ADB राइडर के अन्तर्गत लाभ का भुगतान नहीं करेगी यद्यपि मूल पॉलिसी राशि का भुगतान किया जायेगा। इस राइडर के अन्तर्गत किये जाने वाले लाभ राशि के भुगतान के लिए बीमित व्यक्ति की मृत्यु दुर्घटना के 180 दिनों के भीतर होनी चाहिए।
- **कृपया नोट करें** कि यह केवल किसी एक बीमा कम्पनी की शर्त है तथा ADB राइडर के लिए शर्तें तथा निर्बन्धन बीमा कम्पनियों में अलग-अलग हो सकते हैं।



B3B अवधि (टर्म) राइडर

इस राइडर का उपयोग पॉलिसी में नाम मात्र की लागत पर मृत्यु कवर राशि को बढ़ाने के लिए किया जा सकता है। यदि कोई व्यक्ति एक बचत पॉलिसी जैसे एक बन्दोबस्ती पॉलिसी या मनी-बैंक पॉलिसी लेना चाहता है तथा एक अलग अवधि बीमा पॉलिसी खरीदे बिना अपना मृत्यु कवर बढ़ाना चाहता है, तो वे इस राइडर का विकल्प ले सकते हैं। बीमा कम्पनी उन उत्पादों को निर्दिष्ट करती है जिसके साथ यह राइडर लिया जा सकता है तथा अपवादों की सूची भी विनिर्दिष्ट करती है जिसके अन्तर्गत राइडर के लाभ का भुगतान नहीं किया जायेगा।



प्रश्न 7.1

स्वास्थ्य योजनाओं की कुछ विशेषताओं तथा लाभों को सूचीबद्ध करें।



उदाहरण

महेश अपने पुत्र के लिए 20 वर्षों में रु. 25,00,000 का संचय करने के लिए एक बन्दोबस्ती योजना लेना चाहता है। महेश रु. 10,00,000 का अतिरिक्त अवधि बीमा कवर भी चाहता है, लेकिन साथ ही वह अलग अवधि बीमा योजना लेना नहीं चाहता है। अतः इस मामले में महेश मूल पॉलिसी के रूप में रु. 25,00,000 का बीमा धन की एक बन्दोबस्ती योजना ले सकता है तथा रु. 10,00,000 के बीमा धन का एक अवधि बीमा राइडर जुड़वा सकता है।

बीमा कम्पनी अवधि बीमा राइडर के लिए निम्नलिखित शर्तें तथा निर्बन्धन विनिर्दिष्ट करती है:-

न्यूनतम प्रवेश आयु	15 वर्ष
अधिकतम प्रवेश आयु	55 वर्ष
परिपक्वता पर अधिकतम आयु	60 वर्ष
न्यूनतम बीमा धन	रु. 50,000
अधिकतम बीमा धन	मूल बीमा धन के बराबर

उपरोक्त शर्तों एवं निर्बन्धनों का विश्लेषण

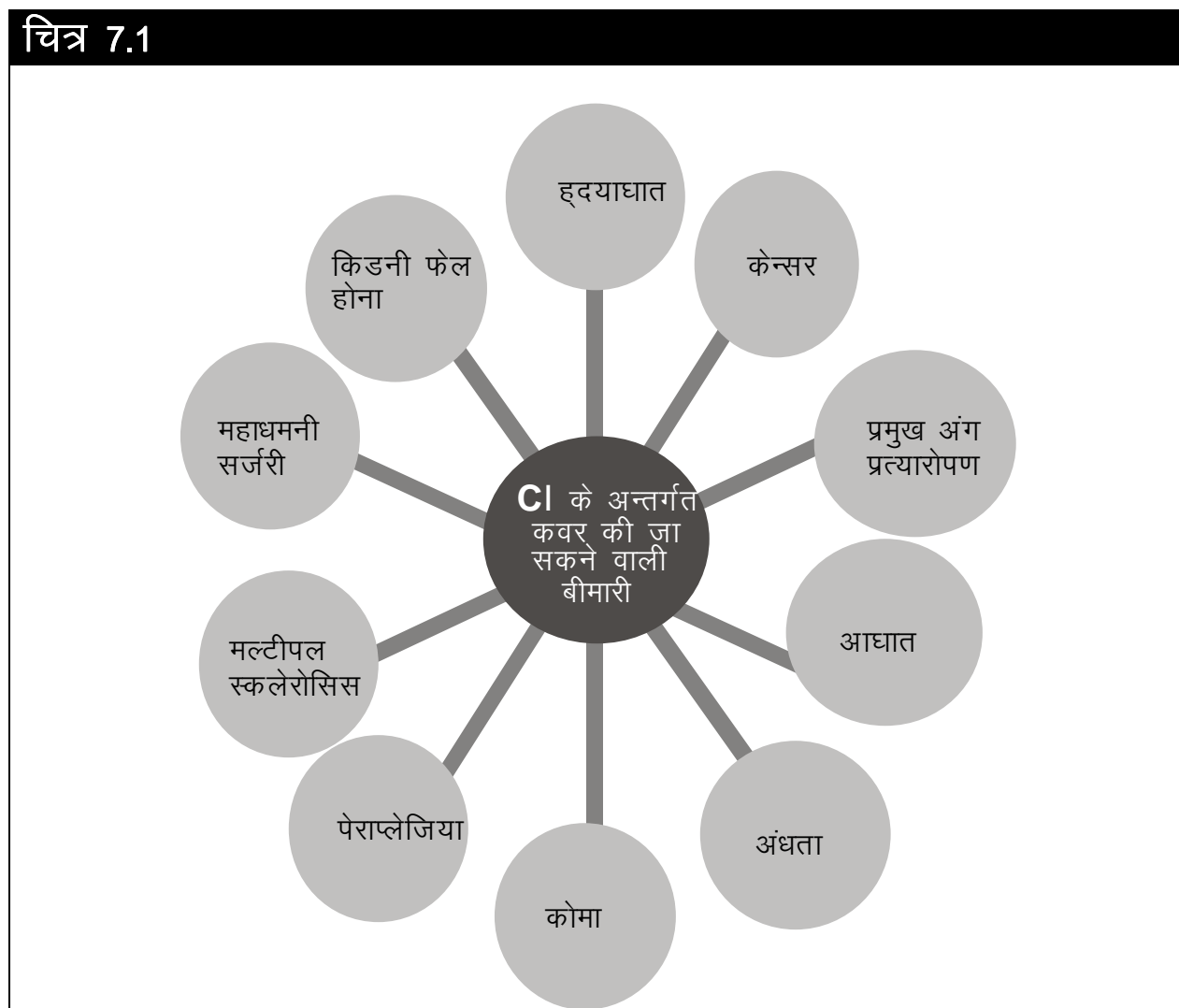
- महेश इस राइडर को 15 वर्ष या उससे उपर आयु होने पर ही ले सकता है; लेकिन 55 वर्ष की आयु के पश्चात् नहीं।
- महेश के 60 वर्ष की आयु पर पहुँचने पर राइडर स्वतः समाप्त हो जायेगा यद्यपि मूल पॉलिसी जारी रह सकती है।
- महेश रु. 50,000 से कम बीमा राशि के लिए राइडर का विकल्प नहीं ले सकता है।
- महेश अधिकतम मूल बीमा धन के बराबर राशि (इस मामले में रु. 25,00,000) के लिए राइडर का विकल्प ले सकता है। अतः महेश अधिकतम रु. 25,00,000 बीमा धन के लिए एक अवधि राइडर का विकल्प ले सकता है लेकिन महेश की जरूरत केवल रु. 10,00,000 है।
- यदि महेश की मृत्यु पॉलिसी की अवधि के दौरान हो जाती है तो उसका नामिती/लाभग्रहिता पॉलिसी की शर्तों एवं निर्बन्धनों के अनुसार मूल पॉलिसी बीमा धन रु. 25,00,000 तथा अवधि राइडर बीमा धन रु. 10,00,000 प्राप्त करेगा।

कृपया नोट करें कि यह केवल किसी एक बीमा कम्पनी का उदाहरण है तथा एक अवधि राइडर के लिए शर्तें तथा निर्बन्धन बीमा कम्पनियों में अलग-अलग हो सकते हैं।

B3C गंभीर बीमारी (क्रिटिकल इलनेस) (CI) राइडर

यह राइडर किसी गंभीर बीमारी (CI) का निदान होने पर एक विनिर्दिष्ट राशि का भुगतान करता है। इसी भुगतान का उपयोग मेडिकल उपचार, अस्पताल भर्ती या CI के निदान के पश्चात् आय की हानि में सहायता सहित किसी भी प्रयोजन के लिए किया जा सकता है। वह बीमारी इस राइडर के लिए बीमा कम्पनी द्वारा विनिर्दिष्ट CI सूची में शामिल होनी चाहिए।

चित्र 7.1



राइडर के लिए न्यूनतम प्रवेश आयु, अधिकतम प्रवेश आयु, अधिकतम परिपक्वता आयु तथा न्यूनतम बीमा धन एवं अधिकतम बीमा धन बीमाकर्ता विनिर्दिष्ट करता है। ये आंकड़े विभिन्न बीमाकर्ताओं के लिए अलग-अलग होते हैं। बीमाकर्ता राइडर से सम्बन्धित अन्य शर्तें एवं निर्बन्धन भी विनिर्दिष्ट कर सकता है। बीमा कम्पनी उस उत्पाद को भी विनिर्दिष्ट करती है जिसके साथ राइडर लिया जा सकता है तथा अपवादों की सूची भी विनिर्दिष्ट कर सकती है जिसके अन्तर्गत राइडर के लाभ का भुगतान नहीं किया जायेगा।



ध्यान रहे !

बीमा कम्पनी **सामान्यतः** इस राइडर के अन्तर्गत एक एकमुश्त राशि का भुगतान करती है जब पॉलिसीधारक में CI (राइडर के अन्तर्गत भुगतान योग्य) का निदान होता है तथा इसके साथ ही राइडर लाभ समाप्त हो जाता है। अतः तदुपरान्त इस राइडर के अन्तर्गत दावा बीमा कम्पनी द्वारा अनुमत नहीं होगा।



प्रश्न 7.2

एक CI राइडर के अन्तर्गत कवर किये जाने वाले पाँच सामान्य CI के नाम दीजिए

B3D प्रीमियम का त्याग (वेवर आफ प्रीमियम) (WOP) राइडर

यह राइडर पॉलिसीधारक की बीमारी या दुर्घटना के परिणामस्वरूप कार्य करने में असमर्थ होने की दशा में भावी प्रीमियमों का त्याग करता है। बीमा कम्पनी पॉलिसीधारक की ओर से प्रीमियम का भुगतान जारी रखती है तथा पॉलिसी सामान्य रूप से चालू रहती है।

यह पॉलिसीधारक की मृत्यु या अपंगता के कारण प्रीमियमों के भुगतान न होने के कारण पॉलिसी को कालातीत होने से बचाने हेतु उत्तम है।

कुछ बाल योजनाओं में WOP राइडर शामिल रहते हैं जबकि कुछ अन्य योजनाओं में एक वैकल्पिक लाभ है। WOP राइडर सुनिश्चित करता है कि प्रीमियम भुगतान करने वाले माता या पिता की मृत्यु की दशा में पॉलिसी सामान्य रूप से जारी रहती है तथा बच्चों का भविष्य प्रभावित नहीं होता है। ऐसे मामलों में, पॉलिसी की शर्तों के अनुसार अभीष्ट लाभ बच्चे के पास पहुँचने तक प्रीमियम परित्याग किया जाता है।

बीमाकर्ता स्पष्ट करता है न्यूनतम प्रवेश आयु, अधिकतम प्रवेश आयु, अधिकतम परिपक्वता आयु तथा न्यूनतम तथा अधिकतम बीमा धन जो WOP राइडर के लिये लागू होता है। ये आंकड़े विभिन्न बीमाकर्ताओं के लिए अलग-अलग होते हैं। बीमाकर्ता राइडर से सम्बद्ध अन्य शर्तों एवं निर्बन्धनों को भी विनिर्दिष्ट कर सकता है। बीमा कम्पनी उन उत्पादों को विनिर्दिष्ट करती है जिनके साथ राइडर लिया जा सकता है तथा अपवादों की सूची भी विनिर्दिष्ट कर सकती है कि जिसके अन्तर्गत राइडर के लाभ का भुगतान नहीं किया जायेगा।

B3E बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित अन्य राइडर

बीमा कम्पनियों द्वारा प्रस्तावित कुछ अन्य राइडरों में शामिल हैं:-

शल्य चिकित्सा देख-भाल राइडर	इस राइडर का विकल्प लेते वक्त विनिर्दिष्ट शर्तों तथा निर्बन्धनों के अधिन बीमित के मस्तिष्क, हृदय, फेफड़ों, यकृत आदि सहित सर्जरी द्वारा चिकित्सा लागतों का भुगतान किया जाता है।
अस्पताल देख-भाल राइडर	इस राइडर का विकल्प लेते वक्त विनिर्दिष्ट शर्तों तथा निर्बन्धनों के अधिन बीमित के अस्पतालीकरण की दशा में चिकित्सा लागतों का भुगतान किया जाता है। बीमा कम्पनी उपचार की वास्तविक लागत (राइडर की शर्तों में जो कवर किया गया है के अधीन) या दैनिक आधार पर उतने

	दिनों के लिए एक विनिर्दिष्ट राशि का भुगतान कर सकती है, जितने दिन पॉलिसीधारक अस्पताल में रहता है। बीमा कंपनी एक अतिरिक्त राशि का भी भुगतान कर सकती है यदि पॉलिसीधारक (आई सी यू) में भर्ती होता है। अलग-अलग कंपनियों में इस सम्बन्ध में भिन्नता पाई जाती है। यह (राइडर की शर्तों में जो कवर किया गया है के अधीन) भाग B1 में उल्लेखित वक्तिगत पॉलिसियों के समान है।
गारंटीड बीमा हेतु योग्यता राइडर	यह राइडर जीवन की विभिन्न प्रमुख घटनाओं जैसे विवाह, बच्चे का जन्म, मकान आदि खरीदने आदि के कारण बढी आवश्यकताओं हेतु बीमित को सुरक्षा कवर बढाने का अवसर प्रदान करता है।

B4 राइडरों की विशेषताएँ तथा लाभ

राइडरों की विशेषताओं तथा लाभों में शामिल हैं:-

- **अतिरिक्त कवर:-** सम्पूर्णक जोड़कर बीमित अतिरिक्त सुरक्षा खरीद सकता है। राइडर कवर की गुणवत्ता तथा विस्तार बढाने में मदद करते हैं।
- **नाममात्र लागत :** राइडर किसी नई योजना खरीदने की तुलना में नाममात्र लागत पर उपलब्ध होते हैं। उदाहरण के लिए यदि एक बन्दोबस्ती योजना खरीद रहा व्यक्ति अपना मृत्यु कवर बढाना चाहता है तो एक अलग अवधि बीमा योजना खरीदने के बजाय वे एक अवधि राइडर लेकर नाममात्र लागत पर कवर बढा सकते हैं।
- **आवश्यकतानुरूपता :** राइडर उपभोक्ता की प्राथमिकता के अनुसार स्वास्थ्य योजना को आवश्यकतानुरूप बनाने में मदद करते हैं। बीमाकर्ता को कम संख्या में मूल योजनाओं की राइडर का ग्राहक के पास एक बड़ी संख्या में से चयन के विकल्प के कारण सुविधा मिलती है। प्रत्येक योजना एक या अधिक राइडरों के साथ ली जा सकती है। पाँच मूल योजनाएँ तथा सात राइडर प्रभावी रूप से 35 या अधिक विकल्प देते हैं।
- **लोचनीयता :** अनेक राइडर पॉलिसीधारक की इच्छा के अनुसार जोड़े या हटाये जा सकते हैं, इस प्रकार उच्च स्तर की लोचनीयता प्राप्त होती है।
- **कर लाभ :** राइडर के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम आयकर अधिनियम की सम्बन्धित धाराओं के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है।

राइडरों के लिए IRDA विनियम

अप्रैल 2002 में जारी तथा अक्टूबर 2002 में संशोधित IRDA विनियमों के अनुसार:-

- अवधि या समूह बीमा उत्पाद के मामले में स्वास्थ्य एवं गंभीर बीमारियों से सम्बन्धित सभी राइडरों पर प्रीमियम मूल पॉलिसी के प्रीमियम के 100% से अधिक नहीं होना चाहिए।

- अन्य सभी शेष राइडरों पर कुल प्रीमियम मूल पॉलिसी के प्रीमियम के 30% से अधिक नहीं होना चाहिए।
- प्रत्येक राइडर के अन्तर्गत उपलब्ध लाभ मूल पॉलिसी के अन्तर्गत बीमा धन से अधिक नहीं होना चाहिए।

इन विनियमों द्वारा IRDA ने सम्पूरकों की अधिकतम संख्या तय की है जो किसी पॉलिसी के साथ ली जा सकती हैं। यह संभव है कि यह सीमा समय समय पर संशोधित की जाए।

B5 एन्युटीज (पेंशन/वार्षिकी)

एन्युटीज प्रायः जीवन बीमा की “विपरीत” के रूप में वर्णित की जाती है; किसी जीवन बीमा अनुबंध के अन्तर्गत बीमाकर्ता बीमित की मृत्यु पर भुगतान करता है, लेकिन किसी एन्युटी अनुबंध के अन्तर्गत प्रायः बीमाकर्ता एन्युटेन्ट की मृत्यु पर भुगतान करना **बन्द** कर देता है।

एन्युटीज जीवन बीमा कम्पनियों से ली जाती है। ये एकल (एकमुश्त) भुगतान द्वारा या अनेक वर्षों में विस्तारित नियमित अंशदानों द्वारा खरीदी जा सकती है। भुगतान एन्युटेन्ट द्वारा या अन्य एन्युटी क्रेता जैसे एन्युटेन्ट के नियोक्ता या अन्य व्यक्तिगत लाभप्रदाता द्वारा या एक पेंशन योजना से किया जा सकता है।

एन्युटी किसी एन्युटी देने वाले के द्वारा एन्युटेन्ट के रूप में सन्दर्भित व्यक्ति को किये जाने वाले नियमित भुगतानों की एक श्रृंखला होती है।

एन्युटीज तत्काल या विलम्बित हो सकती है।

- **तत्काल (इमीडियेट) एन्युटीज** एकमुश्त राशि से खरीदने के तुरन्त बाद निहित (भुगतान योग्य) हो जाती है। एन्युटी भुगतान, पॉलिसी की विशेषताओं/पॉलिसीधारक द्वारा लिये गये विकल्प के अनुसार माह, त्रैमास, अर्द्धवर्ष या वर्ष के अन्त में प्रारम्भ होता है।
- **विलम्बित (डिफर्ड) एन्युटीज** पहले से भुगतान हो चुका है। एन्युटी क्रय मूल्य एन्युटी निहित होने से पूर्व प्रारम्भ में एकमुश्त भुगतान किया जा सकता है। वैकल्पिक रूप से, विलम्बित एन्युटीज निहित होने की तिथि से पूर्व कुछ वर्षों की अवधि में किश्तों में भुगतान करके ली जा सकती है।



उदाहरण

निहित होना (वेस्टिंग)

- 40 वर्ष की आयु में अजय बीमा कम्पनी को रु. 10 लाख की एकमुश्त राशि का भुगतान करके एक सेवानिवृत्ति योजना खरीदता है।
- अजय 60 वर्ष की आयु पर सेवानिवृत्ति के पश्चात् एन्युटी भुगतान प्रारम्भ कराना चाहता है अर्थात् 60 वर्ष पर। वह समय जब से एन्युटी का भुगतान प्रारम्भ होता है, **निहित होना** कहलाता है।
- इन 20 वर्षों के दौरान बीमा कम्पनी अजय की ओर से एकमुश्त राशि निवेश करेगी तथा इस पर प्रतिफल प्राप्त करेगी। अजय की सेवानिवृत्ति पर उपरोक्त संचित धनराशि का उपयोग उसे नियमित एन्युटी भुगतान करने में किया जाता है।
- सामान्यतः सेवानिवृत्ति तिथि ही **निहित होने की तिथि** होती है इसलिये एन्युटी भुगतान उस तिथि से प्रारम्भ होंगे।
- निहित होने के समय अजय उसी बीमा कम्पनी से या अपनी पसन्द की किसी अन्य जीवन बीमाकर्ता से पेंशन योजना खरीदने का निर्णय ले सकता है। पेंशन देने वाले का चयन करने का यह विकल्प **“खुला बाजार विकल्प”** कहा जाता है।
- निहित होते समय अजय उपलब्ध अनेक एन्युटी योजनाओं में से अपनी रुचि या पसन्द के अनुसार एन्युटी के प्रकार का चयन कर सकता है।
- एन्युटी भुगतान किस प्रकार की पसंद की गई एन्युटी तथा निहित होने के समय प्रचलित दरों पर निर्भर करेगा।

व्यवहार में अनेक प्रकार की एन्युटी उपलब्ध है। कुछ उदाहरण निम्नानुसार हैं:-

B5A जीवन (लाइफ) एन्युटी

जैसा कि नाम से पता चलता है, इस प्रकार की एन्युटी में एन्युटेन्ट अपने पूरे जीवन काल में बीमा कम्पनी से एन्युटी भुगतान प्राप्त करता है। एन्युटी भुगतान उसकी मृत्यु पर बन्द होता है। उदाहरण के लिए, यदि संजय एक जीवन एन्युटी योजना खरीदता है तो वह अपनी मृत्यु तक बीमा कम्पनी से नियमित एन्युटी भुगतान प्राप्त करता है।

ध्यान रहे!

जीवन एन्युटीज (तत्काल या विलम्बित) प्रायः उस धनराशि से खरीदी जाती है जो पेंशन से सम्बद्ध रहती है तथा जिसे किसी अन्य उद्देश्य के लिए उपयोग नहीं किया जा सकता। (पेंशन योजनाओं पर अधिक जानकारी के लिए नीचे भाग B6 देखें)



B5B गारंटीड अवधि एन्युटी

इस प्रकार की एन्युटी में एन्युटेन्ट न्यूनतम तय वर्षों की संख्या जैसे 5, 10, 15, तथा 20, या 25 वर्षों के लिए एन्युटी भुगतान प्राप्त करने के विकल्प का चयन कर सकता है चाहे वह जीवित हो या नहीं। यदि एन्युटेन्ट चयनित अवधि के दौरान मर जाता है, तो चयनित अवधि के शेष भाग के लिए एन्युटी किश्तों का भुगतान लाभग्रहिताओं को होगा। यदि एन्युटेन्ट गारंटीड अवधि समाप्त होने के पश्चात् जीवित रहता है तो उसकी मृत्यु तक भुगतान जारी रहेगा।

B5C संयुक्त जीवन, अन्तिम जीवित व्यक्ति एन्युटी

इस प्रकार की एन्युटी में सामान्यतः दो एन्युटेन्ट होते हैं, जैसे पति तथा पत्नी। पहले व्यक्ति की मृत्यु के पश्चात्, चाहे किसी की भी मृत्यु पहले हो, दूसरा बचा जीवनसाथी अपने पूरे जीवनकाल में समान स्तर की एन्युटी भुगतान प्राप्त करता रहेगा, अर्थात् दोनों व्यक्तियों के जीवित रहते प्राप्त हुई एन्युटी राशि का 100% भुगतान।

इस प्रकार की एन्युटी के अन्य प्रकार में एन्युटेन्ट अपने जीवनकाल के दौरान एन्युटी भुगतान प्राप्त करता है तथा उसकी मृत्यु के पश्चात् उसका दूसरा जीवनसाथी अपने जीवनकाल के दौरान मूल एन्युटी राशि के घटे हुए प्रतिशत जैसे (उदाहरण के लिए) 25%, 50% या 75% एन्युटी भुगतान प्राप्त करता है। इस प्रकार की एन्युटी में 100% स्तर पर भुगतान तब तक होता है जब तक प्रथम नामित एन्युटेन्ट जीवित रहता है। यदि प्रथम नामित एन्युटेन्ट की मृत्यु के बाद उसका जीवनसाथी जीवित रहता है, तो वह पॉलिसी में उल्लेख के अनुसार अपनी मृत्यु तक घटे हुए प्रतिशत पर भुगतान प्राप्त करता रहेगा।



उदाहरण

उदाहरण के लिए संजय तथा उसकी पत्नी शीतल एक संयुक्त एन्युटी लेते हैं। संजय अपने जीवनकाल के दौरान बीमा कम्पनी से नियमित एन्युटी भुगतान प्राप्त करता रहेगा। संजय की मृत्यु पर, शीतल अपने जीवनकाल के दौरान घटा हुआ एन्युटी भुगतान प्राप्त करती रहेगी। शीतल की मृत्यु के पश्चात् एन्युटी भुगतान बन्द हो जायेगा। यदि शीतल की मृत्यु संजय से पूर्व हो जाती है, तो एन्युटी भुगतान संजय की मृत्यु के पश्चात् बन्द हो जायेगा।

B5D क्रय मूल्य वापसी के साथ जीवन एन्युटी

इस प्रकार की एन्युटी में, एन्युटेन्ट अपने जीवन काल के दौरान नियमित एन्युटी भुगतान प्राप्त करता है। उसकी मृत्यु पर, मूल क्रय राशि उसके नामिती/लाभग्रहिता को लौटा दी जाती है। क्रय मूल्य से तात्पर्य संचय अवधि (जिससे एन्युटी खरीदी गई थी) की समाप्ति पर निवेश के मूल्य या एन्युटी खरीदने के समय भुगतान की गई एक मुश्त राशि से है, परिस्थिति के अनुसार।

B5E बढ़ती (इन्कीसिंग) हुई एन्युटी

इस प्रकार की एन्युटी में उपरोक्त में से किसी भी प्रकार की समान शर्तें हो सकती हैं, लेकिन एन्युटी प्रतिवर्ष एक निर्धारित प्रतिशत या एक सहमत मुद्रास्फीति सूचकांक के साथ-साथ बढ़ती है।

B6 पेंशन योजनाएँ

पेंशन योजनाएँ व्यक्तियों या उनके आश्रित के लिए पेंशन लाभ के प्रावधानों के साथ जुड़ी बचत एवं निवेश योजनाएँ होती हैं। एक बार जब किसी पेंशन योजना में अंशदान का भुगतान कर दिया जाता है तो वे सेवानिवृत्ति या असामयिक मृत्यु तक योजना में लॉकड-इन रहती हैं। उदाहरण के लिए योजना के अन्तर्गत ऋणों के भुगतान या एक नई कार खरीदने के लिए आहरण नहीं किया जा सकता है। पेंशन योजनाएँ नियोक्ताओं या निजी व्यक्तियों (अपने स्वयं के लाभ के लिए) द्वारा ली जा सकती हैं।

सेवानिवृत्ति पेंशन योजना, वास्तव में सेवानिवृत्ति पर प्रारम्भ होने वाली जीवन एन्युटी है।

पेंशन योजनाओं की विशेषताएँ तथा लाभ

संचय अवस्था (फेज़)	सेवानिवृत्ति योजना में दो अवस्थाएँ होती हैं: संचय अवस्था/निवेश अवस्था तथा नियमित एन्युटी अवस्था। संचय अवस्था में व्यक्ति अपने कार्यशील जीवन के दौरान नियमित अंशदान या एकमुश्त अंशदान करता है जिसे बीमा कम्पनी द्वारा ग्राहक की ओर से निवेश किया जाता है।
नियमित एन्युटी अवस्था (फेज़)	व्यक्ति सेवानिवृत्ति पर संचय दौर में संचित धन राशि का उपयोग उसी बीमा कम्पनी या अन्य बीमा कम्पनी से एक एन्युटी योजना खरीदने में कर सकता है। व्यक्ति इस संचित धनराशि के अलावा, सेवानिवृत्ति अनुलाभों के रूप में प्राप्त धनराशि जैसे भविष्य निधि राशि, गेच्युटी, अधिवार्षिकी आदि या लोक भविष्य निधि (पी पी एफ), जैसे निवेशों या अन्य निवेशों से प्राप्त राशि का उपयोग भी एन्युटी योजना खरीदने में कर सकता है। नियमित एन्युटी अवस्था के दौरान बीमा कम्पनी व्यक्ति की ओर से एकमुश्त राशि का निवेश करती है तथा व्यक्ति (एन्युटेन्ट) को नियमित/समय-समय पर एन्युटी भुगतान करना प्रारम्भ करता है।
कम्यूटेशन (सारांशीकरण)	नियमित/समय-समय पर एन्युटी भुगतान प्राप्त करने से पूर्व व्यक्ति एक मुश्त राशि निकाल सकता है। यह कम्यूटेशन कहलाता है। बीमा कम्पनियाँ साधारणतया व्यक्ति को संचित निधि के एक तिहाई भाग तक निकालने की अनुमति देती हैं। शेष दो तिहाई भाग का उपयोग व्यक्ति के लिए एन्युटी खरीदने में करना होगा।
भुगतान बारंबारता	संचय अवस्था के दौरान व्यक्ति सेवानिवृत्ति निधि के लिए मासिक/त्रैमासिक/अर्द्धवार्षिक/वार्षिक आधार पर अंशदान कर सकता है। व्यक्ति सेवानिवृत्ति निधि के लिए एकमुश्त एकल निवेश भी कर सकता है। एन्युटी खरीदते समय व्यक्ति एन्युटी भुगतानों को मासिक/त्रैमासिक/अर्द्धवार्षिक/वार्षिक आधार पर प्राप्त करने का चयन कर सकता है। अधिकांश लोग मासिक एन्युटी भुगतान विधि का चयन करते हैं।
बीमा कवर	एन्युटी योजनाएँ या पेंशन योजनाएँ नियमित एन्युटी अवस्था के दौरान कोई बीमा कवर प्रदान नहीं करती हैं तथा एन्युटेन्ट की मृत्यु पर भुगतान रोक दिया जाता है जब तक कि गारंटीड अवधि हो। ज्यादा जानकारी के लिए भाग B5B देखें।
कर प्रभाव	प्रचलित कर विधियों के अनुसार संचय अवस्था के दौरान पेंशन योजनाओं में निवेश की गई वार्षिक विनिर्दिष्ट राशि आय कर अधिनियम के अन्तर्गत

	कर योग्य आय में से कटौती योग्य होगी। संचित निधि का एक तिहाई भाग कर मुक्त होता है।
भुगतान की बारंबारता	एक व्यक्ति बीमा कम्पनी को एकमुश्त राशि का भुगतान कर सकता है या संचय अवस्था के दौरान भुगतानों की एक श्रृंखला का चयन कर सकता है।
परम्परागत/यूनिट-लिंकड	संचय अवस्था के दौरान व्यक्ति अपनी जोखिम वहन क्षमता के अनुसार किसी परम्परागत पेंशन योजना या एक यूनिट लिंकड पेंशन योजना में निवेश का चयन कर सकता है। परम्परागत पेंशन योजना में अधिकांश निधि को सरकारी प्रतिभूतियों में निवेश किया जाता है जबकि एक यूनिट लिंकड सेवानिवृत्ति योजना में व्यक्ति किसी इक्विटी निधि, ऋण निधि, संतुलित निधि या उपलब्ध विकल्पों में से किसी अन्य निधि में निवेश करने का चयन कर सकता है।
भुगतान प्राप्ति के प्रकार	नियमित एन्युटी अवस्था के दौरान कुछ एन्युटीज एन्युटेन्ट को एक स्थिर (फिक्स्ड) भुगतान करती है जबकि कुछ अन्य प्रतिवर्ष एक निर्धारित प्रतिशत या एक सहमत मुद्रास्फीति सूचकांक पर भुगतान की जाने वाली राशि बढ़ाती है।

1 सितम्बर 2010 से लागू IRDA मानकों के अनुसार, सभी यूनिट लिंकड पेंशन योजनाओं में बीमाकर्ता को न्यूनतम 4.5% प्रतिफल की गारंटी देनी आवश्यक होगी। (यदि सभी प्रीमियमों का भुगतान कर दिया गया है), तथा संचय अवधि के दौरान किसी आंशिक आहरण की अनुमति नहीं होगी।

C कर तथा मुद्रास्फीति का वित्तीय उत्पादों पर प्रभाव

ध्यान रहे!

नोट करें कि वित्त अधिनियम 2011 में 1 अप्रैल 2012 से नई प्रत्यक्ष कर संहिता (DTC) क्रियान्वित करने का निर्णय लिया गया है। इसके अन्तर्गत उस समय सभी जीवन बीमा पॉलिसियों के वर्तमान कराधान प्रावधानों को परिवर्तित किया जा सकता है। अतः एक अभिकर्ता के रूप में लाइसेन्स प्राप्त करने से पूर्व ऐसे परिवर्तनों से परिचित होना आवश्यक होगा।



C1 वित्तीय उत्पादों पर कर का प्रभाव

- **स्वास्थ्य बीमा योजना** : प्रचलित कर विधियों के अनुसार आयकर अधिनियम की सम्बन्धित धाराओं के अन्तर्गत स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम एक विनिर्दिष्ट सीमा तक कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है। यदि व्यक्ति एक वरिष्ठ नागरिक (60 वर्ष या उपर) है तब अन्य व्यक्तियों की तुलना में कटौती उच्च होती है। कोई व्यक्ति अपना, जीवनसाथी, बच्चों तथा माता-पिता के लिए प्रीमियम का भुगतान कर सकता है तथा लागू कर लाभों को प्राप्त कर सकता है।

- **राइडर** : बीमा राइडरों के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम आयकर अधिनियम की सम्बन्धित धाराओं के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है।

• **पेंशन योजना** : संचय अवस्था के दौरान पेंशन योजनाओं के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम (विनिर्दिष्ट सीमा तक) आयकर अधिनियम के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है। कम्प्यूटेशन के दौरान व्यक्ति संचित निधि के एक तिहाई भाग को कर मुक्त राशि के रूप में एक मुश्त निकाल सकता है। व्यक्ति द्वारा प्राप्त नियमित एन्युटी आय मानी जायेगी तथा कर स्लेब तथा उन पर लागू कर दरों के अनुसार एन्युटेन्ट की कर देयता होती है।

C2 वित्तीय उत्पादों पर मुद्रास्फीति का प्रभाव

हमने अध्याय 5 तथा 6 में देखा है कि बीमा तथा अन्य वित्तीय उत्पादों पर मुद्रास्फीति किस प्रकार गहरा प्रभाव डालती है। इसी प्रकार मुद्रास्फीति स्वास्थ्य सुरक्षा की लागत पर भी प्रभाव डालती है जो गत कुछ वर्षों में तेजी से बढ़ी है अर्थात् आज लिया गया स्वास्थ्य बीमा कवर एक दशक बाद पर्याप्त नहीं भी हो सकता है। तथापि कुछ स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ स्वास्थ्य कवर को बढ़ाने की अनुमति देती हैं तथा व्यक्ति को मुद्रास्फीति के प्रभाव को ध्यान में रखते हुए अपने स्वास्थ्य कवर की नियमित समीक्षा करने की आवश्यकता होती है। कुछ स्वास्थ्य योजनाएँ तथा जीवन बीमा योजनाएँ बीमित को गंभीर बीमारी सम्पूरक जोड़ने की अनुमति देती हैं। यह बहुत उपयोगी बन जाता है जब कोई व्यक्ति किन्हीं गंभीर बीमारियों से ग्रसित पाया जाता है।

मुद्रास्फीति निर्वाह व्यय पर तीव्र प्रभाव डालती है। अपनी सेवानिवृत्ति के पश्चात् के वर्षों के दौरान प्रायः किसी व्यक्ति के पास आय का कोई वैकल्पिक स्रोत नहीं होता है, अतः सेवानिवृत्ति के बाद की आर्थिक योजना का चयन करते समय एक व्यक्ति को ध्यान में रखना चाहिए कि मुद्रास्फीति के कारण उसके खर्चे वर्ष-दर-वर्ष बढ़ेंगे। कुछ सेवानिवृत्ति योजनाएँ मुद्रास्फीति के प्रभाव को दूर या कम करने के लिए एक निर्धारित प्रतिशत दर या सहमत मुद्रास्फीति सूचकांक पर प्रतिवर्ष एन्युटी भुगतान में वृद्धि करती हैं।



प्रश्न 7.3

कम्प्यूटेशन का अर्थ समझाइए।

D जरूरतों की प्राथमिकता तय करना तथा उनके लिए वित्तीय उत्पादों लागू करना

यदि किसी परिवार का कमाने वाला किसी बड़ी बीमारी से ग्रसित हो जाता है तथा काफी दिनों तक अस्पताल में भर्ती रहता है तो यह परिवार की वित्तीय स्थिति को दो तरह से प्रभावित कर सकता है— पहला, परिवार के अन्य वित्तीय लक्ष्यों की पूर्ति के लिए सुरक्षित राशि को अस्पताल के बिल पर खर्च करने पर मजबूर कर सकता है तथा दूसरा, कमाने वाला के अस्पताल में रहने पर परिवार को आय की हानि होगी। सबसे बुरे परिदृश्य में परिवार को अस्पताल के बिलों का भुगतान करने के लिए व्यक्तिगत ऋणों के रूप में धनराशि उधार भी लेनी पड़ सकती है। इससे परिवार भारी रूप से ऋणग्रस्त हो जाता है तथा उसके पुनर्भुगतान के लिए कोई आय नहीं होती है। ऐसे में, स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ परिवार को अस्पताल के बिलों को निपटाने के बोझ से उबारने में मदद कर सकती हैं, साथ ही कुछ स्वास्थ्य योजनाएँ बीमित को आय की हानि के लिए एक दैनिक धनराशि का भुगतान भी करती हैं। इसलिए सभी को स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को प्राथमिकता देनी चाहिए।

एक बार जब पारिवारिक कमाने वाला अपने लिए जीवन बीमा ले लेता है तो उसके बाद स्वयं तथा पूरे परिवार के लिए स्वास्थ्य बीमा की व्यवस्था करने पर विचार करना चाहिए। व्यक्ति अपनी जीवन बीमा योजनाओं का कवर बढ़ाने के लिए एक दुर्घटना मृत्यु लाभ राइडर तथा एक अपंगता राइडर भी जोड़ सकता है या वह एक अलग व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा खरीद सकता है। अपने परिवार के लिए स्वास्थ्य बीमा की व्यवस्था करते समय किसी व्यक्ति को परिवार के सभी सदस्यों के लिए अलग-अलग एकल स्वास्थ्य योजनाओं के बजाय एक पारिवारिक चल सुरक्षा योजना खरीदने पर विचार करना चाहिए। एक पारिवारिक चल सुरक्षा योजना में परिवार के सभी सदस्य, अस्थिर अनुपात में कवर प्राप्त करते हैं।

जैसा कि हम पहले ही बता चुके हैं कई लोग बच्चों की शिक्षा योजना तथा बच्चों की विवाह योजना जैसे लक्ष्यों को सेवानिवृत्ति योजना से अधिक प्राथमिकता देते हैं। एक व्यावसायिक जीवन बीमा अभिकर्ता को अपने ग्राहक को यथाशीघ्र पेंशन योजना में अंशदान प्रारम्भ करने हेतु प्रेरित करने का सर्वोत्तम प्रयास करना चाहिए, भले ही, वे एक छोटी राशि के साथ शुरुआत करें तथा समय के साथ अपने अंशदान को धीरे धीरे बढ़ावें।

सारांश

अब तक हम उन उत्पादों की श्रृंखला के सम्बन्ध में अपने अध्ययन का समापन कर चुके हैं जिनके बारे में जीवन बीमा अभिकर्ता को जानने तथा समझने की जरूरत होती है। इस अध्याय में हम एक आरामदायक तथा आनन्ददायक सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन को सुनिश्चित करने के लिए यथाशीघ्र वृद्धावस्था की जरूरतों की पूर्ति की महत्ता के बारे में विचार कर चुके हैं तथा अब आप किसी व्यक्ति के लिए उपलब्ध स्वास्थ्य योजनाओं, राइडर तथा एन्युटीज के प्रकारों एवं भूमिका को समझेंगे क्योंकि तब वह खराब स्वास्थ्य के साथ साथ बीमारी के विपरीत वित्तीय परिणामों के कारण अधिक असुरक्षित हो जाता है जब नियमित आय की सुरक्षा नहीं होती है।

आगे बढ़ने से पूर्व, अध्याय 5, भाग D तथा अध्याय 6 भाग G पर पुनः यह देखने के लिए कुछ समय देंगे कि इस अध्याय में कवर किये गये विषय किस प्रकार ग्राहक की संभावित जरूरतों के सम्पूर्ण परिदृश्य में सही बैठते हैं तथा किस प्रकार आप उनकी विशिष्ट परिस्थितियों में उपयुक्त जीवन बीमा तथा बचत उत्पादों की पहचान करने में उनकी सहायता हेतु अपने ज्ञान तथा समझ का उपयोग करेंगे।

अगले अध्याय में हम ग्राहक की जरूरतों की प्राथमिकता तय करने के विषय पर जोर देकर चर्चा करेंगे कि किस प्रकार आप अपने ग्राहक की वर्तमान जीवन अवस्था के सन्दर्भ में इसे किस प्रकार प्राप्त कर सकते हैं तथा विभिन्न कारकों पर विचार करेंगे जो आपके द्वारा दी जाने वाली सलाह को प्रभावित करेंगे।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

अन्य वित्तीय जरूरतें

- व्यक्ति की अन्य वित्तीय जरूरतों में स्वास्थ्य बीमा, स्वास्थ्य राइडर तथा सेवानिवृत्ति योजनाओं आदि की जरूरत सम्मिलित है।
- स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ परिवार के किसी सदस्य के अस्पतालीकरण खर्चों के प्रति सुरक्षा प्रदान करती है जिसमें डॉक्टर की फीस, दवाईयाँ, कमरे का किराया तथा अन्य मेडिकल खर्च शामिल है।
- बीमा राइडर एक नाममात्र लागत पर अतिरिक्त लाभ देते हैं। राइडर एक बीमा पॉलिसी को आवश्यकतानुरूप बनाने में मदद करते हैं।
- सेवानिवृत्ति योजनाएँ सेवानिवृत्ति के पश्चात् वही जीवनशैली बनाये रखने में मदद करती हैं जिसका वे सेवानिवृत्ति से पूर्व आनन्द उठाते हैं।

अन्य मुख्य उत्पादों की विशेषताएँ तथा लाभ

- अन्य सभी कारकों को स्थिर मानने पर, एक स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रीमियम आयु बढ़ने के साथ बढ़ता है।
- स्वास्थ्य योजनाएँ नेटवर्क के अस्पतालों में नकदरहित चिकित्सा तथा गैर-नेटवर्क अस्पतालों में पुनर्भुगतान आधार पर चिकित्सा प्रदान करती हैं।
- राइडर कवर की गुणवत्ता तथा विस्तार बढ़ाने में मदद करते हैं।
- पेंशन योजनाओं में दो अवस्थाएँ होती हैं: संचय अवस्था जिसमें व्यक्ति नियमित या एकमुश्त अंशदान करता है तथा एन्युटी अवस्था जिसमें बीमा कम्पनी एन्युटेन्ट को नियमित भुगतान करती है।
- कोई व्यक्ति संचित निधि की एक तिहाई राशि कर-मुक्त कम्प्यूट करा सकता है तथा उसे शेष दो तिहाई का उपयोग एक एन्युटी खरीदने में उपयोग करता है।
- एक सेवानिवृत्ति योजना में किया गया अंशदान आयकर अधिनियम की सम्बन्धित धारा के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है। एन्युटेन्ट द्वारा प्राप्त नियमित एन्युटी कर योग्य होती है।
- एन्युटीज भुगतान की बारम्बारता, दिये जाने वाले भुगतानों के प्रकार, दिये जाने वाले भुगतान के समय काप्रारम्भ, लाभान्वित लोगों की संख्या आदि के आधार पर वर्गीकृत की जा सकती है।

वित्तीय उत्पादों के विभिन्न प्रकार

- स्वास्थ्य बीमा योजना के चार मुख्य प्रकार होते हैं:- एकल स्वास्थ्य योजनाएँ, पारिवारिक चल स्वास्थ्य योजना, समूह स्वास्थ्य बीमा योजना, दैनिक अस्पतालीकरण नकद लाभ योजना।
- दुर्घटना मृत्यु लाभ राइडर किसी दुर्घटना के कारण मृत्यु की दशा में विनिर्दिष्ट बीमा धन के अलावा एक अतिरिक्त भुगतान प्रदान करती है।
- अवधि राइडर किसी पॉलिसी में मृत्यु कवर को बढ़ाने में उपयोग किया जा सकता है।
- गंभीर बीमारी राइडर इस दशा में, बहुत उपयोगी हो जाता है जब बीमित राइडर के अन्तर्गत कवर की गई किसी गंभीर बीमारी से ग्रसित पाया जाता है।
- प्रीमियम त्याग राइडर बीमित की अपंगता की दशा में भावी प्रीमियमों के भुगतानों के परित्याग का लाभ देता है।
- एक एन्युटी योजना के प्रकारों में शामिल हैं:- जीवन एन्युटी, गारंटीड अवधि एन्युटी, संयुक्त जीवन अन्तिम जीवित बीमित एन्युटी, क्रय मूल्य की वापसी युक्त जीवन एन्युटी, बढ़ती हुई एन्युटी।

कर एवं मुद्रास्फीति का वित्तीय उत्पादों पर प्रभाव

- स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए एक विनिर्दिष्ट सीमा तक किया गया प्रीमियम भुगतान आयकर अधिनियम की सम्बन्धित धारा के अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है।
- किसी सेवानिवृत्ति योजना के लिए किया गया अंशदान आय कर अधिनियम की सम्बन्धित धारा के

अन्तर्गत कर योग्य आय में से कटौती योग्य होता है। किसी व्यक्ति द्वारा प्राप्त नियमित पेंशन कर योग्य होती है।

- मुद्रास्फीति के कारण आज पर्याप्त लगने वाला स्वास्थ्य बीमा कवर, उदाहरण के लिए एक दशक बाद पर्याप्त नहीं होगा।

जरूरतों की प्राथमिकता तय करना तथा जरूरतों के लिए वित्तीय उत्पाद प्रयुक्त करना

- स्वास्थ्य योजनाएँ परिवार के कमाने वाले या परिवार के किसी अन्य सदस्य के अस्पतालीकरण की दशा में होने वाली लागत प्रदान करती हैं।
- जबकि सेवानिवृत्ति अन्य वित्तीय लक्ष्यों के बाद आती है, परन्तु किसी व्यक्ति को इस लक्ष्य को कम प्राथमिकता नहीं देनी चाहिए; वे एक अल्प राशि से शुरूआत कर सकते हैं तथा कुछ समय के पश्चात् अंशदान बढ़ा सकते हैं।



प्रश्न—उत्तर

7.1 स्वास्थ्य योजनाओं के कुछ लक्षण एवं विशेषताएँ इस प्रकार हैं:—

- मूल्य निर्धारण
- नकद विहीन सुविधा;
- मेडिकल परीक्षण;
- पूर्व—विद्यमान बीमारियों का कवर;
- सह—भुगतान;
- दावा रहित बोनस;
- तुरन्त देखभाल; तथा
- एकमुश्त राशि के भुगतान के लिए बचतों या ऋणों की आवश्यकता नह

7.2 बीमाकर्ताओं द्वारा कवर की जाने वाली गंभीर बीमारियों की सूची अलग—अलग होती है। गंभीर बीमारी **वित्तीय उत्पादों पर** के अन्तर्गत कवर की जाने वाली कुछ गंभीर बीमारियों में शामिल हैं:—

1. हृदयाघात
2. कैंसर
3. किडनी फ़ैल होना
4. प्रमुख अंग प्रत्यारोपण
5. आघात
6. महाधमनी सर्जरी
7. अंधता
8. पेराप्लेजिया
9. कोमा
10. मल्टीपल स्क्लेरोसिस

7.3 कम्प्यूटेशन:— नियमित/बारम्बारता एन्युटी भुगतान प्राप्त करने से पूर्व कोई व्यक्ति एक मुश्त राशि निकाल सकता है। यह कम्प्यूटेशन कहलाता है। बीमा कम्पनियाँ साधारणतया किसी व्यक्ति को संचित निधि के एक तिहाई भाग तक निकालने की अनुमति देती हैं। व्यक्ति के लिए एन्युटी खरीदने के लिये शेष दो तिहाई भाग का उपयोग करना होगा।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	बाजार में उपलब्ध कुछ एन्युटी योजनाओं को सूचीबद्ध करो।
2	दुर्घटना मृत्यु लाभ राइडर को समझाइए।
3	किसी एन्युटी योजना की दो अवस्थाएँ समझाइए।

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व-परीक्षण प्रश्न के उत्तर

1	<p>बाजार में उपलब्ध कुछ प्रकार की एन्युटी में शामिल है:—</p> <ul style="list-style-type: none"> • जीवन एन्युटी • गारंटीड अवधि एन्युटी • संयुक्त जीवन, अन्तिम जीवित व्यक्ति एन्युटी • क्रय मूल्य वापसी के साथ जीवन एन्युटी • बढ़ती हुई एन्युटी
2	<p>बीमित की किसी दुर्घटना में मृत्यु होने की दशा में, मूल बीमा धन तथा इसके बराबर एक अतिरिक्त राशि, जैसी कि यह राइडर लेते समय विनिर्दिष्ट की गई हो, दी जाती है। मृत्यु एक बाह्य, हिंसात्मक, अपूर्वकल्पित, दृश्य साधनों द्वारा दुर्घटना के परिणामस्वरूप होनी चाहिए। इस राइडर के अन्तर्गत किया जाने वाला भुगतान पॉलिसी में विनिर्दिष्ट शर्तों एवं निर्बंधनों के अधीन होता है।</p> <p>दुर्घटना के कारण होने वाली मृत्यु की बढ़ती संख्या को ध्यान में रखते हुए एक ADB राइडर भारत में अधिक महत्व रखता है। बीमा कम्पनी वह उत्पाद विनिर्दिष्ट करती है जिसके साथ यह राइडर लिया जा सकता है तथा अपवादों की सूची भी विनिर्दिष्ट करती है जिनके अन्तर्गत इस राइडर का लाभ उपलब्ध नहीं होता है।</p>
3	<p>किसी एन्युटी योजना की दो अवस्थाओं में संचय अवस्था तथा नियमित एन्युटी अवस्था शामिल है:</p> <p>संचय अवस्था : एक सेवानिवृति योजना में दो अवस्थाएँ होती हैं : संचय अवस्था/निवेश अवस्था तथा नियमित एन्युटी अवस्था। संचय अवस्था में व्यक्ति अपने कार्यशील जीवन के दौरान नियमित अंशदान या एकमुश्त अंशदान करता है जिसे बीमा कम्पनी द्वारा ग्राहक की ओर से निवेश किया जाता है।</p> <p>नियमित एन्युटी अवस्था : सेवानिवृति पर कोई व्यक्ति संचय अवस्था में संचित धन राशि का उपयोग उसी बीमा कम्पनी या किसी अन्य बीमा कम्पनी से एक एन्युटी योजना खरीदने में कर सकता है। व्यक्ति इस संचित तिथि के अलावा सेवानिवृति अनुलाभों के रूप में प्राप्त धनराशि जैसे भविष्य निधि, गेच्युटी राशि, अधिवार्षिकी आदि या एक लोक भविष्य निधि जैसे निवेशों या अन्य निवेशों से प्राप्त परिपक्वता राशि का उपयोग भी एन्युटी योजना खरीदने में कर सकता है। नियमित एन्युटी अवस्था के दौरान बीमा कम्पनी व्यक्ति की ओर से एकमुश्त राशि का निवेश करती है तथा व्यक्ति (एन्यूयिटेन्ट) को नियमित/बारम्बारता एन्युटी भुगतान करना प्रारम्भ करता है।</p>

अध्याय-8

ग्राहक की जरूरतों की पहचान करना

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A आपका ग्राहक कौन है?	8/2
B किसी ग्राहक की विशिष्ट जीवन अवस्थाएँ	8/6
C जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करने वाले कारक	8/14
D ग्राहक की जरूरतें: वास्तविक तथा अनुभूत	8/18
E संवाद, प्रश्न पूछकर जानकारी प्राप्त करना (पूछताछ) तथा श्रवण कौशल	8/20
F पारिवारिक विवरण सहित ग्राहक का विवरण एकत्र करना	8/24
G प्राथमिकताओं को समझना - एक सारांश	8/24
H स्वीकृतियों की पुष्टि तथा उद्देश्यों पर सहमति	8/25
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- सम्भावित ग्राहकों को पहचानने में;
- ग्राहक की विशिष्ट जीवन अवस्थाओं का वर्णन करने में;
- किसी ग्राहक की जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करने वाले कारकों तथा विभिन्न जीवन अवस्थाओं में ग्राहक की जरूरतों का वर्णन करने में;
- एक ग्राहक की वास्तविक तथा अनुभव की जाने वाली जरूरतों में अन्तर की व्याख्या करने में;
- बीमा अभिकर्ता के लिए आवश्यक सम्प्रेषण, जानकारी प्राप्त करने तथा श्रवण कौशल का वर्णन करने में;

- जरूरतों की प्राथमिकता निर्धारित करने की प्रक्रिया की व्याख्या करने में;
- अल्प, मध्यम अवधि, तथा दीर्घ अवधि जरूरतों में अन्तर स्पष्ट करने में;
- स्वीकृतियों की पुष्टि तथा उद्देश्यों पर सहमति किस प्रकार की जाती है, को समझाने में।

परिचय

कोई व्यक्ति अपने जीवन काल के दौरान कई बार अपनी भूमिकाएँ बदलता है, तथा कोई पुरुष एक जिम्मेदार पुत्र, अच्छा पति तथा एक अच्छा पिता हो सकता है। किसी व्यक्ति द्वारा अपने जीवन में निभायी गई भूमिकाएँ एक **जीवन चक्र** के रूप में देखी जा सकती है।

प्रत्येक ग्राहक की जरूरतों का अलग-अलग सेट होता है, बीमा कम्पनी तथा उद्योग विश्लेषकों ने विभिन्न जीवन अवस्थाओं के लिये कुछ मानक जरूरतों की पहचान की है तथा इस अध्याय में हम अध्ययन करेंगे कि एक बीमा अभिकर्ता इन जरूरतों को पूरा करने में किस प्रकार मदद कर सकता है।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

सम्पत्तियाँ	जीवन चक्र	जरूरतों की प्राथमिकता तय करना	सम्प्रेषण कौशल
सुनने का कौशल	जानकारी प्राप्त करने का कौशल	जरूरतों का परिमाण करना	दीर्घावधि जरूरतें
वास्तविक जरूरतें	आय	मध्यम अवधि जरूरतें	अल्प अवधि जरूरतें
दायित्व	अनुभव की गई जरूरतें	अधिशेष निधि	

A आपका ग्राहक कौन है?

A1 सम्भावित ग्राहक

जैसा कि हम देख चुके हैं कि किसी बीमा अभिकर्ता का मुख्य कार्य अपने ग्राहक की जरूरतों को समझना तथा उपयुक्त उत्पादों की सलाह देना है। बीमा अभिकर्ता के सम्पर्क में आने वाला कोई भी व्यक्ति एक सम्भावित ग्राहक है जिसकी कोई वित्तीय जरूरत हो। सम्भावित ग्राहकों की कई ऐसी जरूरतें हो सकती हैं जिसके बारे में वे स्वयं भी नहीं जानते हों। ऐसे मामले में सम्भावित ग्राहक को उसकी जरूरतें महसूस कराना तथा उपयुक्त बीमा सुरक्षा तथा/या निवेश उत्पाद की सलाह देना बीमा अभिकर्ता का कर्तव्य होता है। हमने पिछले तीन अध्यायों में यह बताया है कि बीमा कम्पनियाँ तथा अन्य वित्तीय संस्थान उत्पादों की एक श्रृंखला प्रस्तुत करते हैं जो किसी व्यक्ति की विभिन्न जरूरतों की पूर्ति करती हैं। आपको याद होगा कि इनमें से कुछ सर्वाधिक महत्वपूर्ण जरूरतें निम्नानुसार हैं :-

- पारिवारिक कमाने वाले की असमय मृत्यु की स्थिति में आश्रितों के लिए पर्याप्त निधि प्राप्त करने की जरूरत;

- उत्पन्न हो सकने वाली किसी आपातकालीन स्थिति के लिए एक आकस्मिकता निधि के सृजन की जरूरत;
- बच्चों की शिक्षा, विवाह आदि के लिए धन बचाने की जरूरत;
- पारिवारिक कमाने वाले के न रहने पर गृह ऋण तथा अन्य ऋणों के पुनर्भुगतान के दायित्वों से पारिवारिक सदस्यों को सुरक्षा प्रदान करने की जरूरत;
- सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन के लिए धन बचाने की जरूरत;
- समय-समय पर उत्पन्न हो सकने वाली अन्य आवश्यकताओं की पूर्ति करने की जरूरत।

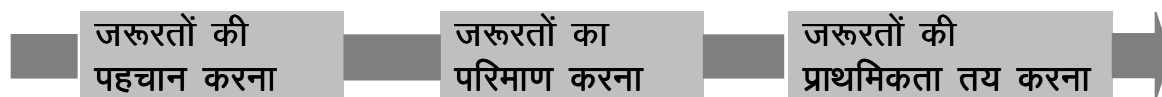
कोई भी व्यक्ति जिसकी उपरोक्त में से कोई भी एक जरूरत हो बीमा अभिकर्ता के लिए एक **सम्भावित ग्राहक** होता है।

A2 ग्राहक की जरूरतें

इस भाग में हम बीमा उत्पादों से सम्बन्धित अध्यायों में ग्राहक की जरूरतों के विषय में की गई समग्र चर्चा को सारांश रूप में रेखांकित करेंगे जिससे आपको व्यावसायिक स्तर पर सेवा प्रदान करने हेतु आवश्यक प्रक्रियाओं का ज्ञान तथा दिशानिर्देश प्राप्त होगा।

जैसा कि हम स्पष्ट कर चुके हैं बीमा अभिकर्ता का उत्तरदायित्व है कि वह अपने ग्राहक की वास्तविक (वैध) आवश्यकताओं को निर्धारित तथा प्राथमिकता निर्धारित कर उनके लिये उपयुक्त बीमा अथवा बचत उत्पाद क्रय करने की अनुसंशा करें। इस प्रक्रिया में निम्नलिखित चरण शामिल हैं :-

चित्र 8.1



1. जरूरतों की पहचान करना : किसी बीमा अभिकर्ता को निम्नलिखित सूचनाएँ एकत्रित करने तथा उनका विश्लेषण करने की जरूरत है:-

- ग्राहक की वित्तीय सम्पतियों एवं दायित्वों के सम्बन्ध में विवरण;
- वैवाहिक स्थिति;
- अपने तथा अपने बच्चों के लिए ग्राहक के भावी वित्तीय लक्ष्य;
- आश्रितों की संख्या तथा आयु;
- रोजगार की स्थिति जैसे वर्तमान श्रेणी (पद) तथा पदोन्नति के अवसर;
- आय—जिसमें वेतन, व्यापार, आय तथा अन्य स्रोतों से आय तथा निवेशों से आय (यदि कोई हो) शामिल है;
- स्वास्थ्य की स्थिति तथा आनुवांशिक मेडिकल दशा का विवरण; तथा

- वर्तमान सुरक्षा, बचत तथा सेवानिवृत्ति पूर्वयोजना (यदि कोई हो)।

2.जरूरतों का परिमाण करना : वित्तीय नियोजन प्रक्रिया में बीमा अभिकर्ता को प्रत्येक जरूरत को मौद्रिक अर्थों में परिमाण करने तथा फिर उपयुक्त राशि की गणना करनी होती है जिसकी किसी व्यक्ति को भविष्य हेतु बचत या निवेश करने की जरूरत होती है।

3.जरूरतों की प्राथमिकता तय करना : निवेश के लिए उपलब्ध राशि ग्राहक की आय में से उसके जीवन यापन तथा अन्य खर्चों को घटाने के बाद मासिक अधिशेष होता है। ग्राहक की जरूरतों की प्राथमिकता तय करनी चाहिए क्योंकि उसकी निवेश क्षमता सीमित हो सकती है तथा निवेश की जाने वाली कुल राशि उपलब्ध अधिशेष निधि से अधिक हो सकती है। बीमा अभिकर्ता को सर्वोत्तम उत्पाद मिश्रण का सुझाव देना चाहिए, जिससे सीमित/उपलब्ध निधि को ग्राहक की अधिकतम जरूरतों की पूर्ति के लिए प्रयुक्त किया जा सके। इन जरूरतों की प्राथमिकता तय करने पर ग्राहक को यह निश्चित करने में सहायता मिलेगी कि किन निवेशों को टाला जा सकता है तथा जिन आवश्यकताओं को उच्चतम प्राथमिकता दी है उसमें पहले निवेश किया जाये।

क्या होगा यदि ग्राहक ने पहले से ही कुछ बीमा योजनाएँ ले रखी हो?

उपरोक्त स्थिति में, बीमा अभिकर्ता को दो तथ्यों को ज्ञात करने की जरूरत है :-

चित्र 8.2

क्या चालू बीमा योजना ग्राहक की जरूरतों की समुचित पूर्ति करती है या नहीं, यदि हाँ, तो क्या बीमा राशि ग्राहक की भावी दायित्वों की पूर्ति के लिए प्रयाप्त है? यदि नहीं तो किसी उपयुक्त उत्पाद (चालू उत्पाद का पूरक या उसी उत्पाद को उच्च कवर हेतु) का सुझाव देना चाहिए।

अभिकर्ता को ग्राहक की अन्य जरूरतों का विश्लेषण करना चाहिए जिसके लिए सुरक्षा की व्यवस्था करनी होगी। यदि ग्राहक के पास पहले से ही एक पर्याप्त कवर की अवधि योजना है तो सुरक्षा जरूरत की पूर्ति हो जाती है। लेकिन उसकी अन्य जरूरतें जैसे उसके बच्चों की शिक्षा तथा विवाह तथा उसकी स्वयं की सेवानिवृत्ति पश्चात आवश्यकताओं हेतु योजना आदि की पूर्ति बकाया हो सकती है। अतः इस अपूर्ण जरूरतों के लिए उपयुक्त उत्पादों का सुझाव देने की जरूरत होती है। यदि ग्राहक किसी निवेश योजना में इच्छुक है तथा जोखिम वहन करने की क्षमता रखता है तो अभिकर्ता ऐसे उत्पादों के जोखिम को पूरी तरह समझा कर, उसे उपयुक्त सुझाव दे सकता है।



उदाहरण

नरेन्द्र एक 32 वर्षीय सरकारी कर्मचारी है। उसकी पत्नी ममता एक गृहिणी है। इस युगल की दो सन्तानें एक पुत्र तथा एक पुत्री है। नरेन्द्र की विभिन्न वित्तीय तथा सुरक्षा जरूरतें क्या हो सकती हैं?

1. उसकी असामयिक मृत्यु होने पर उसकी पत्नी तथा बच्चों को सुरक्षा प्रदान करने के लिए।
2. उसकी असामयिक मृत्यु होने पर, उसके द्वारा लिये गये गृह ऋण तथा कार ऋण के पुनर्भुगतान के लिए अपने परिवार को वित्त प्रदान करने के लिए।
3. स्वयं एवं सम्पूर्ण परिवार को मेडिकल सुरक्षा प्रदान करने के लिए।
4. बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए बचत करने के लिए।
5. अपनी सेवानिवृत्ति के लिए बचत करने के लिए।

नरेन्द्र ने पहले से ही रु. 10,00,000 कवर की एक अवधि योजना ले रखी है। इस मामले में बीमा अभिकर्ता को दो तथ्यों पर विश्लेषण एवं सलाह देने की जरूरत है:—

1. रु. 10,00,000 का बीमा कवर नरेन्द्र की असामयिक मृत्यु होने पर परिवार की जरूरतों तथा दायित्वों की पूर्ति हेतु पर्याप्त होता है या नहीं। यदि उत्तर “नहीं” हो, तब परिवार की जरूरतों तथा दायित्वों की पूर्ति हेतु एक अन्य अवधि योजना का सुझाव दिया जाना चाहिए यदि पहले इसकी व्यवस्था नहीं की गई हो।

2. नरेन्द्र की अन्य जरूरतों जैसे मकान खरीदना, पेंशन योजना, बाल योजना आदि के लिए उत्पादों का निर्णय ग्राहक की निवेश क्षमता तथा प्राथमिकता पर ध्यान देते हुए करना चाहिए।

नरेन्द्र अपने बच्चों को उच्च शिक्षा हेतु विदेश भेजना चाहता है अपने बच्चों की भावी सुरक्षा के लिए वह अपने खाली समय (फुरसत) में आमोद-प्रमोद तथा मनोरंजन हेतु किये जाने वाले व्ययों में पर्याप्त कटौती करने हेतु तैयार है। नरेन्द्र के लिए उसके बच्चों की शिक्षा उसकी अन्य जरूरतों पर प्राथमिकता रखती है। इस मामले में बीमा अभिकर्ता को एक उपयुक्त बाल योजना का सुझाव देना चाहिए जिसमें उसके निवेश का एक बड़ा हिस्सा लगाया जा सकता है तथा शेष राशि अन्य जरूरतों के लिये रखी जा सकती है। बाद में जब नरेन्द्र की आय बढ़ती है और उसके पास अधिक धन लगाने के लिये उपलब्ध होता है, तब वह अपनी अन्य जरूरतों की पूर्ति के लिए निवेश बढ़ा सकता है।



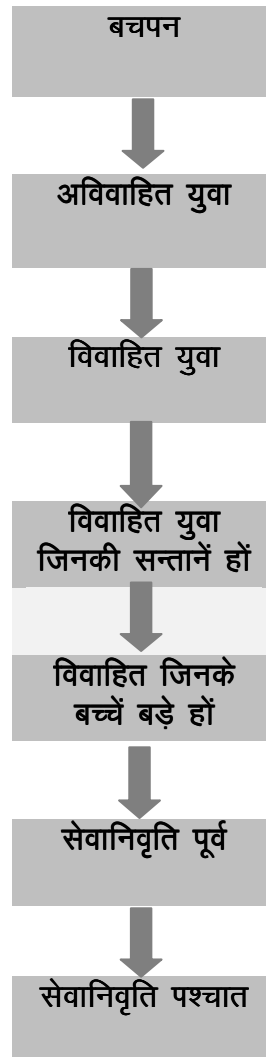
संस्तुत क्रिया

अपने भावी वित्तीय लक्ष्यों की सूची तैयार कीजिए। उस राशि का आंकलन कीजिए जिसकी आपको इन लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु निवेश करने की जरूरत होगी। इनकी प्राप्ति के लिए आपको कितना निवेश करना होगा?

B किसी ग्राहक की विशिष्ट जीवन अवस्थाएँ

किसी ग्राहक की जीवन की अवस्थाओं को निम्नलिखित भागों में बाँटा जा सकता है:—

चित्र 8.3



उपरोक्त जीवन अवस्थाएँ प्रत्येक व्यक्ति पर लागू होती है चाहे वह कर्मचारी हो, स्व नियोजित हो या व्यापारी व्यक्ति आदि हो।

B1 बचपन

बच्चों को बहुत कम सुरक्षा जरूरतें होती हैं। बच्चों की साधारणतया अपनी स्वयं की कोई आय नहीं होती है तथा वे प्रायः अपने माता-पिता/संरक्षकों पर पूर्णतया आश्रित होते हैं। इस अवस्था में, माता-पिता/संरक्षकों की दो मूलभूत जरूरतें होती हैं :-

- यदि उनकी असमय मृत्यु हो जाये तो अपने बच्चों की वित्तीय स्थिति सुरक्षित करना।
- अपने बच्चों के भावी खर्चों जैसे प्राथमिक तथा उच्च शिक्षा, विवाह तथा जीवनयापन हेतु अन्य खर्चों हेतु प्रावधान करना।

बच्चों के भविष्य के लिए निवेश एक महत्वपूर्ण जरूरत है जिसे प्रत्येक अभिभावक उच्च प्राथमिकता देना चाहेगा। एक बीमा अभिकर्ता को दो कार्य करने होंगे :-

चित्र 8.4

पहला, बच्चों के भविष्य के लिए अभी (आज) से कितनी धनराशि का नियमित रूप से निवेश करना चाहिए इसका पूर्व निर्धारण करना



दूसरा, ग्राहक की निवेश क्षमता (जो कि सीमित हो सकती है) को ध्यान में रखते हुए उपयुक्त उत्पाद का सुझाव देना।

B2 अविवाहित युवा

इन्हें दो श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है :-

- **अविवाहित युवा जिन पर कोई आश्रित न हों** — ऐसे व्यक्तियों की सुरक्षा जरूरत कम होती है क्योंकि उसके कोई आश्रित नहीं होते हैं। इसके स्थान पर बचत/अतिरिक्त आय के निवेश द्वारा उच्च प्रतिफल प्राप्ति की जरूरत प्राथमिकता बन जाती है। अतः उपयुक्त निवेश योजना जैसे यूलिप, जो कर लाभों के साथ पूँजी बाजार की वृद्धि में हिस्सेदारी (लाभ) की सुविधा भी देती है का सुझाव देना चाहिए। अन्य प्राथमिकताओं जैसे विवाह या आश्रितों की स्थिति में उन उत्पादों में परिवर्तन किये जाने की सम्भावनाओं पर भी ध्यान देना चाहिए। व्यक्ति अपने विवाह के लिए बचत, एक मकान खरीदने के लिए राशि की उपलब्धता तथा माता-पिता के लिए स्वास्थ्य बीमा (यदि पहले से न लिया गया हो या माता-पिता स्वयं इसकी व्यवस्था कर पाने में असमर्थ हो) पर भी विचार कर सकता है।

प्रकरण—अध्ययन

अविवाहित युवा

अंकुर अरोड़ा एक 24 वर्षीय सिविल इंजीनियर है, जो एक निर्माण कम्पनी में सहायक प्रबन्धक के रूप में कार्य करता है। वह अपने शुद्ध मासिक वेतन के रूप में रु. 18,000 प्राप्त करता है। अंकुर एक अविवाहित युवा है जो अपने माता-पिता के साथ रहता है। उसके पिता एक तापीय विद्युत (प्लांट) इकाई में इंजीनियर है। अविवाहित होने के कारण, अंकुर की कोई जिम्मेदारी या दायित्व नहीं है। अंकुर के पिता उसे भविष्य के लिए धन की बचत करने तथा कुछ अच्छी निवेश योजनाओं में निवेश की सलाह देते हैं।

तदनुसार अंकुर एक बीमा अभिकर्ता से मिलता है जो उसे एक यूनिट लिंक्ड बीमा योजना यूलिप में निवेश की सलाह देता है जो उसके निवेशों की दीर्घावधि पूँजी वृद्धि के शेयरों के माध्यम से बाजार में वृद्धि का अवसर देगा।

- **अविवाहित युवा जिसके आश्रित हों** — यदि कोई व्यक्ति अपने परिवार (जिसमें माता-पिता हों) के लिए एकमात्र कमाने वाला है तब परिवार बुरी तरह प्रभावित हो जायेगा यदि उक्त युवा व्यक्ति की असामयिक मृत्यु हो जाती है। अतः व्यक्ति को अपनी आय की सुरक्षा की आवश्यकता है। ऐसे व्यक्ति को एक उपयुक्त जीवन बीमा योजना लेने की अनुशंसा की जानी चाहिए तथा उसकी मृत्यु के पश्चात् परिवार की वित्तीय जरूरतों की पूर्ति करने हेतु बीमा राशि पर्याप्त होनी चाहिए। शेष धनराशि संचय हेतु दीर्घ-अवधि के लिए निवेश की जा सकती है।

B3 विवाहित युवा

जीवन की इस अवस्था में व्यक्ति विवाहित हो जाता है। विवाहित व्यक्तियों की वित्तीय जरूरतें परिवर्तित हो जाती हैं क्योंकि वह मकान खरीदने, परिवार की शुरुआत आदि के विषय में सोचना शुरू करता है। ऐसे व्यक्तियों को दो श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है।

- **परिवार जिसकी दोहरी आय हो** — यदि दोनों जीवनसाथी कार्यशील हैं (कमा कर लाते हैं), तब किसी एक व्यक्ति पर वित्तीय निर्भरता कम हो जाती है। ऐसे युगल सामान्यतया **डबल इनकम नो किड्स (DINK)** के रूप में भी जाने जाते हैं। किसी एक जीवन साथी की असमय मृत्यु होने पर परिवार की वित्तीय स्थिति किसी एकल आय वाले परिवार की तुलना में कम प्रभावित होगी। दोनों जीवनसाथी के लिए अलग-अलग **अवधि** बीमा योजना लेने की संस्तुति करनी चाहिए ताकि किसी एक की मृत्यु से होने वाली आय की हानि की कुछ सीमा तक प्रतिपूर्ति की जा सके। युगल ऐसे उत्पादों में निवेश के बारे में भी सोच सकता है जो उन्हें उच्च प्रतिफल प्रदान कर सकें तथा भविष्य के लिए धन संचय करने में उनकी सहायता कर सकें। ऐसे युगल के लिए यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाओं यूलिप में निवेश का सुझाव दिया जाता है क्योंकि यूलिप में बीमा सुरक्षा के साथ पूँजी बाजार में हिस्सेदारी के माध्यम से उच्च प्रतिफल देने की क्षमता होती है।

- **एकल आय वाला परिवार** — यदि एक जीवनसाथी कमाता है तथा दूसरी एक गृहिणी है तब तो दोहरी आय वाले परिवार से बचतें कम होती हैं। ऐसे युगलों के लिए आय सुरक्षा अन्य जरूरतों की तुलना में प्राथमिकता रखती है। कमाने वाला को एक अवधि बीमा योजना खरीदनी चाहिए ताकि उसकी असामयिक मृत्यु की दशा में उसका जीवित जीवन साथी बीमा कम्पनी से आय की हानि की प्रतिपूर्ति के रूप में पर्याप्त राशि प्राप्त कर सके।





प्रकरण—अध्ययन

विवाहित युवा :- अंकुर के प्रकरण—अध्ययन को जारी रखते हुए तीन वर्ष पश्चात् कम्पनी में भली प्रकार स्थापित हो जाने पर वह कविता से विवाह करता है। वह एक निजी विद्यालय में अध्यापिका है। अंकुर तथा कविता अब सम्मिलित रूप से एक दोहरी आय वाला परिवार के उदाहरण है जिसमें दोनों जीवन साथी कमा रहे हैं। अंकुर की असमय मृत्यु होने की स्थिति में कविता वित्तीय रूप से पूर्णतः कुप्रभावित नहीं होगी क्योंकि वह अब भी अपने स्तर पर कमाती रहेगी।

इस स्तर पर अंकुर तथा कविता की मुख्य जरूरत असमय मृत्यु, चोट या लम्बी बीमारी से होने वाली अपंगता की स्थिति में अपनी आय की सुरक्षा करना है। यदि उनमें से किसी एक की मृत्यु हो जाती है, तो बीमा धन तथा जीवित साथी की आय उसकी सहायता करेगी। युगल को एकल अवधि जीवन बीमा योजना खरीदनी चाहिए तथा शेष उपलब्ध धन को दीर्घ अवधि में पूँजी वृद्धि के लिए म्यूचुअल फण्ड या यूनिट—लिंक्ड बीमा योजना (यूलिप) में निवेश करना चाहिए।

B4 विवाहित युवा जिनकी सन्तानें हों

इस स्तर पर जब किसी व्यक्ति की सन्तान जन्म ले लेती है तो उसकी जिम्मेदारियाँ बढ़ जाती हैं। ऐसी स्थितियों

को दो भागों में विभाजित किया जा सकता है:-

- **दोहरी आय वाला परिवार** — इस स्थिति में दोनों जीवनसाथी कमाते हैं, अतः किसी एक जीवनसाथी की असमय मृत्यु से होने वाली आय की हानि का प्रभाव कम होगा। आय की सुरक्षा महत्वपूर्ण है। दोनों जीवनसाथी के लिए उपयुक्त अवधि जीवन बीमा योजना का सुझाव दिया जाना चाहिए ताकि किसी एक जीवनसाथी की असामयिक मृत्यु की दशा में आय की हानि की प्रतिपूर्ति करने के लिए परिवार को पर्याप्त धन प्राप्त हो।

चूँकि दोनों जीवनसाथी कमा रहे हैं, इसलिये ऐसे परिवार की निवेश क्षमता भी उच्च होगी। इन परिवारों के लिए बच्चों के भविष्य के लिए निवेश उच्च प्राथमिकता हो सकती है। आय सुरक्षा जरूरत की पूर्ति के पश्चात् एक उपयुक्त बाल निवेश योजना का सुझाव दिया जाना चाहिए। इस स्थिति में युगल तथा बच्चों को कवर करते हुए एक परिवर्तनीय सुरक्षा कवर (फ्लोटर) सहित पारिवारिक स्वास्थ्य बीमा योजना की सलाह देनी चाहिए। युगल को किसी उपयुक्त सेवानिवृत्ति योजना के लिए अल्प अंशदान से शुरुआत भी करनी चाहिए जिसे बाद में बढ़ाया जा सकता है।

- **एकल आय वाला परिवार** — इन परिवारों के लिए, आय सुरक्षा बहुत महत्वपूर्ण होती है। एक उपयुक्त अवधि जीवन बीमा योजना का सुझाव दिया जाना चाहिए क्योंकि परिवार के कमाने वाले सदस्य की आय की हानि गंभीर वित्तीय समस्याएँ उत्पन्न कर सकती है। कमाने वाले व्यक्ति की मृत्यु होने पर, एक पर्याप्त (समुचित) बीमा राशि परिवार की एक काफी अच्छी जीवन शैली बनाये रखने में मदद करेगी तथा बच्चों की शिक्षा भी प्रभावित नहीं होगी। एक बार आय सुरक्षा जरूरत के कवर की व्यवस्था कर लेने पर, एक बाल बीमा योजना को प्राथमिकता दी जानी चाहिए। इस अवस्था में युगल तथा बच्चों को कवर करते हुए एक पारिवारिक परिवर्तनीय सुरक्षा कवर (फ्लोटर) स्वास्थ्य बीमा योजना की सलाह देनी चाहिए।



प्रकरण—अध्ययन

विवाहित युवा जिसकी संतानें हो

अंकुर तथा कविता के विवाह के दो वर्ष पश्चात् एक पुत्री का जन्म होता है कविता बच्ची की देखभाल के लिए अपनी नौकरी छोड़ देती है। इस स्थिति में कविता के अब कार्यरत न होने के कारण परिवार की आय घट जाती है तथा बच्ची के जन्म के साथ खर्चे बढ़ जाते हैं। अतः परिवार की आय सुरक्षा जरूरतें बहुत बढ़ जाती हैं। अंकुर को पहले से ली गई अवधि बीमा कवर में वृद्धि की सलाह दी जा सकती है। वह अपनी पुत्री की शिक्षा तथा विवाह के खर्चों की व्यवस्था करने के लिए एक बाल निवेश योजना में भी निवेश प्रारम्भ कर सकता है। अंकुर को स्वयं, कविता तथा अपनी पुत्री को कवर करने वाली एक पारिवारिक परिवर्तनीय सुरक्षा कवर (फ्लोटर) स्वास्थ्य बीमा योजना को भी खरीदना चाहिए। उसे सेवानिवृत्ति योजना के लिए एक अल्प अंशदान के साथ शुरुआत भी करनी चाहिए जिसे बाद में बढ़ाया जा सकता है।



ध्यान रहे!

बाल शिक्षा के लिये योजना

- बीमा अभिकर्ता को अंकुर द्वारा चयनित शिक्षा पाठ्यक्रम की लागत पर भी ध्यान देना चाहिए।
- अभिकर्ता को उस धनराशि का अनुमान लगाना चाहिए जो अंकुर की पुत्री की उच्च शिक्षा हेतु पंजीकरण के संभावित समय (तिथि) पर शिक्षा मुद्रास्फीति दर के प्रभाव के कारण आवश्यक होगी।
- अभिकर्ता को संभावित प्रतिफल दर के आधार पर शिक्षा के लिये आवश्यक वित्त (राशि) हेतु मासिक निवेश राशि का निर्धारण करना चाहिए।
- तदनुसार अंकुर को एक बाल बीमा योजना में पुत्री की शिक्षा के लिए आवश्यक निधि सृजन हेतु नियमित निवेश करना प्रारम्भ करना चाहिए।

B5 विवाहित जिनके बच्चें बड़े हों

इस स्तर पर जहाँ विवाहित युगल की अपने बच्चों के प्रति वित्तीय जिम्मेदारियाँ उनकी उच्च शिक्षा तथा विवाह के सम्बन्ध में होती हैं। युगल की आय पहले की अपेक्षा अधिक होती है क्योंकि उन्होंने अपने कार्यशील जीवन में काफी अनुभव तथा प्रगति प्राप्त कर ली होगी। इस अवस्था में पिछले वर्षों की तुलना में माता-पिता की असामयिक मृत्यु से बच्चों की सुरक्षा की जरूरत अपेक्षाकृत कम होगी क्योंकि उनके पास पहले से ही बच्चों की भावी जरूरतों के लिए बड़ा निवेश होगा। फिर भी, युगल को अपने निवेश की समीक्षा यह सुनिश्चित करने हेतु करनी चाहिए कि क्या वह उसके बच्चों की उच्च शिक्षा तथा विवाह की लागत को कवर करने हेतु पर्याप्त होगा।

इस अवस्था में अपनी सेवानिवृत्ति निधि के लिये निवेश पर ध्यान देने की जरूरत भी महत्वपूर्ण हो जाती है तथा चूंकि युगल ने पहले से ही बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए बड़ा निवेश कर दिया है, वे अब अपनी सेवानिवृत्ति निधि के प्रति निवेश बढ़ा सकते हैं। जैसे-जैसे उनकी उम्र बढ़ती है युगल रोगों एवं बीमारी के प्रति अधिक संवेदनशील होंगे तथा अतः युगल को अपने स्वास्थ्य बीमा को बढ़ाने पर भी ध्यान देना चाहिए।



प्रकरण — अध्ययन

विवाहित जिनके बच्चों बड़े हों

अंकुर अब 48 वर्ष का है तथा उसके पुत्र तथा पुत्री बड़े हो चुके हैं। उसकी पुत्री एक मेडिकल कॉलेज में प्रवेश लेती है क्योंकि वह एक दन्त चिकित्सक बनना चाहती है तथा उसका पुत्र एक इंजीनियरिंग पाठ्यक्रम में प्रवेश लेता है। अंकुर के पिता सेवानिवृत्त हो चुके हैं तथा पेंशन पाते हैं जो उनके तथा अंकुर की माता दोनों के लिए पर्याप्त है। इस अवस्था में अंकुर की जोखिम वहन क्षमता बहुत कम हो जाती है। वह धीरे धीरे अपने उच्च जोखिम वाले निवेशों जैसे समताओं (इक्विटीज) से कम जोखिम वाले निवेशों जैसे जमा योजनाओं में परिवर्तित करना शुरू करता है क्योंकि अगले कुछ वर्षों में उसे अपने बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए एक गारंटीड निधि की जरूरत होगी। वह अपनी सेवानिवृत्ति निधि के लिए निवेश बढ़ाने पर भी अधिक ध्यान दे रहा है। अंकुर पारिवारिक परिवर्तनीय सुरक्षा (प्लोटर) स्वास्थ्य कवर भी बढ़ाता है।

B6 सेवानिवृत्ति पूर्व

यह वह अवस्था है जब बच्चे अपनी उच्च शिक्षा पूर्ण करने के बाद विवाह कर लेंगे तथा वित्तीय रूप से स्वतन्त्र हो जायेंगे। व्यक्ति/युगल की आय भी अब उच्च होगी क्योंकि वे अपने कैरियर के उच्चतम स्तर पर होंगे। इस अवस्था में उनका पूरा ध्यान सेवानिवृत्ति निधि तथा स्वास्थ्य सुरक्षा की तरफ चला जाता है क्योंकि अधिकांश अन्य जरूरतें पूरी चुकी होती हैं। सेवानिवृत्ति के पश्चात्, किसी युगल के लिए बड़ी चिंता का विषय उनके दैनिक खर्चे, नियमित स्वास्थ्य परीक्षण खर्चे, अस्पताल तथा अन्य मेडिकल खर्चों की पूर्ति करना होगा। व्यक्ति को देखना होगा कि सेवानिवृत्ति निधि के लिए पहले से किया गया निवेश कैसा प्रतिफल दे रहा है तथा अपने अभिकर्ता से सम्पर्क करेगा यदि किसी परिवर्तन की जरूरत हो। युगल को स्वास्थ्य कवर की भी समीक्षा करनी चाहिए तथा देखना चाहिए कि वह पर्याप्त है या नहीं।

प्रकरण—अध्ययन

सेवानिवृत्ति पूर्व

इस अवस्था में अंकुर के बच्चे स्वतन्त्र हो जाते हैं। अंकुर की पुत्री एक दन्त चिकित्सक बन जाती है तथा वह अपनी क्लिनिक चलाती है। उसने हाल ही में एक नेत्र सर्जन से विवाह कर लिया है तथा जीवन में स्थायित्व प्राप्त कर चुकी है। अंकुर का पुत्र एक अग्रणी एम एन सी में एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में कार्य कर रहा है। वह भी विवाहित है। अंकुर के माता-पिता की मृत्यु हो चुकी है तथा उसके लिए अपनी सम्पत्ति छोड़ गये हैं।

इस अवस्था में अंकुर अपनी सेवानिवृत्ति निधि पर ध्यान दे रहा है क्योंकि उसकी अधिकांश अन्य जरूरतें पूरी हो चुकी हैं। अंकुर अपने बीमा अभिकर्ता से मिलता है तथा अपनी चालू सेवानिवृत्ति निधि के प्रदर्शन के बारे में विचार-विमर्श करता है कि क्या कोई परिवर्तन आवश्यक है। अभिकर्ता उसकी समता (इक्विटी) पोर्टफोलियो के कुछ भाग को कम जोखिम निवेशों में हस्तान्तरण की सलाह देता है क्योंकि वह इस अवस्था में कोई जोखिम वहन नहीं कर सकता है कि कहीं कई वर्षों में संचित उसकी सेवानिवृत्ति निधि इस समय अपना मूल्य खो न दे जब उसे शेष जीवन के लिए आय की आवश्यकता होगी। अंकुर अपने पारिवारिक स्वास्थ्य कवर की समीक्षा यह सुनिश्चित करने के लिए कि वह पर्याप्त है या नहीं, के लिए अपने बीमा अभिकर्ता से परामर्श करता है।



B7 सेवानिवृत्ति पश्चात

यह वह अवस्था है जब एक व्यक्ति/युगल की आय उन निवेशों के प्रतिफल तक सीमित होती है जिन्हें उन्होंने अपने कार्यशील जीवन की प्रारम्भिक अवस्थाओं में किया था। वेतनभोगी कर्मचारियों के मामले में, उनकी नियमित मासिक आय रुक जाती है। यदि उनके निवेशों से प्राप्त प्रतिफल उनके वित्तीय दायित्वों की पूर्ति हेतु पर्याप्त नहीं होता है, तो अब कुछ अधिक नहीं किया जा सकता है। व्यक्ति अपनी संचित सेवानिवृत्ति निधि तथा कर्मचारी अनुलाभों जैसे भविष्य निधि, ग्रेच्यूटी, अवकाश नकदीकरण आदि से प्राप्त राशि का उपयोग किसी बीमा कम्पनी से एक एन्यूटी योजना खरीदने के लिए कर सकता है। यह उसके शेष जीवन के लिए जीवनयापन हेतु खर्चों की पूर्ति के लिए एक नियमित मासिक आय प्रदान करेगा। यह वह अवस्था भी है जब व्यक्ति बीमारियों या रोगों से ग्रसित होने की ओर अधिक उन्मुख होता है। व्यक्ति को अपने तथा अपने जीवनसाथी के लिए स्वास्थ्य कवर की यह देखने के लिए समीक्षा करनी चाहिए कि क्या वह युगल की स्वास्थ्य देखभाल जरूरतों को पूरा करने हेतु पर्याप्त है या नहीं।

स्वनियोजित व्यावसायिकों तथा व्यापारी व्यक्ति के मामले में कोई निश्चित सेवानिवृत्ति आय नहीं होती है। यदि उन्हें तथा उनके बीमा अभिकर्ता को लगे कि उन्होंने अपनी शेष जीवन अवधि के लिए खर्चों की पूर्ति के लिए अपनी सेवानिवृत्ति निधि में पर्याप्त राशि संचित कर ली है तो वे सेवानिवृत्त हो सकते हैं। सेवानिवृत्ति निधि के साथ वे किसी बीमा कम्पनी से एक एन्यूटी योजना भी खरीद सकते हैं जो उनके खर्चों की पूर्ति के लिए मासिक आय प्रदान करेगी।

लेकिन यदि व्यक्ति तथा उसका बीमा अभिकर्ता यह महसूस करते हैं कि सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन के वर्षों में गुजारे हेतु सेवानिवृत्ति निधि अपर्याप्त है, तो व्यापारी व्यक्ति को कार्य करते रहना चाहिए तथा स्वनियोजित व्यावसायिक को अपने व्यवसाय को तब तक करना चाहिए जब तक कि वह पर्याप्त राशि संचित न कर ले। फिर अपनी सेवानिवृत्ति पश्चात खर्चों की पूर्ति के लिए नियमित वार्षिक भुगतान प्राप्त करने के लिए अपनी सेवानिवृत्ति निधि का उपयोग किसी बीमा कम्पनी से एक एन्यूटी योजना खरीदने में कर सकता है। इस अवस्था में व्यक्ति को अपने तथा अपने जीवनसाथी के स्वास्थ्य बीमा की समीक्षा यह सुनिश्चित करने के लिए करनी चाहिए कि यह उनके स्वास्थ्य तथा चिकित्सीय देखभाल जरूरतों की पूर्ति हेतु पर्याप्त हो।



प्रकरण – अध्ययन

सेवानिवृत्ति पश्चात

अंकुर एवं कविता, अपने कार्यशील जीवन के दौरान बीमा अभिकर्ता की सहायता से अपनी सेवानिवृत्ति निधि को अच्छी तरह नियोजित एवं प्रबन्धित करते हैं। परिणामस्वरूप खरीदी गई एन्यूटी योजना से पर्याप्त मासिक आय प्राप्त करते हैं जो उनकी सेवानिवृत्ति के बाद के वर्षों के दौरान उनके जीवनयापन खर्चों की पूर्ति करती है। यहाँ तक कि सेवानिवृत्ति के बाद भी अंकुर एवं कविता को अपने जीवन स्तर से कोई समझौता नहीं करना पड़ता है। वे अपने स्वास्थ्य कवर के सम्बन्ध में यह सुनिश्चित करने के लिए कि वह उनके स्वास्थ्य जरूरतों को कवर करने हेतु पर्याप्त है या नहीं बीमा अभिकर्ता से सलाह भी लेते हैं। एक सफल एवं जिम्मेदार कार्यशील जीवन के पश्चात्, दोनों अब अपने पोते-पोतियों के साथ जीवन का आनन्द उठाते हैं।

B8 सारांश

हमने एक विशिष्ट जीवन चक्र में देखा है कि सभी ग्राहकों की दो प्राथमिक जरूरतें होती हैं—

सुरक्षा तथा निवेश। तथापि याद रखें कि व्यक्ति की जीवन अवधि के दौरान ये जरूरतें बदल सकती हैं। नीचे एक सारांश दिया गया है:—

जीवन चक्र अवस्था	ग्राहक की जरूरतें
बचपन	माता-पिता को जरूरत है:— <ul style="list-style-type: none"> • माता-पिता की असामयिक मृत्यु होने की दशा में, बच्चों की वित्तीय सुरक्षा करने की। • उनकी भावी वित्तीय आवश्यकताओं जैसे— शिक्षा, विवाह आदि हेतु धन प्रदान करने की।
अविवाहित युवा	<ul style="list-style-type: none"> • सुरक्षा जरूरत— असामयिक मृत्यु की दशा में स्वयं के लिए जीवन कवर, अपंगता आदि पर परिवार के लिए प्रदान करना। • आश्रित माता-पिता के लिए स्वास्थ्य सुरक्षा (यदि पहले से नहीं ले रखी हो)। • अल्प-अवधि की जरूरतों जैसे— विवाह, आवास आदि तथा दीर्घ-अवधि जरूरतों जैसे— सेवानिवृत्ति के लिए बचत करना।
विवाहित युवा जिसके बच्चे हैं।	<ul style="list-style-type: none"> • सुरक्षा जरूरत— दोनों जीवन साथी के लिए मृत्यु के विरुद्ध जीवन कवर। • बच्चों के भविष्य/भावी-शिक्षा, विवाह आदि के लिए धन उपलब्ध कराना। • युगल तथा बच्चों को कवर करते हुए एक पारिवारिक स्वास्थ्य बीमा योजना। • एक सेवानिवृत्ति निधि के लिए अल्प अंशदान करना जिसे बाद में बढ़ाया जा सके।
विवाहित जिसके बच्चे बड़े हों।	<ul style="list-style-type: none"> • सुरक्षा जरूरत— कमाने वाले की असामयिक मृत्यु होने की दशा में परिवार के लिए वित्तीय सुरक्षा। • बच्चों की भावी-शिक्षा, विवाह आदि के लिए योगदान जारी रखना। • सेवानिवृत्ति योजना के लिए निवेश में वृद्धि करना। • आयु में वृद्धि के साथ स्वास्थ्य कवर बढ़ाना।
सेवानिवृत्ति पूर्व	<ul style="list-style-type: none"> • सेवानिवृत्ति के बाद की अवधि के लिए निवेश। • आय सुरक्षा जरूरतें। • बच्चों के लिए पैतृक सम्पत्ति की व्यवस्था। • स्वास्थ्य कवर की समीक्षा कर सुनिश्चित करना कि यह पर्याप्त हो।
सेवानिवृत्ति	<ul style="list-style-type: none"> • सेवानिवृत्ति के पश्चात पर्याप्त नियमित आय सुनिश्चित करने के लिए बुद्धिमत्तापूर्वक धन निवेश की जरूरत। • स्वास्थ्य कवर की समीक्षा कर सुनिश्चित करना कि यह पर्याप्त हों। • सम्पत्ति/पैतृक सम्पत्ति नियोजन



संस्तुत क्रिया

किन्हीं दो युगलों के पास जायें जो जीवन चक्र की निम्न अवस्थाओं में हैं:-

- विवाहित युगल जिनके सन्तान नहीं हो
- . विवाहित युवा जिनके बच्चे हो

उनसे सूचनाएँ एकत्र करें तथा प्रत्येक युगल की विभिन्न जरूरतों की एक सूची तैयार करें। क्या दोनों युगलों की जरूरतें समान हैं? अपने आंकलन के आधार पर विचार करें।

प्रश्न 8.1

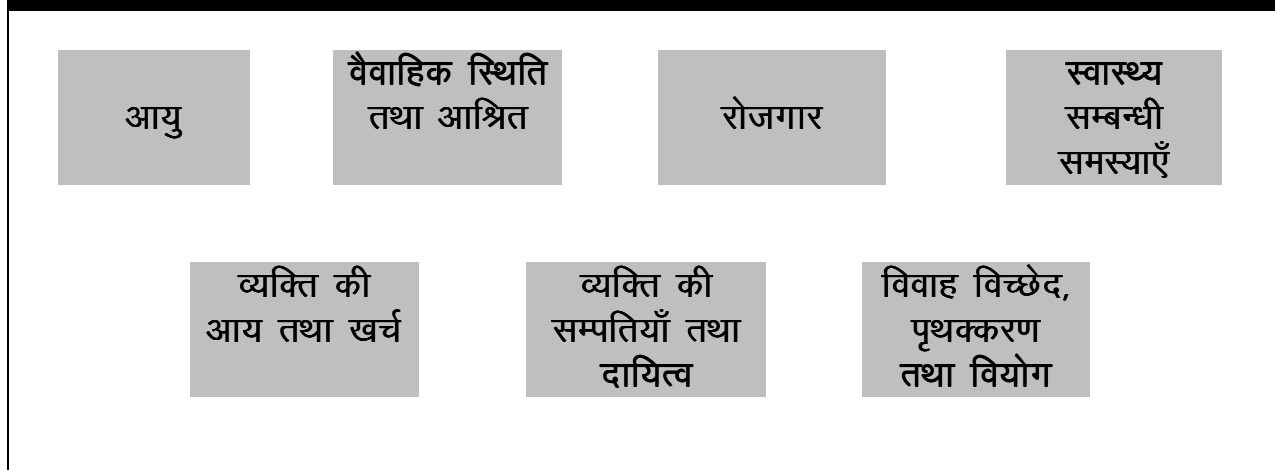
निम्नलिखित जीवन अवस्थाओं के लिए एक विशिष्ट जीवनचक्र में विभिन्न जरूरतें क्या हो सकती हैं?

- विवाहित युवा जिनके बच्चे हो।
- विवाहित जिनके बच्चे बड़े हो।

C जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करने वाले कारक

पिछले भाग में चर्चा की गई सभी जीवन अवस्थाओं से प्रत्येक ग्राहक नहीं गुजरेगा। विभिन्न कारकों की उपस्थिति इन जीवन अवस्थाओं को उल्लेखनीय रूप से प्रभावित करती है। इनमें से मुख्य हैं:-

चित्र 8.5



C1 आयु

युवा अवस्था में किसी व्यक्ति के दायित्व कम होंगे। जैसे जैसे व्यक्ति की आयु बढ़ेगी वे उच्च शिक्षा ग्रहण करेंगे तथा काम करना शुरू करेंगे। उनकी सुरक्षा जरूरतें उनके द्वारा उठाये नये उत्तरदायित्वों जैसे विवाह तथा परिवार के कारण बढ़ेगी।

C2 वैवाहिक स्थिति तथा आश्रित

जब किसी व्यक्ति का विवाह हो जाता है तथा वह एक परिवार शुरू करता है, तो उसका उत्तरदायित्व बढ़ता है तथा वे अपने परिवार को अनेक वस्तुओं तथा जरूरतों हेतु धन प्रदान करने की इच्छा रखते हैं। वे एक मकान, एक कार खरीदने तथा वार्षिक अवकाश यात्रा आदि के बारे में भी सोचते हैं। इन सभी के परिणामस्वरूप वित्तीय दायित्व बढ़ते हैं। आप देख सकते हैं कि विवाह के पश्चात किसी व्यक्ति के लिये उपरोक्त सभी जिम्मेदारियों तथा दायित्व में वृद्धि के कारण सुरक्षा जरूरतें बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है।

C3 रोजगार

किसी व्यक्ति के व्यवसाय या रोजगार की स्थिति उसकी वित्तीय नियोजन जरूरतों तथा निवेश क्षमता को प्रभावित कर सकती है। कोई व्यक्ति निम्न रूप में कार्यशील हो सकता है:-

- सार्वजनिक क्षेत्र कर्मचारी;
- निजी क्षेत्र कर्मचारी;
- स्व नियोजित;

साथ ही एक व्यक्ति का व्यावसायिक कैरियर (जैसे एक व्यावसायिक खिलाड़ी) बहुत छोटा हो सकता है तथा वे बेरोजगार भी हो सकते हैं।

C3A सार्वजनिक क्षेत्र कर्मचारी

यदि कोई व्यक्ति सार्वजनिक क्षेत्र में कार्य करता है, तो उसकी जीवन बीमा, पेंशन योजना तथा अन्य मेडिकल सम्बन्धी योजनाओं की जरूरतें उच्च नहीं होगी। इसका कारण यह है कि सार्वजनिक क्षेत्र अपने कर्मचारियों के लिए भविष्य निधि, पेंशन निधि तथा ग्रैच्युटी सेवानिवृत्ति अनुलाभ योजना के अन्तर्गत देने के लिए योगदान देता है। सार्वजनिक क्षेत्र नियोजक किसी व्यक्ति के लिए जीवन बीमा तथा उसके परिवार के लिए स्वास्थ्य बीमा जैसे लाभ भी प्रदान करते हैं।

C3B निजी क्षेत्र कर्मचारी

निजी क्षेत्र कर्मचारियों के मामले में पेंशन योजना, जीवन बीमा, स्वास्थ्य बीमा आदि की जरूरत बहुत ज्यादा होती है। हालांकि अधिकतर निजी क्षेत्र के नियोजक ग्रैच्युटी एवं भविष्य निधि जैसे लाभ देते हैं तथापि उनमें से अधिकतर कोई पेंशन अनुलाभ नहीं देते हैं। कुछ कम्पनियाँ व्यक्ति के लिए जीवन बीमा तथा उसके परिवार के लिए स्वास्थ्य बीमा प्रदान करती हैं तथा कुछ कम्पनियाँ कर्मचारी को उपरोक्त अनुलाभों के लिये

प्रीमियम में अंशदान का विकल्प देती है। जबकि दूसरी कम्पनियाँ इनमें से कोई अनुलाभ नहीं देती है तथा कर्मचारी को अपनी व्यवस्था स्वयं करने की जरूरत होती है।

C3C स्व-नियोजित

स्व नियोजित व्यक्तियों के मामले में दो महत्वपूर्ण कारकों का ध्यान रखना होगा:—

- स्व-नियोजित व्यक्तियों की आय अस्थिर हो सकती है; तथा
- वे अपने परिवारों के एकमात्र कमा कर देने वाले हो सकते हैं।

स्व नियोजित व्यक्तियों के लिए जीवन बीमा की जरूरत उच्च होती है। एक बार इस जरूरत को पूरा करने पर अन्य जरूरतों जैसे बाल निवेश योजनाओं तथा सेवानिवृत्ति योजनाओं पर ध्यान दिया जा सकता है।

C3D अल्प अवधि के कैरियर वाले लोग

कुछ लोगों का कमाने के लिये कैरियर अल्प अवधि का होता है। फिल्म या टेलीविजन अभिनेताओं तथा अभिनेत्रियों, खिलाड़ियों, व्यावसायिक कलाकारों आदि का कमाई वाला कैरियर प्रायः अल्प अवधि 5, 10, या 15 वर्ष का होता है। इसके दौरान जब वे अपने प्रदर्शन के शिखर पर होते हैं तो वे व्यावसायिक शुल्क के रूप में पर्याप्त राशि प्राप्त करते हैं। लेकिन जब एक बार उच्च कमाई पिछड़ जाती है तो उनकी आय काफी गिर जाती है यहाँ तक कि पूर्णतः समाप्त हो जाती है।

इस श्रेणी के लोगों को अपने उच्चतम कमाने के वर्षों के दौरान असामयिक मृत्यु या अपंगता से अपनी आय की सुरक्षा की जरूरत होती है, तथा इन वर्षों के दौरान कमायी आय को इस तरह से निवेश करने की जरूरत होती है कि यह उनके शेष कैरियर तथा उनकी सेवानिवृत्ति के बाद की अवधि में एक नियमित आय दे।

C3E बेरोजगार

किसी व्यक्ति के जीवन में बेरोजगारी किसी भी अवस्था में आ सकती है। यह किसी स्वनियोजित व्यक्ति के अलावा एक वेतनभोगी व्यक्ति के साथ भी हो सकती है तथा यह खराब स्वास्थ्य या आर्थिक स्थिति के कारण हो सकती है।

यदि कोई बेरोजगार हो जाता है, तो उसकी वित्तीय योजनाएँ बुरी तरह प्रभावित हो सकती हैं क्योंकि उसकी प्राथमिकता यह सुनिश्चित करने के लिए बदल जायेगी कि वह अपने परिवार को मूलभूत सुख-सुविधाएँ जैसे आवासन तथा भोजन प्रदान कर सके। लम्बी बेरोजगारी के मामले में वह अपनी पॉलिसियों तथा निवेशों के लिए नियमित प्रीमियम भुगतान करने की स्थिति में नहीं होता है। परिणामतः पॉलिसियाँ कालातीत हो सकती हैं। ऐसे मामलों में व्यक्ति बाद में पॉलिसी पुनर्चलन करने का प्रयास करेगा जब वह पुनः रोजगार पा लेता है या वे पॉलिसी को एक चुकता पॉलिसी में परिवर्तित करा सकते हैं। पॉलिसी को समर्पित करना अन्य विकल्प होता है।

अतः आप देख सकते हैं कि यही वह अवस्था है जिसके लिए एक व्यक्ति को पहले से ही नियोजन की जरूरत होती है। एक अपंगता हित लाभ बीमा लेना चाहिए तथा एक आकस्मिक निधि का निर्माण भी करना चाहिए जो अल्प अवधि के खर्चों को कवर करेगा।

C4 स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याएँ

किसी व्यक्ति की आयु बढ़ने के साथ-साथ स्वास्थ्य जोखिम बढ़ने की प्रवृत्ति बढ़ती है तथा उनके जीवन तथा स्वास्थ्य सुरक्षा प्राप्त करने की सम्भावनाएँ घटती हैं। ऐसे भी उदाहरण हो सकते हैं कि जहाँ कोई व्यक्ति निरन्तर खराब स्वास्थ्य से पीड़ित रहे चाहे उसकी आयु कुछ भी हो।

यदि बीमा कम्पनियाँ ऐसे जोखिम स्वीकार करती हैं, तो वे स्वीकृति की शर्तों में परिवर्तन/या एक उच्च प्रीमियम ले सकती हैं।

C5 व्यक्ति की आय तथा खर्च

प्रत्येक व्यक्ति के आय तथा खर्च का तरीका उनके जीवन शैली या आदतों के अनुसार अलग-अलग होता है। खर्चों में भोजन, वस्त्र, आवास तथा अवकाश या फुरसत में की जाने वाली गतिविधियों पर व्यय राशि शामिल होती है। इसमें किसी व्यक्ति के दायित्व जैसे गृह ऋण कार लोन आदि का पुनर्भुगतान भी शामिल होते हैं। वित्तीय योजना के उद्देश्यों के लिए यह आवश्यक है कि किसी व्यक्ति के पास उसके सभी खर्चों की पूर्ति के बाद आय शेष रहें।

परन्तु, यदि खर्च आय से अधिक होते हैं, तो व्यक्ति को ऋण लेना पड़ेगा तथा उनकी निवेश करने की क्षमता शून्य होगी।

C6 व्यक्ति की सम्पतियाँ तथा दायित्व

व्यक्ति जिन वस्तुओं का स्वामी है वह उसकी सम्पतियाँ तथा जिनके लिये उसे देना पड़ता है वह उसकी देनदारियाँ (दायित्व) हैं। व्यक्ति द्वारा सम्पतियाँ बचत, पैतृक सम्पति या व्यावसायिक गतिविधि से प्राप्त की जाती हैं। यदि किसी व्यक्ति की सम्पतियाँ उसके दायित्वों से अधिक हों, तो उसके पास निवेश के लिए धन होता है। यदि उसके दायित्व सम्पतियों से अधिक हों, तो यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि सभी बकाया भुगतान समय पर किये जायें।

उदाहरण

राघव मिश्रा एक डॉक्टर है तथा अपनी निजी क्लिनिक चलाता है। उसके पिता भी एक डॉक्टर थे तथा क्लिनिक चलाते थे। मृत्यु पश्चात राघव के पिता अपना मकान, क्लिनिक, भूमि का प्लॉट तथा रु. 10,00,000 की बैंक जमा राघव के लिए छोड़ गए।

राघव भाग्यशाली है कि उसने स्वयं पर्याप्त आय अर्जित की तथा उत्तराधिकार स्वरूप भी सम्पतियाँ प्राप्त की हैं। राघव जैसे व्यक्तियों में, जो पर्याप्त सम्पतियाँ तथा अपनी नियमित आय से अच्छा नकदी उपलब्धि है, उनकी निवेश क्षमता उच्च होती है तथा उनकी जोखिम उठाने की सामर्थ्य भी उच्च होती है।



कोई भी सम्पतियाँ जो उपयुक्त नहीं रह गई हों या अपेक्षा से कम प्रतिफल दे रही हों, की समीक्षा करनी चाहिए तथा अन्य सम्पतियों में निवेश के लिए नकदीकृत कर लेना चाहिए। इसी प्रकार व्यक्ति के दायित्व जैसे एक गृह ऋण या एक कार ऋण को पर्याप्त जीवन बीमा द्वारा कवर किया जाना चाहिए ताकि कमाने वाले की असामयिक मृत्यु की दशा में, परिवार ऋणों को चुका सके तथा लेनदारों द्वारा उत्पन्न की जा सकने वाली वित्तीय परेशानियों से बच सकें।

C7 विवाह विच्छेद, पृथक्करण (सेप्रेशन) तथा वियोग (बिरीवमेंट)

विवाह विच्छेद व्यक्ति की वित्तीय योजनाओं को बुरी तरह प्रभावित कर सकते हैं। विवाह विच्छेद या पृथक्करण से व्यक्ति के वित्तीय उद्देश्य बदल जाते हैं तथा उसकी निवेश क्षमता भी घटेगी (विशेषकर यदि दोनों जीवनसाथी कार्यशील हों)। परिणामस्वरूप चालू निवेश की समीक्षा करनी चाहिए।

विवाह विच्छेद तथा पृथक्करण के मामले में, किसी महिला (गृहिणी) के लिए वित्तीय योजनाएं अत्यधिक महत्वपूर्ण होती हैं क्योंकि महिला के पास अपने पति के वित्तीय संसाधनों के अलावा कोई अन्य वित्तीय संसाधन नहीं होता है। अतः सुरक्षा एवं सेवानिवृत्ति जरूरतें और भी बहुत महत्वपूर्ण हो जाती हैं।

एक विधवा महिला अपने पति की वित्तीय सम्पतियों की संरक्षक होती है तथा अपने आश्रित बच्चों की जरूरतों को पूरा करने का दायित्व उसका होगा। उसका मुख्य ध्यान सम्पतियों के प्रबन्धन पर होगा तथा अपने आश्रित की जरूरतों को पूरा करने के लिए सम्पतियों के निवेश मूल्य को संरक्षित करने या बढ़ाने पर होगा।

D ग्राहक की जरूरतें : वास्तविक (रियल) तथा अनुभूत (पर्सिप्टिबल)

यह समझना महत्वपूर्ण है कि वास्तविक तथा अनुभूत जरूरतों में भिन्नता होती है। किसी व्यक्ति की वास्तविक जरूरतें वस्तुतः वे जरूरतें होती हैं जिनको अन्य की तुलना में प्राथमिकता दी जानी चाहिए; जबकि अनुभूत जरूरतें काल्पनिक होती हैं या ग्राहक द्वारा महत्वपूर्ण मानी जाती हैं। (उदाहरण के लिए एक महंगी कार खरीदने की चाह जब पर्याप्त सार्वजनिक यातायात उपलब्ध हो तथा ग्राहक के पास उसे खरीदने के लिए बचत या आय अपर्याप्त हो)।

वास्तविक जरूरतें वित्तीय नियोजन तकनीकों तथा विश्लेषण द्वारा निर्धारित की जाती हैं। अनुभूत जरूरतें व्यक्ति के विचारों तथा इच्छाओं का विश्लेषण करके समझी जा सकती हैं। चलो अभिकर्ता द्वारा ग्राहक को वास्तविक तथा अनुभूत जरूरतों के बारे में सलाह देने में आने वाली कुछ समस्याओं पर नजर डालते हैं:—

- जैसा कि हमने इस अध्याय में पूर्व में चर्चा की है, किसी व्यक्ति के जीवनचक्र की विभिन्न अवस्थाओं में विभिन्न वित्तीय जरूरतें उत्पन्न होती हैं। परन्तु जब वित्तीय योजना बनाने का समय आता है, तो सम्भव है कि कोई निवेशक वास्तविक निवेश करने में तत्पर न हो। कोई युवा व्यक्ति अब से 10 वर्ष बाद रु. 10,00,000 प्राप्त करने की इच्छा कर सकता है, लेकिन इसके लिए उसे अपनी कुछ अवकाश तथा फुरसत की गतिविधियों का त्याग तथा नियमित बचत एवं निवेश करने की जरूरत होती है।

- दूसरी समस्या यह है कि ग्राहक प्रायः भविष्य के लिए बचत की महत्ता समझने में असफल रहते हैं तथा प्राप्त होने वाले लाभों के गुणों से प्रभावित नहीं होते हैं। वे अपनी वर्तमान जरूरतों को अपनी भावी अदृश्य (अमूर्त) जरूरतों की तुलना में उच्च प्राथमिकता देते हैं।

- व्यक्ति अपनी वास्तविक जरूरतों को समझ नहीं सकते हैं तथा समझदारी पूर्वक उन्हें प्राथमिकता देने में असफल हो सकते हैं। कुछ ऐसे मामले हो सकते हैं जहाँ एक व्यक्ति पहले बाल योजनाओं में निवेश का चयन कर सकता है, जबकि उसकी प्राथमिकता वाली जरूरत उसकी मृत्यु, बीमारी या अपंगता की दशा में परिवार को वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना थी।

एक बीमा अभिकर्ता का कार्य ग्राहक को उसकी वास्तविक जरूरतों को पहचानने में सहायता करना है। यह प्रक्रिया निम्नानुसार है :-

वास्तविक जरूरतों की पहचान करना	बीमा अभिकर्ता को अपने ग्राहकों को उनकी वास्तविक जरूरतों को समझाने में मदद करनी चाहिए। उसको बीमा की अवधारणा एवं महत्व के बारे में शिक्षित करके ऐसा किया जा सकता है।
वर्तमान तथा भावी जरूरतों की पहचान करना	बीमा अभिकर्ता को अपने ग्राहकों को वर्तमान एवं भावी जरूरतों को समझाने में मदद करनी चाहिए।
जरूरतों का परिमाण करना तथा प्राथमिकता तय करना	एक बार जब जरूरतों की पहचान कर ली जाती है, तो उन्हें मौद्रिक मूल्य के रूप में परिमाणित करना चाहिए तथा प्राथमिकता दी जानी चाहिए।
वित्तीय योजना की समीक्षा करना	ग्राहक की वित्तीय नियोजन की जरूरतें समय के साथ बदल तो नहीं गई हैं, की समीक्षा करने के लिए ग्राहक को समय-समय पर बीमा अभिकर्ता से मिलते रहना चाहिए। यदि ऐसा हो तो बदली हुई परिस्थितियों के लिए उपयुक्त नया निवेश करना चाहिए।



उदाहरण

वास्तविक जरूरत— मुझे मेरी सेवानिवृत्ति के लिए बचत की जरूरत है।

वास्तविक जरूरत का परिमाण— मुझे निरन्तर रू. 20,000 मासिक आय पाने हेतु संचय करने की जरूरत है।



प्रश्न 8.2

संक्षेप में समझाइये कि निम्नलिखित कारक किस प्रकार जीवन की विभिन्न अवस्थाओं की जरूरतों को प्रभावित करते हैं:-

- I. स्वास्थ्य की स्थितियाँ।
- II. आय तथा व्यय।
- III. सम्पत्तियाँ तथा दायित्व।

E संवाद, प्रश्न प्रस्तुत करना (पूछताछ) तथा श्रवण कौशल

किसी बीमा कम्पनी के सम्भावित ग्राहकों से पहला सम्पर्क बिन्दु प्रायः उसका अभिकर्ता होता है। बीमा अभिकर्ता द्वारा ग्राहक को सलाह देते समय ग्राहक द्वारा दी गई सूचनाओं को प्रभावी रूप से आंकलन करने में उसे समर्थ होना चाहिए। ऐसा केन्द्रीय (मुख्य) प्रश्न पूछकर तथा अच्छे श्रवण कौशल द्वारा किया सकता है। अभिकर्ता को ग्राहक की बातों का निहितार्थ (सार) समझने का प्रयास करना चाहिए क्योंकि ग्राहक प्रायः बीमों के विशिष्ट तथा तकनीकी शब्दों से अपरिचित होते हैं फलस्वरूप वे अपनी आवश्यकताएँ नहीं समझ पाते हैं।

इस भाग में हम उन तीन महत्वपूर्ण कौशल की चर्चा करेंगे जो प्रत्येक बीमा अभिकर्ता में होनी चाहिए— संवाद कौशल, पूछताछ कौशल तथा श्रवण कौशल।

E1 संवाद कौशल

बीमा अभिकर्ता के पास अच्छा संवाद कौशल होना चाहिए ताकि वह वित्तीय नियोजन प्रक्रिया में ग्राहक की रुचि तथा सम्बद्धता स्थापित तथा बनाये रखने में समर्थ हों। प्रभावी संवाद कौशल ग्राहक के साथ बैठक के प्रारम्भ से ही महत्वपूर्ण होती है तथा तब और भी महत्वपूर्ण हो जाती है यदि ग्राहक विक्रय प्रक्रिया के किसी बिन्दु पर रुचि खोना शुरू कर देता है।

अच्छे संवाद कौशल में शामिल हैं:—

- ग्राहक की स्थानीय भाषा तथा बोली पर अच्छी पकड़।
- ग्राहक के प्रति मित्रवत दृष्टिकोण तथा सच्ची (वास्तविक) रुचि लेना। अभिकर्ता ग्राहक को उसकी भावी तथा वर्तमान जरूरतों से सम्बन्धित विचार प्रकट करने के लिए प्रोत्साहित करने में समर्थ होना चाहिए।
- जब कभी कोई ग्राहक प्रश्न पूछता है, या कोई विचार या बिन्दु प्रस्तुत करता है, तो अभिकर्ता को ईमानदारी से प्रश्न का उत्तर देना चाहिए तथा ग्राहक से द्विपक्षीय संवाद बनाये रखना चाहिए। यह ग्राहक को वित्तीय नियोजना प्रक्रिया में हिस्सेदारी के लिए प्रोत्साहित करेगा।

E2 प्रश्न प्रस्तुत करने (पूछताछ) का कौशल

किसी अभिकर्ता को ग्राहक की वित्तीय नियोजन जरूरतों को समझने के लिए विभिन्न प्रश्न पूछने की आवश्यकता होती है। इसके लिए एक बीमा अभिकर्ता के पास अच्छी जानकारी प्राप्त करने की तकनीक होना जरूरी होता है। इस तकनीक में शामिल हैं:—

- विभिन्न प्रकार के प्रश्नों को पूछना; तथा
- प्रश्नों के लिए सही शब्दों का उपयोग करना।

E2A प्रश्नों के विभिन्न प्रकार

अपने ग्राहकों की जरूरतों को समझने के लिए कोई अभिकर्ता विभिन्न प्रकार के प्रश्न पूछ सकता है। प्रश्न संरचना या प्रयोजन के आधार पर वर्गीकृत किये जा सकते हैं:—

1. संरचना के आधार पर वर्गीकरण : इस वर्गीकरण में, प्रश्न दो प्रकार के हो सकते हैं: प्रश्न जिनका उत्तर अपेक्षाकृत विस्तृत होता है (खुले सिरे वाले) तथा प्रश्न जिनका उत्तर कम शब्दों में होता है (बन्द सिरे वाले)। दोनों प्रकारों के प्रश्नों के भिन्न उद्देश्य तथा प्रभाव होते हैं तथा आपको यह सुनिश्चित करना चाहिए कि आप उनका सही रूप में उपयोग कर रहे हैं।

a) विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न— इस प्रकार के प्रश्न ग्राहक को मुक्त रूप से वार्तालाप करने तथा उनके लिए अधिक महत्वपूर्ण विषयों को रेखांकित (उजागर) करने हेतु प्रोत्साहित करते हैं।

उदाहरण

कुछ विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न हैं:

- आप ऐसा क्यों सोचते हैं?
- आप आज से 10 वर्ष बाद स्वयं को कहाँ पाते हैं?
- आप इस बारे में कैसा महसूस करते हैं?



b) अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्न— इन प्रश्नों की प्रकृति ऐसी होती है कि ग्राहक को संक्षिप्त उत्तर देना होता है। ग्राहक का प्रत्युत्तर “हाँ” या “ना” अथवा “एक विशिष्ट तथ्य” या “एक विशिष्ट राशि” तक सीमित होता है।

उदाहरण

कुछ अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्न हैं:

- क्या आप वर्तमान में कार्यरत हैं?
- आपके कितने बच्चे हैं?
- क्या आपके पास कोई चालू/वर्तमान निवेश है?
- क्या आप विवाहित हैं?



2. प्रयोजन के आधार पर वर्गीकरण— इस वर्गीकरण में प्रश्न या तो खुले या फिर बन्द हो सकते हैं तथा निम्नलिखित प्रस्तुत प्रश्न शामिल हो सकते हैं कि:—

- सूचना चाहने वाले;
- अतिरिक्त सूचना की छानबीन तथा एकत्र करने वाले;
- अर्थ या समझ को स्पष्ट करने वाले;
- पूर्व सहमत बिन्दुओं को स्पष्ट करने वाले; या
- ग्राहक द्वारा कुछ निर्धारित कार्य सम्पादन की प्रतिबद्धता करने वाले।

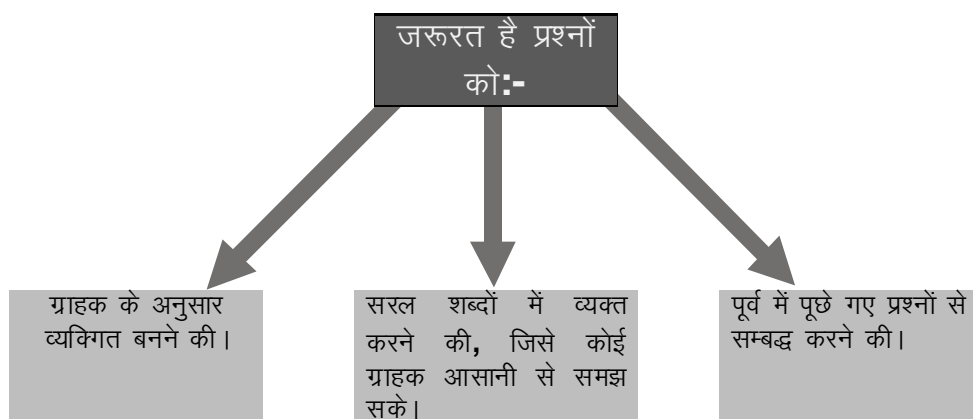


उदाहरण		
प्रयोजन के आधार पर वर्गीकरण	विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न	अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्न
सूचना चाहने वाले प्रश्न	अपने बच्चों के बारे में बतायें।	आपके कितने बच्चे हैं?
अतिरिक्त सूचना एकत्रित करने के लिए प्रश्न	अपने बच्चों के भविष्य के लिए आपकी क्या योजना है?	क्या आप अपने बच्चों को व्यावसायिक शिक्षा दिलाना चाहते हैं?
अर्थ या समझ को स्पष्ट करने वाले प्रश्न	जब आप कहते हैं कि आप व्यावसायिक शिक्षा दिलाना चाहते हैं, तो क्या आप उन्हें आगे की पढ़ाई के लिए विदेश भेजना चाहते हैं?	जब आप कहते हैं कि आप मेंडिकल शिक्षा दिलाना चाहते हैं, तो आपका अर्थ डॉक्टर या फार्मासिस्ट है?
पहले से सहमत बिन्दुओं को सुनिश्चित करने वाले प्रश्न	मेरी याददाश्त थोड़ी ताजा करे कि आप अपने बच्चों की शिक्षा का कितना ध्यान रखते हैं?	आपने अभी कहा था कि आप अपने बच्चों को उच्च शिक्षा के लिए विदेश भेजना चाहेंगे?
ग्राहक की प्रतिक्रिया को प्रकट करने वाले प्रश्न	क्या आप वास्तव में अपने बच्चों की शिक्षा के लिए कुछ करना चाहते हैं?	क्या मैं यह मानूँ कि आप एक बाल योजना खरीदना चाहते हैं?

E2B प्रश्नों को व्यक्त करना

पूछे जा सकने वाले विभिन्न प्रकारों के प्रश्नों को समझने में सहायता के लिए प्रश्नों की उपरोक्त सूची उदाहरणार्थ प्रस्तुत की जा रही है। वास्तव में, उपरोक्त प्रश्न ऐसे रखे तरीके से नहीं पूछे जायेंगे, इसके बजाय उन्हें अधिक प्रसन्नता एवं निजी रूप से व्यक्त करने की जरूरत होती है। इसके लिए :

चित्र 8.6



E3 श्रवण कौशल

किसी बीमा अभिकर्ता के लिए प्रभावी श्रवण कौशल विकसित करना भी आवश्यक होता है ताकि वह ग्राहक के उत्तरों का सही अर्थ निकाल सके।

अभिकर्ता को ग्राहक के उत्तरों तथा उसके द्वारा दी गई अन्य सूचनाओं पर ध्यान देना चाहिए। अभिकर्ता को ग्राहक के उत्तरों को लिख लेना चाहिए तथा उसकी भाव भंगिमा का भी अध्ययन करना चाहिए, क्योंकि यह वित्तीय नियोजन में ग्राहक की रुचि के स्तर को निर्धारित करने में मदद करेगा।

E4 ग्राहकों की आपत्तियों का निपटान

आपको हमेशा स्मरण रखना चाहिए कि कुछ सम्भावित ग्राहक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने में अनिच्छुक हो सकते हैं क्योंकि वे जीवन बीमा का महत्व समझ पाने में असफल होते हैं। वे अपनी मृत्यु के समय तथा मृत्यु के उपरान्त परिवार के साथ क्या घटित होगा, के बारे में चर्चा करते समय असहज भी हो सकते हैं। ग्राहक को इस असहज एवं भावनात्मक स्थिति से उबारने में बीमा अभिकर्ता को जरूरत-आधारित उपयुक्त उत्पाद का सुझाव देने में समर्थ होना चाहिए।

एक बार जब कोई अभिकर्ता अपने सुझाव दे देता है, तो उसके सम्भावित ग्राहक द्वारा की जा सकने वाली कुछ सामान्य आपत्तियाँ हो सकती हैं :-

1. उत्पाद मेरी जरूरत(तों) को पूरा नहीं करता है।
2. एक प्रतियोगी का उत्पाद अतिरिक्त लाभ दे रहा है।
3. मेरे पास निवेश के लिए धन नहीं है।

एक बीमा अभिकर्ता के रूप में आपको ऐसी आपत्तियों को निपटाने में अत्यधिक सतर्क रहना होगा। जब कभी ग्राहक आपत्तियाँ करते हैं, आपको उनके वास्तविक कारण को समझने के लिए विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) तथा अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्नों को प्रस्तुत करना चाहिए तथा इस स्थिति से बाहर आने का प्रयास करना चाहिए। प्रभावी संवाद कौशल, उपयुक्त प्रश्न प्रस्तुत करना तथा उत्तम श्रवण कौशल वह साधन हैं जो इन मामलों में अत्यधिक उपयोगी हो सकते हैं।

उपरोक्त आपत्तियों को निपटाने के कुछ तरीकों में शामिल हैं :-

उत्पाद मेरी जरूरत(तों) को पूरा नहीं करता है।	ग्राहक से उनके विचार जानने के लिए कुछ विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न पूछें तथा उत्पाद की अधिक जानकारी प्रदान करें, अथवा एक बार फिर ग्राहक की जरूरतों की समीक्षा करने के पश्चात अन्य उत्पाद का सुझाव दें।
एक प्रतियोगी का उत्पाद अतिरिक्त लाभ दे रहा है।	कुछ समान उत्पादों के गुण-दोष या लाभ-हानि का तुलनात्मक विश्लेषण प्रस्तुत करते हुए ग्राहक को बताएं कि किसी विशिष्ट योजना का सुझाव क्यों दिया जा रहा है।
मेरे पास निवेश के लिए धन नहीं है।	उचित वित्तीय नियोजन तथा जरूरत आधारित निवेश की महत्ता पर पुनः जोर दें। बीमा योजना लेने के लाभों तथा ना लेने के परिणामों को समझाएं।

संस्तुत क्रिया

मान लो कि किसी ग्राहक के साथ आपकी भेंट पूर्वनियोजित है जिसके लिए आपको उसकी विभिन्न जरूरतों का विश्लेषण तथा उपयुक्त वित्तीय योजना तैयार करनी है। विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले तथा अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्नों की एक सूची तैयार करें जिन्हें आप आवश्यक सूचनाएँ एकत्र करने हेतु पूछना चाहेंगे।

प्रश्न 8.3

वास्तविक तथा अनुभूत जरूरतों के अन्तर संक्षेप में समझाइयें।

F पारिवारिक विवरण सहित ग्राहक का विवरण एकत्र करना

योजना बनाने की प्रक्रिया के एक भाग के रूप में, बीमा अभिकर्ता को एक **तथ्य-अन्वेषण (फैक्ट फाइन्ड)** कहीं जाने वाली विधि का उपयोग करके ग्राहक के निजी विवरण (परिवार सहित), व्यावसायिक तथा वित्तीय विवरण एकत्र करना जरूरी होता है।

- निजी विवरण भाग में ग्राहक का नाम, आयु, पता, सम्पर्क सूत्र (विवरण) तथा वैवाहिक स्थिति शामिल है।
- पारिवारिक विवरण भाग में परिवार के सदस्यों की संख्या तथा उनके विवरण जैसे नाम, आयु, व्यवसाय शामिल होंगे।
- अभिकर्ता ग्राहक के पारिवारिक फिजीशियन तथा ग्राहक के कुछ अच्छे मित्रों के पते भी लिख सकता है।
- अभिकर्ता फिर ग्राहक के व्यावसायिक विवरण को जैसे उसका रोजगार, स्वनियोजित है या एक व्यापार चलाता है, नोट करेगा। ग्राहक के व्यवसाय के आधार पर अभिकर्ता उससे और अधिक विवरण पूछेगा।
- तत्पश्चात अभिकर्ता ग्राहक के नकद प्रवाह (उपलब्धता) तथा उसके वर्तमान निवेशों के बारे में पूछेगा।

नोट : तथ्य-अन्वेषण के सभी भागों के बारे में अधिक चर्चा अगले अध्याय में की जायेगी जब हम वित्तीय योजना प्रक्रिया पर दृष्टिपात करेंगे।

G प्राथमिकताओं को समझना— एक सारांश

जैसा कि हम पहले बता चुके हैं, कि एक बीमा अभिकर्ता को अपने ग्राहक को उसकी वास्तविक वित्तीय तथा सुरक्षा जरूरतों को समझने में मदद करनी चाहिए। विभिन्न कारकों के आधार पर इन जरूरतों की निम्नांकित प्राथमिकता निर्धारित की जा सकती है:

जीवन चक्र	विभिन्न जरूरतें जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं पर निर्भरता के आधार पर प्राथमिकता कम में रखी जाती है। किसी अविवाहित युवा के लिए, एक पेंशन योजना की तुलना में जीवन कवर प्राथमिकता रखता है।
वर्तमान बीमा पॉलिसियाँ	यदि ग्राहक के पास पहले से ही एक अवधि जीवन बीमा कवर है तो उसकी प्राथमिकता अन्य जरूरतों पर आ जाती है।
उपलब्ध अधिशेष धन राशि	विभिन्न जरूरतों को दी जाने वाली प्राथमिकता रेटिंग को उपलब्ध अधिशेष धनराशि भी प्रभावित करेगी। ग्राहक जिसके पास निवेश के लिए पर्याप्त धनराशि उपलब्ध है अपनी जरूरतों के आधार पर विभिन्न उत्पाद खरीद

सकता है। परन्तु यदि अधिशेष धन सीमित हो तो उन्हें उन वित्तीय उत्पादों का चयन करना चाहिए जो उनकी मूल जरूरतों की पूर्ति कर सके।

उदाहरण

यदि किसी विवाहित युवा युगल जिसके बच्चे छोटे हो के पास पहले से ही पर्याप्त जीवन बीमा कवर है, तो उनकी प्राथमिकताएँ एक बाल बीमा योजना, एक बचत या सेवानिवृत्ति योजना की ओर मुड़ जाती है।



H स्वीकृतियों की पुष्टि तथा उद्देश्यों पर सहमति

ग्राहक के प्रयोजनों से सहमत होने पर बीमा अभिकर्ता को जरूरतों का विश्लेषण करना चाहिए। जरूरतों के विश्लेषण के दौरान ग्राहक की मान्यताओं की उससे पुष्टि करानी चाहिए। इस स्तर पर किसी अभिकर्ता की विशिष्ट व्यावसायिक विशेषज्ञता पूर्व में एकत्रित जानकारियों का विश्लेषण करने में आवश्यक होगी।

जरूरतों का विश्लेषण करने के लिए, अभिकर्ता को पहले से किये गये तथा भावी सभी निवेशों एवं प्रतिबद्धताओं का मूल्यांकन करना चाहिए जो किसी अन्तर को पूरा करने के लिए आवश्यक होगी।

इसी प्रकार ग्राहक के उद्देश्यों का भी विश्लेषण करना जरूरी होता है। ऐसा उस राशि के निर्धारण के लिए किया जाता है जो इन उद्देश्यों की प्राप्ति के लिए आवश्यक होगी। बीमा अभिकर्ता को यह सुनिश्चित करना जरूरी है कि इन उद्देश्यों की पूर्ति के लिए पर्याप्त राशि अलग रखी जा सकती है।

यदि भविष्य के लिए जरूरी राशि तथा अभी उपलब्ध राशि में अन्तर हो तो इसकी व्यवस्था के लिए ग्राहकों को अतिरिक्त कवर का सुझाव दिया जाना चाहिए।



ध्यान रहें— वित्तीय योजनाओं की समीक्षा करने का महत्व

सभी वित्तीय नियोजन तकनीकें उपलब्ध होने के बावजूद, भविष्य के लिए जरूरी सही-सही धनराशि का पूर्व निर्धारण नहीं किया जा सकता है। यह राशि विभिन्न मान्यताओं के अधीन होती है। बीमा अभिकर्ता केवल एक अनुमानित राशि प्रस्तुत करता है वास्तविक राशि नहीं। अतः वित्तीय योजना की प्रत्येक 12 माह में एक बार या और किसी उचित अवधि के उपरान्त यह सुनिश्चित करने के लिये समीक्षा की जानी चाहिए कि ग्राहक की जरूरतों में कोई परिवर्तन तो नहीं हो गया है तथा निवेश आशानुरूप प्रतिफल दे रहे हैं या नहीं। अभिकर्ता द्वारा ग्राहक से निरन्तर सम्पर्क बनाये रखने का यह एक उत्तम तरीका है जो यह प्रदर्शित करता है कि अभिकर्ता ग्राहक के सतत वित्तीय कल्याण के प्रति सजग है।

राशि के अलावा बीमा अभिकर्ता को पॉलिसी की अवधि के बारे में भी जागरूक रहने की जरूरत अन्य पहलू है। किसी जीवन बीमा पॉलिसी के लिए वास्तविक उचित अवधि को पूर्व निर्धारित नहीं किया जा सकता है। एक बार फिर कुछ मान्यताओं के आधार पर पुनः अवधि निर्धारित की जाती है।



उदाहरण

राहुल शर्मा एक 32 वर्षीय सिविल अधिवक्ता है। उसकी पत्नी रेखा एक गृहिणी है। उसके 1 एवं 3 वर्ष के दो बच्चे हैं। राहुल अपनी असामयिक मृत्यु की दशा में अपने बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए एक उपयुक्त बीमा योजना लेना चाहता है।

उसका मुख्य ध्यान इस पर है कि पॉलिसी की अवधि कितनी होनी चाहिए? राहुल अपनी निधि का उपयोग अपने बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के लिए करना चाहता है। लेकिन वह सटीक रूप से नहीं जानता है कि कब उसके बच्चे विवाह करेंगे तथा कब धन की आवश्यकता होगी। यदि वह पॉलिसी 10 वर्ष के लिए लेता है, तब वह अपने बच्चों की उच्च शिक्षा प्राप्त करने से पूर्व निधि/धन प्राप्त करेगा। यदि वह पॉलिसी 20 वर्ष के लिए लेता है तब वह अपने बच्चों की उच्च शिक्षा (बच्चों की आयु 21 तथा 23 वर्ष के मध्य) पूर्ण करने (या लगभग पूर्ण) के पश्चात् तथा उनके विवाह से थोड़ा पूर्व धन प्राप्त करेगा।

अतः राहुल को उचित अवधि जिसके लिए वह धन निवेशित रखना चाहता है के बारे में निर्णय लेने में विवेक से काम लेना होगा।



इस पर विचार करें...

वे विभिन्न कारक क्या हैं जिनका एक बीमा अभिकर्ता तथा ग्राहक को निवेश की अवधि निर्धारित करने में उपयोग करना चाहिए। क्या होगा यदि ग्राहक जरूरत के समय अपने निवेशों को निकालने में असमर्थ होता है क्योंकि निवेशित धन एक विनिर्दिष्ट अवधि के लिए लॉक्ड-इन किया जा सकता है?



मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

आपका ग्राहक कौन है?

- किसी वित्तीय जरूरत वाला व्यक्ति जिससे बीमा अभिकर्ता मिलता है एक ग्राहक हो सकता है।

एक ग्राहक की विशिष्ट जीवन अवस्थाएँ

- एक ग्राहक की जीवन अवस्थाएँ निम्नलिखित रूप में वर्गीकृत की जा सकती हैं: बचपन, अविवाहित युवा, विवाहित युवा, विवाहित युवा जिनके बच्चे हो, विवाहित जिनके बड़े बच्चे हो, सेवानिवृत्ति पूर्व तथा सेवानिवृत्ति के पश्चात।

जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करने वाले कारक

- विभिन्न कारकों की उपस्थिति व्यक्ति की जीवन अवस्थाओं को प्रभावित करती है।
- किसी व्यक्ति द्वारा आस्तियाँ (सम्पत्तियाँ) बचत, पैतृकता या व्यापार के माध्यम से प्राप्त की जा सकती है। यदि किसी व्यक्ति की आस्तियाँ (सम्पत्तियाँ) उसके दायित्वों से अधिक हो तो उनके पास निवेश के लिए अधिशेष धनराशि उपलब्ध होगी।

ग्राहक की जरूरतें: वास्तविक तथा अनुभूत

- वास्तविक जरूरत से तात्पर्य व्यक्ति की यथार्थ जरूरतों से है जिनको अन्य जरूरतों की अपेक्षा प्राथमिकता दी जायेगी।
- अनुभूत जरूरत किसी ग्राहक द्वारा महत्वपूर्ण मानी गई जरूरतें होती हैं।

जीवन अवस्थाओं के अनुरूप विशिष्ट ग्राहक जरूरतें:

- किसी विशिष्ट जीवन चक्र में, सभी ग्राहकों की दो प्राथमिक जरूरतें होती हैं—सुरक्षा तथा निवेश। परन्तु समय के साथ जरूरतें बढ़ती या कम होती रहती हैं।

संवाद, पूछताछ तथा श्रवण कौशल

- प्रभावी संवाद कौशल भेंट/बैठक की शुरुआत में तथा/या उस क्षण (बिन्दु पर) आवश्यक होता है जब ग्राहक विक्रय प्रक्रिया में रुचि लेना बन्द कर देता है।
- किसी अभिकर्ता को ग्राहक की वित्तीय नियोजन जरूरतों को समझने के लिए अनेक प्रश्न पूछने की आवश्यकता होती है। इसके लिए बीमा अभिकर्ता को अच्छी पूछताछ तकनीक का ज्ञान होना जरूरी है।
- विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न ग्राहक को मुक्त रूप से वार्तालाप करने तथा उनके लिए महत्वपूर्ण विषयों को रेखांकित (उजागर) करने हेतु प्रोत्साहित करते हैं। अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्न इस प्रकार के होते हैं जिनका ग्राहक को केवल संक्षिप्त विशिष्ट उत्तर देना होता है।
- किसी बीमा अभिकर्ता के लिए प्रभावी श्रवण कौशल विकसित करना आवश्यक होता है ताकि वह ग्राहक के उत्तरों का सही अर्थ निकाल सके।

प्राथमिकताओं को समझना

- तथ्य—अन्वेषण के माध्यम से ग्राहक से तथ्य एकत्र कर लेने पर, जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं पर आधारित विभिन्न जरूरतें प्राथमिकता क्रम में रखी जायेंगी।
- यदि ग्राहक के पास पहले से ही पर्याप्त बीमा कवर है तो उसकी प्राथमिकता अन्य जरूरतों पर होगी।
- किसी ग्राहक के पास निवेश हेतु पर्याप्त धन राशि उपलब्ध होने की स्थिति में वह अपनी विभिन्न जरूरतों के आधार पर विविध प्रकार के उत्पाद खरीद सकता है।

स्वीकृतियों की पुष्टि करना तथा उद्देश्यों पर सहमत होना

- ग्राहक के उद्देश्यों से सहमत होने के बाद बीमा अभिकर्ता द्वारा जरूरतों का विश्लेषण किया जाना

चाहिए। जरूरतों के विश्लेषण के दौरान ग्राहक से उसकी मान्यता की पुष्टि करनी चाहिए।



प्रश्न-उत्तर

8.1 विवाहित युवा जिसके बच्चे हो

- सुरक्षा जरूरतें—बीमारियाँ या दुर्घटना के विरुद्ध आय सुरक्षा।
- किसी एक जीवनसाथी की मृत्यु होने पर दूसरे के लिए आय की सुनिश्चितता (क्षतिपूर्ति) हेतु दोनों जीवन साथी के लिए बीमा कवर।
- बच्चों की भावी—शिक्षा, विवाह आदि के लिए धन का प्रावधान करना।
- सेवानिवृत्ति के लिए निवेश।

विवाहित जिसके बड़े बच्चे हो

- सुरक्षा जरूरत— परिवार की वित्तीय सुरक्षा।
- बच्चों की भावी—शिक्षा, विवाह आदि के प्रावधान के लिए योगदान जारी रखना।
- सेवानिवृत्ति के लिए निवेश।

8.2 स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याएँ

किसी व्यक्ति की आय बढ़ने के साथ-साथ स्वास्थ्य जोखिम बढ़ने की प्रवृत्ति बढ़ती है तथा उनके जीवन तथा स्वास्थ्य सुरक्षा प्राप्त करने की सम्भावनाएँ घटती हैं। ऐसे भी उदाहरण हो सकते हैं कि जहाँ कोई व्यक्ति निरन्तर खराब स्वास्थ्य से पीड़ित रहे चाहे उसकी आय कुछ भी हो। यदि बीमा कम्पनियाँ ऐसे जोखिम स्वीकार करती हैं, तो वे स्वीकृति की शर्तों में परिवर्तन/या एक उच्च प्रीमियम प्रभारित कर सकती हैं।

व्यक्ति की आय तथा खर्च

प्रत्येक व्यक्ति की आय तथा खर्चों का तरिका उनके जीवन शैली या आदतों के अनुसार अलग-अलग होता है। खर्चों में भोजन, वस्त्र, आवास तथा अवकाश या फुरसत में की जाने वाली गतिविधियों पर व्यय राशि शामिल होता है। इसमें किसी व्यक्ति के दायित्व जैसे गृह ऋण, कार लोन आदि का पुनर्भुगतान भी शामिल होते हैं। वित्तीय योजना के उद्देश्यों के लिए यह आवश्यक है कि किसी व्यक्ति के पास उसके सभी खर्चों की पूर्ति के बाद आय शेष रहें।

यदि खर्च आय से अधिक होते हैं, तो इसकी परिणति ऋण में होगी तथा कोई निवेश क्षमता नहीं होगी।

व्यक्ति की आस्तियाँ (सम्पतियाँ) तथा दायित्व

आस्तियाँ (सम्पतियाँ) जिनका एक व्यक्ति स्वामी है तथा दायित्व जो किसी व्यक्ति को पूरे करने होते हैं। आस्तियाँ (सम्पतियाँ) व्यक्ति द्वारा बचत, पैतृक सम्पति या व्यवसायिक गतिविधि से प्राप्त की जाती है। यदि किसी व्यक्ति की आस्तियाँ (सम्पतियाँ) उसके दायित्वों से अधिक हो, तो उसके पास निवेश के लिए अधिशेष धन होता है। यदि उनके दायित्व सम्पतियों से अधिक हो, तो उनको यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि

सभी बकाया भुगतान समय पर किये जाये।

कोई सम्पतियाँ जो उपयोगी नहीं रह गई हों या अपेक्षा से कम प्रतिफल उपार्जित करती हों, की समीक्षा करनी चाहिए तथा अन्य सम्पतियों में निवेश के लिए उन्हें नकद रूप में रूपान्तरित कर लेना चाहिए। इसी प्रकार व्यक्ति के दायित्व जैसे एक गृह ऋण या एक कार ऋण पर्याप्त जीवन बीमा द्वारा कवर किये जाने चाहिए ताकि आय उपार्जनकर्ता की असामयिक मृत्यु की दशा में, परिवार ऋणों का पुनर्भुगतान कर सके।

8.3 वास्तविक जरूरतों तथा अनुभूत जरूरतों में भिन्नता होती है। वास्तविक जरूरतें व्यक्ति की वे यथार्थ जरूरतें होती हैं जिनको अन्य जरूरतों की तुलना में प्राथमिकता दी जानी चाहिए; जबकि अनुभूत जरूरतें काल्पनिक होती हैं या ग्राहक द्वारा महत्वपूर्ण मानी जाती हैं।

वास्तविक जरूरतें वित्तीय योजना तकनीकों तथा विश्लेषण द्वारा निर्धारित की जाती हैं। अनुभूत जरूरतें व्यक्ति के विचारों तथा इच्छाओं के विश्लेषण द्वारा समझी जा सकती हैं।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) तथा अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्नों के मध्य अन्तर समझाइये।
2	समझाइए कि विवाह-विच्छेद या पृथक्करण किसी व्यक्ति की जीवन अवस्था को कैसे प्रभावित कर सकता है।
3	एक विशिष्ट जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं को सूचीबद्ध कीजिए।

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	<p>विस्तृत उत्तर (खुले सिरे) वाले प्रश्न ग्राहक को मुक्त रूप से वार्तालाप करने तथा उनके लिए अधिक महत्वपूर्ण विषयों को उजागर करने हेतु प्रोत्साहित करते हैं।</p> <p>अल्प उत्तर (बन्द सिरे) वाले प्रश्न इस प्रकार के होते हैं कि ग्राहक केवल संक्षिप्त विशिष्ट उत्तर दे।</p>
2	<p>विवाह विच्छेद व्यक्ति की वित्तीय योजनाओं को बुरी तरह प्रभावित कर सकते हैं। विवाह विच्छेद या पृथक्करण के मामले में व्यक्ति के वित्तीय उद्देश्य बदल जाते हैं तथा उसकी निवेश क्षमता भी घटेगी (विशेषकर यदि दोनों जीवनसाथी कार्यशील हों)। परिणामतः चालू निवेश की समीक्षा करनी होगी।</p> <p>विवाह विच्छेद तथा पृथक्करण के मामले में, महिला (गृहिणी) के लिए वित्तीय नियोजन अत्यधिक महत्वपूर्ण होती हैं क्योंकि एक महिला के पास अपने पति के वित्तीय संसाधनों के अलावा कोई अन्य वित्तीय संसाधन नहीं होता है। सुरक्षा जरूरतें तथा सेवानिवृत्ति जरूरतें भी बहुत महत्वपूर्ण मानी जाती हैं।</p> <p>एक विधवा महिला पति की वित्तीय आस्तियों (सम्पतियों) की संरक्षक बन जाती है उसका मुख्य ध्यान इन सम्पतियों का प्रबन्धन तथा इनमें निवेशित मूल्य को बचाये रखने पर होता है।</p>
3	<p>एक ग्राहक की जीवन अवस्थाएँ निम्नलिखित रूप में वर्गीकृत की जा सकती हैं:-</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. बचपन 2. अविवाहित युवा। 3. विवाहित युवा। 4. विवाहित युवा जिसके बच्चे हों। 5. विवाहित जिसके बड़े बच्चे हों। 6. सेवानिवृत्ति पूर्व। 7. सेवानिवृत्ति पश्चात।

अध्याय-9

तथ्य-अन्वेषण तथा वित्तीय योजना बनाना

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A तथ्य-अन्वेषण क्या है?	9/2
B तथ्य-अन्वेषण का उपयोग करना	9/5
C आंकलन तथा विश्लेषण	9/12
D ग्राहक की स्थिति के अनुसार उत्पाद की विशेषताओं एवं लाभों का उपयोग करना	9/14
E सुझाव देना	9/17
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया का वर्णन करने में;
- तथ्य-अन्वेषण के लक्ष्यों को रेखांकित करने में;
- तथ्य-अन्वेषण का उपयोग करने में;

- तथ्य-अन्वेषण के विभिन्न भागों की चर्चा करने में;
- तथ्य-अन्वेषण के दौरान एकत्रित आंकड़ों का आंकलन तथा विश्लेषण किस प्रकार किया जाये, की व्याख्या करने में;
- किसी ग्राहक के लिए उत्पाद किस प्रकार शॉर्टलिस्ट किया जाये, को समझाने में;
- किसी ग्राहक को सुझाव किस प्रकार दिये जायें, का वर्णन करने में; तथा
- सुझाव देते समय लाभ दृष्टान्त दस्तावेजों के उपयोग को समझाने में।

परिचय

वित्तीय योजना प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण भाग **तथ्य-अन्वेषण करना** होता है। इस अध्याय में आप पढ़ेंगे कि एक अभिकर्ता के रूप में तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया आपके ग्राहक के जीवन में वित्तीय लक्ष्य प्राप्त करने की स्थिति की पहचान करने में आपको सहायता करेंगी। आप यह भी सीखेंगे कि किस प्रकार:

- ग्राहक के विभिन्न लक्ष्यों के लिए आवश्यक राशि का परिमाणन/निर्धारण किया जायें;
- इन लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु पहले से ही किये गये प्रावधान (यदि कोई हो) का पता करना;
- उस राशि का निर्धारण करना जिसका अभी भी प्रावधान किया जाना हो;
- अन्तर को पाटने में ग्राहक की सहायता प्रदान करना; तथा
- ग्राहक की वित्तीय योजना प्रक्रिया को पुनः पटरी पर लाना।

तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया पर नजर डालने के बाद हम चर्चा करेंगे कि किस प्रकार एकत्रित सूचना का विश्लेषण तथा उस उत्पाद का चयन किया जाता है जो आपके ग्राहक की जरूरतों की अधिकतम पूर्ति करता है। इस विषय पर भी हम विचार करेंगे कि आप अपने ग्राहक के लिए संस्तुत उत्पाद का प्रस्तुतीकरण तथा उसे क्रय करने हेतु प्रस्ताव-पत्र भरने, आवश्यक दस्तावेजों का एकत्रण तथा अन्य औपचारिकताएँ कैसे पूरी करें।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है:

तथ्य-अन्वेषण करना	नकद प्रवाह	संरचित साक्षात्कार	व्यक्तिगत विवरण
पारिवारिक विवरण	रोजगार विवरण	वित्तीय विवरण	सम्पतियाँ/आस्तियाँ
दायित्व	आंकलन	विश्लेषण	सुझाव देना
जरूरतें	प्राथमिकताएँ	लाभ के दृष्टान्त	गारंटीड लाभ
गैर-गारंटीड लाभ	अपने ग्राहक को जानें (KYC)		

A तथ्य-अन्वेषण क्या है?

तथ्य-अन्वेषण करना वह प्रक्रिया है जो बीमा सलाहकार को समर्थ बनाती है:-

- ग्राहक की वित्तीय योजना जरूरतों की पहचान करने में;
- उनका परिमाणन करने में; तथा

- निवेश के लिए उपलब्ध संसाधनों के आधार पर उनकी प्राथमिकता तय करने में; तथ्य-अन्वेषण पूर्ण करना वित्तीय योजना प्रक्रिया का पहला चरण होता है। जैसा कि हमने अध्याय 8 में देखा है कि, तथ्य-अन्वेषण व्यक्ति की वर्तमान वित्तीय स्थिति दर्शाता है, उनके लिए वर्तमान में कहाँ तक व्यवस्था कर ली गई है और भविष्य में क्या कोई परिवर्तन करने की आवश्यकता है।

एक अच्छा तथ्य-अन्वेषण सफल वित्तीय नियोजन की कुंजी है। अच्छे तथ्य-अन्वेषण के बिना, आपके पास कोई ऐसा साधन या तरीका नहीं होगा जिससे आप जान सकें कि संस्तुत उत्पाद आपके ग्राहक की जरूरत की पूर्ति के लिए उपयुक्त है या नहीं। तथ्य-अन्वेषण में आपके ग्राहक के प्रोफाइल, जीवन स्तर, वित्त, और भविष्य के लिए महत्वाकांक्षाओं के बारे में प्रश्न-शृंखला से उत्तर प्राप्त करना शामिल होता है। कुछ प्रश्नों के उत्तर विस्तृत तथ्यात्मक होते हैं; जबकि कुछ अन्य सिद्धान्तों को चाहते हैं, जैसे ग्राहक का निजी दृष्टिकोण, भाव/अहसास तथा चिन्ताएँ।

परम्परागत रूप से, तथ्य-अन्वेषण इस उद्देश्य की पूर्ति के लिए किये जाने वाले साक्षात्कारों के दौरान किया जाता है तथा अधिकांश अभिकर्ता जो एक व्यावसायिक एवं व्यक्तिगत सेवा प्रदान करने की इच्छा रखते हैं अब भी इस पर विश्वास करते हैं।

A1 तथ्य-अन्वेषण के प्रायोजन

जरूरतों की पहचान करना	<ul style="list-style-type: none"> • तथ्य-अन्वेषण का मुख्य उद्देश्य उन जरूरतों, यदि कोई हो की पहचान करना है, जो किसी ग्राहक की सुरक्षा, बचत, स्वास्थ्य बीमा आदि के क्षेत्र से संबंधित हों। अच्छे तथ्य-अन्वेषण में सलाहकार को प्रत्येक जरूरत की परिमाण में समर्थ होने के लिए सूचना एकत्र करनी चाहिए, जो जरूरतों की पूर्ति हेतु पहले से उपलब्ध है तथा वो राशि जिसकी अब भी व्यवस्था की जानी है। • उदाहरण • राम अपने पुत्र की शिक्षा के लिए धन संचय करना चाहता है। तथ्य-अन्वेषण के माध्यम से बीमा अभिकर्ता रवि, इस जरूरत की पहचान, आवश्यक राशि का परिमाण, वह तिथि जब राशि आवश्यक होगी तथा अनुमानित प्रतिफल दर के आधार पर गणना करके लक्ष्य की प्राप्ति हेतु कितनी राशि मासिक निवेश के लिए आवश्यक होगी की, पहचान करने में उसकी मदद कर सकता है। • यदि राम पहले से ही, मासिक आधार पर एक राशि निवेश कर रहा है, तो अभिकर्ता रवि, आकलन में मदद कर सकता है कि क्या ये राशि पर्याप्त है, तथा सही वित्तीय उत्पाद में कर रहा है या नहीं यदि उपलब्ध राशि कम पड़ रही हो (यदि कोई) तो उसकी पूर्ति कैसे की जा सकती है कि पहचान करने में उसकी मदद कर सकता है।
ग्राहक की सूचनाओं को एकत्र करना	<ul style="list-style-type: none"> • जरूरतों की सही पहचान करने के लिए प्रत्येक ग्राहक का निजी विवरण, उनके आश्रित, वित्तीय व रोजगार की स्थिति की जानकारी आवश्यक होती है। इस प्रक्रिया में वर्तमान स्वास्थ्य तथा जीवन बीमा एवं चालू पेंशन संचय योजना के विवरण की आवश्यकता होती है। इसमें ग्राहक के निजी लक्ष्य, इच्छाओं तथा भावी उद्देश्यों की समझ भी आवश्यक होती है। अच्छा तथ्य-अन्वेषण ना केवल व्यवहारिक जरूरतों को

	<p>प्रकट करेगा बल्कि भावनात्मक संबंधों के कारण होने वाली जरूरतों को भी प्रकट करेगा।</p> <ul style="list-style-type: none"> • उदाहरण • यदि रवि राम के पुत्र की शिक्षा के लिए इच्छित धन संचय करने के लक्ष्य की प्राप्ति में मदद करनी है, तो उसे राम के बारे में अधिक विवरण जैसे परिवार में कमाने वाले सदस्यों की संख्या, आश्रितों की संख्या, राम के बच्चों की संख्या, (उनकी वर्तमान आयु) उसका वर्तमान वेतन तथा उसकी बचतें जानने की आवश्यकता होगी।
ग्राहक के नकद प्रवाह का विश्लेषण करना	<ul style="list-style-type: none"> • तथ्य-अन्वेषण का अन्य महत्वपूर्ण उद्देश्य वित्तीय योजना उत्पादों में निवेश के लिए ग्राहक के पास उपलब्ध धनराशि की पहचान करना है। यह सूचना ग्राहक की सभी स्रोतों से आय तथा निर्गम (जिनपर वो खर्च करता है) के विस्तृत विश्लेषण से प्राप्त की जाती है। इसके लिए ग्राहक के वर्तमान पूंजी संसाधन तथा दायित्व, जो कि बराबर होनी चाहिए, की विस्तृत समीक्षा भी आवश्यक होती है। इन दोनों मामलों में धनात्मक संतुलन वित्तीय योजना प्रयोजनों के लिए उपलब्ध राशि को दर्शाता है। जहाँ कोई अधिशेष आय नहीं होती है तो यदि ग्राहक समर्थ है तो वो अपने ऋणों का पुनर्विश्लेषण और अपने खर्चों पर होने वाले व्यय को थोड़ा कम कर सकता है। • उदाहरण • तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया के माध्यम से रवि, राम के नकद प्रवाह का विश्लेषण करेगा। वह उसके सभी नकद आगम एवं नकद निर्गम उसकी अचल सम्पत्तियों एवं दायित्व पर ध्यान देगा तथा नकद अधिशेष/घाटा राशि का निर्धारण करेगा। उपलब्ध अधिशेष राशि से अभिकर्ता राम के पुत्र की शिक्षा हेतु निवेश की एक योजना तैयार करेगा।
पूर्वानुमानित परिवर्तनों के लिए योगदान करना	<ul style="list-style-type: none"> • तथ्य-अन्वेषण ग्राहक की परिस्थितियों में किसी पूर्वानुमानित परिवर्तन को भी प्रकट करता है, जो उसकी वर्तमान वित्तीय स्थिति को प्रभावित करेगा। उदाहरण के लिए क्या ग्राहक निकट भविष्य में वेतन में वृद्धि या पैतृक सम्पत्ति प्राप्ति की आशा करता है या क्या उसे परिवार शुरू करने की आशा, एक बड़ा घर खरीदने या बेरोजगार होने की आशंका है? वित्तीय परिस्थितियों में प्रत्येक संभावित परिवर्तन ग्राहक के उस अंशदान को प्रभावित करेगा जिसका वह भविष्य में भुगतान करना जारी रख सकता है। वह उस भुगतान को तय करने में मदद करेगा जिसे, अब जिसे ग्राहक अपनी प्रतिबद्धता से वहन कर सकते हैं। उदाहरण रवि राम से चर्चा करेगा • क्या अपने परिवार को और आगे बढ़ाने की योजना है या नहीं? • क्या अपने निकट भविष्य में अपने रोजगार को बदलने की योजना है? • क्या वो अपनी वर्तमान नौकरी में एक वेतन वृद्धि की आशा रखता है? • क्या वो नई सम्पत्तियों जैसे कि घर, कार आदि खरीदने की योजना बना रहा है?

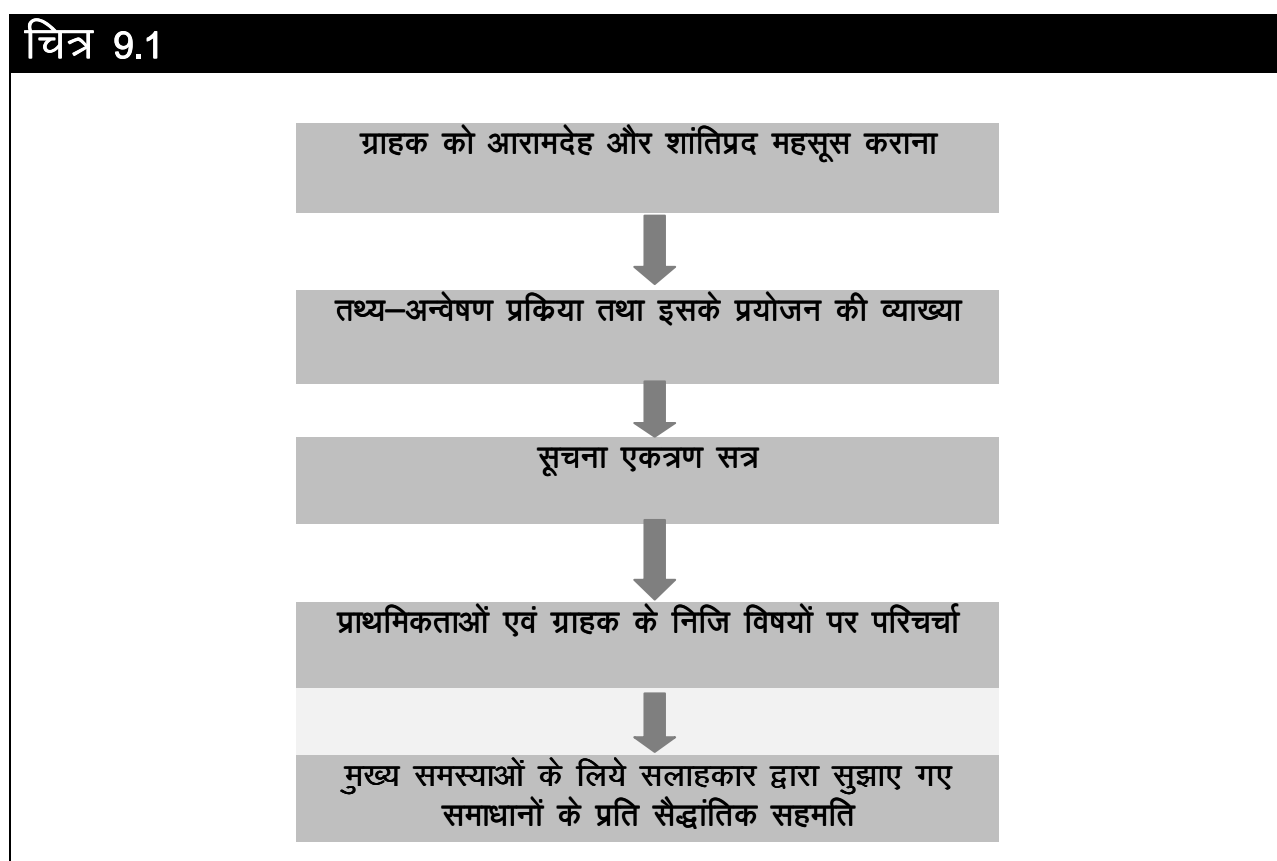
B तथ्य-अन्वेषण का उपयोग करना

तथ्य अन्वेषण का अभिलेख/रिकार्ड तैयार करने का सर्वाधिक प्रचलित रूप एक संरचित प्रश्नावली है। ग्राहक से एक औपचारिक साक्षात्कार के बिना इस प्रश्नावली को पूर्ण करना संभव है (उदाहरण के लिए टेलीफोनिक साक्षात्कार या डाक द्वारा ग्राहक के साथ पत्राचार) तथापि, हम साक्षात्कार परिस्थिति में इनके उपयोग पर विचार करेंगे।

B1 संरचित साक्षात्कार

स्वभाविक तौर पर, साक्षात्कार की संरचना निम्नलिखित चरणों के माध्यम से गुजरती है:—

चित्र 9.1



तथ्य –अन्वेषण साक्षात्कार अभिकर्ता के कार्यालय या ग्राहक के घर पर हो सकता है। साक्षात्कार के पश्चात् अभिकर्ता को ग्राहक द्वारा निर्धारित बजट में सुझाव देने की आवश्यकता हो सकती है या वैकल्पिक रूप में सुझावों हेतु कोई लागत प्रतिबन्ध नहीं हो सकता है।

साक्षात्कार के पश्चात् अभिकर्ता सूचना का एक अधिक विस्तृत विश्लेषण करेगा तथा, यदि आवश्यक हो तो; वह किसी विशेषज्ञ से मार्गदर्शन लेता है। इस तरह से, अभिकर्ता ग्राहक की जरूरतों का परिमाण स्थापित कर प्रत्येक जरूरत की पूर्ति हेतु उपयुक्त उत्पाद(दों) की पहचान करता है, तथा संभावित लागत का

आंकलन करता है। बाद वाले साक्षात्कार में ग्राहक को दिये जाने वाले सुझावों को अन्तिम रूप देने में अभिकर्ता इस सूचना का उपयोग करता है।

प्रश्न 9.1

तथ्य-अन्वेषण करने के उद्देश्य क्या है?

B2 तथ्य-अन्वेषण फॉर्म

एक तथ्य अन्वेषण फॉर्म ग्राहक के विवरणों को शामिल करते विभिन्न भागों में विभाजित होता है इन भागों में शामिल हैं:-

- व्यक्तिगत विवरण;
- पारिवारिक विवरण;
- रोजगार विवरण;
- वित्तीय विवरण;
- वर्तमान बीमा तथा निवेश;
- मासिक आय तथा व्यय विश्लेषण;
- वित्तीय योजना का उद्देश्य तथा वैचारिक दृष्टिकोण; तथा
- भावी परिवर्तन।



ध्यान रहे!

जहाँ संयुक्त वित्तीय योजनाओं की जरूरत होती है, जैसे पति तथा पत्नी या दो व्यावसायिक भागीदारों में से प्रत्येक व्यक्ति के संबंध में एक जैसी सूचनाये माँगी जाती है।

प्रत्येक भाग में प्रश्नों की एक श्रृंखला शामिल होती है तथापि उनका उपयोग किये जाने के तरीको में स्वभाविक रूप से अवश्य कुछ भिन्नता होती है। कुछ कम्पनियाँ कम्प्यूटरीकृत तथ्य-अन्वेषण फॉर्म का उपयोग भी करती हैं जहाँ अभिकर्ता साक्षात्कार के समय या उसके पश्चात् सिस्टम में सभी डाटा डालता है। फिर कम्प्यूटर सिस्टम सूचनाओं जैसे ग्राहक की प्राथमिकताएँ, जोखिम प्रोफाइल, परिमाणित जरूरतें, उपयुक्त उत्पाद तथा लागत-लाभ-विश्लेषण ग्राहक को स्क्रीन पर प्रदर्शित करते हुए, पूर्ण तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावली को मुद्रित करता है।

इस भाग में हम बीमा अभिकर्ता, अमित के उदाहरण का उपयोग करेंगे जो अपने ग्राहक, किशोर को सलाह दे रहा है।

B2A व्यक्तिगत विवरण

इस भाग में अमित, किशोर के व्यक्तिगत विवरण-उसका पूरा नाम, पत्ता, टेलिफोन नम्बर तथा व्यवसाय आदि लिखेगा। ये विवरण अभिकर्ता को अपने व्यावसायिक रिकॉर्ड के लिए आवश्यक होते हैं। वैवाहिक स्थिति पारिवारिक दायित्व का एक महत्वपूर्ण संकेतक होगा तथा आश्रितों के सम्बन्ध में अगले प्रश्नों के लिए संकेत देगा।

ग्राहक की जन्म तिथि, जन्म स्थान तथा धूम्रपान तथा/या शराब पीने की आदतों सहित स्वास्थ्य की स्थिति बीमा पॉलिसियों तथा भुगतान की जाने वाली प्रीमियम दरों की पात्रता प्रदर्शित करेगी।

B2B पारिवारिक विवरण

इस भाग में अमित, किशोर के पारिवारिक विवरण को लिखेगा।

अभिकर्ता सामान्यतया निम्न लोगों के नाम, उम्र, स्वास्थ्य की स्थिति तथा व्यवसाय के लिए पूछेगा:—

- जीवनसाथी;
- बच्चों;
- अभिभावकों; तथा
- अन्य आश्रित।

यह सूचना उस सीमा को उद्धृत करती है जहाँ तक ग्राहक को अपनी स्वयं की अपंगता या मृत्यु के कारण अपने आश्रितों के लिए आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने की जरूरत है। आश्रितों जैसे वयोवृद्ध माता—पिता के सम्बन्ध में सूचना अभिकर्ता को ग्राहक की स्वास्थ्य बीमा जरूरतों पर सलाह देने में मदद करेगी। किसी बीमारी के कारण वयोवृद्ध माता—पिता को अस्पताल में चिकित्सा की लागत उसके माता—पिता के लिए स्वास्थ्य बीमा कवर न होने की स्थिति में किशोर पर आयेगी।

B2C रोजगार विवरण

रोजगार विवरण भाग में अमित किशोर की नौकरी तथा नियोक्ता का विवरण लिखेगा। यदि ग्राहक किसी व्यापार का कार्य करता है या एक स्वनियोजित व्यावसायिक है, तो अभिकर्ता तदनुसार विवरण लिखेगा। ग्राहक का जॉब प्रोफाइल तथा कार्यस्थल एक उपयुक्त जीवन बीमा पॉलिसी के लिए बीमा प्रीमियम का निर्णय लेने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। बीमा कम्पनी किसी आई टी कम्पनी में कार्यरत व्यक्ति को कम जोखिम तथा एक विस्फोटक पदार्थों के कारखाने में काम कर रहे व्यक्ति को अधिक जोखिम पर मानती है।

अभिकर्ता किसी ग्राहक की कमाई के सभी विवरणों: मूल वेतन, कमीशन, कार्य सम्पादन बोनस तथा अन्य अतिरिक्त लाभ या आय के अन्य किसी स्रोत को लिखेगा। अभिकर्ता इस आय तथा शेष कार्यशील वर्षों के दौरान आय में वार्षिक वृद्धि के कारक को भी ध्यान में रखेगा तथा तदनुसार उस आय का निर्धारण करेगा जिसकी अपंगता तथा मृत्यु की स्थिति में सुरक्षा की जरूरत है।

स्व—नियोजित लोगों के मामले में, रोजगार से कमाई ग्राहक के लाभ तथा पारिवारिक व्ययों के लिए व्यवसाय से निकाली गयी राशि द्वारा आंकलित की जायेगी।

ध्यान रहें!

अभिकर्ता कर्मचारी अनुलाभों पर भी ध्यान देगा जिसके लिए ग्राहक पात्र/अधिकृत है: भविष्य निधि, अवकाश नकदीकरण, गेच्यूटी, अधिवार्षिकी, पेंशन, जीवन तथा स्वास्थ्य बीमा तथा दिये गये कवर आदि की राशि जो नियोक्ता द्वारा दिये जाते हैं।



ध्यान रहें!

कर्मचारी भविष्य निधि एक निधि होती है जिसमें कर्मचारी तथा नियोक्ता (कर्मचारी की ओर से) कर्मचारी के वेतन का एक निश्चित भाग नियमित रूप से अंशदान करते हैं। यह निधि कर्मचारी भविष्य निधि संगठन (EPFO) या एक ट्रस्ट या नियोक्ता द्वारा स्वयं प्रबन्धित की जाती है।

ई पी एफ ओ एकत्र राशि को सदस्यों की ओर से निवेश करता है। ई पी एफ ओ निधि पर एक वार्षिक प्रतिफल (भुगतान योग्य वार्षिक ब्याज दर) की घोषणा करता है। यह निधि **कर्मचारी भविष्य निधि तथा विविध प्रावधान (EPF & MP) अधिनियम 1952** के नियमों एवं विनियमों द्वारा नियन्त्रित होती है। कर्मचारी द्वारा नौकरी छोड़ने पर या उसकी सेवानिवृत्ति या मृत्यु पर नामित कों संचित धनराशि का ब्याज सहित भुगतान कर दिया जाता है।

सेवानिवृत्ति लाभ जिनके लिए किशोर अधिकृत है जैसे भविष्य निधि, अवकाश नकदीकरण तथा ग्रेच्यूटी उसकी सेवानिवृत्ति निधि का एक भाग बनाते हैं तथा इस राशि को सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन हेतु आवश्यक राशि में से घटाने के बाद शेष राशि के लिए किशोर को निवेश शुरू करने की जरूरत है।

B2D वित्तीय विवरण

इस भाग में अमित, किशोर की सम्पत्तियों तथा दायित्वों का विवरण लिखेगा। **सम्पत्तियाँ** भाग में ग्राहक के स्वामित्व वाली प्रत्येक सम्पत्ति के वर्तमान मूल्य तथा इससे प्राप्त होने वाली सकल आय, यदि कोई हो, का समावेश होता है। ग्राहक की कुल आय तथा कर देयता स्थिति की पहचान के लिए इन सम्पत्तियों से आय रोजगार से प्राप्त आय में जोड़ी जानी चाहिए।

सम्पत्तियाँ तथा दायित्व

सम्पत्तियाँ	दायित्व
मुख्य निवास	गृह ऋण
अन्य अचल सम्पत्ति जैसे आवासीय सम्पत्ति, व्यावसायिक सम्पत्ति, भू-खण्ड	क्रेडिट कार्ड के बकाये की राशि भुगतान, बैंक तथा व्यक्तिगत ऋण
इक्विटी शेयरों तथा म्यूचुअल फण्डों में निवेश	वाहन ऋण, शिक्षा ऋण, व्यवसाय ऋण
निवेश, स्थायी आय प्रतिभूतियाँ जैसे बैंक स्थायी जमा, सरकारी प्रतिभूतियाँ, लोक भविष्य निधि, डाक घर जमाएँ तथा अन्य ऋण प्रपत्र	अन्य कोई देनदारी
सोना, चाँदी तथा अन्य मूल्यवान धातुओं में निवेश	
अन्य कोई सम्पत्तियाँ	

जब ग्राहक के पास काफी सम्पत्तियाँ हो, तो निवेश की सलाह देने के लिए इस पर ध्यान देने की जरूरत हो सकती है।

जब ग्राहक के पास सीमित सम्पत्तियाँ हो, तो इसकी जाँच करना आवश्यक है कि वे ग्राहक की जरूरतों के लिए पर्याप्त हैं या नहीं तथा अधिक लाभदायक वित्तीय योजनाओं में निवेश के लिए किस सीमा तक उनका

उपयोग हो सकता है। जब सम्पतियाँ ग्राहक द्वारा स्वयं खरीदी गई हों, तो निवेश के प्रकार ग्राहक की जोखिम के प्रति उसके दृष्टिकोण को अच्छी तरह प्रदर्शित कर सकता है।

इस सूचना के आधार पर अभिकर्ता अनुमान लगा सकता है कि ग्राहकों तथा उसके परिवारों के वित्तीय लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए अभी और कितनी तथा किस प्रकार की बचत करना आवश्यक है।

दायित्व भाग में ग्राहक के सभी ऋणों की राशि का उल्लेख होता है। अधिकांश ग्राहकों के लिए मुख्य दायित्व गृह ऋण होता है जो अधिकतर मामलों में 15–20 वर्षों तक चलता है। अन्य दायित्वों में क्रेडिट कार्ड में बकाये का भुगतान, व्यक्तिगत तथा अन्य ऋण (यदि कोई हो) शामिल हो सकते हैं। ग्राहक से उसके सभी ऋणों की उसकी मौत की स्थिति में या अपंगता या बेरोजगारी की लम्बी अवधि के दौरान ब्याज का भुगतान जारी रखने के लिए यदि उसने कोई व्यवस्था की हो तो उसे बताने के लिए कहा जाना चाहिए। जब ऐसे कवर उपलब्ध हो तो अभी और प्रावधान की जाने वाली राशि की गणना के लिए सम्पतियों में से दायित्व घटाने की जरूरत नहीं होती है।

आवासन (हाउजिंग) स्थिति: ग्राहक की वर्तमान आवासन स्थिति उसकी वित्तीय योजना जरूरतों को निर्धारित करने के लिए एक महत्वपूर्ण कारक होती है।

इस भाग में अमित की किशोर के साथ चर्चा में निम्नलिखित विषय शामिल होंगे:—

- क्या वर्तमान में वह किराये के आवास में रह रहा है। यदि ऐसा है तो मकान किराया एक अधिक आवश्यक व्यय होता है।
- क्या उसका स्वयं का मकान है? यदि ऐसा है तो संभावित व्यय जैसे सुविधा उपभोग के बिल, सम्पत्ति कर, मरम्मत आदि आवश्यक व्यय होंगे।
- क्या उसने एक गृह ऋण लिया है? यह एक अधिक आवश्यक व्यय है? क्या मृत्यु या बीमारी की स्थिति में ऋण को सुरक्षित किया गया है?
- क्या वह एक बड़ा मकान खरीदना या वर्तमान मकान का विस्तार करना चाहता है? इसके लिए एक बड़े गृह ऋण की आवश्यकता हो सकती है।

B2E वर्तमान बीमा तथा निवेश

इस भाग में किशोर द्वारा ली गई वर्तमान बीमा योजनाओं एवं निवेश पर अमित एक टिप्पणी तैयार करेगा।



ध्यान रहे!

चालू पॉलिसियाँ तथा निवेश ग्राहक के वित्तीय उद्देश्यों की पूर्ति के लिए आवश्यक राशि को कम करने में सहायता करते हैं।

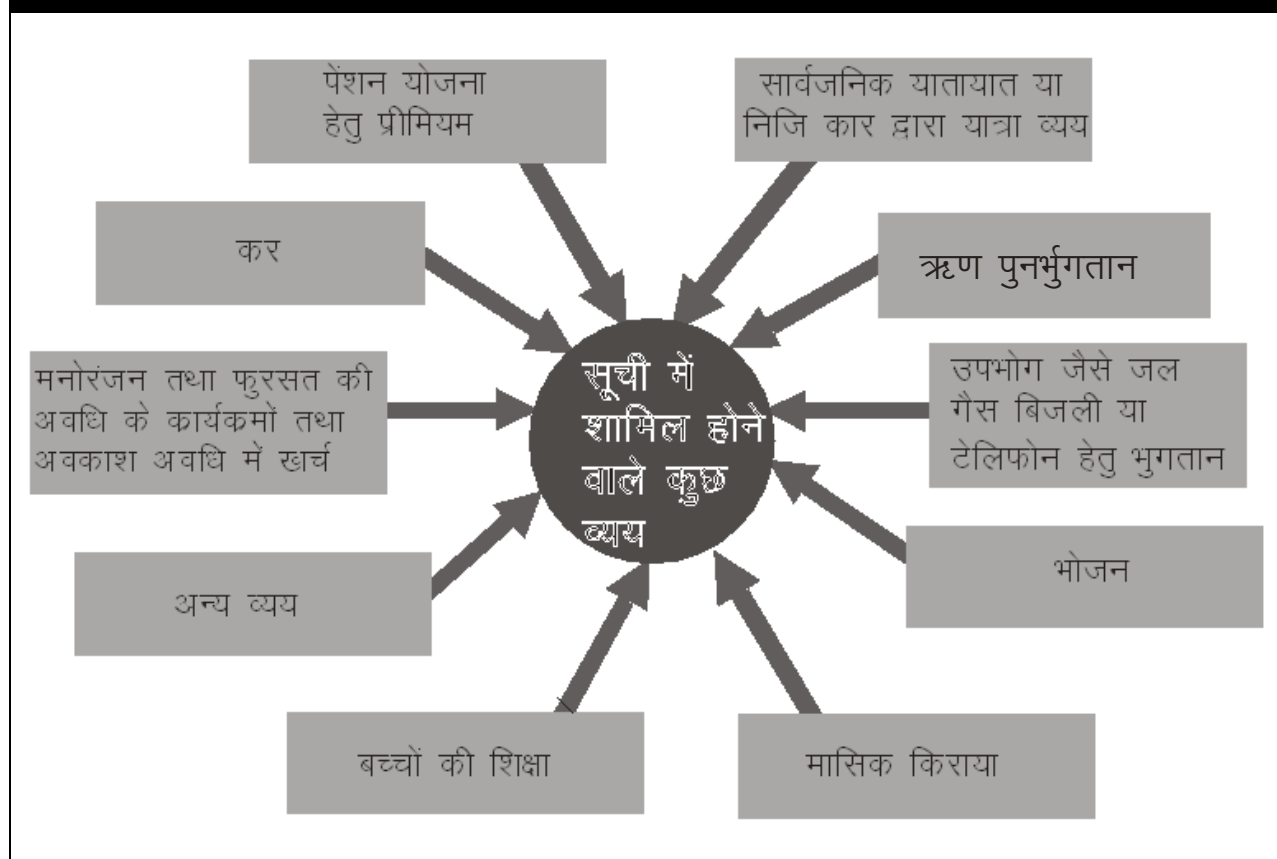
अभिकर्ता ग्राहक के सभी व्यक्तिगत बीमा, स्वास्थ्य एवं जीवन बीमा सहित, बन्दोबस्ती पॉलिसियों, यूलिप तथा अन्य प्रकार की बचत योजनाओं के विवरण लिखेगा। इस भाग में प्रत्येक बीमा पॉलिसी के लिए बीमाकर्ता का नाम, पॉलिसी का प्रकार, लाभ की प्रकृति एवं राशि, भुगतान किये जाने वाले प्रीमियम तथा भुगतान की विधि का समावेश होता है। इसमें यह विवरण भी पूछा जाता है कि प्रीमियम का भुगतान कौन करेगा, अपंगता या मृत्यु की स्थिति में किसका जीवन बीमित किया गया है तथा पॉलिसी के अन्तर्गत लाभग्राहिता कौन है? समापन या परिपक्वता तिथि को भी नोट करना चाहिए।

B2F मासिक आय तथा व्यय विश्लेषण

बीमा अभिकर्ता द्वारा मासिक आय तथा व्यय का विश्लेषण करने का उद्देश्य ग्राहक के पास वित्तीय योजना उत्पादों में अंशदान के लिए उपलब्ध होने वाली राशि की पहचान करना होता है। एक अतिरिक्त उद्देश्य ग्राहक को यह पहचान करने में समर्थ बनाना होता है कि वे अपने किन वर्तमान व्ययों को कम कर सकते हैं, यदि यह आवश्यक हो या वह ऐसा चाहता हो।

प्रश्नावली के इस भाग में ग्राहक की सभी स्रोतों से कुल आय तथा परिवार के दो सदस्यों द्वारा कमाई करने की स्थिति में, उनकी संयुक्त आय पूछी जाती है। तत्पश्चात् ग्राहक से उसके मासिक व्यय के मुख्य मदों को पूछा जायेगा।

चित्र 9.2



B2G वित्तीय योजना उद्देश्य तथा वैचारिक दृष्टिकोण

इस भाग में किशोर की निजी तथा उसके परिवार के सदस्यों, दोनों की, महत्वाकांक्षाओं तथा चिन्ताओं को अभित नोट करेगा। वित्तीय योजनाओं के उद्देश्य का भाग, सभी तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावलियों का सर्वाधिक

महत्वपूर्ण भाग होता है। अभिकर्ता ग्राहक की विशिष्ट निजी या पारिवारिक, दीर्घ-अवधि योजनाओं को लिखेगा।

वर्तमान **उपलब्ध प्रावधानों** के अन्तर्गत ग्राहक से पूछा जायेगा कि वह निम्न आवश्यकताओं की पर्याप्तता के बारे में कैसा महसूस करता है:—

- जीवन व स्वास्थ्य कवर;
- अपंगता बीमा;
- निवेशों का विविधीकरण;
- नियमित बचत का स्तर; तथा
- सेवानिवृत्ति आयु तथा योजित सेवानिवृत्ति निधि।

अन्तिम प्रश्न के रूप में पूछा जायेगा कि उपरोक्त में से कौन सा उत्तर ग्राहक की चिन्ता का कारण बनता है, यदि कोई हो।

अन्य भाग में पूछा जाएगा कि ग्राहक की निम्न आवश्यकताओं के लिए किस प्रकार की **योजनाएँ तथा महत्वाकांक्षाएँ** हैं:—

- परिवार;
- बच्चों की शिक्षा तथा विवाह;
- भविष्य में मकान परिवर्तन करना;
- कैरियर, व्यापार या व्यवसाय;
- निवेश तथा ऋण वित्त;
- सेवानिवृत्ति; तथा
- मृत्यु पर सम्पत्ति।

पूरक प्रश्न के रूप में ग्राहक से उसकी किसी असामान्य महत्वाकांक्षा के सम्बन्ध में जानकारी प्राप्त की जाती है।

उद्देश्य तथा वैचारिक दृष्टिकोण खण्ड में ग्राहक की वित्तीय योजनाओं की प्राथमिकताओं का समावेश रहता है। प्रायः प्राथमिकताओं की वरीयता क्रम आंकिक आधार पर निर्धारित की जाती है तथा इस प्रकार उच्चतम प्राथमिकता की पहचान अंक एक से की जाती है। व्यवहार में, अधिकांश लोग एक समय में केवल तीन या चार प्राथमिकताओं की पहचान कर पाते हैं। जरूरतों की एक लम्बी सूची में से प्राथमिकता तय करने का प्रयास उनकी सहायता करने के स्थान पर उन्हें अधिक भ्रमित करता है।



ध्यान रहे!

एक वैचारिक दृष्टिकोण जो ग्राहक की जरूरतों की पूर्ति के लिए वित्तीय उत्पादों के सही विकल्प निर्धारित करने में मदद करता है ग्राहक की जोखिम स्वीकार करने की क्षमता तथा निवेश हानि वहन करने का सामर्थ्य होता है। कभी-कभी प्रश्नावलियाँ ग्राहक के शब्दों में ग्राहक के जोखिम प्रोफाइल को प्रस्तुत करती हैं। तथापि अधिकतर प्रश्नावलियाँ एक जोखिम रेटिंग की श्रृंखला में से किसी एक विशिष्ट जोखिम को चयन करने के लिए विवश करती हैं। प्रायः जोखिम रेटिंग श्रृंखला शून्य से पाँच तक रहती है, जहाँ शून्य किसी भी जोखिम धारण हेतु असमर्थता प्रदर्शित करता है तथा पाँच उच्च जोखिम लेने की क्षमता दर्शाता है।

इस भाग में यह उल्लेख भी रहता है कि ग्राहक ने क्या कोई वसीयत बनाई है या नहीं तथा क्या किसी विद्यमान वसीयत के मुख्य प्रावधानों में ग्राहक की मृत्यु पर उसकी सम्पत्तियों का कर मुक्त निष्पादन करने की व्यवस्था है।

प्रश्नावली का उद्देश्य तथा विचार-विमर्श भाग सामान्यतया तब तक पूर्ण नहीं होता है जब तक ग्राहक तथा अभिकर्ता उद्देश्य निर्धारित करने, जरूरतों की प्राथमिकताओं को प्रभावित करने वाले कारकों तथा निवेश जोखिमों तथा निवेश के प्रतिफल के आपसी सम्बन्धों की चर्चा नहीं करते हैं। केवल इस तरह से ग्राहक के उत्तर वास्तविक तथा अनुभूत जरूरतों में स्पष्ट विभेद पर आधारित हो सकते हैं।

B2H भावी परिवर्तन

यद्यपि तथ्य-अन्वेषण में अधिकांश सूचना वर्तमान परिस्थितियों पर आधारित होगी, संभावित भावी परिवर्तनों की भी उपेक्षा नहीं करनी चाहिए।

इस भाग में किशोर के संभावित भावी परिवर्तनों के बारे में अमित उससे पूछेगा। इसमें शामिल हो सकते हैं:—

- पैतृक सम्पत्ति प्राप्ति, उदाहरणार्थ माता-पिता में से किसी एक की मृत्यु पर।
- बच्चों के जन्म के फलस्वरूप उसकी शिक्षा तथा विवाह की लागत होना।
- किसी व्यावसायिक, शैक्षणिक पाठ्यक्रम को सफलतापूर्वक योग्यता पूरी करने की कोई योजना जिसके परिणामस्वरूप आय में वृद्धि होगी।
- कैरियर में एक संभावित परिवर्तन।
- अन्य कोई महत्वाकांक्षा (उदाहरणार्थ—विदेश यात्रा, पुण्य कार्य या दान के लिए एक निधि संचित करना) जिसमें भारी व्यय आवश्यक हो सकते हैं।

C आंकलन तथा विश्लेषण

पूछे जाने वाले खास प्रश्नों एवं आवश्यक सूचनाओं की संख्या एक तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावली से दूसरे में काफी भिन्न होती है। इसी प्रकार, किसी एक प्रश्नावली में सभी प्रश्न प्रत्येक ग्राहक की परिस्थितियों में समान रूप से लागू नहीं होंगे।

किसी ग्राहक विशेष के लिए कौनसा प्रश्न प्रासंगिक होता है इसका निर्णय करने के लिए अभिकर्ता को तथ्य-अन्वेषण के प्रयोजनों को स्पष्टतया ध्यान में रखना चाहिए। सूचनाएं प्राप्त करने का उद्देश्य अभिकर्ता को उन वित्तीय उत्पादों के बारे में सुझाव देने हेतु समर्थ बनाना है जो ग्राहक की जरूरतों, प्रयोजनों तथा निजी प्रोफाइल को पूरा करते हैं।

इस उद्देश्य के लिए, अमित को अपने ग्राहक, किशोर से उसके वित्तीय विवरण के मुख्य वर्गों के बारे में सूचनाएं एकत्रित कर उनके सारांश को स्पष्ट रूप से समझने की जरूरत होती है। इसमें निम्नांकित का समावेश है:—

- सम्पत्तियाँ तथा दायित्व;
- आय, व्यय तथा बचतें;
- जीवन तथा स्वास्थ्य बीमा (अपंगता सहित)

- सेवानिवृत्ति हेतु संचय का प्रावधान; तथा
- वसीयत तथा उत्तराधिकार की योजनाएँ/सम्भावनाएँ।

यह सूचना निर्धारित करती है कि प्रत्येक मुख्य जरूरत की पूर्ति हेतु कितना वर्तमान में प्रावधान है तथा किसी होने वाले अन्तराल की पूर्ति हेतु क्या संसाधन उपलब्ध है।

C1 आंकलन

अभिकर्ता के मुख्य कार्य में शामिल हैं:-

- ग्राहक की प्रत्येक जरूरत क्षेत्र में प्रत्येक जरूरतों के लिए प्रावधान की जाने वाली राशि की पहचान करना;
- ग्राहक के वहनीय अंशदान की पहचान करना;
- इस अंशदान को वर्तमान में उपलब्ध सर्वोत्तम वित्तीय योजना पैकेज प्रदान करने हेतु आवंटित करना; तथा
- ग्राहक के साथ नियमित वित्तीय योजना के प्रदर्शन का आंकलन एवं समीक्षा करना।

विभिन्न उत्पादों हेतु उपलब्ध अंशदान का यथार्थ आवंटन ग्राहक की व्यक्तिगत प्राथमिकताओं पर निर्भर करेगा।

C2 विश्लेषण

तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावलियों की सूचना की महत्ता के लिए उनका उचित रूप से अभिलेख तैयार किया जाना चाहिए। जरूरतों की निदान तथा परिमाणन के लिए प्रश्नावली से प्राप्त तथ्यों तथा विचारों पर अभिकर्ता के व्यावसायिक ज्ञान के उपयोग की आवश्यकता होती है। जरूरत के विश्लेषण के सरलतम रूप में यह पहचान करना शामिल होता है कि ग्राहक ने प्रत्याशित तथा अप्रत्याशित दोनों जरूरतों की पूर्ति के लिए पर्याप्त वित्तीय प्रावधान किये हैं या नहीं।

उदाहरण

तथ्य-अन्वेषण पूर्ण होने के पश्चात्, किशोर की कुछ प्रत्याशित तथा अप्रत्याशित जरूरतों जिनके लिए विश्लेषण आवश्यक है, में शामिल हैं:-

- क्या किशोर के पास आश्रितों को समुचित आय उपलब्ध कराने के लिए पर्याप्त धन या बीमा कवर है, यदि वह युवावस्था में मर जाता है?
- क्या पति-पत्नी में से किसी एक की मृत्यु के पश्चात् उत्तरजीवी के लिए प्रावधान की आवश्यकता है?
- क्या बीमारी, चोट या लाइलाज बीमारी से भी हुई अक्षमता की लम्बी अवधि की दशा में पूर्व के समान जीवन स्तर बनाये रखने के लिए पर्याप्त धन, बीमा कवर या नियोक्ता से प्राप्त हाने वाली कोई संचित राशि किशोर के पास है?
- क्या किशोर के पास पर्याप्त संसाधन हैं जिनसे वह बेरोजगारी की दशा में जीवनयापन तथा ऋण के ब्याज का भुगतान कर सकें?
- यदि किशोर, या उसके परिवार के सदस्यों को महंगे उपचार के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता हो तो मेडिकल उपचार व्यय का भुगतान किस प्रकार होगा?



- क्या किशोर या उसके नियोक्ता ने उसकी सेवानिवृत्ति पश्चात् आय के लिए पर्याप्त प्रावधान किया है?
- किशोर के भविष्य के लिए क्या व्यक्तिगत उद्देश्य हैं: बच्चों के लिए विद्यालय या विश्वविद्यालय का शुल्क, बच्चों के विवाह पर व्यय, एक नया मकान, विश्व भ्रमण, निजी व्यवसाय शुरू करना तथा अपनी सेवानिवृत्ति के बाद के जीवन के लिए योजनाएँ?
- यदि हाँ तो इन व्यक्तिगत महत्वाकांक्षाओं को पूरा करने की कुल लागत क्या होगी तथा उनके लिए आवश्यक राशि की आवश्यकता कब-कब होगी?
- क्या किशोर ने इन प्रयोजनों के लिए पहले से ही कोई धनराशि पृथक् रखी है?

बहुत सारे उत्तर तथ्य-अन्वेषण फार्म पर अपने आप होंगे। उदाहरण के लिए, किशोर के वर्तमान व्यय उसकी मृत्यु, खराब-स्वास्थ्य तथा सेवानिवृत्ति के बाद होने वाले आवश्यक आय की एक मार्गदर्शिका होती है। वर्तमान पॉलिसियों, सम्पत्तियों तथा बचत योजनाओं का अध्ययन यह दर्शायेगा कि कितना ज्यादा या कितना कम प्रावधान पूर्व में कर लिया गया है। तथापि तथ्य विश्लेषण फॉर्म हमें सब कुछ नहीं बता सकता है। इसके अवयवों को उन मदों के मूल्य की जानकारी से संपूरित करने की जरूरत होती है जिन्हें ग्राहक भविष्य में प्राप्त करना या खरीदना चाहता है जैसे शिक्षा लागतें, मकान मूल्य, यात्रा लागतें।

कभी-कभी किसी जीवन बीमा के लिए आवश्यक अवधि निश्चित करना कठिन हो सकता है। तथ्य-अन्वेषण बच्चों की आयु दर्शायेगा लेकिन उनके आश्रित रहने की अवधि को अनिवार्यतः नहीं दर्शायेगा। प्रारूपिक रूप में सबसे छोटे बच्चे की शिक्षा पूर्ण होने तक पॉलिसी अस्तित्व में रहनी चाहिए। एक परिवार से दूसरे में यह आयु भिन्न-भिन्न होती है। तथ्य-अन्वेषण का उद्देश्य एवं विचार विमर्श भाग ग्राहक की उसके बच्चों के प्रति अभिलाषाओं को दर्शायेगा। इसमें यह भी दर्शाया जायेगा कि बच्चों के बड़े हो जाने पर जीवित जीवनसाथी के लिए निरन्तर सुरक्षा आवश्यक है या नहीं।

प्रश्न 9.2

एक तथ्य-अन्वेषण फॉर्म के विभिन्न भाग सूचीबद्ध कीजिए।

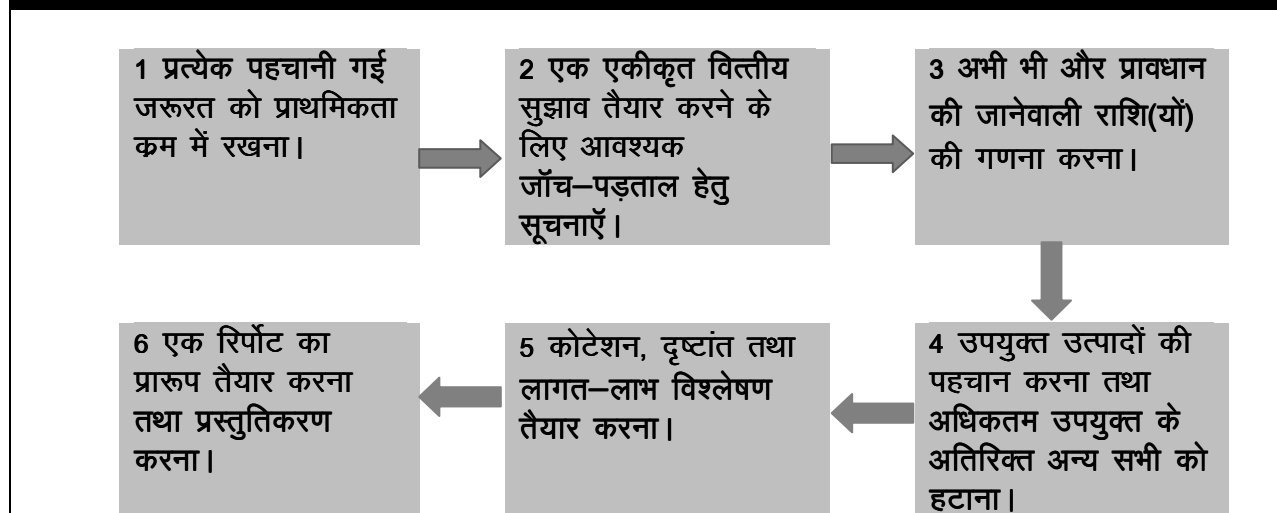
D एक ग्राहक की स्थिति के अनुसार उत्पाद की विशेषताएँ एवं लाभों का उपयोग करना

तथ्य-अन्वेषण का अन्य उद्देश्य उन उत्पादों जिनकी भविष्य में ग्राहक को आवश्यकता होगी उनके लिए निवेश योजनाओं की समीक्षा तथा उपयुक्त समय की पहचान करना है। पूर्ण तथ्य-अन्वेषण के बिना निश्चित तौर पर यह जानने का कोई तरीका नहीं है कि किसी व्यक्ति की जरूरतें क्या हैं। यहाँ तक कि किसी विशिष्ट उत्पाद खरीदने हेतु अभिकर्ता से किसी व्यक्ति द्वारा सम्पर्क किए जाने की स्थिति में यह जानने के लिए कि क्या वह उत्पाद उस व्यक्ति की विशिष्ट जरूरतों की अधिकाधिक पूर्ति करता है या नहीं, एक पूर्ण तथ्य-अन्वेषण की आवश्यकता होती है। ऐसा इसलिए है क्योंकि अनुभूत जरूरतें वास्तविक जरूरतों से बहुत भिन्न हो सकती हैं।

D1 उत्पाद शॉर्टलिस्ट करने की प्रक्रिया

ग्राहक से प्राप्त सूचनाओं का विश्लेषण तथा सुझाव देने हेतु प्रारूप तैयार करने की प्रक्रिया सुव्यवस्थित होनी चाहिए तथा इसमें जाँचों की एक श्रृंखला शामिल होनी चाहिए। ग्राहक की तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावली की समीक्षा करने के बाद निम्नलिखित चरण आवश्यक होते हैं:—

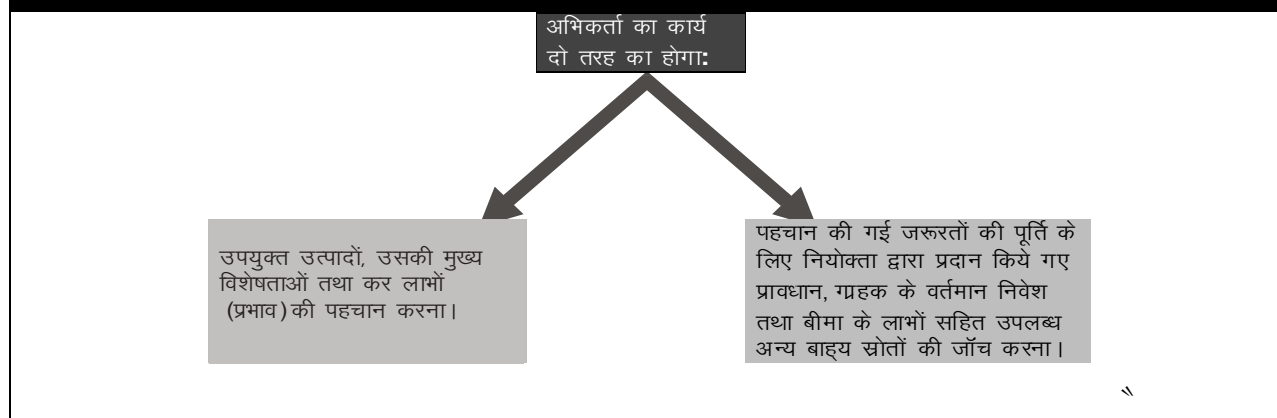
चित्र 9.3



इनमें से प्रत्येक चरण में व्यावसायिक व्यवहार तथा विशेषज्ञता की आवश्यक होती है। यहाँ तक कि जरूरतों के विश्लेषण में ग्राहक की यथार्थ तथा वास्तविक जरूरतों की प्राप्त न की जा सकने वाली (दिवा स्वप्नों) में से पहचान की जाती है। प्रत्येक सही जरूरत का समुचित मूल्य उससे संलग्न होना चाहिए। यदि बड़ा-चढ़ा कर मूल्य बताया जाए तो ग्राहक अनावश्यक लाभों के लिए भुगतान करेगा और यदि मूल्य कम बताया जाए तो उन लाभों की जरूरत पड़ने पर वे अपर्याप्त होंगे।

अभिकर्ता प्रत्येक जरूरत का सर्वोत्तम उपयुक्त हल पाने के लिए अधिकाधिक मात्रा में एकत्रित सूचना के आधार पर भली प्रकार आंकलन कर सकते हैं।

चित्र 9.4

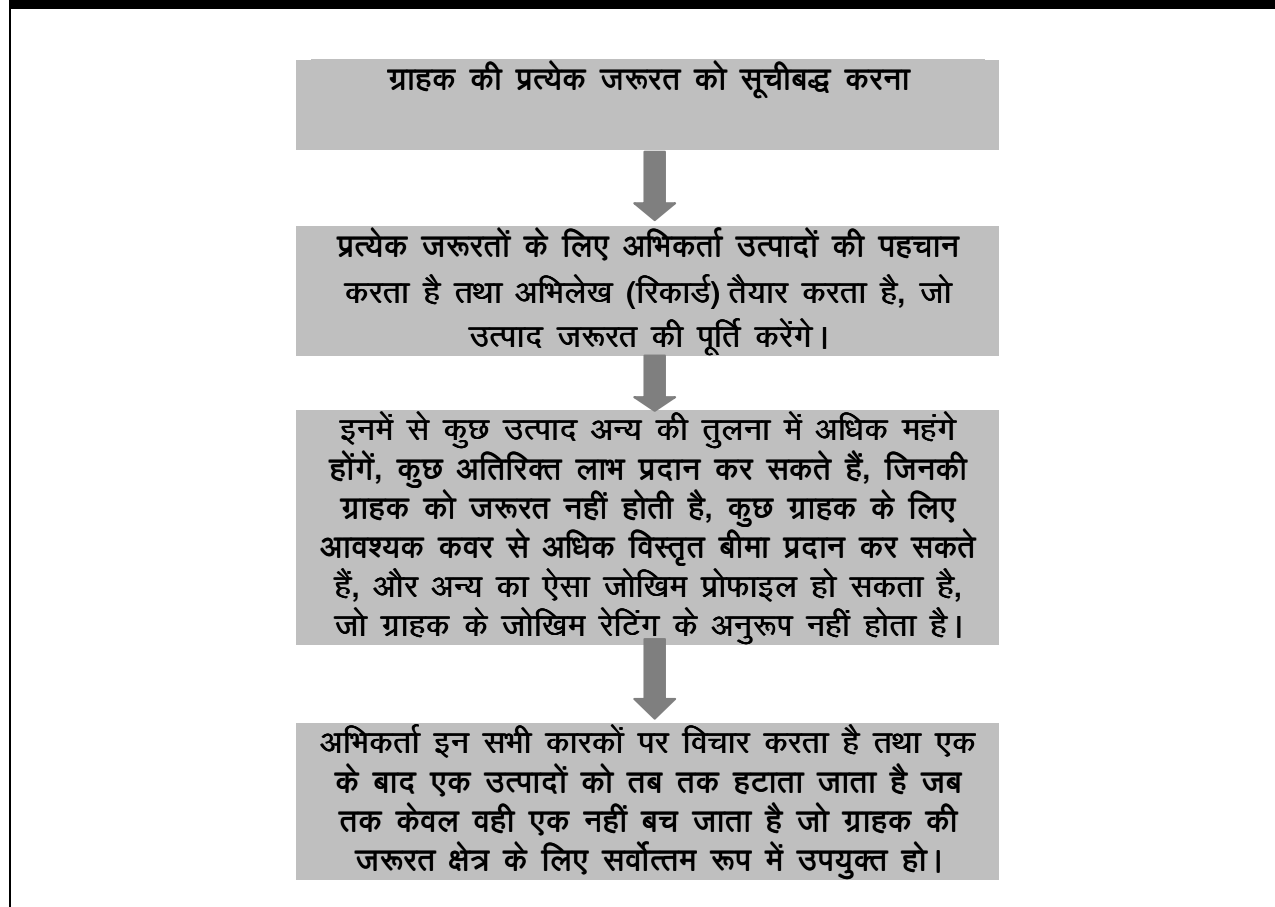


इनमें से अधिकांश सूचनाएँ सरलता से तैयार रूप में उपलब्ध होती हैं। वास्तव में अभिकर्ता के पास पहले से ही आवश्यक विवरण-पुस्तिका, चार्ट, सारणियाँ तथा तथ्य-अन्वेषण प्रपत्र पर सूचना के संपूरक के रूप में होते हैं।

D2 प्रत्येक जरूरत के लिए उत्पाद शॉर्ट लिस्ट करना

ग्राहक के लिए उत्पाद चयन करने की एक अच्छी विधि है:-

चित्र 9.5



प्रत्येक जरूरत क्षेत्र के लिए इस प्रक्रिया की पुनरावृत्ति की जाती है।

सुझाव तैयार करने में, अभिकर्ता को अपने ग्राहक को आवश्यक लाभ उपलब्ध कराने के लिए उद्धरण (कोटेशन) तथा उत्पाद दृष्टान्तों का अध्ययन करने की जरूरत होगी। जहाँ मूल्य महत्वपूर्ण होता है, तो उन्हें न्यूनतम लागत वाला उत्पाद चिन्हित करना होता है जो किसी आसन्न (प्रस्तुत होने वाली) जरूरत को सन्तुष्ट करें। मूल्यों तथा उपलब्ध लाभों का अध्ययन करने के बाद ही अभिकर्ता ग्राहक की प्रत्येक जरूरत क्षेत्र के लिए उत्पादों के चयन तथा अनुसंशा के आधार पर संतुलित रूप में उपलब्ध संसाधनों को उत्पादों को क्रय करने हेतु आवंटित करने की स्थिति में होता है। यह प्रक्रिया आसान नहीं होती है; इसमें बहुत सावधानी तथा व्यावसायिक कौशल की आवश्यकता होती है।

अभिकर्ता की सबसे विकट समस्याओं में से एक है कि ग्राहक को वर्तमान निवेश एवं बीमा के बारे में क्या सुझाव दिया जाये। अभिकर्ता द्वारा अन्तिम सुझाव देने में इस बात पर ध्यान दिया जाना चाहिए कि क्या ग्राहक के वर्तमान निवेश हेतु प्रावधानों के लिए पूर्व में उसे उचित एवं सही सलाह दी गई थी या नहीं

E सुझाव देना

जब सभी सूचनाएँ एकत्र करके उन पर चर्चा तथा विश्लेषण कर लिया जाता है, तो अभिकर्ता तथ्य-अन्वेषण का अंतिम उद्देश्य पूर्ण कर लेता है: उत्पाद या उत्पादों का पोर्टफोलियो का सुझाव देना जो ग्राहकों की जरूरतों की पूर्ति कर सकता है जिसके अंशदान का वे अभी भुगतान कर सकते हैं तथा भविष्य में बनाये रख सकते हैं।

तथ्य-अन्वेषण के साथ, उत्पादों के बारे में भली प्रकार से सुझाव देने के लिए दक्षतापूर्ण प्रक्रियाओं तथा उच्च नैतिक मानकों के संयोग की आवश्यकता होती है। चिन्हित की गई वित्तीय योजना समस्याओं के लिए सर्वोत्तम समाधान क्या हैं? कौनसा वैकल्पिक हल अधिकतम लागत-कुशल तथा करों में छूट प्रदान करने हेतु समर्थ होता है?

E1 ग्राहक को सुझाव प्रस्तुत करना

सिर्फ जब अभिकर्ता सभी निदान कार्य एक व्यावसायिक तरीके से पूर्ण कर लेता है तब वह ग्राहक को प्रस्तुत करने हेतु एक रिपोर्ट तैयार करने की स्थिति में होता है। उत्तम व्यवहार के सिद्धान्त प्रस्तुतिकरण के विषयों तथा प्रस्तुति कौशल दोनों पर लागू होते हैं।

ध्यान रहे!

प्रस्तुति कौशल सुझावों की स्वीकृति सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण होते हैं। प्रस्तुति में द्विमार्गी सम्प्रेषण होना चाहिए जिसमें अभिकर्ता द्वारा ग्राहक का पूरी तरह शामिल होना सुनिश्चित करनी चाहिए।



ग्राहक के लिए सुझाव प्रायः इस उद्देश्य के लिए विशेष रूप से आयोजित एक बैठक में मौखिक रूप से ग्राहक को प्रस्तुत किये जाते हैं। बैठक के दौरान, अभिकर्ता ग्राहक को प्रस्ताव को समझाता है, लाभ तथा सम्बद्धित लागत बताता है तथा, यदि ग्राहक उस प्रस्ताव या किसी संशोधित/परिवर्तित प्रस्ताव को स्वीकार करता है, तब वह ग्राहक को पूर्ण रूप से उत्पाद आवेदन फॉर्म भरने में मदद करता है। अभिकर्ता के स्पष्ट रूप से एवं व्यावसायिक तरीके से ऐसा करने के लिए प्रस्तुति-साक्षात्कार की संरचना करने की जरूरत होती है।

E2 सुझाव : प्रस्तुति संरचना

ग्राहक तथा अभिकर्ता के परस्पर अभिवादन के बाद, प्रस्तुति भेंट की सामान्य संरचना निम्न प्रकार होनी चाहिए:—

- जरूरतों के प्रति ग्राहक के मजबूत इरादों की जाँच करना;
- विस्तृत सुझावों में निहित अवधारणा को रेखांकित करना;
- प्रत्येक जरूरत क्षेत्र हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत करना;
- आगे बढ़ने के लिए ग्राहक की स्वीकृति प्राप्त करना; तथा
- उत्पाद दस्तावेज पूर्ण करना।

जरूरतों के प्रति **ग्राहक के मजबूत इरादों की जाँच करना** एक सरल किन्तु महत्वपूर्ण प्रक्रिया है। इसमें तथ्य-अन्वेषण के दौरान, सिद्धान्त रूप में सहमत **जरूरतों** एवं **प्राथमिकताओं** को ग्राहक को याद दिलाना शामिल है। अभिकर्ता एक-एक करके प्रत्येक जरूरत पर चर्चा करता है तथा ग्राहक से इस बात की पुष्टि करने हेतु कहता है कि क्या वे अभी भी चिंतनीय क्षेत्र है। प्रत्येक जरूरत को एक सरल कथन के रूप में व्यक्त करने के लिए ध्यान देने की जरूरत होती है। अधिक विस्तृत रिमाइन्डर ग्राहक को केवल भ्रमित करेंगे, जो आवश्यक परिवर्तन हो वो करें, या अन्य तथ्य-अन्वेषण सत्र आयोजन की ओर ले जायेंगे। यदि, किसी कारणवश, ग्राहक की परिस्थितियाँ तथा सरोकार/चिन्ताएँ बदल जाती है, तो अभिकर्ता प्रस्तावों का एक नया सेट तैयार कर सकता है। जब अभिकर्ता ग्राहक की चिन्ताओं तथा इच्छाओं को सही सही आशय समझ लेता है तो वह योजनाबद्ध प्रस्तुति जारी रख सकता है, जैसा कि प्रायः होता है। सुझावों को विस्तारपूर्वक समझाने से पूर्व, अभिकर्ता को प्रस्तावों में निहित **अवधारणाओं को समझाना** चाहिए। यह अवधारणा ग्राहक की जरूरतों तथा अभिव्यक्त चिन्ताओं से बहुत निकट रूप से सम्बद्ध होनी चाहिए। प्रत्येक मद परस्पर सम्बद्धित होनी चाहिए, ग्राहक इस बात के लिए बाद में गुणगान करेगा कि किस प्रकार प्रत्येक विस्तृत प्रस्ताव एक एकल, सुसंगत, सम्पूर्ण योजना के रूप में आबद्ध है।



उदाहरण

किसी परिवार के कमाने वाले को, जिसकी वर्तमान में पर्याप्त बीमा सुरक्षा न हो तो उसकी असामयिक मृत्यु या खराब स्वास्थ्य की स्थिति में उसे अपने परिवार की व्यापक सुरक्षा जरूरतों की पूर्ति हेतु यह अवधारणा सुनिश्चित करनी चाहिए कि उसके परिवार को समुचित सुरक्षा आवरण की व्यवस्था हो।

या, किसी ऐसे ग्राहक जिसके पास निवेश हेतु विपुल धनराशि उपलब्ध हो के लिए अवधारणा होगी कि वह अपनी पूँजी को कर-बचत योग्य आय तथा पूँजी वृद्धि प्रदान करने वाली योजनाओं में एक सन्तुलित पोर्टफोलियो, गारंटीड व निवेश जोखिम के रूप में निवेश करें।

विस्तार में जाने से पूर्व इस बात की पुष्टि कर लेना आवश्यक है कि ग्राहक अवधारणा को एक सही प्रयास या तरीका मानता है। प्रस्तुति के प्रत्येक स्तर पर अभिकर्ता को स्पष्ट रूप से दर्शाना चाहिए कि किस प्रकार विवरण प्रस्ताव के आमूल अवधारणा के अनुरूप है। प्रत्येक जरूरत के लिए **सुझाव** देने में यह देखना अभिकर्ता का कर्तव्य है कि ग्राहक प्रस्तावित उत्पाद की मुख्य विशेषताओं को समझता है, इसका सुझाव क्यों दिया गया है तथा ग्राहक के लिए उत्पाद की क्या सीमाएँ हो सकती है।



ध्यान रहे!

यह व्यावसायिकता की असफलता होगी यदि ग्राहक किसी प्रतिबन्ध या जोखिम से अनभिज्ञ हो जो भविष्य में उसके लाभ के अधिकार को सीमित कर सकता है या उसे किसी निवेश में हानि करा सकता है।

E3 लाभ दृष्टान्त दस्तावेज

कुछ परिस्थितियों में, मुख्य प्रस्तुति में शामिल किए जाने वाले सभी विवरण बहुत अधिक होते हैं। तथापि, व्यावसायिक आचरण के लिए यह आवश्यक है कि एक विक्रय पूर्ण होने से पूर्व ग्राहक सुझाए गये प्रत्येक उत्पाद की मुख्य विशेषताओं को समझे। बहुत से अभिकर्ता ग्राहक को उत्पाद की प्रकृति, लाभ, तथा परिस्थितियाँ जिनमें लाभ का भुगतान किया जाता है, को दर्शाने के लिए **लाभ दृष्टान्त दस्तावेजों** का उपयोग आई आर डी ए द्वारा निर्धारित दिशा-निर्देशों के अनुरूप करते हैं।

लाभ दृष्टान्त **गारंटीड** तथा **गैर गारंटीड** लाभों में अन्तर दिखाता है। गैर गारंटीड लाभों के लिए, लाभ दृष्टान्त प्रत्येक लाभों के विस्तार तथा निवेश का सम्भावित मूल्य अनुमानित वार्षिक वृद्धि दर (जीवन बीमा काउन्सिल द्वारा जारी दिशा निर्देशों के अनुसार 6% तथा 10% की दर) पर विभिन्न अवधियों हेतु किए गए निवेशों पर परिकलित किया जाता है।

प्रायः ऐसा बीमा कम्पनी द्वारा लिये जाने वाले प्रभारों तथा उस सीमा को दर्शाता है जहाँ तक निवेश की अवधि के दौरान निवेश प्रतिफल कम हो जाता है। ग्राहक को एक उत्पाद की दूसरे से तुलना करने में भी यह समर्थ बनाता है।

E4 अपने ग्राहक को जानें

प्रस्तुति के अन्त में, अभिकर्ता प्रस्तावों का समापन करेगा तथा आगे की प्रक्रिया हेतु ग्राहक की अभिस्वीकृति प्राप्त करेगा तथा फार्म भरने एवं अपने ग्राहक को जानें (KYC) की औपचारिकताएँ पूर्ण करेगा।

अपने ग्राहक को जानें (KYC)

पूर्ण रूप से भरे हुए फॉर्म के साथ, ग्राहक को बीमा कम्पनी के नाम पर जारी प्रीमियम राशि का चेक तथा अपने ग्राहक को जानें (KYC) प्रक्रिया के अनुसार अपनी पहचान के दस्तावेज जमा कराने की जरूरत होती है। इनमें शामिल हैं:-

1. फोटोग्राफ;

2. पहचान का प्रमाण : सामान्य रूप से स्वीकार किये जाने वाले कुछ दस्तावेज ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, मतदाता परिचय पत्र, रक्षा कार्मिकों के परिचय पत्र, पेन कार्ड, किसी सरकारी निकाय द्वारा जारी कोई अन्य परिचय पत्र आदि है।

3. पते का प्रमाण : पते के प्रमाण के रूप में स्वीकार किये जाने वाले कुछ सामान्य दस्तावेज ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, बिजली का बिल, टेलिफोन बिल, किसी बीमा कम्पनी की प्रीमियम रसीद, राशन कार्ड, बैंक पास बुक आदि है।

पहचान तथा पते के प्रमाण के रूप में स्वीकार्य दस्तावेजों की सूची अलग-अलग बीमा कम्पनियों में अलग-अलग हो सकती है।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

हमें क्या और क्यों जानने की जरूरत है?

- तथ्य-अन्वेषण व्यक्ति की वर्तमान वित्तीय स्थिति दर्शाता है, आ जवह कहाँ है तथा भविष्य में किन परिवर्तनों की सम्भावना है।
- तथ्य-अन्वेषण ग्राहक की वित्तीय योजना जरूरतों की पहचान करता है तथा उन जरूरतों को इंगित करता है जो ग्राहक के लिए उच्च प्राथमिकता वाली होती है।
- तथ्य-अन्वेषण के उद्देश्यों में शामिल हैं:-

- जरूरतों की पहचान करना;
- ग्राहक के सम्बन्ध में सूचनाएँ एकत्र करना;
- ग्राहक के नकद प्रवाह का विश्लेषण करना; तथा
- पूर्वानुमानित परिवर्तनों के लिए योगदान देना

एक तथ्य-अन्वेषण का उपयोग करना

- एक तथ्य अन्वेषण फॉर्म ग्राहक से सम्बन्धित विवरणों को समाहित करने के लिए विभिन्न भागों में विभाजित होता है। इन भागों में शामिल हैं:-

- व्यक्तिगत विवरण;
- परिवारिक विवरण;
- रोजगार विवरण;
- वित्तीय विवरण;
- वर्तमान बीमा तथा निवेश;
- मासिक आय तथा व्यय विश्लेषण;
- वित्तीय योजना उद्देश्य तथा वैचारिक दृष्टिकोण; तथा
- भावी परिवर्तन।

आंकलन तथा विश्लेषण

- जरूरतों का विश्लेषण करने में यह पहचान करना शामिल होता है कि ग्राहक ने प्रत्याशित तथा अप्रत्याशित दोनों जरूरतों की पूर्ति के लिए पर्याप्त वित्तीय प्रावधान किया है।
- तथ्य-अन्वेषण का आंकलन करने में दौरान अभिकर्ता के मुख्य कार्यों में शामिल हैं:-

- प्रत्येक जरूरत क्षेत्र में ग्राहक की जरूरतों के लिए प्रदान की जाने वाली राशि की पहचान करना;
- ग्राहक के वहनीय अंशदान की पहचान करना;
- इस अंशदान को वर्तमान में उपलब्ध सर्वोत्तम वित्तीय योजना पैकेज प्रदान करने हेतु आवंटित करना;
- ग्राहक के साथ नियमित आधार पर वित्तीय योजना के प्रदर्शन का मूल्यांकन एवं समीक्षा करना।

किसी ग्राहक की परिस्थितियों के अनुसार उत्पाद लक्षण एवं लाभ लागू करना

- तथ्य-अन्वेषण सूचना का विश्लेषण करने के पश्चात् अभिकर्ता ग्राहक की जरूरतों के लिए उत्पाद विशेषताएँ लागू करता है तथा तदनुसार उन उत्पादों को शॉर्ट लिस्ट करता है जो ग्राहक की जरूरतों के सर्वाधिक अनुरूप होते हैं।

सुझाव देना

- जब सभी सूचनाएँ एकत्र करने के बाद उन पर चर्चा तथा विश्लेषण कर लिया जाता है, तब अभिकर्ता तथ्य-अन्वेषण का अंतिम उद्देश्य प्रस्तुत कर सकता है: उत्पाद या उत्पादों के पोर्टफोलियों का सुझाव

देना जो ग्राहकों की जरूरतों की पूर्ति के लिए उपयुक्त हों जिनके लिए अंशदान का भुगतान वह वर्तमान समय में तथा भविष्य में बनाये रख सके।

- सिर्फ जब सभी निदान कार्य एक व्यावसायिक तरीके से पूर्ण हो जाता है तब अभिकर्ता ग्राहक को प्रस्तुत की जाने वाली रिपोर्ट तैयार करने की स्थिति में होता है।

- उत्पाद सुझाव प्रस्तुति की एक समुचित संरचना होनी चाहिए।

- सुझाव प्रस्तुति पूरी हो जाने पर अभिकर्ता को ग्राहक के पास बैठना तथा यदि कोई संदेह हो तो उसका समाधान करना चाहिए, अन्यथा अभिकर्ता को फॉर्म भरने की औपचारिकताओं को पूर्ण करने हेतु आगे बढ़ना चाहिए।

- ग्राहक को निवेशों की परिकलित वृद्धि (6% तथा 10% की दर पर) दर्शाने के लिए अभिकर्ता को लाभ दृष्टान्त दस्तावेजों का उपयोग करना चाहिए।

- उचित रूप से भरे गये फॉर्म के साथ ग्राहक को बीमा कम्पनी के नाम एक चेक जारी करने तथा KYC दस्तावेजों को प्रस्तुत करने की जरूरत होती है।



प्रश्न-उत्तर

9.1 एक तथ्य-अन्वेषण के उद्देश्य निम्नानुसार हैं:-

- जरूरतों की पहचान करना।
- ग्राहक से सम्बन्धित सूचनाएँ एकत्र करना।
- ग्राहक के नकद प्रवाह का विश्लेषण करना।
- प्रत्याशित परिवर्तनों के लिए प्रावधान करना।

9.2 एक तथ्य अन्वेषण फॉर्म ग्राहक के विवरणों को समाहित करने हेतु विभिन्न भागों में विभाजित होता है। इन भागों में शामिल हैं:-

- व्यक्तिगत विवरण;
- परिवारिक विवरण;
- रोजगार विवरण;
- वित्तीय विवरण;
- वर्तमान बीमा तथा निवेश;
- मासिक आय तथा व्यय विश्लेषण;
- वित्तीय योजना उद्देश्य तथा वैचारिक दृष्टिकोण; तथा
- भावी परिवर्तन।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	सम्पूर्ण उत्पादों को शॉर्ट लिस्ट करने की प्रक्रिया को समझाइए।
2	एक ग्राहक को उत्पादों की प्रस्तुति एवं सुझाव देने वाली वार्ता/बैठक की संरचना संक्षेप में समझाइए।
3	जीवन बीमा काउन्सिल के दिशानिर्देशों के अनुसार, एक लाभ दृष्टान्त दस्तावेज में निवेश मूल्य के लिए एक वार्षिक अनुमानित वृद्धि दर के रूप में क्या दर्शायी जा सकती है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	<p>ग्राहक के लिए सूचना विश्लेषण तथा सुझाव प्रारूप तैयार करने की प्रक्रिया सुव्यवस्थित होनी चाहिए तथा इसमें जाँचों की एक श्रृंखला शामिल होनी चाहिए। ग्राहक की तथ्य-अन्वेषण प्रश्नावली की समीक्षा करने के बाद निम्नलिखित चरण आवश्यक होते हैं:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • प्रत्येक पहचानी गई जरूरत को प्राथमिकता क्रम में रखना। • एक एकीकृत वित्तीय सुझाव तैयार करने के लिए आवश्यक सूचनाओं का शोध करना। • अभी भी प्रावधान की जाने वाली राशि(यों) की गणना करना। • उपयुक्त उत्पादों की पहचान करना तथा अन्य सभी को हटाते हुए सर्वोत्तम उपयुक्त की पहचान करना। • उद्धरण (कोटेशन), दृष्टान्त तथा लागत-लाभ का विश्लेषण तैयार करना। • एक रिपोर्ट का प्रारूप तैयार तथा प्रस्तुत करना।
2	<p>ग्राहक तथा अभिकर्ता के परस्पर अभिवादन के बाद, एक प्रस्तुति वार्ता/बैठक की सामान्य संरचना निम्न प्रकार होनी चाहिए:-</p> <ul style="list-style-type: none"> • जरूरतों के प्रति ग्राहक की मजबूत इरादों की जाँच करना; • विस्तृत सुझावों में निहित अवधारणा को रेखांकित करना; • प्रत्येक जरूरत क्षेत्र में प्रस्ताव रेखांकित करना; • आगे बढ़ने के लिए ग्राहक की स्वीकृति प्राप्त करना; तथा • उत्पाद दस्तावेज पूर्ण करना।
3	<p>गैर गारंटीड लाभों के लिए, लाभ दृष्टान्त प्रत्येक परिकलित के लिए काल्पनिक वार्षिक वृद्धि दर (जीवन बीमा समिति द्वारा जारी मार्गदर्शिका के अनुसार 6% तथा 10% की दर पर वृद्धि) दर्शाता है तथा विभिन्न समयावधियों में निवेश मूल्य के दृष्टान्त प्रदान करता है।</p>

अध्याय-10

अच्छा ग्राहक व्यवहार

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A एक बीमा अभिकर्ता के कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व	10/3
B ग्राहक की आवश्यकताएँ	10/4
C अभिकर्ता, पारिश्रमिक तथा स्पष्ट प्रकटन विधियाँ	10/4
D उपयुक्त पॉलिसियों के सुझाव देना	10/6
E स्थापित पॉलिसियों के दीर्घ-अवधि लाभ तथा अल्प-अवधि निरस्तीकरण से बचाव करना (अक्षुण्णता)	10/11
F ग्राहकों के अधिकार तथा शिकायत की प्रक्रियाएँ	10/15
G ग्राहकों के साथ दीर्घ-कालीन सम्बन्ध बनाना	10/15
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:-

- एक अभिकर्ता के कर्तव्यों तथा उत्तरदायित्वों की चर्चा करने में;
- एक ग्राहक की आवश्यकताओं का वर्णन करने में;
- अभिकर्ताओं को पारिश्रमिक भुगतान की विधियों का वर्णन करने में;
- यह समझाने में कि एक ग्राहक को उत्पाद बदलने की सलाह देना क्यों नीतिसम्मत नहीं होता है जब तक ऐसा करना स्पष्टतया उसके सर्वोत्तम हित में दिखाई न देता हो;
- ग्राहकों से दीर्घ-कालीन सम्बन्ध बनाने की जरूरत की चर्चा करने में

परिचय

बीमा अभिकर्ता बीमा उत्पाद विक्रय के लिए सर्वाधिक महत्वपूर्ण मध्यस्थों में से एक होता है। ग्राहक की जरूरतों एवं आवश्यकताओं के आधार पर उनको सर्वोत्तम उपलब्ध उत्पाद—हल प्रदान करना अभिकर्ता का कर्तव्य होता है। बीमा कम्पनी को विपरीत चयन से सुरक्षा प्रदान करना भी उनका कर्तव्य होता है क्योंकि वे अपने ग्राहकों के जोखिम प्रोफाइल का आंकलन तथा निर्धारण करने हेतु सर्वोत्तम स्थिति में होते हैं।

इस विचार के प्रति जागरूकता बढ़ रही है कि बीमा अभिकर्ता हर समय अपने ग्राहकों से एक व्यावसायिक तरीके से व्यवहार करें। उच्च स्तरीय व्यावसायिक सदाचारपूर्ण सेवा ग्राहकों के साथ-साथ स्वयं बीमा उद्योग के भी सर्वोत्तम हित में होती है।

सभी व्यवसायों की मुख्य विशेषताएँ निम्नानुसार हैं:-

उनके सदस्य:

- ग्राहकों के प्रति नीतिसम्मत व्यवहार करने हेतु प्रतिबद्ध हो;
- व्यावसायिक आचार संहिता का अनुपालन करें;
- व्यावसायिक योग्यता के न्यूनतम आदर्शों/मानकों का अनुपालन करें;
- निरन्तर व्यावसायिक विकास हेतु प्रतिबद्धता प्रदर्शित करें।

ये जरूरतें डॉक्टर, विधिवेत्ताओं, लेखाकारों की तरह बीमा उद्योग के लिए भी अनिवार्य होती हैं अतः IRDA ने बीमा अभिकर्ताओं द्वारा ऐसा करना सुनिश्चित करने के लिए आचार संहिता बनाई है ताकि सभी अभिकर्ता अपने ग्राहकों के प्रति नीतिसम्मत व्यवहार करें। हम अध्याय 15 में आचार संहिता पर अधिक विस्तार से दृष्टिपात करेंगे।

इस अध्याय में हम बीमा अभिकर्ता के अपने ग्राहकों तथा बीमा कम्पनी के प्रति कर्तव्यों एवं उत्तरदायित्वों की चर्चा करेंगे। हम ग्राहकों के साथ दीर्घ-कालीन सम्बन्ध बनाने की महत्ता के बारे में भी चर्चा करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

अभिकर्ता के कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व	ग्राहक की जरूरतें	अभिकर्ता पारिश्रमिक	प्रकटन
सुझाव	पॉलिसी की स्वीकृति या अस्वीकृति	मंथन	परिवर्तन
सततता/अक्षुण्णता	पॉलिसी सेवा	ग्राहक के अधिकार	दीर्घ-कालीन सम्बन्ध
प्रकटन विधियाँ	जरूरतों की प्राथमिकता तय करना	उपयुक्त उत्पाद	लाभ दृष्टान्त दस्तावेज

A बीमा अभिकर्ता के कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व

बीमा अभिकर्ता ग्राहकों को जीवन बीमा उत्पाद विक्रय हेतु उत्तरदायी होते तथा अभिकर्ता के पास आई आर डी ए द्वारा दिया गया लाइसेन्स होना चाहिए। **बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42** किसी बीमा अभिकर्ता को इस प्रकार परिभाषित करती है :-

“एक व्यक्ति, जिसे बीमा अधिनियम की धारा 42 के अन्तर्गत बीमा व्यवसाय की याचना करने या लाने, जिसमें व्यवसाय जारी रखने, बीमा पॉलिसियों का नवीनीकरण या पुनर्चलन सम्मिलित है, हेतु लाइसेन्स दिया गया है।”

किसी बीमा अभिकर्ता के कर्तव्यों तथा दायित्वों में ग्राहक की जरूरतों का निर्धारण करना तथा उन जरूरतों की पूर्ति के लिए सबसे उपयुक्त उत्पाद की पहचान करना शामिल है। तथापि अभिकर्ता की भूमिका यहाँ समाप्त नहीं होती है। अभिकर्ता को पॉलिसी के प्रारम्भ से उसकी परिपक्वता तक तथा/या दावा उत्पन्न होने पर दावे का निपटान होने तक ध्यान देना होता है।

बीमा अभिकर्ता बीमा कम्पनी तथा ग्राहक के मध्य एक मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है तथा उस पर अपनी कम्पनी के लिए व्यवसाय प्राप्त करने का दायित्व होता है। एक अभिकर्ता अपने ग्राहक का भी प्रतिनिधित्व करता है अतः उसे यह सुनिश्चित करना होता है कि उसने उन्हें किसी भी तरह से गुमराह नहीं किया है तथा वह हमेशा उनके सर्वोत्तम हित में कार्य करता है। बीमा अभिकर्ता बीमा कम्पनी तथा ग्राहक के मध्य मुख्य सम्पर्क बिन्दु होता है तथा उसे यह सुनिश्चित करना होता है कि उसने अपने ग्राहक से सम्बन्धित सभी अनिवार्य सूचनाएँ जिनकी बीमा कम्पनी को जरूरत होगी एकत्र कर ली है।

बीमा अभिकर्ता के मुख्य कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व निम्नानुसार सारांश रूप में दर्शाये जा सकते हैं:-

- बीमा कम्पनी के लिए सम्भावित ग्राहक की पहचान करना तथा उनकी विभिन्न जरूरतों की पहचान के लिए जरूरतों का विश्लेषण करना।
- बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित विभिन्न बीमा उत्पादों का समुचित ज्ञान रखना तथा प्रत्येक उत्पाद द्वारा प्रदान किए जाने वाले विभिन्न लाभ एवं विशेषताओं की समझ रखना।
- ग्राहकों को उनकी जरूरतों एवं निवेश क्षमता के आधार पर उपयुक्त उत्पाद का सुझाव देना।
- यह सुनिश्चित करना कि प्रस्ताव फार्म सही रूप से भरा गया है तथा ग्राहकों द्वारा दी गई सभी सूचनाएँ सही हैं।
- आवश्यक दस्तावेजों जैसे आयु, पहचान तथा पते का प्रमाण, मेडिकल रिपोर्ट तथा जोखिमांकन के लिए अन्य आवश्यक दस्तावेजों को एकत्र करने का उत्तरदायित्व।
- बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तुत प्रत्येक बीमा योजना के लिए लिये जाने वाले प्रीमियम तथा विभिन्न चार्जस को ग्राहकों को प्रकट करना।
- विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद के सम्बन्ध में कमीशन की दर को प्रकट करना, यदि संभावी ग्राहक द्वारा पूछा जायें।
- पॉलिसीधारक को मौखिक तथा लिखित दोनों प्रकार से स्मरण कराकर निर्धारित समय के भीतर प्रीमियमों का प्रेषण सुनिश्चित करना तथा ग्राहकों से प्रीमियम एकत्र करना, यदि वे ऐसा करने हेतु सम्बन्धित बीमाकर्ता द्वारा अधिकृत हों।
- अभिकर्ता की गोपनीय रिपोर्ट में किन्हीं गलत आदतों, आय विसंगतियों या किसी अन्य सारभूत तथ्य के

बारे में सूचना प्रदान करके प्रस्तावक द्वारा प्रदर्शित जोखिम के आंकलन में जोखिमांककों की मदद करना।

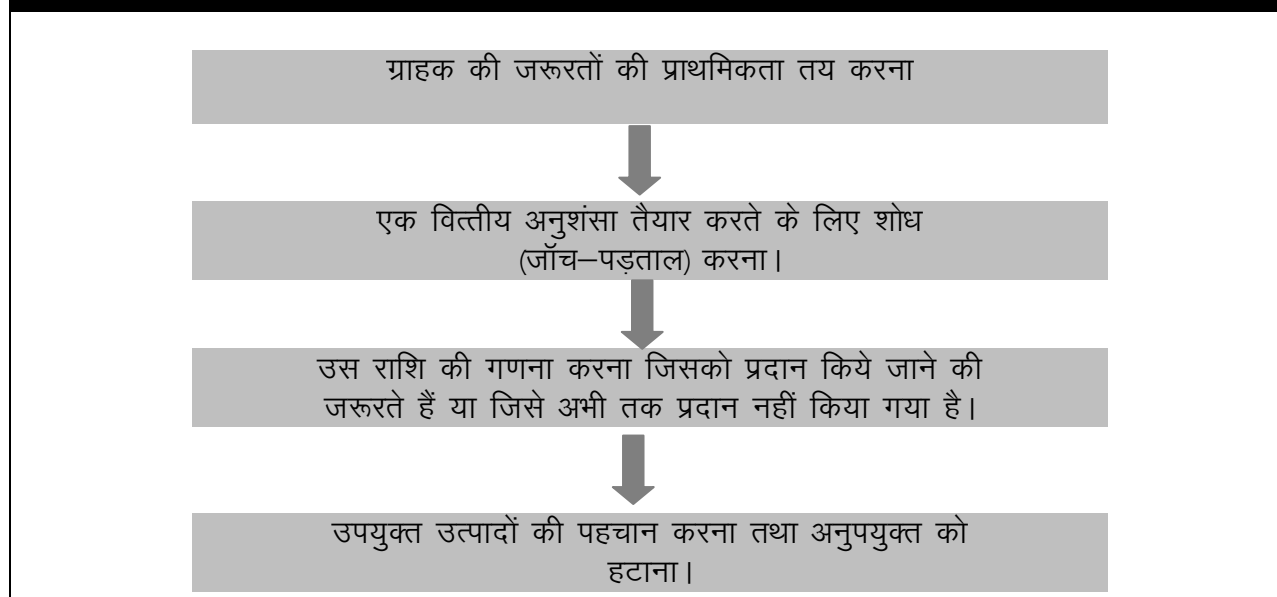
- पॉलिसी दस्तावेज में किसी आवश्यक परिवर्तन जैसे पता, नामांकन आदि करने के लिए ग्राहकों की मदद करना।

- दावा उत्पन्न होने पर कानूनी लाभग्राहिताओं और नामितों को दावा निपटान प्रक्रिया में सहायता करना।

B ग्राहक की आवश्यकताएँ

हमने अध्याय 8 में पहले ही देखा है कि बीमा अभिकर्ता को ग्राहक के लिए उपयुक्त उत्पादों का सुझाव देना चाहिए तथा ऐसा करने से पूर्व उसे ग्राहक की जरूरतों एवं आवश्यकताओं को स्पष्टतया समझना होता है। ग्राहक से सम्बन्धित सूचनाओं की पहचान तथा विश्लेषण करने की प्रक्रिया तथा उपयुक्त उत्पाद का सुझाव देने की प्रक्रिया पुन्यवस्थित होनी चाहिए तथा उसमें जाँचों की एक श्रृंखला शामिल होनी चाहिए। तथ्य-अन्वेषण के पश्चात निम्नलिखित चरण अनिवार्य होते हैं:

चित्र 10.1



C अभिकर्ता पारिश्रमिक तथा स्पष्ट प्रकटन विधियाँ

इस भाग में हम अभिकर्ता के पारिश्रमिक तथा आई आर डी ए द्वारा सुझाए गए प्रकटन प्रक्रिया की चर्चा करेंगे।

C1 अभिकर्ता पारिश्रमिक (रिम्यून्शन)

अभिकर्ता का पारिश्रमिक IRDA विनियमों द्वारा नियन्त्रित किया जाता है। एक जीवन बीमा अभिकर्ता कमीशन के रूप में अपना पारिश्रमिक प्राप्त करता है। यह कमीशन बीमा कम्पनी द्वारा एकत्र किये गये प्रीमियम का एक निश्चित प्रतिशत होता है। **बीमा अधिनियम 1938** उस अधिकतम राशि को निर्धारित करता है जिसे एक बीमा अभिकर्ता को कमीशन के रूप में या किसी अन्य प्रकार से भुगतान किया जा सकता है, जिसका विवरण निम्नानुसार है:—

- कोई बीमा अभिकर्ता प्रथम वर्ष के प्रीमियम का अधिकतम 35%, द्वितीय व तृतीय वर्ष के प्रीमियम का 7.5% एवं उसके बाद के वर्षों के नवीनीकरण प्रीमियम का 5% प्राप्त कर सकता है। (यह तत्काल या विलम्बित एन्युटीज के लिए लागू नहीं होता है।)
- (नये) बीमाकर्ता के व्यवसाय के पहले दस वर्षों में, किसी बीमा अभिकर्ता को प्रथम वर्ष के प्रीमियम का 35% के स्थान पर, 40% का अधिकतम भुगतान कर सकता है।
- अभिकर्ता के लिए नवीनीकरण प्रीमियमों पर कमीशन किसी भी स्थिति में 4% से अधिक नहीं होना चाहिए। बीमा अधिनियम, धारा 44 द्वारा अभिकर्ताओं (जिनकी एजेन्सी समाप्त की जा चुकी है) के लिए नवीनीकरण प्रीमियम पर कमीशन प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित परिस्थितियाँ निर्धारित की गई हैं —
- अभिकर्ता जो बीमाकर्ता के साथ पाँच वर्ष से अधिक समय तक कार्य कर चुका हो तथा एजेन्सी समापन से एक वर्ष पूर्व में कम से कम रु. 50,000 बीमा धन की पॉलिसियाँ चालू होनी चाहिए।
- अभिकर्ता जो बीमाकर्ता के साथ कम से कम दस वर्ष तक काम कर चुका हो तथा एक अभिकर्ता के रूप में कार्य बन्द किये जाने के बाद, किसी अन्य व्यक्ति के लिए प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से बीमा व्यवसाय की याचना या प्राप्त नहीं करता हो।

अभिकर्ता की मृत्यु होने की दशा में, उसके विधिक उत्तराधिकारियों को कमीशन का भुगतान होता है।

कोई बीमा कम्पनी अपने अभिकर्ता को निर्धारित सीमा के भीतर भुगतान कर सकती है। सामान्यतया अवधि बीमा योजनाओं के लिए कमीशन अन्य योजनाओं जैसे आजीवन बीमा योजनाओं की तुलना में कम होता है। साथ ही अल्प अवधि पॉलिसियों में दीर्घ अवधि पॉलिसियों की तुलना में कम कमीशन दिया जाता है। एकल प्रीमियम योजनाओं, एन्युटी तथा पेंशन योजनाओं के अन्तर्गत कमीशन दरें कम होती हैं।

C2 प्रकटन (डिस्क्लोजरस)

बीमा अभिकर्ता को किसी ग्राहक द्वारा पूछे जाने पर कि उसका बीमा प्रभावी होने के परिणामस्वरूप उसे पारिश्रमिक व कमीशन के रूप में प्राप्त होने वाली राशि प्रकट करनी चाहिए।

1 जुलाई 2010 से, सभी बीमाकर्ताओं को **लाभ दृष्टान्त दस्तावेजों** में यूलिप के लिए अभिकर्ताओं को भुगतान किए जाने वाले कमीशन का स्पष्ट रूप से उल्लेख करना है। यह परिपत्र IRDA द्वारा जारी किया गया था जिसमें ग्राहक से प्रस्ताव फार्म के साथ साथ लाभ दृष्टान्त दस्तावेज की एक हस्ताक्षरित कॉपी

प्राप्त करना अभिकर्ता हेतु अनिवार्य कर दिया गया था।

लाभ दृष्टान्त में जीवन बीमा काउन्सिल द्वारा अनुमानित 6% तथा 10% वृद्धि दर पर पॉलिसी अवधि के दौरान निधि में अपेक्षित वृद्धि तथा प्रभारों का विवरण रहता है।

IRDA के अनुसार प्रकटन, पॉलिसी पर लागू प्रभारों के साथ साथ बीमा अभिकर्ता को भुगतान किये जाने वाले कमीशन राशि का सही विवरण ग्राहकों को देना जीवन बीमा उत्पादों के विक्रय में पारदर्शिता बढ़ाने में मदद करेगा।



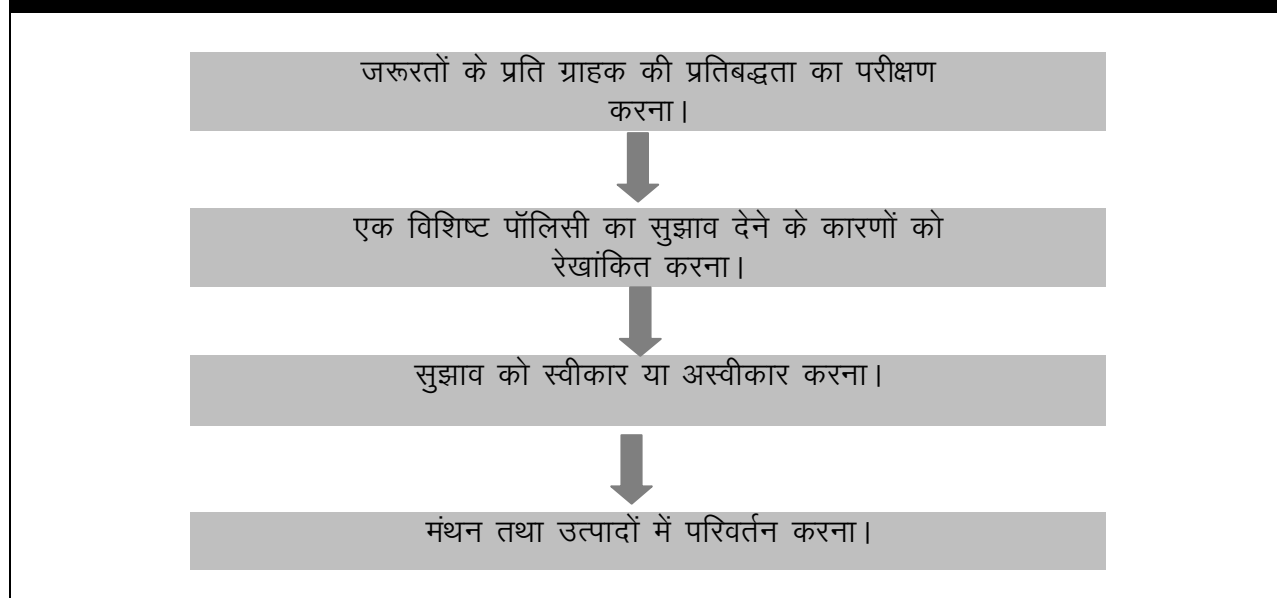
प्रश्न 10.1

किसी बीमा अभिकर्ता के किन्हीं तीन कर्तव्यों तथा उत्तरदायित्वों को सूचीबद्ध कीजिए।

D उपयुक्त पॉलिसियों का सुझाव देना

एक बार जब बीमा अभिकर्ता द्वारा ग्राहक से संबंधित जरूरतों के लिए उपयुक्त उत्पादों की पहचान कर ली जाती है, तो वह ग्राहक को चयनित पॉलिसियों के लिए सुझाव दे सकता है। इस भाग में हम उन मुद्दों की चर्चा करेंगे जो ग्राहकों को उपयुक्त पॉलिसियों का सुझाव देने पर निम्न के सम्बन्ध में उत्पन्न हो सकते हैं:—

चित्र 10.2



D1 जरूरतों के प्रति ग्राहक की प्रतिबद्धता का परीक्षण करना

जरूरतों के प्रति ग्राहक की प्रतिबद्धता का परीक्षण करना एक महत्वपूर्ण प्रक्रिया है। इसमें ग्राहक को उन जरूरतों की याद दिलाना शामिल होता है जिन पर तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया के दौरान सहमति बनी थी।

अभिकर्ता को प्रत्येक जरूरत की पुष्टि करने के लिए ग्राहक से पूछना चाहिए कि क्या वे अभी भी विचारणीय क्षेत्र में हैं।

यदि ग्राहक प्राथमिकता वाली जरूरतों से असहमत होता है, तो अभिकर्ता को वित्तीय योजना में संशोधन करना होगा। यदि ग्राहक जरूरतों के सैट से सहमत होता है, तो अभिकर्ता उपयुक्त उत्पादों तथा पॉलिसियों के सुझाव के साथ आगे बढ़ सकता है।

D2 किसी विशिष्ट पॉलिसी का सुझाव देने के कारणों को रेखांकित करना

सुझाव को विस्तारपूर्वक समझाने के पूर्व अभिकर्ता को किसी एक विशिष्ट पॉलिसी का सुझाव देने के कारणों को बताना चाहिए। ये कारण ग्राहक की जरूरतों तथा अन्वेषण प्रक्रिया के दौरान व्यक्त विचारों/चिंताओं से निकटता से जुड़े होने चाहिए।

अभिकर्ता को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि ग्राहक पॉलिसी द्वारा दिये जा रहे लाभों तथा मुख्य विशेषताओं को समझने में समर्थ है। उसे पॉलिसी तथा अन्य उपलब्ध उत्पादों की तुलना करते समय एक चार्ट को प्रदर्शित करने की भी जरूरत होती है ताकि ग्राहक संस्तुत पॉलिसी की अन्य उत्पादों से तुलना करने में समर्थ हो।

सुझाव के प्रत्येक चरण में ग्राहक से फीड बैक/प्रतिक्रिया लेना चाहिए। जब एक बार किसी पॉलिसी का सुझाव दिया जाता है तथा इसकी विशेषताओं तथा लाभों की व्याख्या कर दी जाती है, तो अभिकर्ता को सुनिश्चित करना चाहिए कि ग्राहक उससे सहमत है। जहाँ ग्राहक को संशय हो या उसकी कुछ चिन्ताएँ हों, तो उनका तत्काल समाधान करना चाहिए।

D3 सुझाव को स्वीकार या अस्वीकार करना

यदि ग्राहक सुझाव को स्वीकार कर लेता है, तो अभिकर्ता को ग्राहक से प्रस्ताव फॉर्म भरने के लिए कहना चाहिए।

यदि ग्राहक सुझाव से असहमत होता है, तो अभिकर्ता को उसकी अस्वीकृति के कारणों का पता लगाने के लिए आगे प्रश्न करने चाहिए। सुझावों को निम्नलिखित कारणों से अस्वीकृत किया जा सकता है :-

चित्र 10.3

ग्राहक उस समय वित्तीय योजना का क्रियान्वयन नहीं चाहता है तथा निवेश करने से पूर्व अन्य विकल्पों पर विचार के लिए और समय चाहता है। इस स्थिति में अभिकर्ता ग्राहक से कह सकता है कि वह किसी भावी तिथि पर उससे (ग्राहक से) सम्पर्क करेगा।

ग्राहक संस्तुत उत्पाद से सन्तुष्ट नहीं है। इस स्थिति में ग्राहक की जरूरतों के अनुसार उत्पादों की समीक्षा करनी होगी।

अच्छी पूछताछ कौशल (जिसकी हमने अध्याय 8 में चर्चा की है) अभिकर्ता को सही कारण पता लगाने में मदद कर सकती है कि क्यों या किन कारणों से किसी सुझाव को अस्वीकृत किया गया है तथा गतिरोध दूर करते हुए किस प्रकार स्वीकृति प्राप्त हो, की दिशा में मदद कर सकता है। असफल रहने पर, अभिकर्ता को ग्राहक के अस्वीकृति के अधिकार का सम्मान करना चाहिए तथा किसी भावी तिथि पर ग्राहक से पुनः आग्रह हेतु अनुमति मांगनी चाहिए।

अभिकर्ता ग्राहक से कुछ सन्दर्भ जैसे सम्बन्धियों, मित्रों तथा परिचितों के नाम तथा सम्पर्क विवरण भी पूछा जा सकता है जो वित्तीय योजना में रुचि ले सकते हों। ये सन्दर्भ बीमा अभिकर्ता के लिए महत्वपूर्ण विक्रय अवसर होते हैं।

D3A किसी अभिकर्ता को क्या करना चाहिए यदि कोई ग्राहक कुछ सुझाव स्वीकार करता है लेकिन सभी नहीं?

कुछ ऐसे मामले हो सकते हैं जहाँ ग्राहक अभिकर्ता से उच्च सुरक्षा जरूरत की उपेक्षा करने के लिए कह सकता है तथा उसके स्थान पर उपलब्ध राशि को किसी बचत योजना में निवेश करने के लिए कह सकता है, या ग्राहक कम जोखिम युक्त उत्पादों में पूँजी निवेश की सलाह को नकार सकता है तथा एक उच्च जोखिम उत्पाद खरीदने हेतु अभिकर्ता को निर्देश दे सकता है जो उस समय अच्छा प्रदर्शन कर रहा हो। (लेकिन भविष्य में वह इसी तरह का प्रदर्शन न कर सके)

इस मामले में अभिकर्ता को अपने सुझाव के कारणों की विस्तृत चर्चा करते हुए उक्त सुझाव के अनुसरण हेतु ग्राहक को मनाने का प्रयास करना चाहिए। तथापि, यदि ग्राहक अब भी अभिकर्ता की सलाह के विरुद्ध कार्य करना चाहता है, तो अभिकर्ता को ग्राहक के निर्देशों का अनुपालन करने में अपनी सहमति व्यक्त करनी चाहिए, यद्यपि यह स्पष्ट कर देना चाहिए कि यह अभिकर्ता का दिया गया सुझाव नहीं है।

अभिकर्ता के सुझावों से भिन्न व्यवहार करने का ग्राहक का निर्णय निम्नांकित दो चरणों पर प्रकट हो सकता है।

- प्रस्तुति के समय; या
- तथ्य-अन्वेषण साक्षात्कार के समय;

जब भी ग्राहक को कोई शंका उत्पन्न हो वैसे ही अभिकर्ता को उसका समाधान करना आवश्यक होता है।

D4 मंथन तथा उत्पाद परिवर्तन

बीमा क्षेत्र में बढ़ता हुआ चिंता का विषय है कि एक उत्पाद को ले लेने के बाद उसके स्थान पर अन्य उत्पाद अपनाने की है, यद्यपि अब यह विनियामक (IRDA) के पहले से सक्रिय होकर प्रयासों द्वारा तथा मध्यस्थों में व्यावसायिकता की वृद्धि के साथ नियन्त्रण में लाई जा रही है।

D4A मंथन (चर्निंग)

ग्राहकों को बार-बार एक पॉलिसी या एक निवेश से दूसरे में परिवर्तित करने के लिए प्रोत्साहित करना **मंथन** कहलाता है। बीमा मंथन एक व्यवहार के रूप में प्रयुक्त हो रहा है जिसमें अभिकर्ता सुझाव देते हैं कि ग्राहक अपनी वर्तमान पॉलिसी को समर्पित कर दे तथा प्राप्त राशि का उपयोग एक नई पॉलिसी खरीदने में करें, ताकि अभिकर्ता को नई पॉलिसी पर उच्च कमीशन मिले। यह गैर व्यावसायिक एवं अनैतिक व्यवहार है जो ग्राहक को समर्पण प्रभारों तथा पॉलिसी को परिपक्वता तक प्रभावी नहीं रखे जाने के कारण दीर्घ-अवधि लाभों में कमी के रूप में हुई हानि से पीड़ित करता है।



प्रकरण—अध्ययन

सुन्दर सिंह एक 38 वर्षीय स्व-नियोजित व्यवसायी हैं, जो एक इलैक्ट्रॉनिक दुकान का मालिक हैं। उसकी पत्नी एक गृहिणी तथा उनके दो पुत्र हैं। पाँच वर्ष पूर्व उसने रु. 10,00,000 बीमा धन की एक बन्दोबस्ती बीमा योजना ली थी।

एक दिन एक बीमा अभिकर्ता उससे मिलता है जो सुझाव देता है कि उसे उसकी (उस अभिकर्ता की) कम्पनी द्वारा हाल ही में लाये गये नवीनतम बचत बीमा योजना में निवेश करना चाहिए जो जीवन बीमा कवर के साथ गारंटीड प्रतिफल प्रदान करती है। सुन्दर प्रस्ताव को नकार देता है तथा अभिकर्ता से कहता है कि उसने कुछ समय पूर्व एक बन्दोबस्ती बीमा योजना में निवेश कर रखा है जो उसे बीमा कवर प्रदान करता है।

यह सुनने पर, अभिकर्ता सुन्दर के वर्तमान उत्पाद का और विवरण मांगता है। फिर वह उसकी जरूरतों का विश्लेषण करता है तथा गणना करके कहता है कि उसे और उच्च बीमा कवर की जरूरत है। वह सुन्दर को बताता है कि उसके द्वारा प्रस्तावित उत्पाद में एक बन्दोबस्ती बीमा योजना भी है जो रु. 15,00,000 का बीमा धन प्रदान करेगी।

अभिकर्ता सुन्दर को वर्तमान बन्दोबस्ती पॉलिसी को समर्पित करने तथा उस राशि का उपयोग उसके द्वारा संस्तुत पॉलिसी में निवेश करने की सलाह देता है क्योंकि वह उच्च बीमा धन प्रदान करेगी। सुन्दर अन्त में अभिकर्ता के सुझाव से सहमत हो जाता है तथा वर्तमान पॉलिसी को समर्पित करता है तथा नई योजना में निवेश कर देता है।

यह एक बीमा मंथन का मामला है क्योंकि:—

- बीमा अभिकर्ता सुन्दर को नहीं बताता है कि उच्च बीमा धन के लिए साथ ही उसे उच्च प्रीमियम का भुगतान करना होगा;
- सुन्दर की आयु बढ़ चुकी है अतः समान अवधि के लिए प्रीमियम पहले से अधिक होगा; तथा
- सुन्दर को वर्तमान पॉलिसी समर्पित करने के लिए समर्पण प्रभारों को वहन करना होगा।

अतः बीमा अभिकर्ता ने अपने अल्प अवधि में अपने बीमा विक्रय लक्ष्य की प्राप्ति के लिए सुन्दर को अच्छी सलाह नहीं दी जिसके परिणामस्वरूप सुन्दर को हानि हुई।

D4B कब उत्पाद परिवर्तन (बदलना) उपयुक्त होता है।

कभी कभी कुछ परिस्थितियों आयेंगी जहाँ ग्राहक को गलत (अनुपयुक्त) पॉलिसी बेची जाती है जो उनकी जरूरतों के अनुरूप नहीं होती है। ऐसा भी हो सकता है कि ग्राहक द्वारा लिए गए उत्पाद का मौद्रिक मूल्य अच्छा नहीं हो और दूसरा जब ग्राहक वित्तीय कठिनाईयों का सामना कर रहा हो तथा उन्हें अपने व्यय कम करने की या अपने ऋणों को पुनः संयोजित करने की गंभीर जरूरत हो। इन परिस्थितियों में दुर्भाग्य से ग्राहक प्रायः वर्तमान पॉलिसियाँ निरस्त करवाना चाहता है तथा ऐसा स्वेच्छा से भी कर सकता है। ऐसी परिस्थितियों में अन्तिम सहारे के रूप में ग्राहक को किसी एक उत्पाद को समर्पण करने की सलाह देना तथा संभवतः, किसी अधिक उपयुक्त विकल्प के लिए ऐसा करना स्वीकार्य हो सकता है। **तथापि ऐसी सलाह केवल तभी देनी चाहिए जबकि ये परिवर्तन ग्राहक के सर्वोत्तम हित में हो।** फिर भी तब तक समर्पण या परिवर्तन का कोई सुझाव नहीं देना चाहिए जब तक अभिकर्ता ग्राहक को यह नहीं समझा देता कि परिवर्तन से वह क्या खो देगा या प्राप्त कर सकता है।

प्रकरण—अध्ययन



ओमी श्रीवास्तव एक बहुराष्ट्रीय कम्पनी के लिए कार्य कर रहा 31 वर्षीय व्यक्ति है। ओमी विवाहित है तथा उसकी एक तीन वर्षीय पुत्री, दीपिका है उसकी पत्नी एक गृहिणी है। ओमी तथा उसका परिवार किराये के एक फ्लैट में रहते हैं तथापि कुछ समय बाद वह एक मकान खरीदने की योजना भी बना रहा है। वह डाऊन पेमेन्ट के लिए राशि संचय करने में लगा हुआ है लेकिन उसे कुछ सफलता ही मिली है। ओमी दीपिका की उच्च शिक्षा तथा विवाह के लिए भी निवेश शुरू करना चाहता है। अब से कुछ समय पहले से वह ऐसा करने की योजना बना रहा है लेकिन एक बार फिर इसकी शुरुआत करने में समर्थ नहीं होता है।

ओमी असमंजस में है। वह 23 वर्ष की उम्र से कार्य कर रहा है तथा गत आठ वर्षों में कई बीमा अभिकर्ता उससे सम्पर्क कर चुके हैं तथा कर बचत की आड़ में उसे अनेक बन्दोबस्ती, अवधि एवं मनी-बैंक पॉलिसियों की गलत बिक्री कर चुके हैं जिसकी उसे वास्तव में जरूरत नहीं थी। ओमी के पास छः जीवन बीमा पॉलिसियाँ हैं जिनका कुल वार्षिक प्रीमियम रु. 1,10,000 है। यह छः जीवन बीमा पॉलिसियाँ उसे कुल रु. 50 लाख की सुरक्षा प्रदान करती हैं। ओमी की आयु, उसकी आय सुरक्षा जरूरतों तथा उसकी अन्य जिम्मेदारियों (जैसे एक मकान खरीदना तथा दीपिका की शिक्षा तथा विवाह के लिए धन की बचत करना) को ध्यान में रखते हुए उसे कम से कम रु. 1 करोड़ के बीमा कवर की जरूरत है। साथ ही रु. 1,10,000 का वार्षिक प्रीमियम भी ओमी के नकद प्रवाह पर निम्नलिखित तरीके से जबरदस्त दबाव भी डालता है:—

- एक ऐसा बड़ा प्रीमियम भुगतान करने के बाद भी ओमी को आवश्यक राशि का बीमा कवर उपलब्ध नहीं है जिसकी उसे जरूरत है।
- इसके साथ ही, बड़े प्रीमियम का भुगतान उसके अन्य अनिवार्य वित्तीय लक्ष्यों जैसे—एक मकान खरीदने तथा दीपिका की शिक्षा तथा विवाह के लिए निवेश करने की आवश्यकता को भी बाधित करता है।

एक दिन एक बीमा अभिकर्ता उससे सम्पर्क करता है जो उसकी वर्तमान निवेश तथा सुरक्षा आवश्यकताओं की समीक्षा कर आवश्यकतानुरूप वित्तीय योजना बनाता है। ओमी सहमत होता है तथा अभिकर्ता को सभी आवश्यक सूचना प्रदान करता है। बीमा अभिकर्ता ओमी के साथ तथ्य-अन्वेषण करता है तथा प्रारम्भिक विश्लेषण के सारांश के रूप में कहता है कि वह छः पॉलिसियाँ ओमी को वांछित सुरक्षा प्रदान

नहीं करती है तथा वे उसके महत्वपूर्ण वित्तीय लक्ष्यों की पूर्ति में बाधा भी उत्पन्न करती है।

अभिकर्ता ओमी को निम्नानुसार करने की सलाह देता है:—

- दो मनी-बैंक पॉलिसियाँ जारी रखें जो अगले दो वर्षों में परिपक्व होने वाली है तथा उनके लिए प्रीमियम का निरन्तर भुगतान करें। वह उसे उन पॉलिसियों के परिपक्वता लाभों का उपयोग मकान के डाऊन पेमेन्ट करने के लिए सलाह भी देता है। एक बार वे पॉलिसियाँ जब परिपक्व हो जाएँ तो उनके लिए किए जा रहे प्रीमियम राशि की बचत का उपयोग गृह ऋण के EMI भुगतान के लिए भी कर सकता है।
- अवधि पॉलिसी को सामान्य रूप चालू रखें। अभिकर्ता उसे रु. 75 लाख की एक और अवधि बीमा पॉलिसी लेने की सलाह देता है ताकि उसका कुल कवर रु. 1 करोड़ हो जाएँ।
- शेष तीनों बन्दोबस्ती पॉलिसियों को चुकता पॉलिसियों में परिवर्तित करा दे। प्रीमियम भुगतान न करने के कारण बचत की गई धनराशि का उपयोग दीपिका की शिक्षा तथा विवाह के लिए एक बाल योजना (यूनिट-लिंकड बीमा योजना) खरीदने में करें। यूलिप के द्वारा ओमी पूँजी बाजार की वृद्धि में शामिल होकर एक्सपोजर पा सकता है, जो उसे दीर्घावधि में एक अच्छी पूँजी वृद्धि प्रदान कर सकती हैं।

बीमा अभिकर्ता ओमी को उसके निवेशों को पुनर्व्यवस्थित करने के पक्ष तथा विपक्ष को दृष्टांतों द्वारा प्रदर्शित करता है। वह उसे यह भी बताता है कि तीन बन्दोबस्ती पॉलिसियों को चुकता (पेड-अप) कराने पर परिपक्वता तिथि तक धनराशि लॉक-इन हो जाएगी परन्तु वह इन तीन पॉलिसियों हेतु अपेक्षाकृत उच्च प्रीमियम भुगतान करने के दायित्व से मुक्ति पा जाएगा। अभिकर्ता ओमी को यूलिप के अन्तर्गत 15-20 वर्षों बाद प्राप्त होने वाले प्रतिफल का तुलनात्मक चार्ट प्रस्तुत करता है। अभिकर्ता जीवन बीमा काउन्सिल द्वारा निर्धारित प्रावधानों के अनुसार लाभ दृष्टांत दस्तावेज तैयार करके ओमी के समक्ष प्रस्तुत करता है।

ओमी को यह अहसास हो जाता है कि उसकी महत्वपूर्ण आवश्यकताओं के स्थान पर कर-बचत करने वाले उत्पादों का चयन कर उसने गलत निवेश किया था। वह इस अभिकर्ता द्वारा सुझाये गए उसकी आर्थिक सुरक्षा तथा वित्तीय उद्देश्यों की पूर्ति करने में सक्षम उत्पादों को अपनाने का निर्णय लेता है।

E पॉलिसियों से दीर्घकाल तक जुड़े रहने तथा अल्प अवधि में निरस्तीकरण से बचाव करना (अक्षुण्णता)

अक्षुण्णता/सततता का आशय व्यवसाय के उस परिमाण/मात्रा से है जिसे बीमा कम्पनियाँ बिना कालातित तथा समर्पण हुए प्रभावी बनाए रखने में सफल होती हैं। इसकी गणना निम्न प्रकार से की जाती है:—

$$\text{अक्षुण्णता (पर्सिस्टेन्सी)} = \frac{\text{वर्ष के अन्त में प्रभावी रहने वाली पॉलिसियों की संख्या}}{\text{वर्ष के प्रारम्भ में प्रभावी रहने वाली पॉलिसियों की कुल संख्या}}$$

उच्च अक्षुण्णता/सततता अनुपात बनाए रखने में अभिकर्ता महत्वपूर्ण योगदान करता है।

निम्न अक्षुण्णता/सततता अनुपात सम्पूर्ण बीमा उद्योग को विपरित रूप से प्रभावित करता है:

- **बीमा कम्पनी के लिए** इसका आशय होगा कि विशाल संख्या में पॉलिसियाँ कालातित हुई या उनका समर्पण किया गया, जिसके परिणामस्वरूप लाभ में कमी (हानि) तथा आरक्षित राशि के संचय में कमी होगी;
- **ग्राहक के लिए** उसका तात्पर्य अपेक्षाकृत उम्मीद से कम लाभ तथा बीमा आवरण/कवर की हानि से है;
- **अभिकर्ताओं के लिए** इसका तात्पर्य नवीनीकरण कमीशन की हानि से है।

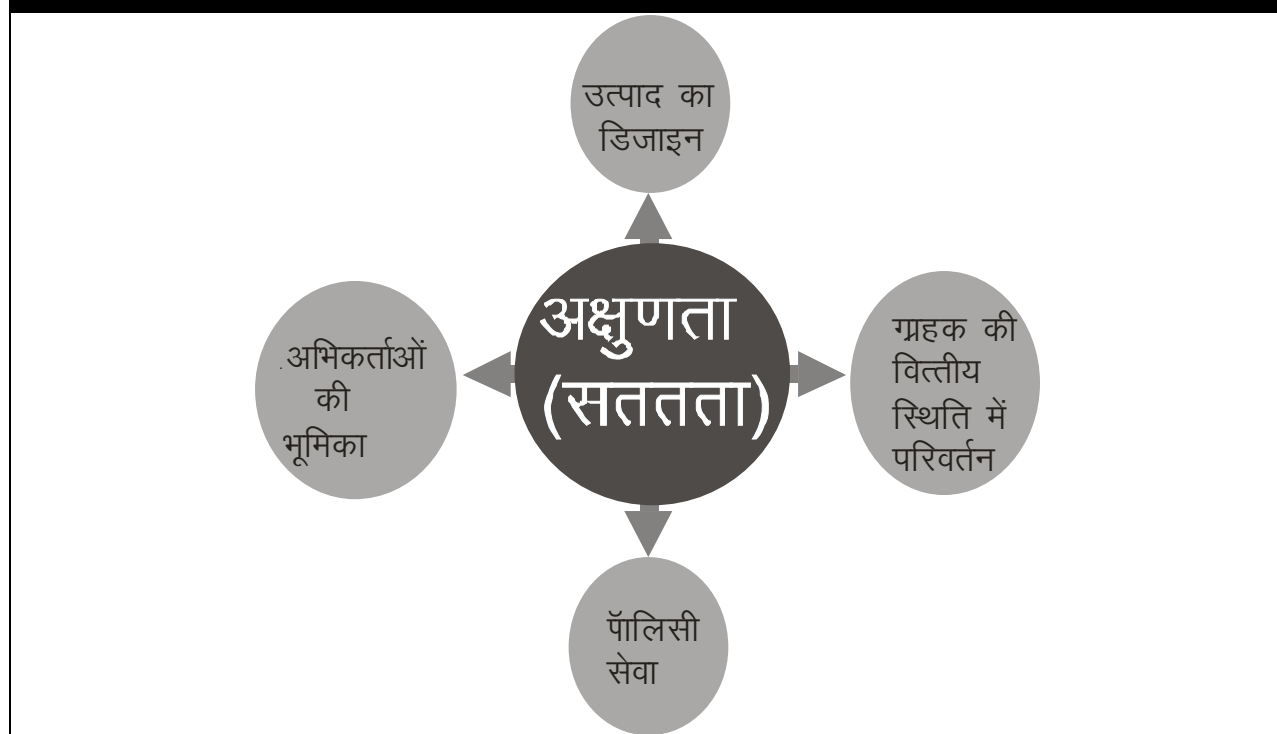
E1 अक्षुण्णता/सततता के लाभ

बीमा कम्पनी, अभिकर्ता तथा ग्राहक सभी पॉलिसियों को बनाये रखने तथा जल्दी समर्पण रोकने से लाभान्वित होते हैं।

लक्ष्यों की पूर्ति में ग्राहक की मदद करती है।	परिपक्वता तक पॉलिसी को अस्तित्व में बनाये रखना ग्राहक के उन अंतिम लक्ष्यों जैसे बच्चों की शिक्षा तथा विवाह के खर्चों की पूर्ति करने तथा आवश्यक सेवानिवृत्ति निधि बनाने में मदद करता है जिसके लिए पॉलिसी ली गई थी।
राजस्व/आय में वृद्धि होती है।	उच्च अक्षुण्णता कंपनी को उच्च राजस्व/आय अर्जन तथा लाभप्रदता बनाये रखने में मदद करती है।
लागत में कमी होती है।	बीमा कंपनी के लिए प्रारंभिक वर्षों में प्रशासनिक लागतें तथा अन्य व्यय उच्च होते हैं। कंपनी इस लागत को पॉलिसी की संपूर्ण अवधि में वितरित करने का प्रयास करती है, यदि पॉलिसी के प्रारंभिक कुछ वर्षों में ग्राहक पॉलिसी का समर्पण करता है, तो बीमा कंपनी व्ययों की वसूली करने में समर्थ नहीं होगी। अतः एक उच्च अक्षुण्णता/सततता अनुपात बीमा कंपनी को लागतें घटाने में मदद करता है।
ग्राहक संतुष्टि में वृद्धि होती है।	उच्च अक्षुण्णता से ग्राहक संतुष्टि में वृद्धि होती है, जो कंपनी को एक सकारात्मक ब्राण्ड मूल्य विकसित करते में मदद करती है।

E2 वे कौन से विभिन्न कारक हैं जो अक्षुण्णता को प्रभावित कर सकते हैं?

चित्र 10.4



हम बारी-बारी से इनमें से प्रत्येक कारक की चर्चा करेंगे।

• उत्पाद डिजाइन

यदि ग्राहक अपनी पॉलिसी द्वारा प्राप्त होने वाले लाभों तथा प्रतिफलों से असन्तुष्ट होता है, तो वो उसे समर्पित करने का निर्णय ले सकता है। बीमा कम्पनियों को पॉलिसी के कालातित एवं समर्पण से बचने के लिए अपने ग्राहकों की वास्तविक जरूरतों के आधार पर उत्पादों को डिजाइन करना चाहिए।

• ग्राहक की वित्तीय स्थितियों में परिवर्तन

ग्राहक की वित्तीय स्थितियों में बेरोजगारी, अपंगता या स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के कारण परिवर्तन हो सकता है। इसके परिणामस्वरूप वे समय पर प्रीमियम का भुगतान करने की स्थिति में नहीं होते हैं अतः पॉलिसी कालातित हो जाती है।

• पॉलिसी सेवा प्रदान करना

बीमा अभिकर्ताओं को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि वे ग्राहकों से नियमित सम्पर्क बनाये रखें तथा जब-जब प्रीमियम देय हो जाता हो याद दिलाते रहें। उन स्थितियों में जब ग्राहक प्रीमियम का समय पर भुगतान करने में असमर्थ हो, तो अनुग्रह अवधि के भीतर प्रीमियम का भुगतान करने के लिए कहना चाहिए। बीमाकर्ता को भी यह सुनिश्चित करना चाहिए कि दिये गए वचनों के अनुसार वास्तव में लाभ प्रदान किए जाएं। यदि बीमाकर्ता ऐसा करने में असफल रहता है, तो ग्राहक सेवा से असन्तुष्ट हो जाता है तथा पॉलिसी को समर्पित करने का चयन कर सकता है।

• अभिकर्ताओं की भूमिका

अभिकर्ता उच्च अक्षुण्णता बनाये रखने में अत्यन्त महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं। बीमा अभिकर्ताओं को अपने ग्राहकों के साथ अच्छे सम्बन्ध बनाने चाहिए तथा उन उत्पादों के सुझाव पर जोर देना चाहिए जो ग्राहक की जरूरतों के लिए अधिकतम उपयुक्त हो तथा उसे अपने प्राप्त होने वाले कमीशन की राशि के आधार पर नहीं

E3 उच्च अक्षुण्णता/सततता बनाये रखने की विभिन्न विधियाँ क्या हैं?

किसी बीमा कम्पनी द्वारा उच्च अक्षुण्णता बनाये रखने के लिए उपयोग की जा सकने वाली विभिन्न विधियाँ निम्नानुसार हैं:-

प्रीमियम भुगतान में लोचनियता (फ्लेक्सिबिलिटी)	ग्राहकों को प्रीमियम भुगतान की विभिन्न विधियों का विकल्प दिया जाना चाहिए जैसे, चेक, नकद, डिमांड ड्राफ्ट, राशि का ऑनलाइन स्थानान्तरण, इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सिस्टम (ECS), क्रेडिट/डेबिट कार्ड, अधिकृत बीमा अभिकर्ताओं/सलाहकारों द्वारा प्रीमियम का एकत्रण, ई-सेवा केन्द्र आदि।
देय प्रीमियम तिथियों का नियमित रूप से रिमाइंडर	वार्षिक प्रीमियम भुगतान की दशा में यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है, क्योंकि भुगतान तिथियों के मध्य लम्बे अंतराल के कारण ग्राहक भूल सकता है। ग्राहकों को ई-मेल, डाक द्वारा रिमाइंडर पत्र, टेलिफोन कॉल्स, एस. एम. एस./टेक्स्ट के रूप में संदेश प्रेषण या इन सबके सम्मिलित उपयोग द्वारा पहले से याद दिलाना चाहिए। बीमा कंपनी ग्राहक के घर या ऑफिस से प्रीमियम चेक एकत्र करने के लिए अपने प्रतिनिधि को भेज कर एक संग्रहण सेवा भी प्रदान कर सकती है।
ग्राहकों से निरन्तर सम्पर्क	अभिकर्ता को ग्राहकों के साथ उन्हें बाजार में नये आये उत्पादों का सूचना देने के माध्यम से निरन्तर सम्पर्क में रहना चाहिए जो उनकी विभिन्न जरूरतों को पूरा करने हेतु खरीदे जा सकते हैं। अभिकर्ता का ग्राहक के साथ अच्छा सम्बन्ध विकसित करना महत्वपूर्ण होता है ताकि उच्च अक्षुण्णता/सततता बनायी रखी जा सके।
पॉलिसी सेवा प्रदान करना	पॉलिसी सेवा प्रदान करने के माध्यम से ग्राहक के साथ निरन्तर सम्पर्क बनाये रखना चाहिए। यदि ग्राहक को किसी सहायता की आवश्यकता हो, उदाहरण के लिए नामिती/लाभग्राहिता में परिवर्तन करने के लिए, सम्पर्क सूत्र (पते) में परिवर्तन करने के लिए, प्रीमियम भुगतान की विधि में परिवर्तन करने के लिए आदि।



प्रश्न 10.2

विस्तार से समझाइये कि मंथन का तात्पर्य क्या है?

F ग्राहकों के अधिकार तथा शिकायत की प्रक्रियाएँ

जब कोई व्यक्ति बीमा योजना खरीदता है, तो उस समय बीमा कम्पनी द्वारा प्रदान किए जाने वाले लाभों की वचनबद्धता के अनुसार लाभ प्राप्त करने के उद्देश्य से इसको खरीदता है। जब ग्राहक पॉलिसी की अवधि के दौरान या परिपक्वता पर उन लाभों को प्राप्त नहीं करता है तथा सेवा से असन्तुष्ट हो या उसका कोई प्रश्न या समस्या हो जिसका समाधान नहीं किया जाए तो उसे शिकायत करने का अधिकार प्राप्त है।

बीमा कम्पनी तथा उनके अभिकर्ताओं के लिए स्पष्टतया यह बहुत महत्वपूर्ण क्षेत्र होता है तथा अध्याय 14 में ग्राहक सुरक्षा के अन्तर्गत हम इस पर चर्चा करेंगे।



प्रश्न 10.3

उच्च अक्षुण्णता के लाभ क्या है?

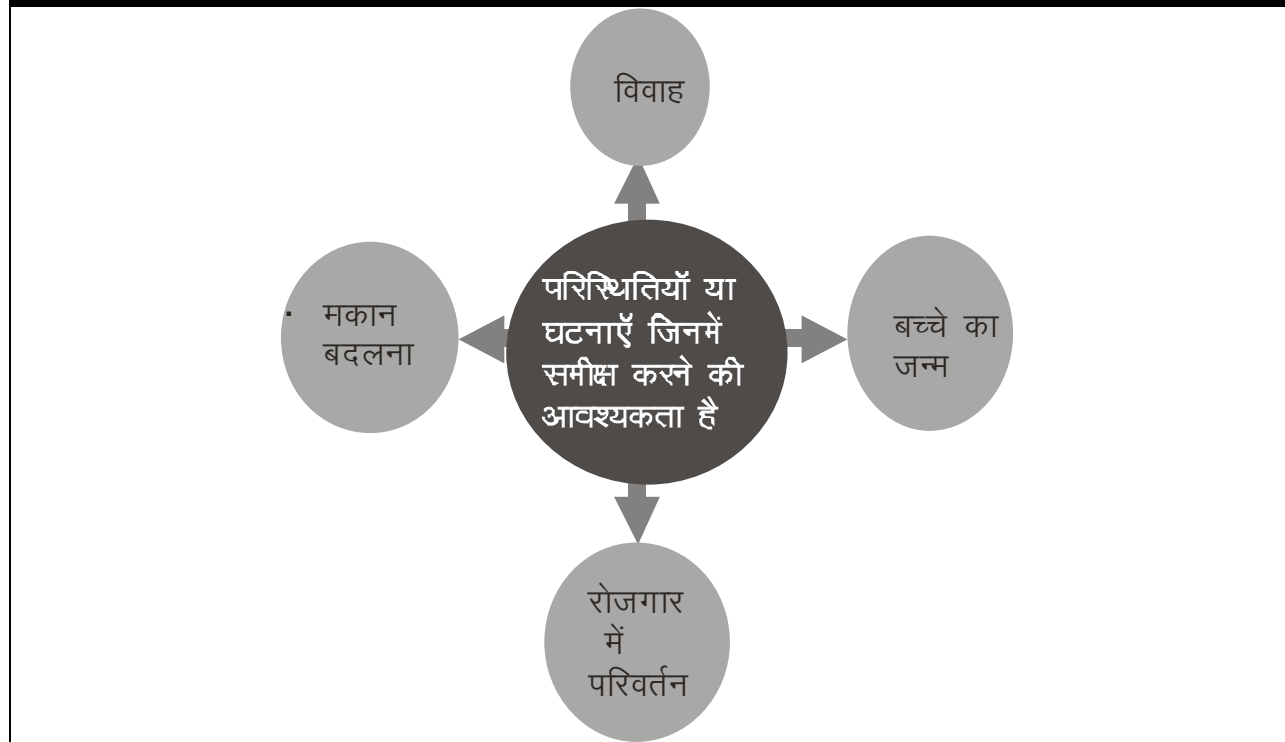
G ग्राहकों के साथ दीर्घ-कालीन सम्बन्ध बनाना

बीमा कम्पनियों का उद्देश्य अल्प अवधि विक्रय पर ध्यान देने के बजाय अपने ग्राहकों के साथ दीर्घ अवधि का सम्बन्ध बनाना होना चाहिए। एक सन्तुष्ट ग्राहक अन्य संभावित ग्राहकों का स्रोत होता है क्योंकि वे बीमा कम्पनी तथा अभिकर्ता के बारे में सकारात्मक (बातें करेंगे) सोच रखते हैं।

जब सुझाव दे दिया जाता है तथा तदनुसार कार्यवाही कर ली जाती है, तो बीमा अभिकर्ता को विषय की समाप्ति नहीं समझना चाहिए। ग्राहक के साथ निरन्तर सम्बन्ध जारी रखना बहुत अच्छा तथा दोनों पक्षकारों के लिए लाभप्रद होता है। अतः बहुत से अभिकर्ता अपने ग्राहकों की वित्तीय जरूरतों तथा वित्तीय योजनाओं की सतत समीक्षा करने की व्यवस्था करते हैं।

समीक्षाएँ अनियमित हो सकती हैं लेकिन सम्बन्धित घटनाओं जैसे कर या विधिक परिवर्तन, एक नये बीमा उत्पाद का परिचय या किसी ग्राहक की परिस्थितियों में परिवर्तन की स्थिति में आवश्यक होती है। एक समीक्षा घटनाओं से प्रेरित हो सकती है जैसे :

चित्र 10.5



इन परिवर्तनों के लिए दिए जाने वाले सुझाव हो सकते हैं:—

- नये सुरक्षा अनुबंध लागू (प्रभावी) कराना;
- सुरक्षा के वर्तमान स्तर में वृद्धि;
- निवेशों में बदलाव;
- वर्तमान कर बचत योजनाओं में परिवर्तन।



इस पर विचार करें...

किसी ग्राहक की परिस्थिति में कौन सा विशिष्ट परिवर्तन उसकी वित्तीय योजनाओं की समीक्षा की जरूरत उत्पन्न कर सकते हैं? इन परिवर्तित परिस्थितियों से निपटने के लिए क्या सुझाव दिये जा सकते हैं?



मुख्य पद

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिंदुओं का संक्षिप्त विवरण:—

बीमा अभिकर्ता के कर्तव्य तथा उत्तरदायित्व

- बीमा अभिकर्ता के मुख्य कर्तव्यों तथा दायित्वों में ग्राहक की जरूरतों को निश्चित करना तथा उन जरूरतों की पूर्ति के लिए सबसे उपयुक्त उत्पाद की पहचान करना शामिल है। उसे सुनिश्चित करना चाहिए कि इससे बीमाकर्ता के पक्ष में कोई विपरीत चयन न हो।

ग्राहक की आवश्यकताएँ

- एक बार जब ग्राहक के लिए तथ्य-अन्वेषण प्रक्रिया पूर्ण हो जाती है, तो बीमा अभिकर्ता को उपयुक्त उत्पाद का सुझाव ग्राहक को देना होता है। ऐसा करने के लिए उसे ग्राहक की जरूरतों तथा आवश्यकताओं की पूर्ण समझ होनी चाहिए।

अभिकर्ता का पारिश्रमिक तथा प्रकटन

- जीवन बीमा अभिकर्ता का पारिश्रमिक बीमा अधिनियम 1938 के विनियमों द्वारा नियन्त्रित होता है।
- जीवन बीमा अभिकर्ता अपना पारिश्रमिक कमीशन के रूप में प्राप्त करता है।
- किसी ग्राहक द्वारा अभिकर्ता से पूछे जाने पर कि बीमा के लिए उसे कितना पारिश्रमिक या कमीशन मिलता है, उसे इसका प्रकटन करना चाहिए।
- 1 जुलाई 2010 से सभी बीमाकर्ताओं को यूलिप योजनाओं के लाभ दृष्टान्त दस्तावेज में अभिकर्ताओं को दिये जाने वाले कमीशन को स्पष्ट रूप से दर्शाना है।

उपयुक्त पॉलिसियों का सुझाव देना

- ग्राहक को पॉलिसियों के सुझाव देने से पूर्व, उसकी जरूरतों की सूची की जाँच करके इस बात की पुष्टि करनी चाहिए कि वे अब भी ग्राहक के लिए चिन्ता के विषय हैं। एक बार जब जरूरतों पर सहमति बन जाती है, तो ग्राहक को उपयुक्त उत्पाद के बारे में उसके लाभ सहित समझाना चाहिए।
- ग्राहक को बार-बार एक पॉलिसी या निवेश से दूसरे में परिवर्तन हेतु प्रेरित करना मंथन कहलाता है। यह बर्नाईक व्यवहार है तथा इससे बचना चाहिए।

पॉलिसियाँ जारी रखने तथा अल्प-अवधि निरस्तीकरण को रोकने (अक्षुण्णता) के दीर्घ अवधि लाभ

- अक्षुण्णता/सततता से तात्पर्य उस व्यवसाय की परिमाण से है जिसे बीमा कम्पनियाँ पॉलिसी कालातीतता या समर्पण के बिना बनाये रखने में सफल होती हैं।
- उच्च अक्षुण्णता लाभप्रदता बनाये रखने तथा प्रशासनिक लागतें कम करने में मदद करती है।

ग्राहकों के अधिकार तथा शिकायत प्रक्रियाएँ

- ग्राहक को अपने बीमा अभिकर्ताओं तथा जीवन बीमा कम्पनियों की सेवाओं से असन्तुष्ट होने की स्थिति में शिकायत करने का अधिकार होता है।

ग्राहकों से दीर्घ अवधि सम्बन्ध बनाना

- बीमा कम्पनियों का उद्देश्य अल्प अवधि विक्रय पर ध्यान देने के बजाय ग्राहकों से दीर्घावधि सम्बन्ध बनाना होना चाहिए।



प्रश्न-उत्तर

10.1 निम्न में से कोई तीन:

- बीमा कम्पनी को संभावित ग्राहक की पहचान करना तथा उनकी विभिन्न जरूरतों की पहचान के लिए जरूरतों का विश्लेषण करना।
- बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित विभिन्न बीमा उत्पादों का पर्याप्त ज्ञान रखना तथा प्रत्येक उत्पाद के विभिन्न लाभों एवं विशेषताओं की समझ रखना।
- ग्राहकों को उनकी जरूरतों एवं निवेश क्षमता के अनुरूप उपयुक्त उत्पाद का सुझाव देना।
- यह सुनिश्चित करना कि प्रस्ताव फार्म सही रूप से भरा गया है तथा ग्राहकों द्वारा दी गई सभी सूचनाएँ सही हैं।
- आवश्यक दस्तावेजों जैसे आयु, पहचान तथा पते का प्रमाण, मेडिकल रिपोर्ट तथा जोखिमांकन के लिए किन्हीं अन्य आवश्यक दस्तावेजों को एकत्र करने का उत्तरदायित्व लेना।
- विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद के सम्बन्ध में कमीशन की दर को प्रकट करना, यदि सम्भावित ग्राहक द्वारा इसके लिए पूछा जायें।
- पॉलिसीधारक को मौखिक तथा लिखित दोनों प्रकार से स्मरण करा कर निर्धारित समय के भीतर प्रीमियमों का प्रेषण सुनिश्चित करना तथा ग्राहकों से प्रीमियम एकत्र करना, यदि ऐसा करने हेतु वे सम्बन्धित बीमाकर्ता द्वारा अधिकृत हों।
- अभिकर्ता की गोपनीय रिपोर्ट में किन्हीं गलत आदतों, आय विसंगति या अन्य किसी सारभूत तथ्य के बारे में सूचना प्रदान करके प्रस्तावक द्वारा प्रदर्शित जोखिम के आंकलन में जोखिमांककों की मदद करना।
- पॉलिसी दस्तावेज में किसी आवश्यक परिवर्तन जैसे पता, नामांकन आदि करने में ग्राहकों की मदद करना।
- दावा उत्पन्न होने पर निपटान प्रक्रिया में विधिक लाभग्राहिताओं या नामितों की सहायता करना।

10.2 ग्राहकों को बार-बार एक पॉलिसी या निवेश से दूसरे से जुड़ने के लिए प्रोत्साहित करना मंथन कहलाता है। बीमा मंथन एक व्यवहार है जिसमें अभिकर्ता सुझाव देते हैं कि ग्राहक अपनी वर्तमान पॉलिसी को समर्पित कर दे तथा प्राप्त राशि का उपयोग एक नई पॉलिसी को खरीदने में करें, ताकि अभिकर्ता को नई पॉलिसी पर उच्च कमीशन मिले। यह गैर व्यावसायिक एवं अनैतिक व्यवहार है जो ग्राहक को समर्पण प्रभारों तथा पॉलिसी को परिपक्वता तक जारी नहीं रखे जाने के कारण घटे हुए दीर्घ-अवधि लाभों के रूप में हुई हानि से पीड़ित करता है।

10.3 बीमा कम्पनी, अभिकर्ता तथा ग्राहक सभी पॉलिसियों को जारी रखने तथा अल्प अवधि के समर्पण रोकने से लाभ प्राप्त करते हैं :-

- **लक्ष्यों की प्राप्ति में ग्राहक की मदद** परिपक्वता तक पॉलिसी को प्रभावी रखना ग्राहक के उन अति आवश्यक लक्ष्यों जैसे बच्चों के शिक्षा खर्चों तथा विवाह खर्चों की पूर्ति करना तथा आवश्यक सेवानिवृत्ति निधि बनाने में मदद करता है, जिसके लिए पॉलिसी ली गई थी।
- **राजस्व में वृद्धि** उच्च अक्षुण्णता बीमा कम्पनी को उच्च राजस्व अर्जन तथा लाभप्रदता बनाये रखने में मदद करती है।
- **लागत में कमी** पॉलिसी के प्रारम्भिक वर्षों में बीमा कम्पनी के लिए प्रशासनिक लागतें तथा अन्य व्यय उच्च होते हैं। कम्पनी इस लागत को पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि तक विस्तारित करती है, यदि ग्राहक

प्रारंभिक वर्षों में पॉलिसी समर्पित करता है तभी बीमा कम्पनी अपने व्ययों की पूर्ति में असमर्थ होती है। अतः एक उच्च अक्षुण्णता अनुपात बीमा कम्पनी को लागतें घटाने में मदद करता है।

- **ग्राहक सन्तुष्टि में वृद्धि** उच्च अक्षुण्णता से ग्राहक सन्तुष्टि में वृद्धि होती है जो कम्पनी के लिए एक सकारात्मक ब्राण्ड मूल्य विकसित करने में मदद करती है।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	किसी ग्राहक की परिस्थिति में उन परिवर्तनों को सूचीबद्ध करें जो उनकी वित्तीय योजनाओं की समीक्षा की जरूरत उत्पन्न कर सकते हैं?
2	किन परिस्थितियों में किसी अभिकर्ता द्वारा एक पॉलिसी का समर्पण करने का सुझाव दिया जा सकता है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर



1	<p>निम्न में से कोई तीन:</p> <ul style="list-style-type: none"> • विवाह • बच्चे का जन्म • नौकरी में परिवर्तन • मकान बदलना
2	<p>निम्नलिखित परिस्थितियों में पॉलिसी समर्पण करने का सुझाव दिया जा सकता है:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ऐसी परिस्थितियाँ जब ग्राहक को गलत पॉलिसी बेची जाती है जो उनकी जरूरतों के अनुरूप नहीं होती है। • ऐसा भी हो सकता है कि ग्राहक द्वारा उत्पाद लेते समय उसका वित्तीय मूल्य अच्छा नहीं हो। • जब ग्राहक वित्तीय कठिनाईयों महसूस करता है तथा उसे अपने व्यय कम करने तथा ऋणों को पुनः संयोजित करने की गंभीर जरूरत हो।

अध्याय-11

दावे

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये कम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A एक मान्य दावे की आवश्यकताएँ	11/3
B एक दावा अमान्य क्यों हो सकता	11/7
C मृत्यु के बाद के कर्तव्य और दस्तावेजी सबूत	11/8
D दावा निपटान	11/10
E धोखाधड़ी युक्त दावे	11/12
F शून्य और शून्यकरणीय अनुबन्ध	11/15
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन के उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- दावे को परिभाषित करना
- विभिन्न प्रकार के दावों की पहचान करना
- मान्य दावों की आवश्यकताओं पर चर्चा करना
- अमान्य दावों की पहचान करना
- मृत्यु दावा निपटान के लिए प्रस्तुत किये जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों की सूची बनाना
- शीघ्र मृत्यु दावों का वर्णन करना

- परिपक्वता, विद्यमानता हित लाभ और मृत्यु दावा निपटान की प्रक्रिया की व्याख्या करना
- दावों के निपटान से संबंधित आईआरडीए के दिशा निर्देशों को याद रखना
- धोखाधड़ी वाले दावों को निपटाने के परिणामों को बताना
- शून्य और शून्यकरणीय अनुबन्ध के बीच के अंतर को समझाना
- जीवन बीमा में निर्विवादता खंड को समझाना

परिचय

जीवन बीमा खरीदने का निर्णय लेते समय, ग्राहक कई कारकों को ध्यान में रखेगा। इन में शामिल हैं:

- उत्पाद के मूल्य
- उत्पाद की विशेषताएँ
- अन्य बीमा और निवेश उत्पादों की तुलना में उत्पाद द्वारा प्रदान किया जाने वाला सम्भावित प्रतिफल
- योजना अवधि, प्रीमियम भुगतान, नकदी की तरलता आदि के संदर्भ में प्रस्तुत लचीलापन
- उत्पाद से प्राप्त होने वाले टैक्स लाभ
- कंपनी द्वारा प्रदान की जा रही ग्राहक सेवा का स्तर

यह सभी कारक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, लेकिन एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू जिसपर कुछ लोग ही ध्यान देते हैं, वह है कि बीमा कंपनी किस प्रकार से दावे को निबटाती है। एक पॉलिसीधारक के जीवनकाल के दौरान बीमा उत्पाद में क्या कुछ अच्छा है अगर नामित/लाभार्थी/समनुदेशिनी को बीमा कंपनी से उचित समय में और आसानी से दावे प्राप्त नहीं होते? बीमा कंपनी और बीमा पॉलिसी की असली परीक्षा तब होती है, जब पालिसी में दावा उत्पन्न होता है। लोग बीमा इसलिए लेते हैं क्योंकि वे दुर्भाग्य की संभावना को लेकर चिंतित रहते हैं। अधिकतर व्यक्तियों द्वारा बीमा का 'मूल्य', अंततः उनके दावे को किस प्रकार से निपटाया जाता है इस पर आंका जायेगा।

जबकि, आईआरडीए द्वारा दावे निपटाने के लिए व्यापक दिशा निर्देश जारी किये गये हैं, लेकिन यह प्रत्येक कंपनी और दावा निपटाने वाले उनके कर्मचारियों पर निर्भर करता है कि जब भी कोई दावा उत्पन्न होता है तो वे इसे कैसे शीघ्रता और कुशलता से निपटाते हैं। दावा निपटान अनुपात (सूचित किये गये हर 100 दावों में से कितने दावे निपटाये गये) भी एक मानक है जिस पर एक बीमा कंपनी को परखा जाता है। इसलिए, दावों को निपटाना एक महत्वपूर्ण विषय बन गया है।

इस अध्याय में, आप एक बीमा एजेंट के रूप में, दावों के बारे में सभी आवश्यक बातों जैसे उनके प्रकार और उनके निपटारे के विषय में सीखेंगे। आप मान्य और अमान्य दावों के विषय में और जब आपके ग्राहक की पॉलिसी में दावा उत्पन्न होता है तो आपको क्या करना चाहिये, इस विषय में सीखेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

दावा	परिपक्वता दावे	विद्यमानता हितलाभ भुगतान	मृत्यु दावा
मान्य दावा	पॉलिसी जो चागू नहीं	पॉलिसी की शर्तों का उल्लंघन	धोखाधड़ी वाले दावे
दावा दस्तावेज	शीघ्र मृत्यु दावा	मृत्यु का अनुमान	शून्य अनुबंध
शून्यकरणीय अनुबंध	निर्विवादित अनुबंध	दावेदार का बयान	राइडर लाभ
प्रीमियम की वापसी (ROP)	अन्तिम बोनस (टर्मिनल बोनस)		

A एक मान्य (वैलिड) दावे की आवश्यकताएँ

एक मान्य दावा के लिए औपचारिकताओं पर चर्चा करने से पहले हम यह देखेंगे कि एक दावा क्या है और दावों के विभिन्न प्रकार क्या हैं।

A1 दावा क्या है?

दावा एक मांग है कि संबंधित बीमा कंपनी, अनुबंध में किए गए वादे को निभाए। फिर, यह सुनिश्चित कर लेने पर कि दावे के निपटान के लिए सभी शर्तों और औपचारिकताओं का पालन किया गया है, बीमा कंपनी को अनुबंध में उसके लिये निर्धारित किये गये कार्य करने होते हैं, इसको दावे का निपटारा कहते हैं। इस खंड में हम तीन मुख्य प्रकार के दावों पर विचार करेंगे—**परिपक्वता दावा**, **मृत्यु दावा** और **राइडर लाभ**।

A2 परिपक्वता दावा

कुछ जीवन बीमा योजनाएँ जैसे बंदोबस्ती योजना और आजीवन योजना में, योजना के पूरा होने पर बीमित को एक निर्धारित राशि का भुगतान करने का वादा शामिल रहता है, यदि वे इन योजनाओं की पूरी अवधि तक जीवित रहते हैं। इस राशि को **परिपक्वता लाभ** राशि या **परिपक्वता दावा** राशि के रूप में जाना जाता है। परिपक्वता पर देय राशि की गणना, बीमित राशि में जो भी निहित बोनस हो उसे जोड़ कर उसमें से बकाया प्रीमियम और ब्याज यदि हो तो, को घटाकर की जाती है। कुछ मामलों में, योजना की अवधि के दौरान भुगतान किये गये प्रीमियम को योजना की परिपक्वता पर लौटा दिया जाता है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा इस योजना को '**प्रीमियम की वापसी**' (ROP) कहा जाता है।

उदाहरण

अजय ने एक बंदोबस्ती योजना खरीदी है जिसकी बीमित राशि रु. 25 लाख है और यह 30 वर्षों तक चलेगी। इस योजना की शर्तों के अनुसार यदि अजय 30 वर्ष के अंत तक जीवित रहता है और सभी प्रीमियमों का भुगतान करता है तो बीमा कंपनी उसे निहित बोनस के साथ (यदि कोई हो), परिपक्वता लाभ राशि या परिपक्वता दावे के रूप में रु. 25 लाख का भुगतान करेगी।

परिपक्वता पर बीमा कंपनी, अजय को अर्जित बोनस (जो हर वर्ष घोषित दर के अनुसार दिया जाता है)



के साथ एक बार देय टर्मिनल बोनस का भुगतान भी कर सकती है। यह टर्मिनल बोनस, पॉलिसीधारक को प्रोत्साहित करने के लिए होता है ताकि वह पॉलिसी को पूरी अवधि के लिए जारी रखे और प्रीमियम का नियमित रूप से समय पर भुगतान करता रहे।

टर्मिनल बोनस को अंतिम अतिरिक्त बोनस (एफ ए बी) या लॉयल्टी या परसिसटेन्सी बोनस के रूप में भी जाना जाता है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा यह पॉलिसी की शुरुआत में निर्धारित किया जा सकता है या वैकल्पिक रूप से यह पॉलिसी की अवधि में बीमा कंपनी के वित्तीय प्रदर्शन पर निर्भर करेगा। यह एक निर्दिष्ट अवधि (आमतौर पर कम से कम 15 वर्ष) तक प्रीमियम का भुगतान किये जाने की दशा में दिया जाता है।

बीमा कंपनी, यूलिप में, योजना अवधि के अंत में, निधि मूल्य (या कुछ मामलों में निधि मूल्य और बीमा राशि), परिपक्वता दावे के रूप में, भुगतान करती है या धन-वापसी (मनी बैक) पॉलिसी में, पॉलिसी की अवधि के दौरान प्राप्त उत्तरजीविता लाभ को घटाकर भुगतान करती है।

A2A उत्तरजीविता (सर्वाइवल) लाभ भुगतान

धन-वापसी (मनी बैक) पॉलिसियों के लिए बीमा कंपनी, पॉलिसी की अवधि के दौरान, विशिष्ट अवधि के बाद पॉलिसीधारक को निर्धारित भुगतान करती है। इन भुगतानों को **उत्तरजीविता लाभ** के रूप में जाना जाता है।

उदाहरण

अजय ने 20 साल के लिए रु. 20 लाख की बीमित राशि की एक धन-वापसी पॉलिसी खरीदी है, जो प्रत्येक पांच वर्ष बाद, उत्तरजीविता लाभ के रूप में, बीमा राशि का 25% का भुगतान करने का वादा करती है। इस मामले में बीमा कंपनी अजय को 5, 10, 15 और 20 साल के अंत में प्रत्येक बार रु. 5 लाख का भुगतान, उत्तरजीविता लाभ के रूप में करेगी। अगर पॉलिसी, एक सहभागिता पॉलिसी है तो बीमा कंपनी, 20वें वर्ष के अंत में, अंतिम भुगतान के साथ, निहित बोनस का भुगतान भी करेगी।



इस पर विचार करें...

एक उत्तरजीविता दावा किस प्रकार से परिपक्वता दावे से भिन्न है? कुछ उस प्रकार की पॉलिसियों पर विचार करें जिसमें दो प्रकार के दावें उत्पन्न होते हैं।



A2B घटी हुई बीमा राशि (चुकता मूल्य)

कभी कभी, किसी पॉलिसी की अवधि के दौरान पॉलिसीधारक को वित्तीय समस्याओं का सामना करना पड़ सकता है और वह प्रीमियम भुगतान जारी रखने की स्थिति में नहीं भी हो सकता है। ऐसी परिस्थिति में, पॉलिसी को समर्पण करने के बजाय पॉलिसीधारक के पास उसे चुकता मूल्य में बदलने का विकल्प होता है। ऐसी पॉलिसी के परिपक्व होने पर बीमा कंपनी द्वारा, आनुपातिक रूप से घटी हुई बीमा राशि का भुगतान किया जाता है।

A2C बट्टा (डिस्काउन्टेड) दावे

बट्टा दावे वे विकल्प हैं जिनका प्रयोग, पॉलिसीधारक पॉलिसी की परिपक्वता की तारीख से एक वर्ष के भीतर करता है।

A2D किशतों का नकदीकरण/कम्युटेशन

वार्षिकी योजनाओं के लिए, नियमित/सावधिक वार्षिकी भुगतान प्राप्त करने से पहले, एक मुश्त राशि निकाल सकता है। इसे नकदीकरण/कम्युटेशन के रूप में जाना जाता है। आम तौर पर बीमा कंपनियाँ किसी व्यक्ति को संचित निधि के एक तिहाई भाग की निकासी के लिए अनुमति देती हैं। संचित निधि का शेष दो तिहाई भाग, व्यक्ति के लिए वार्षिकी/एन्युटी खरीदने के लिए उपयोग किया जाना चाहिए।

A2E वार्षिकी/एन्युटी निहित होने पर भुगतान

बीमा कंपनी द्वारा वार्षिकियों के मामले में, निकालने होने पर, वार्षिकीग्राही/एन्युटेंट को नियमित वार्षिकी भुगतान शुरू किया जाता है। यह भुगतान मासिक, त्रैमासिक, अर्द्ध वार्षिक अथवा वार्षिक होगा जो योजना के नियमों और शर्तों पर निर्भर करता है।

A3 मृत्यु दावे

एक मृत्यु दावा वह है जहां योजना की अवधि के दौरान बीमित की मृत्यु पर जीवन बीमा कंपनी उसके द्वारा नामांकित/लाभार्थी व्यक्ति को बीमा राशि का भुगतान करती है। आजीवन पॉलिसियों में, मृत्यु पर बीमा राशि का भुगतान किया जाता है, मृत्यु चाहे जब भी हो यानी कोई तय समयावधि नहीं होती है। अगर सहभागिता पॉलिसी है तो बीमा कंपनी तब तक निहित बोनस का भी भुगतान करेगी। अगर पॉलिसीधारक द्वारा कोई ऋण लिया गया है तो ऋण, ब्याज और बकाया प्रीमियम और ब्याज, यदि हो, को काट कर अन्तिम दावा राशि का भुगतान किया जाता है।



उदाहरण

अजय ने 20 साल के लिए रु. 25 लाख बीमित राशि का एक अवधि बीमा खरीदा है। पॉलिसी के 13वें साल में उसकी मृत्यु हो जाती है। ऐसी परिस्थिति में बीमा कंपनी, अजय द्वारा नामित/लाभार्थी व्यक्ति को रु. 25 लाख की बीमा राशि का भुगतान, मृत्यु दावा के रूप में करेगी।



ध्यान रहे !

यूलिप के मामले में, यदि बीमित की मृत्यु हो जाती है तो बीमा कंपनी, बीमित राशि या निधि मूल्य, जो भी अधिक हो (या कुछ बीमा कंपनियों, शर्तों के अनुसार, निधि मूल्य और बीमा राशि दोनों) का भुगतान करती हैं।

ऐसी भी कुछ पॉलिसियाँ हैं जिनमें मृत्यु पर बीमित राशि का भुगतान, नहीं किया है बल्कि पॉलिसी लेते समय, बीमित द्वारा निर्धारित तिथि पर भुगतान किया जाता है। उदाहरण के लिए, जब पॉलिसी लेने का उद्देश्य बेटी की शादी या बेटे की उच्च शिक्षा के लिए एक मुश्त राशि प्राप्त करना है वहाँ बीमित राशि का भुगतान बीमित की मृत्यु पर नहीं बल्कि निर्धारित तिथि पर भुगतान देय होता है। उदाहरण के लिए:

- जब पुत्र/पुत्री 18 या 21 वर्ष की आयु के हो जाएंगे।

निसंदेह, यह पॉलिसी के नियम और शर्तों और प्रस्तावक द्वारा चयनित विकल्प के अनुसार होता है।

A4 राइडर लाभ

बीमा कंपनी द्वारा, एक राइडर के तहत, किसी निर्दिष्ट घटना के घटित होने पर, राइडर के नियमों और शर्तों के अनुसार, भुगतान किया जाता है। उदाहरण के लिए:

- **दुर्घटना मृत्यु लाभ (ADB)** संबंधी राइडर के तहत, दुर्घटना से बीमित की मृत्यु की स्थिति में, बीमित को बीमाधन के बराबर एक अतिरिक्त राशि का भुगतान किया जाता है।
- **गंभीर बीमारी (सी आई)** संबंधी राइडर के तहत, किसी गंभीर बीमारी का पता लगने की स्थिति में, राइडर के नियमों और शर्तों के अनुसार, एक निर्धारित राशि का भुगतान किया जाता है। वह बीमारी, बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट सी आई की सूची में शामिल होनी चाहिए (यह सूची अलग-अलग बीमा कंपनियों में अलग-अलग हो सकती है)।
- **‘अस्पताल में देखभाल संबंधी राइडर’** के तहत, बीमित के अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में, बीमा कंपनी, राइडर के नियमों और शर्तों के अधीन, बीमित के उपचार की लागत का भुगतान करती है।

राइडर संबंधी अपने ज्ञान को ताज़ा करने के लिए, अध्याय 7, अनुभाग B3 को पढ़ें।

A5 मान्य दावा

बीमा कंपनी जब एक दावे की सूचना प्राप्त करती है, तो वह भुगतान करने से पहले, यह सुनिश्चित करना चाहेगी कि दावा मान्य हो। इस कार्य के लिए, बीमा कंपनी निम्नलिखित की जाँच करेगी :

• क्या घटना होने के समय बीमा पॉलिसी प्रभावी (चालू) थी?

• क्या बीमित घटना घटित हुई है?

• क्या पॉलिसी के मूल दस्तावेज, पूर्ण रूप से भरे दावा प्रपत्र तथा अन्य सभी आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत किये गये हैं?

• क्या पॉलिसीधारक ने आयु और पॉलिसी से संबंधित अन्य सारभूत तथ्यों का प्रकटन किया है? बीमा कंपनी द्वारा दावा निपटान की प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, इनकी जाँच की जाएगी।



उदाहरण

बीमा कंपनी जांच करेगी कि पॉलिसीधारक ने अपनी सही आयु की घोषणा की है और उसकी पुष्टि के लिये मान्य आयु प्रमाण दिया है। अगर यह एक शीघ्र दावा है (पॉलिसी खरीदने या पॉलिसी के पुनर्चलन के 2 से 3 साल के भीतर मृत्यु हो जाती है) तो बीमा कंपनी यह जांच करेगी कि बीमा को बेहतर शर्तों पर पाने के लिए, बीमित द्वारा किसी प्रासंगिक/सारभूत तथ्य को छुपाया तो नहीं गया है, उदाहरण के लिए, उनके स्वास्थ्य या पहले से मौजूद बीमारी के बारे में। यदि आप प्रासंगिक/सारभूत तथ्यों के अपने ज्ञान को ताज़ा करना चाहते हैं तो अध्याय 3, भाग 1 में इन पर की गयी चर्चा को देखें।)

- क्या दावा सही व्यक्ति(यों) द्वारा किया गया है अर्थात् वह व्यक्ति दावा राशि प्राप्त करने के हकदार हैं ? यह व्यक्ति नामित, विधिक उत्तराधिकारी या समनुदेशिती आदि हो सकता है।
- क्या एक दावे के मान्य होने के लिए आवश्यक अन्य सभी आवश्यकताएं पूरी की जा चुकी हैं?

प्रस्तावित किया:-

अपने परिवार या दोस्तों से पता करें कि उनमें से किसी ने, किसी जीवन बीमा कंपनी पर दावा किया है। उनसे दावों की प्रक्रिया और दावा निपटाने के लिए प्रस्तुत किये गये आवश्यक दस्तावेजों के बारे में पूछें।

प्रश्न 11.1

दावे के तीन मुख्य प्रकार क्या हैं?

B एक दावा अमान्य (इन्वैलिड) क्यों हो सकता है

जब बीमा कंपनी अपनी जांच पूरी कर लेती है तो वह ये निष्कर्ष निकाल सकती है कि उसे दावे के भुगतान की जरूरत नहीं है क्योंकि दावा **अमान्य** है। तीन मुख्य परिस्थितियों में यह संभव हो सकता है:

<p>पॉलिसी चालू नहीं है:</p>	<p>यदि घटना के समय पॉलिसी चालू नहीं थी तो बीमा कंपनी दावे को अस्वीकार कर देगी</p>	<p>उदाहरण: अजय ने 20 साल के लिए एक अवधि बीमा योजना ली है। वह हर साल पहली अप्रैल को वार्षिक प्रीमियम का भुगतान करता है। तीसरे साल में उसे एक गंभीर दिल का दौरा पड़ता है। अस्पताल के बड़े बिल की वजह से वित्तीय समस्याओं के कारण, अजय के लिए समय पर प्रीमियम का भुगतान करना संभव नहीं होता है। उसकी वित्तीय समस्याएं उम्मीद से अधिक लंबे समय तक चलती रहती हैं और वह अनुग्रह अवधि के दौरान भी प्रीमियम का भुगतान करने में सक्षम नहीं हो पाता। उसी समय अजय का स्वास्थ्य कमजोर होता जाता है और 15 मई को उसकी मृत्यु हो जाती है।</p> <p>अजय द्वारा नामांकित व्यक्ति बीमा कंपनी में दावा प्रस्तुत करता है लेकिन कंपनी दावा खारिज कर देती है क्योंकि प्रीमियम का भुगतान, अनुग्रह अवधि के दौरान भी, न होने के कारण,</p>
------------------------------------	---	---

		पॉलिसी चालू नहीं थी।
अपवर्जित (वर्नित की गई) शर्तें लागू होना:	यदि पॉलिसी में कवर जोखिमों के कारणों के अतिरिक्त अन्य कारण से मृत्यु होती है तो दावा नहीं मिलेगा।	उदाहरण: बीमा पॉलिसियों, पहले वर्ष के दौरान आत्महत्या से हुई मृत्यु को दावे की सीमा से बाहर रखती हैं, इसलिए उस पॉलिसीधारक को, जो पॉलिसी के पहले वर्ष में आत्महत्या कर लेता है, मृत्यु दावा बीमा कंपनी द्वारा खारिज कर दिया जाएगा।
धोखाधड़ी पूर्ण दावा:	यदि, जांच के दौरान, बीमा कंपनी को पता चलता है कि बीमित द्वारा जान-बूझकर किसी प्रासंगिक/सारभूत तथ्य को छुपाया गया है तो वह बीमा दावा को अस्वीकार कर देंगी।	उदाहरण: यदि बीमा कंपनी को पता चलता है कि पॉलिसी लेने के समय बीमित द्वारा बतायी गयी आयु गलत है या बीमित किसी ऐसी बीमारी से पीड़ित था जिसे उसने जान-बूझकर प्रकट नहीं किया है तो बीमाकर्ता, गलत बयान के आधार पर दावा अस्वीकार कर सकते हैं।

प्रस्तावित किया:-

इंटरनेट से खोजकर कुछ ऐसे जीवन बीमा मामलों के बारे में पता लगाईये जिनमें बीमा कंपनी द्वारा दावा खारिज कर दिया गया हो क्योंकि उनके विचार से दावा विभिन्न कारणों से अमान्य था। उन मामलों का अध्ययन करें।



C मृत्यु के बाद के कर्तव्य और दस्तावेजी सबूत

जाहिर है, जब तक बीमा कंपनी को मृत्यु के बारे में पता नहीं चलेगा, वह बीमा राशि का भुगतान नहीं करेगी। इसलिए सबसे पहली आवश्यक बात यह है कि बीमित की मृत्यु के बाद बीमा कंपनी को सूचित किया जाय कि मृत्यु हो गई है। यह सूचना, नामित व्यक्ति, समनुदेशिनी, रिश्तेदार, व्यक्ति के नियोक्ता, या बीमा एजेंट द्वारा भेजी जा सकती है। हालांकि, मृत्यु की सूचना मात्र पर्याप्त नहीं है—बीमा कंपनी को प्रमाण की आवश्यकता होगी, केवल इस बात की ही नहीं है कि वास्तव में मृत्यु हुई है बल्कि इस बात की भी कि बीमा कंपनी द्वारा मृत व्यक्ति के जीवन का बीमा किया गया था। इसलिए, दावेदार का अगला कर्तव्य है कि वह ये सुनिश्चित करे कि बीमा कंपनी को निम्नलिखित दस्तावेज प्राप्त हों जाएं:

• पॉलिसी दस्तावेज (खोई पॉलिसियों पर अनुभाग E देखें)

• समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन के दस्तावेज: अगर पॉलिसी समनुदेशित की जा चुकी है तो बीमा कंपनी को इसका पता लगाना चाहिए जिससे वह सही व्यक्ति को भुगतान कर सकें। (समनुदेशन पर अपने ज्ञान को ताज़ा करने के लिए अध्याय 3, भाग 2, अनुभाग H4B को पढ़ें।)

• आयु का प्रमाण, यदि पहले से आयु स्वीकार नहीं की गयी है।

• मृत्यु प्रमाण पत्र (मृत्यु का साक्ष्य)

• दावेदार के बयान

• स्वामित्व के विधिक साक्ष्य, यदि पॉलिसी को समनुदेशित या नामांकित नहीं किया है।

• बीमा कंपनी के द्वारा भेजा गया डिस्चार्ज फॉर्म, निष्पादन और गवाही के साथ बीमा कंपनी को लौटाना चाहिए।

C1 शीघ्र (अर्लि) मृत्यु दावे

यदि दावा जोखिम प्रारंभ या उसके पुनर्चलन की तारीख से तीन साल के भीतर होता है, तो सामान्य रूप से बीमा कंपनियाँ इसे शीघ्र मृत्यु दावे के रूप में वर्गीकृत करती हैं। ऐसे मामलों में बीमा कंपनियाँ एक विस्तृत जांच करती हैं। यह सुनिश्चित करने के लिए कि प्रस्ताव/ पुनर्चलन के समय कोई सारभूत तथ्य छुपाया तो नहीं गया है, बीमा कंपनियाँ, अतिरिक्त दस्तावेज की मांग कर सकती हैं। इन दस्तावेजों में शामिल हैं:

- अंतिम चिकित्सक, जिसने मृत्यु से पहले मृतक का इलाज किया हो, उसकी रिपोर्ट जिसमें मृतक की बीमारी और किये गये इलाज के विषय में जानकारी हो।
- अस्पताल के चिकित्सक का बयान, यदि मृतक को अस्पताल में भर्ती कराया गया था
- उस व्यक्ति का बयान जिसने मृतक के अंतिम संस्कार में भाग लिया था और शव को देखा था
- मृतक द्वारा ली गयी छुट्टियों की जानकारी देते हुए नियोक्ता का बयान (यदि मृतक सेवारत था)

अगर बीमित व्यक्ति की अप्राकृतिक मृत्यु होती है, जैसे दुर्घटना में, आत्महत्या या किसी अज्ञात कारण से, तो निम्नलिखित दस्तावेजों को भी देखा जाएगा :

- पुलिस को की गयी प्रथम सूचना रिपोर्ट (FIR)
- पंचनामा (जांच)
- फोरेंसिक रिपोर्ट
- पोस्टमार्टम रिपोर्ट, और
- कोरोनर की रिपोर्ट

प्रारंभिक साक्ष्य के आधार पर, एक विशेष जांच का आदेश दिया जा सकता है

उदाहरण

अजय ने, पच्चीस लाख रुपये के कवर के लिए 25 साल की अवधि के लिए, एक बंदोबस्ती बीमा योजना खरीदी है। आइये देखें कि कैसे विभिन्न परिदृश्यों में दावों को देखा जाएगा :

a) **पॉलिसी खरीदने के पहले तीन वर्षों के भीतर अजय की मृत्यु हो जाती है।** जीवन बीमा कंपनी द्वारा उनकी मृत्यु को शीघ्र मृत्यु दावा माना जाएगा। बीमा कंपनी, दावा निपटाने से पहले, सामान्य से अधिक विस्तृत जांच करती है। सामान्य आवश्यक दस्तावेजों और पूर्ण दावा प्रपत्र की जाँच करने के अतिरिक्त, दावा निपटाने के लिए, बीमा कंपनी, मृत्यु से पहले अजय का इलाज करने वाले अंतिम चिकित्सक से जानकारी ले सकती है।

b) **अजय, सभी प्रीमियम का नियमित रूप से समय पर भुगतान करता है और पॉलिसी के 7वें वर्ष में उसकी मृत्यु हो जाती है।** जीवन बीमा कंपनी द्वारा उनकी मृत्यु को एक सामान्य दावा के रूप में माना जाएगा। अजय द्वारा नामांकित व्यक्ति/विधिक उत्तराधिकारी को पूर्ण रूप से भरे दावा प्रपत्र के साथ दस्तावेजों के नियमित सेट प्रस्तुत करने होंगे। बीमा कंपनी, विस्तृत जांच करे बिना, उचित समयावधि में दावा निपटान करेगी, बशर्ते दावा मान्य हो।



c) अजय, पॉलिसी के 5वें वर्ष में प्रीमियम का भुगतान करने में असमर्थ हो जाता है और पॉलिसी लैप्स हो जाती है। वह पॉलिसी के 6वें साल में पॉलिसी का पुनर्चलन कराता है और पॉलिसी के 7 वें वर्ष में उसकी मृत्यु हो जाती है। इस दावे को सामान्य मृत्यु दावे से अलग माना जाएगा। हालांकि, पॉलिसी के 7वें वर्ष में उसकी मृत्यु होती है परन्तु जीवन बीमा कंपनी अभी भी इसे शीघ्र मृत्यु दावे के रूप में मानेगी क्योंकि अजय की मृत्यु, पॉलिसी के पुनर्चलन के एक वर्ष के अन्दर हुई है। बीमा कंपनी, परिदृश्य a के समान, दावा निपटान से पहले सामान्य से अधिक विस्तृत जांच करेगी।

D दावा निपटान (क्लेम सेटलमेन्ट)

खंड A में हमने परिपक्वता और मृत्यु दावों के विषय में जाना और इस खंड में हम और अधिक विस्तार से देखेंगे कि कैसे इन दावों को निपटाया जाता है। तथापि ऐसा करने से पहले, हम IRDA द्वारा दावे निपटान हेतु निर्धारित दिशा निर्देशों पर विचार करेंगे जिसमें सभी दावों को कैसे निपटाया जाये के लिये ढाँचा बनाया है।

D1 दावा निपटान (क्लेम सेटलमेन्ट) के संबंध में IRDA के दिशा निर्देश

इस अध्याय के परिचय में हमने बताया था कि आईआरडीए ने दावों के निपटान के लिए दिशा निर्देश निर्धारित किये हैं। यह IRDA (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 में शामिल हैं जो इस प्रकार हैं

जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावों की प्रक्रिया

1. जीवन बीमा पॉलिसी दावे की पुष्टि के लिये दावेदार द्वारा प्रस्तुत किये जाने वाले आम तौर से आवश्यक प्राथमिक दस्तावेज की जानकारी देगी।
2. जीवन बीमा कंपनी, दावा प्राप्त होने पर, विलम्ब किये बिना दावा प्रक्रिया प्रारम्भ करेगी। कोई भी पूछताछ या अतिरिक्त दस्तावेज की आवश्यकता, जहां तक संभव हो, टुकड़ों में नहीं बल्कि एक साथ, दावे की प्राप्ति के 15 दिनों की अवधि के भीतर, मांगी जाएगी।
3. जीवन बीमा पॉलिसी के तहत सभी संबंधित दस्तावेज और आवश्यक स्पष्टीकरण की प्राप्ति की तारीख से 30 दिनों के भीतर, या तो दावे का भुगतान किया जाएगा अथवा सभी संबंधित कारणों को बताते हुए दावा विवादित होने की जानकारी दी जाएगी। जहां, बीमा कंपनी के विचार से किसी दावे की परिस्थितियों के कारण जांच की आवश्यकता है, तो ऐसी जांच को जल्द से जल्द शुरू करके पूर्ण किया जाएगा, जो किसी भी मामले में, दावा दर्ज कराने के समय से 6 महीने से अधिक नहीं होगा।
4. अधिनियम की धारा 47 के प्रावधानों के अधीन, जब दावा भुगतान स्वीकृत कर लिया गया है लेकिन किन्हीं कारणों से, पाने वाले (पे ई) की समुचित पहचान न होने के कारण, भुगतान नहीं किया जा सकता है तो जीवन बीमाकर्ता पाने वाले के लाभ के लिए राशि को सुरक्षित रखेगी और इस तरह की राशि पर किसी अनुसूचित बैंक के बचत खाते पर लागू दर पर ब्याज देय होगा (सभी कागजात और जानकारी के प्रस्तुत किये जाने के 30 दिन के बाद प्रभावी)।
5. जहाँ उप विनियमन (4) (उपरोक्त पैरा) द्वारा कवर किये गये कारणों के अतिरिक्त अन्य कारणों से

बीमाकर्ता की ओर से दावा निपटान प्रक्रिया में विलम्ब होता है तो जीवन बीमा कंपनी, उस वित्तीय वर्ष की शुरुआत में (जिसमें दावे की समीक्षा की गयी है) प्रचलित बैंक ब्याज दर से 2% अधिक ब्याज के साथ दावा राशि का भुगतान करेगी।

अब जब हमने सभी दावों के निपटान का ढाँचा समझ लिया है, जिसके अनुसार सभी दावे निपटाये जायेंगे। हम आगे, अलग-अलग प्रकार के दावों पर विचार कर सकते हैं।



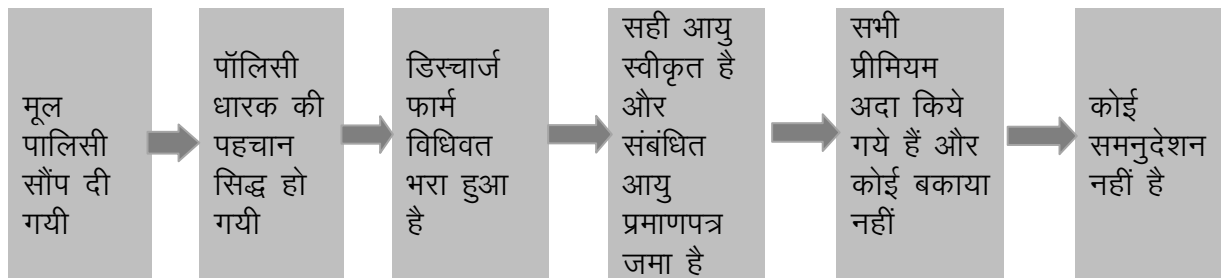
प्रश्न 11.2

मृत्यु दावे की पुष्टि में आवश्यक दस्तावेज क्या हैं?

D2 परिपक्वता दावा

सामान्य रूप से परिपक्वता दावों पर बीमा कंपनी स्वयं ही कार्यवाही शुरू करती है। वह अपने रिकॉर्ड के आधार पर हर माह सामान्य रूप से परिपक्व होने वाली पॉलिसियों से संबंधित सूचना पहले से बीमित व्यक्ति को भेज देती हैं। तब बीमित व्यक्ति अनुभाग C में वर्णित कार्यवाही करता है। फिर भुगतान करने से पहले, बीमा कंपनी खुद को संतुष्ट करेगी कि

चित्र 11.1



बीमाकर्ता से अपेक्षा की जाती है कि वह परिपक्वता तिथि पर भुगतान करें। आमतौर पर परिपक्वता की तारीख से कुछ दिनों पूर्व उत्तर दिनांकित (पोस्टडेटेड) चेक, पहले भेजे जाते हैं, बशर्ते हस्ताक्षरित डिस्चार्ज बाउचर प्राप्त हो गया हो।

अगर पॉलिसी की खोने की सूचना दी गयी है, तो बीमाकर्ता क्षतिपूर्ति अनुबंध (अनुभाग E देखें) के आधार पर निपटान कर सकता है। यह इसलिए संभव है क्योंकि पॉलिसी के तहत आगे कोई दायित्व नहीं बचते हैं।

समनुदेशित पॉलिसियाँ



ध्यान रहे !

परम समानुदेशन के मामले में, दावा भुगतान समनुदेशिनी को किया जाएगा।

अगर समनुदेशन सशर्त है, जिसके अंतर्गत परिपक्वता पर पॉलिसीधारक के पक्ष में स्वत्वाधिकार लौटता हो तो बीमा कंपनी पॉलिसीधारक को भुगतान कर सकती है। फिर भी, यह विवेकपूर्ण होगा कि पहले यह जाँच कर लें कि समनुदेशिनी पर कोई बकाया तो नहीं है।



ध्यान रहे !

निपटान विकल्प: कुछ परिपक्वता दावे (उदाहरण के लिए यूलिप के मामले में) परिपक्वता की तारीख पर एक मुश्त राशि के रूप में नहीं देय होकर, पॉलिसीधारक द्वारा चुनी गयी तारीखों पर, बाद में, और किश्तों में, देय होते हैं। इसे निपटान विकल्प के रूप में जाना जाता है। पॉलिसीधारक को यह विकल्प, भुगतान के लिये पॉलिसी परिपक्व होने से पहले, चुनना पड़ेगा। जबकि, निपटान का निर्णय परिपक्वता की तारीख से पहले लिया जा सकेगा, निपटान की प्रक्रिया, परिपक्वता तारीख के बाद कुछ वर्षों तक जारी रहेगी।

D3 उत्तरजीविता हितलाभ (सर्वाइवल बेंनेफिट) के भुगतान

उत्तरजीविता हितलाभ के भुगतान की प्रक्रिया परिपक्वता दावों के भुगतान के समान है। बीमाकर्ता द्वारा कार्यवाही शुरू की जाएगी और उत्तर दिनांकित चेक पहले से भेजे जाएंगे।

यदि पॉलिसी खोने की सूचना मिले तो डुप्लीकेट पॉलिसी जारी की जा सकती है जिसपर उत्तरजीविता लाभ के भुगतान विवरण को पृष्ठंकित किया जाएगा। धोखाधड़ी के दावों पर आगे अनुभाग E देखें।

D4 मृत्यु दावे

पहले दो प्रकारों के दावों के विपरीत, यहाँ दावेदार द्वारा प्रक्रिया शुरू की जाती है जो बीमा कंपनी को बीमित की मृत्यु की सूचना देता है। तब बीमा कंपनी, संबंधित दस्तावेजों (अनुभाग C देखें) का इंतजार करेगी, उसकी जांच करेगी और यदि आवश्यक समझे तो आगे की जांच करेगी। एक बार जब वह संतुष्ट हो जाती है कि दावा मान्य है तो निर्धारित समय सीमा के भीतर, नामित या लाभार्थी को बीमा राशि का भुगतान कर देती है अर्थात् दावे का निपटान कर दिया जाता है।



प्रश्न 11.3

आई आर डी ए के दिशा निर्देशों के अनुसार, किसी बीमा कंपनी को कितने समय में दावे की जांच पूरी करनी होती है?

E धोखाधड़ी युक्त दावे

बीमे में अनुचित वित्तीय लाभ के लिए बीमा का उपयोग करने के प्रयास को धोखाधड़ी युक्त दावा कहते हैं। बीमा धोखाधड़ी में फर्जी दावे और तथ्यों की गलत बयानी शामिल है।

ध्यान रखें!**पॉलिसी का खो जाना**

बीमा कंपनियाँ, परिपक्वता दावा निपटाने में अत्यंत सावधानी बरतती हैं। कभी कभी मूल पॉलिसी खोने की सूचना मिलती है। इस परिस्थिति में यह सावधानी बरतनी चाहिए कि कोई धोखा देने का प्रयास नहीं कर रहा हो, उदाहरण के लिये ऋण लेने के लिए कहीं गिरवी तो नहीं रखी है। लेकिन अगर पॉलिसी वास्तव में खो गई है तो सावधानी के लिए, समाचार पत्रों में एक विज्ञापन के साथ, क्षतिपूर्ति के आधार पर दावा निपटान संभव है।

क्षतिपूर्ति, दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित, एक बयान के रूप में होता है कि यदि मूल पॉलिसी का पता लगता है और किसी अन्य पार्टी द्वारा स्वामित्व के साक्ष्य प्रस्तुत किए जाते हैं तो वह, उसे किए गए किसी भी प्रकार के दावे भुगतान के लिए बीमा कंपनी को वापिस करेगा।

E1 धोखाधड़ी के परिणाम

अगर धोखाधड़ी का पता नहीं लगता है और धोखाधड़ी के दावा का भुगतान किया जाता है तो बीमाकर्ता, बीमित और धोखेबाज दावेदार के लिए प्रत्यक्ष परिणाम इस प्रकार हैं:

बीमाकर्ता के लिए परिणाम	<ul style="list-style-type: none"> • एकल बीमाकर्ता जो धोखाधड़ी का पता लगाने और उसकी रोक थाम को गंभीरता से नहीं लेती, तो इसके परिणामस्वरूप उन्हें लाभ में कमी होगी। उनके दावे का मूल्य बढ़ जाएगा जिसका असर प्रीमियम पर होगा, जिससे वह बाजार में कम प्रतिस्पर्धी हो जाएंगे। • इसके अतिरिक्त, मौखिकता से, अन्य धोखेबाजों को पता लग जाएगा कि कौन से बीमाकर्ता, दावे का भुगतान करने से पहले भली-भांति जाँच नहीं करते जिससे इस प्रकार के दावों में वृद्धि होगी।
बीमित के लिए परिणाम	<ul style="list-style-type: none"> • वो बीमित व्यक्ति जो धोखाधड़ी नहीं करते, वे भी धोखाधड़ी के दावों के भुगतान करने के कारण पीड़ित होंगे। • यह इसलिए होगा क्योंकि प्रीमियम में वृद्धि होगी जिससे न केवल वे व्यक्ति जिन्होंने धोखाधड़ी के दावे किए हैं बल्कि सभी पॉलिसीधारकों पर प्रभाव पड़ेगा। आपको स्मरण होगा कि बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करने का प्रयास करता है कि प्रस्तुत जोखिम के पूल के लिए, प्रत्येक मित व्यक्ति उचित प्रीमियम दे। धोखाधड़ी के दावों के कारण इसका अनुपालन नहीं हो पाएगा।
धोखेबाज दावेदार के लिए परिणाम	<ul style="list-style-type: none"> • धोखाधड़ी युक्त दावे का भुगतान हो जाने पर, धोखेबाज दावेदार के लिए परिणाम स्पष्ट हैं। यदि, कोई दावेदार धोखाधड़ी युक्त दावे का भुगतान पाने में सफल हो गया है तो उसे इस तरिके को भविष्य में जारी रखने का लालच होगा।

E2 मृत्यु दावे के निपटान के समय सावधानी

मृत्यु दावे जहां सबसे अधिक धोखाधड़ी होती है और इसलिए बीमाकर्ता, इनके निपटान में अधिक सतर्क होता है। निम्नलिखित कुछ संकेत हैं जिससे मृत्यु दावे के धोखाधड़ी के बारे में पता चल सकता है।

- यदि मृत्यु की सूचना एक अजनबी से प्राप्त होती है तो यह पूछना युक्तिसंगत है कि 'यह सूचना परिवार के किसी सदस्य या रिश्तेदार से क्यों नहीं आयी?'

- दावे के निपटान की प्रगति के बारे में बहुत अधिक पूछ ताछ किये जाने पर संदेह उठना चाहिए।

- यदि मृत्यु की सूचना, मृत्यु की तिथि के तीन साल बाद प्राप्त होती है, तो संदेह होने का कारण है। ऐसे परिदृश्य में, सभी मामलों में, शीघ्र मृत्यु के दावों की जांच के समान ही जांच वांछनीय है जिससे धोखाधड़ी की संभावना से बचा जा सके। यदि दावा प्रस्तुत करने में देरी के कारण संतोषजनक नहीं हैं तो दावा 'काल बाधित (टाईम बार्ड) है' की दलील दी जा सकती है।

जबकि बीमा कंपनियों को, सद्विश्वास में, दावा निपटान में तेजी लानी चाहिए, पॉलिसीधारक के प्रीमियम और अपनी कंपनी के वित्त के लिये एक ट्रस्टी के रूप में, हमेशा धोखाधड़ी को रोकने की कार्यवाही करनी चाहिए। इस संतुलन को बनाए रखा जाना चाहिए।

E3 मृत्यु की परिकल्पना (प्रिजम्शन)

दावा निपटान के लिए मृत्यु का प्रमाण आवश्यक है। लेकिन, कभी कभी किसी व्यक्ति के पता ठिकाना के बारे में कोई भी जानकारी न होने पर, उसके लापता होने की सूचना दी जाती है। इस तरह के व्यक्ति के जीवन बीमा का क्या होता है—क्या दावा स्वीकार किया जा सकता है या बीमा कंपनी को शक होगा कि ऐसे सभी दावे फर्जी हैं?

भारतीय साक्ष्य अधिनियम 1872 की धारा 107 और 108, में मृत्यु की परिकल्पना के विषय में उल्लेख है। इस अधिनियम के अंतर्गत, यदि कोई व्यक्ति के बारे में सात साल तक सुना न गया हो तो उसे मृत मान लिया जाता है। इससे जीवन बीमा कंपनी के दावा निपटान संबंधी कार्यों पर निम्न प्रभाव पड़ता है:

- यदि नामिति या उत्तराधिकारी का कथन है कि बीमित व्यक्ति लापता है और उसे मृत मान लिया जाना चाहिए, तो बीमा कंपनियाँ इस संबंध में किसी सक्षम न्यायालय से आदेश लाने पर जोर देती हैं।

- यदि इस संबंध में यथोचित एवं सुदृढ़ परिस्थितिजन्य साक्ष्य मिलें कि बीमित व्यक्ति किसी घातक दुर्घटना या खतरे के कारण जीवित नहीं बचा होगा तो न्यायालय के आदेश के बिना बीमा कंपनी स्वतः अपने विवेक से कार्यवाही कर सकती है।

- यह आवश्यक है कि जब तक अदालत मृत्यु की परिकल्पना का आदेश नहीं जारी करती तब तक प्रीमियम का भुगतान किया जाना चाहिए, हालांकि बीमा कंपनियाँ, रियायत के रूप में, सात साल की अवधि के प्रीमियम को माफ कर सकती है। यह किसी भी बीमा कंपनी के विवेक पर निर्भर करता है।

F शून्य (वॉइड) और शून्यकरणीय (वॉइडबल) अनुबंध

बीमा कंपनी द्वारा दावे को अस्वीकार किये जाने का एक बड़ा कारण बीमे के मूल अनुबंध का अमान्य या शून्य या शून्यकारी हो जाना है ऐसी स्थिति में बीमा कंपनी स्वयं को दावे से असंबद्ध कर लेती है। इन दो शब्दों का क्या मतलब है और उन दोनों के बीच क्या अंतर है, हम इस खंड में इसका वर्णन करेंगे। कई कारणों से कानून में अनुबंध मान्य नहीं हो सकता है या पूरी तरह मान्य हो सकता है। किसी शून्य अनुबंध का किसी भी पक्ष पर कोई बाध्यकारी प्रभाव नहीं होता है क्योंकि एक शून्य अनुबंध, कोई अनुबंध नहीं होता है (वास्तव में यह एक विरोधाभासी अभिव्यक्ति है)। एक पॉलिसी को शून्य बनाने वाली परिस्थितियों में निम्नलिखित शामिल हैं

त्रुटि (मिस्टेक)	अगर कोई मौलिक त्रुटि हो जाए जो अनुबंध की जड़ों को प्रभावित करती है, तो वहाँ विचारों का कोई मिलाप नहीं होता है और इसलिए, कोई मान्य अनुबंध स्थापित नहीं होता है।	उदाहरण: जीवन बीमा अनुबंध से संबद्ध होते समय, शराब के नशे में लिप्त व्यक्ति या ऐसा व्यक्ति जो मानसिक रूप से स्वस्थ नहीं है, से किया गया अनुबंध मान्य नहीं होगा क्योंकि अनुबंध के समय उस व्यक्ति का मस्तिष्क, अनुबंध के नियम और शर्तों को समझने की स्थिति में नहीं है।
अनाधिकृत/अवैध परिस्थितियाँ	यदि किसी अवैध (गैरकानूनी) गतिविधि के समर्थन में बीमा कराया गया हो तो वह शून्य होगा	उदाहरण: यदि कोई व्यक्ति आत्महत्या के इरादे से जीवन बीमा लेता है या कोई व्यक्ति, अपनी पत्नी की हत्या करके बीमा कंपनी से दावा राशि लेने के इरादे से जीवन बीमा लेता है
बीमायोग्य हित की अनुपस्थिति	यदि किसी बीमा पॉलिसी से बीमा हित न जुड़ा हो तो वह अमान्य और शून्य घोषित होगी।	

एक शून्यकरणीय अनुबंध तब तक बाध्यकारी रहता है जब तक दोनों पार्टियों में से कोई एक उसे रद्द करने के विकल्प का चयन नहीं करता है। बीमा अनुबंध, के शून्यकरणीय होने के कई अलग-अलग कारण हो सकते हैं। उदाहरण हैं:

- **सद्विश्वास को तोड़ना :** मिथ्याकथन/गलत बयान या अप्रकटीकरण के कारण बीमा कंपनी को, किसी पॉलिसी को शून्य मानने की अनुमति देगी।
- **आश्वस्तियों (वॉरन्टी) का उल्लंघन :** ऐसा करने पर बीमा कंपनी पॉलिसी को शून्य मान सकती है।

हालांकि, भारतवर्ष में प्रचलित विधि के द्वारा किसी बीमा कंपनी को किसी पॉलिसी को शून्य घोषित करने के अधिकार के संबंध में कुछ अपवाद लागू होते हैं। यह एक महत्वपूर्ण प्रावधान है, अतः इसपर हम अब विचार करेंगे।

F1 निर्विवादता (इन्डिस्प्यूटेबल) अनुबंध

जैसा कि हमने अभी देखा है, अगर प्रस्तावक ने, प्रस्ताव के समय, प्रस्ताव फार्म या वैयक्तिक विवरण में कोई असत्य या मिथ्या विवरण दिया है, या किन्हीं सारभूत तथ्यों का प्रकटन नहीं किया गया है, तो अनुबंध शुरुआत से (*अब इनीशियो*) शून्य हो जाता है। इसका मतलब यह है कि पॉलिसी के तहत सभी लाभ समाप्त हो जाते हैं और प्रीमियम में भुगतान की गयी सभी राशि जब्त हो जाती है।



ध्यान रहे !

अब इनीशियो एक लैटिन शब्द है जिसका अर्थ '**शुरुआत से**' है। जब कोई पॉलिसी अनुबंध जब अब इनीशियो शून्य घोषित की जाती है तो इसका मतलब है कि पॉलिसी शुरु से शून्य थी और क्योंकि अनुबंध कानूनी रूप से लागू करने योग्य नहीं है, बीमा कंपनी को दावे के भुगतान की आवश्यकता नहीं है।

बहरहाल, इस दण्ड का प्रावधान, **बीमा अधिनियम 1938** की धारा 45 के अधीन है। इस धारा के तहत, किसी पॉलिसी, जो दो साल से चालू है, के प्रस्ताव पत्र और अन्य दस्तावेजों में किसी सारभूत तथ्य के गलत या असत्य कथन के आधार पर कोई बीमाकर्ता द्वारा तबतक विवाद उत्पन्न नहीं किया जा सकता है जब तक कि वह यह न सिद्ध कर दे कि उक्त सारभूत कथन कपटपूर्ण तथा धोखा देने के उद्देश्य से दिया गया था। यह प्रावधान, पॉलिसीधारकों के तथ्य/कथनों में मामूली चूक से होने वाली परेशानियों से रक्षा करने के लिए है।

धारा 45

प्रभावी होने की तारीख से दो वर्ष की समाप्ति के बाद, जीवन बीमा की किसी पॉलिसी पर, बीमा कंपनी द्वारा इस आधार पर सवाल नहीं उठाया जाएगा कि प्रस्ताव में दिये गये बयान में या चिकित्सा अधिकारी, या रेफरी की किसी रिपोर्ट में या बीमित के दोस्त के कथन या पॉलिसी जारी करने के लिए आवश्यक किसी अन्य दस्तावेज़ में गलत या झूठा बयान था, जब तक बीमा कंपनी यह सिद्ध न कर दे कि ऐसा बयान, महत्वपूर्ण सारभूत तथ्य संबंधी था और प्रकटन करते समय पॉलिसी धारक को पता था कि यह बयान गलत है तथा जानबूझ कर धोखा देने के उद्देश्य से छुपाया जा रहा है जबकि इसका प्रकटन आवश्यक था।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

किसी वैध दावे की औपचारिकताएं

- बीमा कंपनी द्वारा अनुबंध में किए गए वादे की पूर्ति के लिये की गई माँग दावा है।
- परिपक्वता दावा राशि, बीमा राशि और जो निहित बोनस हो के बराबर होती है। इसका भुगतान बीमाधारक या प्रस्तावक को (यदि प्रस्ताव किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर है, जैसे प्रमुख व्यक्ति बीमा, भागीदारी बीमा आदि) या समनुदेशिनी यदि पॉलिसी समानुदेशित है को परिपक्वता पर मिलता है अगर पॉलिसी पूर्ण राशि के दावे के लिये प्रस्तुत गयी थी (अगर वे इस योजना की पूरी अवधि में जीवित रहते हैं।)
- एक टर्मिनल या अंतिम अतिरिक्त बोनस का भुगतान किया जा सकता है।
- धन वापसी बीमा योजनाओं में बीमा कंपनी विनिर्दिष्ट अवधि की समाप्ति पर पॉलिसी धारक को विनिर्दिष्ट राशि का भुगतान करती हैं, इन भुगतानों को उत्तरजीविता हितलाभ के रूप में जाना जाता है।
- जीवन बीमा कंपनी द्वारा बीमा योजना की अवधि के दौरान बीमित की मृत्यु होने की स्थिति में नामिति/लाभार्थी/समनुदेशिनी को किया गया बीमा धन का भुगतान मृत्यु दावे के रूप में जाना जाता है।

कोई दावा अमान्य क्यों हो सकता है

- बीमा कंपनी दावे के भुगतान से मना कर सकती हैं क्योंकि
- जब घटना घटी तब पॉलिसी प्रभावी (चालू) नहीं थी
- कोई अपवर्जन शर्त लागू हो या
- या दावा धोखाधड़ी युक्त रहा हो .

हानि (मृत्यु) होने के बाद के कर्तव्य और दस्तावेज आधारित सूचनाएं

- बीमित व्यक्ति की मृत्यु के बाद दावेदार को बीमा कंपनी को सूचित करना तथा दावा स्वीकार करने हेतु आवश्यक दस्तावेजों को प्रस्तुत करना आवश्यक है।
- शीघ्र दावा की स्थिति में सामान्य मृत्यु दावा की अपेक्षा कुछ अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है।

दावा निपटान

- परिपक्वता दावे के लिए परिपक्वता की तारीख से पहले ही बीमा कंपनी द्वारा प्रक्रिया शुरू कर दी जाती है।
- परम् समनुदेशन के मामलों में भुगतान समनुदेशिनी को किया जाता है।
- उत्तरजीविता हितलाभ भुगतान के लिए बीमा कंपनी द्वारा कार्यवाई शुरू की जाती है और उत्तर-दिनांकित चेक पर्याप्त समय पहले ही पॉलिसीधारक को भेजा जाता है।
- आई आर डी ए द्वारा दावा निपटान संबंधी दिशा निर्देश (पॉलिसीधारक हित संरक्षण) विनियम 2002 द्वारा जारी किया गये हैं।

धोखाधड़ी युक्त दावे

- बीमा में धोखाधड़ी किसी अनुचित वित्तीय लाभ को प्राप्त करने के लिये बीमा का उपयोग करने का प्रयास है।
- अगर धोखाधड़ी का पता नहीं चलता है और फर्जी दावे का भुगतान हो जाता है तो बीमा कंपनी, उसके बीमाधारकों और धोखेबाज दावेदार पर इसका प्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है।

शून्य और शून्यकरणीय अनुबंध

- एक शून्य अनुबंध का किसी भी पक्ष पर कोई बाध्यकारी प्रभाव नहीं पड़ता है।
- परिस्थितियां जिनमें कोई बीमा पॉलिसी शून्य मानी जाती हैं:
 - त्रुटि:

-
- अनाधिकृत/गैरकानूनी परिस्थितियां और
 - बीमायोग्य हित के अभाव
-

- एक शून्यकरणीय अनुबंध तब तक बाध्यकारी रहता है जब तक दोनों में से कोई एक पक्ष इसे रद्द करने का विकल्प नहीं चुनती है।
 - बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अंतर्गत जो पालिसी दो साल से चल रही हो वह प्रस्ताव में गलत या झूठे बयान के आधार पर तब तक विवादित नहीं की जा सकती हैं जब तक कि किसी सारभूत तथ्य के संबंध में होना सिद्ध न किया गया हो और यह कि ऐसा धोखा देने के उद्देश्य से किया गया हो।
-

प्रश्न —उत्तर

11.1 दावे तीन मुख्य प्रकार के हो सकते हैं:

- परिपक्वता दावे
- मृत्यु दावे
- राइडर लाभ

11.2 मृत्यु दावे के समर्थन में आवश्यक दस्तावेज हैं:

- पॉलिसी दस्तावेज
- समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन दस्तावेज
- आयु का साक्ष्य अगर आयु पहले से स्वीकृत नहीं की गयी है
- मृत्यु प्रमाण पत्र
- दावेदार का बयान
- स्वत्वाधिकार के विधिक साक्ष्य, यदि पॉलिसी समनुदेशित या नामांकित नहीं है
- बीमा कंपनी के द्वारा भेजा गया डिस्चार्ज बाउचर, निष्पादित और साक्षी द्वारा हस्ताक्षरित करा कर बीमा कंपनी को लौटा दिया जाना चाहिए।

11.3 आइ आर डी ए दिशा निर्देशों के अनुसार बीमा कंपनी को किसी दावे की जांच दावा प्रस्तुत होने के छह महीने के अंदर पूरी करनी होगी

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	मान्य मृत्यु दावे की औपचारिकताएं क्या हैं?
2	किन परिस्थितियों में बीमा कंपनी दावे का भुगतान करने से मना कर सकती है?
3	कौन सी परिस्थितियां किसी पॉलिसी को शून्य बना सकती है?
4	धोखाधड़ी युक्त दावे के भुगतान के परिणामों की संक्षेप में व्याख्या कीजिये?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	<p>मृत्यु के वैध दावे के लिए औपचारिकताएँ हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> • बीमित घटना घटी हो • जब बीमित घटना घटी हो तो उस समय पॉलिसी चल रही हो • मूल पॉलिसी दस्तावेज पूर्ण रूप से भरा हुआ दावा प्रपत्र और मृत्यु प्रमाण पत्र आदि सहित सभी आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत किये गये हैं • पॉलिसीधारक ने आयु प्रमाण प्रस्तुत किया हो और पॉलिसी से संबंधित सभी सारभूत तथ्यों का प्रकटन किया है • दावा राशि प्राप्त करने के हकदार व्यक्ति ने दावा प्रस्तुत किया है • अन्य सभी आवश्यक औपचारिकताओं को पूरा कर लिया गया है।
2	<p>बीमा कंपनी किसी दावे का भुगतान करने से मना कर सकती है यदि</p> <ul style="list-style-type: none"> • जब घटना हुई तब पॉलिसी चालू नहीं थी • हानि (मृत्यु) किसी अपवर्जित घटना की वजह से हुई हो, या • धोखाधड़ी युक्त दावा किया गया था।
3	<p>वह परिस्थितियाँ जो पॉलिसी को शून्य बना देती हैं उनमें निम्नलिखित शामिल हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> • त्रुटि: अगर कोई मौलिक गलती हुई है जो कि अनुबंध की जड़ों को प्रभावित करती है। वहाँ विचारों का कोई मिलाप नहीं है और इसलिए किसी वैध अनुबंध का अस्तित्व नहीं है। • अवैध/विधि विरुद्ध: यदि किसी अवैध/विधि विरुद्ध गतिविधि के समर्थन में बीमा कराया गया है तो वह मान्य नहीं होगा। • बीमायोग्य हित का अभाव: अगर एक पॉलिसी को लेने में कोई बीमायोग्य हित नहीं है, तो वह शून्य घोषित की जाएगी।
4	<p>अगर धोखाधड़ी का पता नहीं चलता है और फर्जी दावे का भुगतान हो जाता है, तो बीमा कंपनी, उसके बीमाधारकों और धोखेबाज दावेदार पर प्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है:</p> <p>a) धोखाधड़ी का बीमा कंपनी पर प्रभाव बीमा कंपनियाँ यदि स्वयं धोखाधड़ी का पता लगाने और इसकी रोकथाम को गंभीरता से नहीं लेती तो उनके लाभ प्रभावित होंगे। उनकी दावा लागत में वृद्धि होगी और प्रीमियम पर इसका प्रभाव पड़ेगा जो उन्हें बाजार में कम प्रतिस्पर्धी बना देगा। इसके अलावा कंपनी की प्रतिष्ठा खराब होगी कि वह पूरी तरह से जाँच करके दावों का भुगतान नहीं करती, जिससे उन्हें आगे भी धोखाधड़ी युक्त के दावों का भुगतान करना पड़ सकता है।</p> <p>b) बीमाधारकों पर धोखाधड़ी के प्रभाव केवल धोखेबाज दावेदार के लिए ही नहीं, सभी के लिए प्रीमियम में बढ़ोतरी होगी क्योंकि बीमा कंपनी की प्रत्येक बीमा पूल के लिए एक उचित प्रीमियम लेने की क्षमता खराब हो जाएगी।</p> <p>c) धोखेबाज दावेदार पर धोखाधड़ी के प्रभाव किसी धोखेबाज दावेदार के लिये एक फर्जी दावे के भुगतान के परिणाम स्पष्ट है। यदि दावेदार किसी फर्जी दावे के भुगतान को प्राप्त करने में सफल हो जाता है तो भविष्य में भी उसे ऐसा ही करने का प्रलोभन रहेगा।</p>

अध्याय-12

विधि तथा ग्राहक परामर्श

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A बीमा अधिनियम 1938	12/2
B भारतीय जीवन बीमा कंपनी अधिनियम 1912	12/7
C जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956	12/7
D बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) अधिनियम 1999	12/8
E मनी लॉन्ड्रिंग निरोधक अधिनियम (PMLA) 2002	12/9
F विवाहित स्त्री संपत्ति (MWP) अधिनियम 1874	12/12
G अन्य मुख्य विधायन	12/14
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:-

- जीवन बीमा एजेंट के रूप में ग्राहक को परामर्श देने में मुख विधायन के प्रावधानों की व्याख्या करने में।

परिचय

अपने अध्ययन में इस समय तक आपको निम्न की भली-भांति समझ हो गयी होगी:

- बीमा कैसे कार्य करता है;
- उन उत्पादों का रेंज तथा विवरण जिन पर सुझाव देंगे तथा बेचेंगे;
- अपने ग्राहक को व्यावसायिक स्तर की सेवा कैसे प्रदान करें; तथा
- दावे उत्पन्न होने की स्थिति में क्या होता है।

पाठ्यक्रम का अंतिम भाग में, वर्तमान कानूनों तथा कानूनी प्रावधानों की व्याख्या की गई है, साथ ही साथ इस बात पर ध्यान केंद्रित किया गया है कि एक जीवन बीमा एजेंट के रूप में अपने ग्राहकों को परामर्श देने के आपकी भूमिका पर इनका क्या प्रभाव पड़ता है।

इस अध्याय में बीमा अधिनियम 1938, से शुरू करके प्रमुख अधिनियमों पर ध्यान केंद्रित करेंगे साथ ही उन प्रावधानों पर विशेष ध्यान देंगे जो जीवन बीमा एजेंट पर प्रभाव डालते हैं।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

पारिश्रमिक	छूट देने पर निषेध	बीमा एजेंटों का लाइसेंसीकरण	लाभार्थी
शोधन क्षमता (सॉल्वेन्सि)	मनी लॉन्ड्रिंग	वित्तीय गुप्तचर इकाई (FIU)	उच्च तथा कम जोखिम युक्त ग्राहक
न्यास/ट्रस्ट	न्यासकर्ता/ट्रस्टर	न्यासी/ट्रस्टी	अपने ग्राहकों को जानें (KYC)

A बीमा अधिनियम 1938

भारत में बीमा व्यवसाय संबंधी पारित किया गया यह सबसे महत्वपूर्ण विधायन है और जैसा कि पहले अध्याय में बताया गया था, यह 1 जुलाई 1939 से प्रभावी हुआ था। अधिनियम बीमा व्यवसाय संबंधी कानून का एकीकरण करता है तथा यह विधायन का वो पहला हिस्सा था, जो सभी प्रकार के बीमा को नियंत्रित करता है, तथा बीमा व्यवसाय को सरकार के नियंत्रण के अधीन रखता है। 1938 के मूल अधिनियम में 1950, 1956, 1968, 1972, तथा 1999 और 2002 में आई आर डी ए की स्थापना (देखें खण्ड D) के बाद संशोधन किये गये थे। अधिनियम में निम्नलिखित प्रावधान समाहित हैं:

- बीमाकर्ता का पंजीकरण तथा पंजीकरण का नवीनीकरण;
- प्रीमियम के निवेश का तरीका;
- बीमाकर्ता की शोधन क्षमता स्तर को बनाए रखना (नीचे देखें—सावधान रहें);
- कर्मचारियों की नियुक्ति;

- बीमा व्यवसाय का विलयन तथा अन्तरण;
- पॉलिसी का समनुदेशन या हस्तांतरण तथा नामांकन;
- ग्रामीण तथा सामाजिक क्षेत्र;
- प्रबंधन पर नियंत्रण;
- एजेंटों का लाइसेंसीकरण तथा उनका कमीशन;
- छूट देने पर निषेध;
- विनियामक प्राधिकारी द्वारा जांच तथा निरीक्षण का अधिकार;
- पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण;
- बीमा काउन्सिल तथा बीमा एसोसिएशन का गठन।



ध्यान रखें !

वर्तमान संदर्भ में शोधन क्षमता से तात्पर्य—साधारण शब्दों में— आई आर डी ए को इस संबंध में संतुष्ट करना है कि बीमाकर्ता के पास किसी भी समय दावों का भुगतान करने की क्षमता है या नहीं।

1999 तक बीमा नियंत्रक (केन्द्रीय सरकार द्वारा नियुक्त व्यक्ति जो एक प्राधिकरण के कर्तव्य, शक्तियाँ तथा क्रियाओं को निष्पादित करता था) बीमा अधिनियम 1938 के प्रावधानों के प्रशासन के लिए उत्तरदायी था। नियंत्रक (कंट्रोलर) को आई आर डी ए द्वारा प्रतिस्थापित कर दिया गया।

A1 एजेंटों से विशेष रूप से संबद्ध प्रावधान

एजेंटों को अधिनियम की निम्नलिखित धाराओं को समझना आवश्यक हैं, क्योंकि यह दिशा निर्देश निर्धारित करते हैं जिनका निम्नलिखित के संदर्भ में अनुपालन किया जाना जरूरी है:

- एजेंटों का लाइसेंसीकरण
- उनको देय कमीशन; तथा
- छूट देने पर निषेध।

A1A धारा 40(1) – व्यवसाय प्राप्त करने के लिए कमीशन या अन्य किसी प्रकार के भुगतान का निषेध

अधिनियम 1938 का धारा 40(1), भारत में, एक लाइसेंस प्राप्त बीमा एजेंट या बीमा मध्यस्थ के अतिरिक्त किसी भी अन्य व्यक्ति को बीमा व्यवसाय प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार के भुगतान का निषेध करता है।

धारा 40(1)

इस अधिनियम के लागू होने के 6 महीने के बाद, भारत में, एक लाइसेंस प्राप्त बीमा एजेंट, मध्यस्थ या बीमा मध्यस्थ के अतिरिक्त किसी भी अन्य व्यक्ति को बीमा व्यवसाय प्राप्त करने के लिए या निवेदन करने के लिए किसी भी प्रकार के कमीशन के रूप में या अन्य तरीके से पारिश्रमिक या पुरस्कार का भुगतान या भुगतान का अनुबंध नहीं करेगा।



उदाहरण

प्रशांत ने जीवन बीमा में निर्धारित नियुक्ति पूर्व परीक्षा दी थी, लेकिन परीक्षा को उत्तीर्ण करने के लिए आवश्यक न्यूनतम अंक प्राप्त करने में असफल रहा है अतः इस कारण वह आई.आर.डी.ए. द्वारा लाइसेंसधारी न होने के कारण जीवन बीमा व्यवसाय प्राप्त करने या आग्रह करने के योग्य नहीं है। अतः प्रशांत एक लाइसेंस प्राप्त बीमा एजेंट या बीमा मध्यस्थ न होने के कारण बीमा व्यवसाय प्राप्त करने या आग्रह करने के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं प्राप्त कर सकता है। वास्तव में प्रशांत, प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त करने तक किसी भी जीवन बीमा कंपनी के लिए किसी भी प्रकार जीवन बीमा व्यवसाय को प्राप्त करने या उसके लिए आग्रह करने के लिए अधिकृत नहीं है।

धारा 40A (1) उस सीमा को निर्धारित करता है जो एक बीमा एजेंट को पारिश्रमिक या अन्य रूप में बतौर कमीशन या पुरस्कार दिया जा सकता है, जिसके बारे में अध्याय 10: 'अच्छे ग्राहक व्यवहार' में चर्चा की जा चुकी है।

धारा 40B (1) जीवन बीमा व्यवसाय के प्रबंधन पर व्यय की सीमा को भी निर्धारित करता है। सभी बीमाकर्ताओं को इसका पालन करना होगा तथा निश्चित प्रारूप पर विवरण प्रस्तुत करना होगा जिसे एक एकचुरी से प्रमाणित होना चाहिए, तथा समय सीमा के भीतर होना चाहिए।

A1B धारा 41(1) – छूट (रीबेट) पर प्रतिबंध

बीमा अधिनियम 1938 का धारा 41(1) किसी बीमा एजेंट/मध्यस्थ द्वारा किसी व्यक्ति को बीमा पॉलिसी लेने या नवीनीकरण या जारी रखने के लिए, प्रोत्साहन स्वरूप किसी प्रकार के कमीशन/प्रीमियम में छूट देने का निषेध करता है। ये धारा किसी व्यक्ति को बीमा लेने के लिए ऐसी किसी छूट को स्वीकार करने से भी रोकता है।

धारा 41(1)

भारत में, किसी भी व्यक्ति को, प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से, किसी जीवन या संपत्ति के जोखिम से संबंधित बीमा को लेने के लिए या उसका नवीनीकरण कराने के लिए या जारी रखने के लिए देय कमीशन का एक हिस्सा या पूरा कमीशन, अथवा पॉलिसी संबंधी प्रीमियम पर किसी भी प्रकार की छूट देने या देने का प्रस्ताव करने की अनुमति नहीं है, न ही किसी व्यक्ति को नयी पॉलिसी लेने या पुरानी पॉलिसी का नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिए किसी भी प्रकार की छूट लेने की अनुमति है, सिर्फ उन अपवादों को छोड़ कर जहां पर इनकी अनुमति बीमाकर्ता द्वारा प्रकाशित तालिका या प्रास्पेक्टस में दी गई है।

उदाहरण

संतोष ए बी सी कंपनी का एक लाइसेंस धारी बीमा एजेंट है। संतोष, करन से उसके जीवन चक्र की जरूरतों के लिए, जीवन बीमा खरीदने के लिए संपर्क करता है। इसी प्रकार करन से अन्य जीवन बीमा कंपनियों के एजेंटों द्वारा अपने उत्पादों पर विचार करने के लिए भी संपर्क किया गया है।



इस स्थिति में, बीमा अधिनियम 1938 के धारा 41 के अनुसार, संतोष, करन को उससे जीवन बीमा खरीदने के लिए तथा दूसरी कंपनियों के उत्पादों की उपेक्षा करने के लिए, ए बी सी कंपनी द्वारा उसको मिलने वाले कमीशन से किसी प्रकार के भुगतान की छूट नहीं दे सकता है।

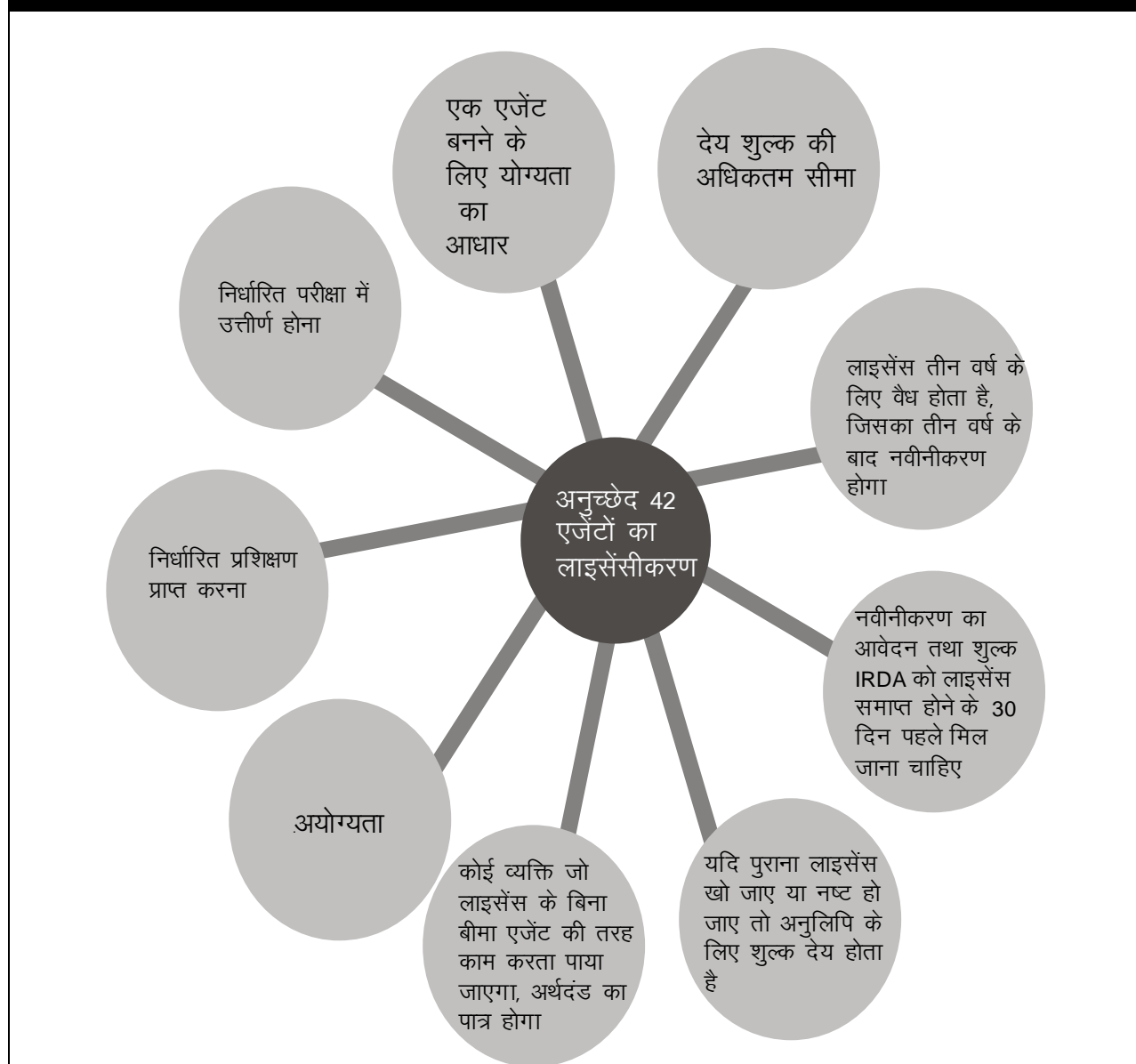
इसी प्रकार करन भी किसी कंपनी के एजेंट से जीवन बीमा खरीदने के लिए किसी प्रकार की छूट की मांग नहीं कर सकता है।

कोई भी व्यक्ति जो इस प्रावधान का अनुपालन नहीं करेगा रु. 500 तक के अर्थदंड को भुगतेंगा।

A1C धारा 42 – बीमा एजेंटों का लाइसेंसकरण

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42, उन शर्तों को निर्धारित करती है जो किसी व्यक्ति या कंपनी को, एक बीमा एजेंट के रूप में बीमा व्यवसाय प्राप्त करने के लिए या आग्रह करने के लिए, लाइसेंस जारी करने हेतु जरूरी हैं। इस धारामें निम्न शामिल है:

चित्र 12.1



किसी एजेंट को लाइसेंस जारी करने की प्रक्रिया के विस्तृत विवरण की चर्चा अध्याय 13 में की जाएगी।

A1D धारा 44 – कमीशन के भुगतान को समाप्त करने पर प्रतिबंध

जैसा कि हमने अध्याय 10 में देखा, कि बीमा अधिनियम 1938 के धारा 44 के अंतर्गत, किसी भी बीमा एजेंट को, अनुबंध के अंतर्गत, भारत में, उसके द्वारा किए गये जीवन बीमा व्यवसाय के नवीनीकरण प्रीमियम पर देय कमीशन के भुगतान से इंकार नहीं किया जा सकता है। उसकी एजेंसी की समाप्ति के बाद भी नवीनीकरण कमीशन देय है, केवल धोखाधड़ी की स्थिति को छोड़ कर, जबकि

(a) बीमा एजेंट ने कम से कम 5 वर्षों तक लगातार केवल उसी बीमाकर्ता को जीवन बीमा व्यवसाय के संदर्भ में सेवाएं प्रदान की हो, तथा कम से कम रु. 50,000 की कुल बीमित राशि की पॉलिसियों बीमाकर्ता के लिये एजेंट के रूप में सेवा देने की समाप्ति से एक वर्ष पहले चालू हो, तथा नवीनीकरण पर देय कमीशन 4% से अधिक न हो;

या

(b) बीमा एजेंट ने कम से कम 10 वर्षों तक लगातार केवल उसी बीमाकर्ता को जीवन बीमा व्यवसाय के संदर्भ में सेवाएं प्रदान की हो, तथा एजेंट के रूप में सेवा देने की समाप्ति के बाद वह प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से किसी अन्य व्यक्ति के लिए बीमा व्यवसाय न तो प्राप्त करता है और न ही आग्रह करता है।



ध्यान रखें!

बीमा एजेंट की मृत्यु की स्थिति में, उपर्युक्त (a) तथा (b) मामलों के अंतर्गत देय कमीशन उसके उत्तराधिकारियों को तब तक मिलेगा जब तक कि वह उसके जीवित रहने पर देय होता।

B भारतीय जीवन बीमा कंपनी अधिनियम 1912

भारत में जीवन बीमा व्यवसाय के विनियमन के लिए पहली वैधानिक व्यवस्था को 1912 में जारी किया गया था जब **भारतीय जीवन बीमा कंपनी अधिनियम** पारित हुआ था। 1912 के पहले, भारत में बीमा व्यवसाय के विधायन के लिए कोई विनियम नहीं था।

जैसा कि हमने अध्याय 1 में देखा, कि भारत के जीवन बीमा व्यवसाय का वर्तमान स्वरूप दूसरे देशों की देन है, विशेष रूप से इंग्लैण्ड, तथा भारत में पहली जीवन बीमा कंपनी ओरिएंटल जीवन बीमा कंपनी 1818 में कोलकाता में स्थापित की गयी थी।

हालांकि, सभी बीमा कंपनियां जो इस दौरान स्थापित की गयीं, मुख्य रूप से यूरोपीय समुदाय की जरूरतों को पूरा करती थीं तथा भारतीयों से दूसरे पॉलिसी धारकों से अधिक प्रीमियम लिया जाता था। भारतीय जीवन बीमा कंपनी अधिनियम 1912 ने पहली बार इस बात का प्रावधान किया कि प्रीमियम दर सूची तथा कंपनियों के समय/समय पर मूल्यांकन का प्रमाणीकरण एक एक्च्यूरी द्वारा किया जाना जरूरी है। हालांकि ये अधिनियम विदेशी तथा भारतीय कंपनियों में कई क्षेत्रों में भेदभाव करता था, तथा भारतीय कंपनियों को अलाभकारी स्थिति में रखता था।

C जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956

जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 को 19 जून 1956 को पारित किया गया और इसके फलस्वरूप जीवन बीमा निगम (एल आई सी) की स्थापना 1 सितम्बर 1956 को की गई।

जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 को पारित किया गया ताकि

चित्र 12.2

एल. आई. सी. ऑफ इण्डिया को ऐसे सभी व्यवसाय हस्तांतरित करके भारत में बीमा व्यवसाय का राष्ट्रीयकरण किया जा सके

एल. आई. सी. के व्यवसाय तथा अन्य संबंधित मामलों को विनियमित तथा नियंत्रित किया जा सके

ध्यान रखें!

भारतीय जीवन बीमा निगम को 1956 में 245 भारतीय तथा विदेशी बीमाकर्ताओं (154 भारतीय, 16 गैर भारतीय तथा 75 भविष्यनिधि सोसाइटी) को आपस में मिला कर बनाया गया था।

एल.आई.सी. अधिनियम को भारत में जीवन बीमा व्यवसाय का राष्ट्रीयकरण करने के उद्देश्य से, तथा एल. आई.सी. के व्यवसाय तथा अन्य संबंधित मामलों को विनियमित तथा नियंत्रित करने के लिए पारित किया गया था।

अधिनियम का धारा 30 एल आई सी को भारत में जीवन बीमा व्यवसाय करने का एकाधिकार प्रदान किया था। 1999 में, सरकार के आर्थिक सुधारों की नीति के एक हिस्से के रूप में अधिनियम में संशोधन के द्वारा इस एकमात्र विशेषाधिकार को हटा दिया गया।

D बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) अधिनियम 1999

बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) अधिनियम 1999 को संसद द्वारा दिसंबर 1999 में पारित किया गया। अधिनियम द्वारा (IRDA) का प्रावधान एक निगमित संस्था के रूप में किया गया:

- बीमा पॉलिसियों के धारकों के हितों की रक्षा के लिए;
- बीमा उद्योग को नियंत्रित, प्रोत्साहित करने तथा सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करने के लिए; तथा
- अन्य संबंधित मामलों के लिए।

IRDA अधिनियम 1999 के भाग A के अनुसार, बीमा अधिनियम 1938, जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 तथा साधारण बीमा व्यवसाय (राष्ट्रीयकरण) अधिनियम 1972 में संशोधन किये गये।



प्रश्न 12.1

बीमा एजेंट को लाईसेंस प्रदान किये जाने संबंधी धारा 42 के प्रावधानों की सूची बनाएं।

जैसा कि हमने देखा कि IRDA ने 'बीमा नियंत्रक' का स्थान ले लिया जिस पर बीमा अधिनियम के प्रावधानों जैसे पंजीकरण, लाइसेंसीकरण, तथा व्यवसाय के उपयुक्त संचालन तथा पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा के लिए बनाए गये विनियमों के बनाने का प्रबंधन करने का उत्तरदायित्व था।



ध्यान रखें!

IRDA अधिनियम 1999 के धारा 4 के अनुसार, IRDA की संरचना को निर्धारित किया गया है। इसमें एक चेयरमैन, अधिकतम पांच पूर्णकालिक सदस्य एवं अधिकतम 4 अंशकालिक सदस्य हो सकते हैं। सभी सदस्य भारत सरकार द्वारा नियुक्त किये जाते हैं। अधिनियम की धारा 14 IRDA के अधिकारों, कर्तव्यों तथा क्रियाकलापों को निर्धारित करती है।

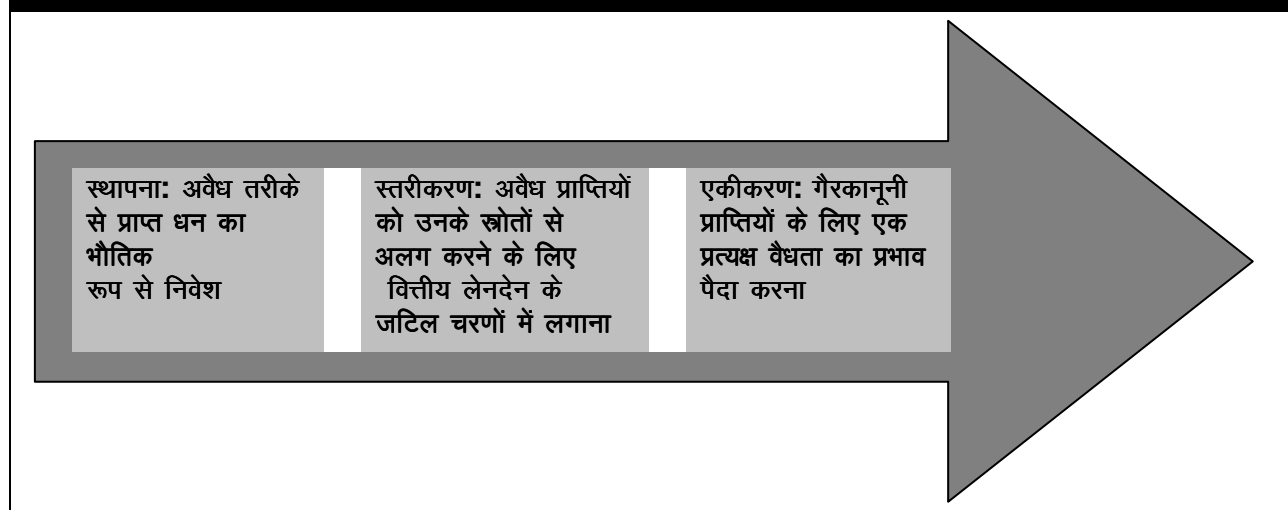
E मनी लॉन्ड्रिंग निरोधक अधिनियम (PMLA) 2002

इससे पहले कि हम अधिनियम के इस महत्वपूर्ण हिस्से के प्रावधानों की व्याख्या करें तथा बीमा एजेंटों के व्यवसाय पर इसके प्रभाव को देखें, हमें ये समझना होगा कि मनी लॉन्ड्रिंग वास्तव में है क्या।

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा अवैध धन को उसके गैरकानूनी मूल स्रोत को छिपा कर वित्तीय प्रणाली में शामिल किया जाता है ताकि वह कानूनी रूप से अर्जित किया हुआ लगे। मनी लॉन्ड्रिंग वह शब्द है जो उस प्रक्रिया को समझाता है जो गंदे (अवैध) धन को साफ धन में परिवर्तित करने से जुड़ी है। गैरकानूनी या 'गंदा' धन लेनदेन के एक चक्र में डाल दिया जाता है ताकि अंत में वह दूसरी ओर 'साफ' या 'कानूनी' धन बन कर बाहर आए।

मनी लॉन्ड्रिंग की निम्नलिखित तीन स्तर हैं:

चित्र 12.3



मनी लॉन्ड्रिंग निरोधक अधिनियम (PMLA) 2002, मनी लॉन्ड्रिंग क्रिया कलाओं पर नियंत्रण तथा आतंकवाद को वित्त पोषण से लड़ने के लिए 1 जुलाई 2005 से प्रभावी हुआ। बीमा कंपनियों के लिए मनी लॉन्ड्रिंग निरोधक दिशानिर्देश 31 मार्च 2006 को जारी किये गये, जिसके अनुसार सभी बीमाकर्ताओं द्वारा एक मनी लॉन्ड्रिंग निरोधक कार्यक्रम को स्थापित करना आवश्यक कर दिया गया। प्रत्येक कंपनी के लिये एक AML नीति का होना जरूरी है तथा तदनुसार उसकी एक प्रति आई.आर.डी.ए. को सौपना जरूरी है।

बीमा कंपनियां, प्रशिक्षित एजेंटों तथा अन्य मध्यस्थों के माध्यम से विभिन्न प्रकार के उत्पाद प्रस्तुत करती हैं। अतः ये दिशानिर्देश बीमा एजेंटों के लिए उस हद तक महत्वपूर्ण हैं जितना कि दिशानिर्देशों में वर्णित है।

पी एम एल ए का अनुपालन उन सभी वित्तीय संस्थानों तथा अन्य सभी वित्तीय मध्यस्थों के लिए जरूरी है, जो रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया (RBI)–बैंकिंग विनियामक, भारतीय प्रतिभूति तथा विनियम बोर्ड (SEBI)–पूंजी बाजार विनियामक, तथा बीमा विनिमायक और विकास प्राधिकरण (IRDA)–बीमा विनियामक, से विनियमित होते हैं।

आई आर डी ए ने 1 अगस्त 2006 से सभी बीमा कंपनियों के लिए ए एम एल दिशानिर्देश जरूरी कर दिये हैं। इन दिशानिर्देशों के अनुसार, हर बीमाकर्ता (कंपनी) के लिए एक ए एम एल कार्यक्रम का होना जरूरी है, जिसमें कम से कम निम्न का होना जरूरी है:

- आंतरिक नीतियां, कार्य प्रणाली तथा नियंत्रण;
- प्रमुख अनुपालन अधिकारी की नियुक्ति
- बीमा एजेंटों/कर्मचारियों को ए एम एल नियंत्रण संबंधी उपायों का प्रशिक्षण व भर्ती
- आंतरिक ऑडिट/नियंत्रण

ध्यान रखें!

आपको पता होना चाहिए कि, अपना व्यवसाय करते समय, ए.एम.एल. दिशानिर्देशों के संदर्भ में निम्नलिखित का अनुपालन करना बेहद जरूरी है।



अपने ग्राहक को जानिये (KYC) (नो युअर कस्टमर)

बीमाकर्ता को अपने ग्राहकों की सही पहचान करनी चाहिए तथा इसमें एजेंट की महत्वपूर्ण भूमिका है। एजेंट को ये सुनिश्चित करना चाहिए कि उनके ग्राहक आवश्यक पहचान तथा पते का साक्ष्य प्रस्तुत करें। **KYC** का प्रत्येक स्तर पर अनुपालन होना है—पॉलिसी जारी करते समय, (प्रीमियम) टॉपअप के समय तथा दावे के भुगतान के समय।

ग्राहक संबंधी सूचना सभी स्रोतों से एकत्र की जानी चाहिए, जिसमें बीमा एजेंट भी शामिल है तथा एजेंटों को अपने ग्राहकों को इस बात की जानकारी देनी चाहिए कि **KYC** की आवश्यकताओं का अनुपालन क्यों महत्वपूर्ण है। आई आर डी ए ने दस्तावेजों की एक सांकेतिक सूची तैयार की है, जो ग्राहक से प्राप्त किये जा सकते हैं, ताकि ग्राहक की पहचान, आवास तथा आय का साक्ष्य मिल सके। अधिक विस्तार से जानने के लिए अध्याय 9 भाग E4 को देखें।

ग्राहक का जोखिम प्रोफाइल

वे व्यक्ति जिनकी पहचान तथा निधियों के स्रोतों को आसानी से पहचाना जा सकता है **कम जोखिम वाले ग्राहकों** की श्रेणी में आते हैं। यद्यपि, इन मामलों में भी, यदि ग्राहक का प्रोफाइल पॉलिसी/निवेश के साथ मेल न खाता हो तो, सभी आवश्यक दस्तावेज एकत्र करके और पूछताछ में उचित परिश्रम करना चाहिये।

उच्च शुद्ध मूल्य व्यक्ति (HNI), राजनीति से जुड़े व्यक्ति (PEP), गैर सरकारी संगठन (NGO), अनिवासी भारतीय (NRI) को **उच्च जोखिम ग्राहकों** की श्रेणी में रखा जाता है।

उच्च जोखिम ग्राहकों के साथ संबंध स्थापित करते समय बीमा एजेंटों को विशेष ध्यान रखना चाहिए। एजेंटों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि इन सभी व्यक्तियों की समुचित जांच हो तथा इनसे व्यवसाय के समय समस्त KYC तथा AML औपचारिकताओं का पूरी तरह से अनुपालन किया जाय।

उदाहरण

कम जोखिम ग्राहकों में शामिल हैं:

- वेतनभोगी कर्मचारी
- सरकारी कर्मचारी

पहले बताए गये उच्च जोखिम ग्राहकों के अतिरिक्त ग्राहक:

- धन परिवर्तक
- हथियार तथा विस्फोटक के डीलर
- फिल्म व्यवसाय से जुड़े लोग
- अचल संपत्ति व्यवसाय से जुड़े लोग
- प्राचीन वस्तुओं के व्यवसाय से जुड़े लोग



निधियों के स्रोत

ग्राहक की निधियों के स्रोत (जिसमें से प्रीमियम का भुगतान हो रहा है) तथा उनके अनुमानित शुद्ध मालिकियत जरूरत की जांच तथा उपयुक्त दस्तावेजों की मांग की जानी चाहिए। बीमा एजेंट को ग्राहक की बीमा की जरूरत को तय करने के लिए आय का उचित प्रमाण प्राप्त करना जरूरी है। यदि ग्राहक एकल प्रीमियम दे रहा है, जो एक बड़ी राशि है तो, बीमा एजेंट को आय का प्रमाण लेना इसलिए जरूरी हो जाता है ताकि निधि का स्रोत तय किया जा सके।

प्रीमियम का नगद भुगतान करने की सीमा

ये सुनिश्चित करने के लिए कि प्रीमियम का भुगतान निधि के वैधानिक स्रोतों से हो रहा है, प्रीमियम का नगद भुगतान रु. 50000 से अधिक स्वीकार नहीं किया जा सकता है। रु. 50000 इससे अधिक राशि के प्रीमियम का भुगतान चेक, डिमांड ड्राफ्ट, क्रेडिट कार्ड या किसी बैंक के अन्य माध्यम से होना चाहिए। इन कारणों के चलते बीमा एजेंट को अपने ग्राहक को AML प्रावधानों के बारे में शिक्षित करना चाहिए।

ध्यान रखें!

- दोषी एजेंटों की सेवाएँ, जो बीमाकर्ता को AML संबंधी जोखिमों में डालने के लिये बहुत से अवसरों पर दोषी हों, चाहिए तथा संबंधित विवरण IRDA के पास आगे की कार्यवाही के लिए भेजा जाना चाहिए।
- यदि कोई एजेंट अनुपालन न करता हो तो, बीमा कंपनी को अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए सभी जरूरी कदम उठाने चाहिये, उस एजेंट से व्यवसायिक संबंध समाप्त करना भी इसमें शामिल हो सकता है।

F विवाहित स्त्री संपत्ति अधिनियम (MWP) 1874

विवाहित स्त्री संपत्ति अधिनियम (MWP) 1874 के धारा 6 के अनुसार इस बात का प्रावधान है कि, जीवन बीमा की कोई पॉलिसी जो किसी विवाहित व्यक्ति ने अपने जीवन पर, अपनी पत्नी तथा बच्चों के हित में ली है, एक **न्यास (ट्रस्ट)** के समान मान्य है तथा बीमित, उसके लेनदारों व अदालत के कुर्की के आदेश आदि के नियंत्रण से परे है।

ध्यान रखें!

न्यास (ट्रस्ट) एक तरह का (विधिक) अनुबंध है, जो इससे जुड़े तीन पक्षों के बीच होता है—न्यासी (ट्रस्टी), न्यासकर्ता (ट्रस्टर) तथा लाभार्थी।

- **न्यासकर्ता (ट्रस्टर)**, या न्यास (ट्रस्ट) का निर्माता, वो व्यक्ति है जो न्यास (ट्रस्ट) की स्थापना करता है।
- **न्यासी (ट्रस्टी)** एक व्यक्ति या एक विधिक इकाई हो सकता है, जो सम्पत्ति के प्रबंधन के लिए जिम्मेदार होता है, जिसका स्वत्वाधिकार न्यासकर्ता के द्वारा उस पर 'विश्वास' के कारण प्राप्त होता है।
- **लाभार्थी** एक व्यक्ति/विधिक इकाई है जो न्यास से लाभ प्राप्त करता है।

प्रस्तावक निम्न को नियुक्त कर सकता है:

- एक व्यक्ति (या उसके असफल होने पर, दूसरा) को एक न्यासी के रूप में;
- दो या अधिक व्यक्तियों (या उनमें से उत्तरजीवी(यों)) को न्यासी के रूप में;
- एक निगमित न्यासी, जैसे कि बैंक, ट्रस्टी के उत्तरदायित्व का कारोबार करने वाला।

एक न्यासी को वयस्क (18 वर्ष या अधिक) होना चाहिए तथा एक न्यासी के रूप में कार्य करने की उनकी सहमति होनी चाहिए, साथ ही पॉलिसी में पृष्ठांकन द्वारा इसका उल्लेख होना चाहिए। यदि न्यासी नियुक्त नहीं हो या जीवित नहीं हो, तो एक सक्षम सरकारी अधिकारी द्वारा आधिकारिक न्यासी की नियुक्ति होगी।

MWP अधिनियम के अंतर्गत जारी जीवन बीमा पॉलिसी के लाभार्थी निम्न हो सकते हैं:

- केवल पत्नी; या
- एक या अधिक बच्चे; या
- पत्नी के साथ एक या अधिक बच्चे संयुक्त रूप से।

अधिनियम की मुख्य विशेषताएं निम्न हैं:

- प्रस्तावक को विवाहित, तलाकशुदा या विधुर व्यक्ति होना चाहिए। केवल उसकी पत्नी तथा बच्चे लाभार्थी हो सकते हैं। बच्चों में पुत्र तथा पुत्री शामिल हैं। हिंदुओं के मामले में दत्तक पुत्र तथा पुत्री शामिल हैं।
- पॉलिसी उसके ही जीवन पर होनी चाहिए।
- प्रत्येक पॉलिसी एक अलग न्यास (ट्रस्ट) होगी।
- पॉलिसी एक न्यास की तरह बीमित है। उसकी पत्नी या बच्चा (यदि 18 वर्ष से ऊपर का है तो) न्यासी नियुक्त हो सकते हैं। व्यक्ति को ये चुनाव करने की स्वतंत्रता है कि पुराने न्यासियों को हटाकर नये नियुक्त कर सके।
- दो या अधिक न्यासी नियुक्त हो सकते हैं।
- **MWP** अधिनियम के अंतर्गत बीमा, अदालत कुड़की, कर कुड़की, उधार देने वालों तथा बीमित व्यक्ति को भी इस पॉलिसी पर कोई हक नहीं होगा।
- जब दावा उत्पन्न होता है तब बीमाधन का भुगतान न्यासियों को पॉलिसी के अनुसार कर दिया जायेगा। न्यासी पालिसी की राशि को लाभार्थी के लिये ले/रख सकते हैं।
- पॉलिसी को संशोधित या समर्पित नहीं किया जा सकता है।
- लेनदारों को छलने के लिए इसे अस्तित्व में नहीं लाना चाहिए।
- नामांकन तथा समानुद्देशन की अनुमति नहीं है।

मुस्लिम कानून

एक गैर मुस्लिम प्रस्तावक अपनी पॉलिसी के अंतर्गत लाभार्थियों के लिए बराबर या असमान हिस्सों का प्रावधान कर सकता है तथा इस बात का प्रावधान भी कर सकता है कि उन्हें लाभ संयुक्त रूप से मिले या उत्तरजीवियों या उनमें से उत्तरजीवी को मिले तथा लाभार्थियों की श्रेणी निर्धारित कर सकता है।

मुस्लिम प्रस्तावक की स्थिति में, लाभार्थियों का नाम अंकित होना चाहिये क्योंकि ये 'व्यक्ति विशेष के लिए' है। पत्नी तथा बच्चों का नाम लाभार्थी के रूप में पॉलिसी में दर्ज होना चाहिए तथा पॉलिसी लेते समय उनका होना जरूरी है। उन परिस्थितियों में जहां पर दो से अधिक लाभार्थी हैं, प्रस्तावक को प्रत्येक लाभार्थी के हिस्सों को साफ-साफ दर्शाना होगा।



प्रश्न 12.2

एजेंट से संबद्ध, ए एम एल दिशानिर्देशों के मुख्य पहलू क्या हैं?

G अन्य मुख्य विधायन

इस भाग में अब हम उन प्रमुख विधायन तथा विनियमों को देखेंगे जो एक बीमा एजेंट के रूप में आपकी भूमिका को प्रभावित कर सकते हैं।

G1 जन शिकायत निवारण नियम 1998

जन शिकायत निवारण नियम 1998 (RPG रूल्स—1998) के अंतर्गत गवर्निंग बॉडी ऑफ इन्शुरेंस काउन्सिल (GBIC) की लोकपाल संस्था के खड़ा करने की सुविधा के लिये स्थापना की गयी थी।

ध्यान रखें!

GBIC में प्रत्येक बीमा कंपनी का एक प्रतिनिधि होता है। प्रतिनिधि को कंपनी का चेयरमैन या कार्यकारी निदेशक या एक निदेशक होना चाहिए।



RPG नियमों में निम्नलिखित प्रावधान हैं:

- बीमा लोकपाल की नियुक्ति तथा उसका कार्यकाल
- लोकपाल केन्द्र का प्रशासन तथा कर्मचारियों के संबंध में नियमों का प्रावधान
- लोकपाल की शक्तियाँ
- लोकपाल के पास शिकायत दर्ज करने का तरीका तथा शिकायतों के निबटारे का तरीका, 'सुझाव' अथवा 'एवार्ड' द्वारा।

ग्राहक के हित की सुरक्षा के लिए बीमा लोकपाल की भूमिका तथा एक एजेंट की भूमिका पर इसके प्रभाव की चर्चा हम अध्याय 14 में करेंगे।

G2 बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (बीमा विज्ञापन तथा प्रकटन) विनियम 2000

आई आर डी ए (बीमा विज्ञापन तथा प्रकटन) विनियम 2000 'बीमा विज्ञापन' को निम्न प्रकार से परिभाषित करता है:

पॉलिसी से जुड़ा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष कोई संदेश जो आम जनता से उस पॉलिसी के लिये आग्रह या सम्भावित बिक्री के परिणाम के उद्देश्य से है। इसमें सभी प्रकार की मुद्रित तथा प्रकाशित सामग्री या कोई सामग्री जिसमें मुद्रित तथा/या इलेक्ट्रॉनिक माध्यम शामिल हैं।

अनुचित तथा भ्रामक विज्ञापन में कोई भी वैसे विज्ञापन शामिल हैं:

- बीमा उत्पाद के रूप में पहचान प्रस्तुत करने में विफल
- पॉलिसी में उपलब्ध लाभों से अधिक दावे करना
- ऐसे लाभों का उल्लेख करना जो पॉलिसी के लाभों से मेल न खाते हों।

बीमा एजेंटों द्वारा विज्ञापन

बीमा एजेंट द्वारा जारी किया जाने वाला विज्ञापन जो बीमाकर्ता को प्रभावित कर सकता है, इसके जारी होने के पहले बीमाकर्ता द्वारा लिखित रूप से अनुमोदित होना चाहिए। बीमाकर्ता को इसके अनुमोदन के पहले यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि विज्ञापन कपटपूर्ण या भ्रामक न हो।

एक एजेंट को बीमाकर्ता से विज्ञापन के पूर्व अनुमोदन की जरूरत तब नहीं पड़ती है जबकि विज्ञापन :

- इसका विकास बीमाकर्ता द्वारा स्वयं किया गया हो तथा इसे अभिकर्ता को दिया गया हो।
- सामान्य हो और उसकी सूचनायें जैसे एजेंट का नाम, लोगो, पता तथा फोन नंबर तक सीमित हो।
- केवल वे कथन शामिल हैं जो एजेंट के अनुभव, सेवा तथा योग्यता का उल्लेख करते हैं तथा किसी विशेष पॉलिसी, लाभ या लागत का संदर्भ इसमें शामिल न हो।

G3 बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (प्रीमियम प्राप्ति का तरीका) विनियम . 2002

ये विनियम उन तरीकों का वर्णन करते हैं जिनके द्वारा पॉलिसी धारक बीमा पॉलिसी खरीदते समय प्रीमियम का भुगतान कर सकते हैं

- नगद
- किसी भी विनिमेय/निगोशिएबल उपकरण, जैसे चेक, डिमांड ड्राफ्ट, पे आर्डर, बैंकर चेक जो भारत में किसी अनुसूचित बैंक में देय हो

- डाक मनीआर्डर
- पॉलिसीधारक के नाम पर जारी क्रेडिट या डेबिट कार्ड
- बैंक गारंटी या नगद जमा
- इंटरनेट
- ई-ट्रांसफर
- प्रत्यक्ष क्रेडिट, पॉलिसीधारक या प्रस्तावक या बीमित व्यक्ति के स्थायी निर्देशों के अनुसार बैंक अंतरण द्वारा तथा
- कोई अन्य भुगतान का तरीका जो आई.आर.डी.ए. द्वारा समय-समय पर अनुमोदित किया गया हो।

बीमाकर्ता के पास ये विकल्प रहता है कि वह भुगतान उपकरण के संग्रह शुल्क को प्रस्तावक से ले सकता है।



ध्यान रखें!

केवल उन मामलों को छोड़ कर जहां पर प्रीमियम का भुगतान नगद किया गया है, जोखिम की शुरुआत बीमाकर्ता द्वारा भुगतान प्राप्त करने के बाद ही होगी।

G4 बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (निगमित एजेंट को लाइसेंस देने संबंधी) विनियम 2002

बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (निगमित एजेंट को लाइसेंस देने संबंधी) विनियम 2002 के अंतर्गत अक्टूबर 2002 में आईआरडीए ने एक नोटिफिकेशन जारी किया। यह विनियम निगमित एजेंटों जैसे कंपनियों, फर्मों, बैंकों तथा को ऑपरेटिव सोसाइटी इत्यादि को लाइसेंस जारी करने तथा संबंधित अन्य विषयों पर है जो एकल व्यक्ति नहीं हैं फिर भी एजेंट बन सकते हैं।

G5 विदेशी मुद्रा प्रबंधन (बीमा) विनियम 2000

यह विनियम, जो रिजर्व बैंक ऑफ इंडिया, द्वारा अधिसूचित हैं, जो किसी भारतीय नागरिक को जीवन/साधारण बीमा पॉलिसियों को देश के बाहर स्थित किसी बीमाकर्ता से लेने का निषेध करते हैं।

विदेशी मुद्रा प्रबंधन (बीमा) (संशोधन) विनियम 2002 इसके बाद इसमें जोड़ता है कि:

‘इस बात का प्रावधान किया जाता है कि साधारण बीमा पॉलिसी को भारत के बाहर से लेने संबंधी निषेध, विशेष आर्थिक क्षेत्र में स्थित इकाई पर लागू नहीं होगा।’

G6 विदेशी मुद्रा प्रबंधन (बीमा) विनियम 2000—जीवन बीमा मेमोरेंडम (LIM)

मुद्रा विनियम नियंत्रण संबंधी यह विनियम किसी अनिवासी भारतीय को रुपयों में तथा विदेशी मुद्रा में जीवन बीमा पॉलिसी को जारी करने, प्रीमियम संग्रह करने तथा दावा निपटान तथा अन्य संबंधित मामलों को नियंत्रित करते हैं।

- **पॉलिसी जारी करना तथा प्रीमियम एकत्र करना** — भारतीय नागरिकता वाले निवासी व्यक्तियों के मामले में, जीवन बीमा पॉलिसी को विदेशी मुद्रा में जारी किया जा सकता है, जबकि प्रीमियम का भुगतान उनके द्वारा विदेश में रखी विदेशी मुद्रा निधि से किया गया हो, या भारत में उनके विदेशी मुद्रा खाते से किसी अधिकृत डीलर द्वारा किया जाए।

अनिवासी के संदर्भ में, बीमाकर्ता भारत या भारत के बाहर अपने किसी कार्यलय में विदेश से विदेशी मुद्रा या पॉलिसीधारक या उसके परिवार के किसी सदस्य के भारत में एन आर आई/एफ सी एन आर खाते से यदि प्रीमियम का भुगतान प्राप्त करे तो जीवन बीमा पॉलिसी विदेशी मुद्रा मूल्य में जारी की जा सकती है।

- **दावा निबटारा** — उन परिस्थितियों में जबकि रुपये में जारी जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत दावेदार बीमाधारक भारत के बाहर का निवासी है, तो भुगतान विदेशी मुद्रा में उसी अनुपात में होगा जिस अनुपात में प्रीमियम का भुगतान विदेशी मुद्रा में हुआ है। अनिवासी लाभार्थी की स्थिति में, निबटाने विदेशी मुद्रा में उनके एन आर आई/एफ सी एन आर खाते में किया जा सकता है।

- **विदेशी एजेंट को कमीशन** — बीमा कंपनियों द्वारा स्थायी रूप से विदेश में रहने वाले अपने एजेंट को कमीशन दिया जा सकता है, इस तथ्य के बावजूद कि उनके द्वारा दिये गये व्यवसाय का अधिकतर हिस्सा भारतीय निवासियों के जीवन पर है तथा प्रीमियम रुपयों में भारत में दिया गया है।

G7 ग्राहक संरक्षण अधिनियम (कोपा/COPA) 1986

- इस ऐक्ट के अंतर्गत, एक ग्राहक, एक व्यक्ति की तरह, इस अधिनियम द्वारा स्थापित विभिन्न मंचों में निवारण के लिए जा सकता है, यदि वे सेवा देने वाले की सेवा या उत्पाद से असंतुष्ट हैं।

- कोपा बीमा उद्योग पर भी लागू होता है।

- पॉलिसीधारक को, बीमाकर्ता तथा एजेंटों की असंतोषपूर्ण सेवाओं या अनुचित व्यापार व्यवहारों के विरुद्ध निवारण मांगने का हक है।

- बीमा से संबंधित सबसे अधिक विवाद दावों के अस्वीकरण तथा विलंब से पैदा होते हैं।

ग्राहक विवाद निवारण मंच हर जिले तथा हर प्रदेश में स्थापित किया गया है। जिले के स्तर पर स्थापित मंच रुपये बीस लाख तक के मूल्यों संबंधी शिकायतों को सुनते हैं तथा प्रदेश स्तर पर मंच एक करोड़

रुपये तक के दावों के शिकायतों की सुनवाई करते हैं। राष्ट्रीय (नेशनल) कमीशन, राज्य स्तरीय मंच द्वारा दावों के निर्णय के विरुद्ध अपील तथा राज्य स्तर मंच के अधिकार क्षेत्र से बाहर के मामले सुनते हैं। ग्राहक के मूल अधिकार निम्न हैं:

- उत्पादों तथा सेवाओं के विपणन के विरुद्ध अधिकारों का संरक्षण।
- सूचना का अधिकार।
- सुरक्षित रहने का अधिकार।
- चयन का अधिकार।
- सुने जाने का अधिकार।
- निवारण मांगने का अधिकार।
- ग्राहक शिक्षा का अधिकार।

शिकायत को, विवाद उत्पन्न होने की तिथि के दो वर्ष के भीतर दर्ज होना चाहिये, नहीं तो विलंब यदि कोई हो, तो उसे सक्षम उपभोक्ता मंच द्वारा माफ किया जाना चाहिये।

उपरोक्त के अतिरिक्त और भी कई तरीके हैं, जो बीमा उद्योग के सभी हितधारकों के द्वारा, जिसमें आई आर डी ए भी शामिल है, पॉलिसी धारकों की सुरक्षा के लिए बने हैं। हम इन सभी उपायों को और विस्तार में अध्याय 14, ग्राहक संरक्षण में देखेंगे।

मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

- बीमा अधिनियम 1938 भारत में पास किया गया सबसे महत्वपूर्ण विधायन है।
- बीमा अधिनियम 1938 का धारा 40(1) एक लाइसेंस प्राप्त बीमा एजेंट के अतिरिक्त किसी अन्य को बीमा व्यवसाय प्राप्त करने के लिए किसी प्रकार के पारिश्रमिक देने पर प्रतिबंध लगाता है।
- बीमा अधिनियम 1938 का धारा 41(1) किसी बीमा एजेंट को किसी ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए उत्तेजित करने के लिये किसी भी प्रकार की छूट प्रदान करने का निषेध करता है। यह धारा किसी व्यक्ति को इस प्रकार की छूट का प्रस्ताव बीमा लेने के लिये स्वीकार करने से भी रोकता है।
- बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42 किसी व्यक्ति या कंपनी को बीमा व्यवसाय के आग्रह करने के लिये एक बीमा एजेंट के तौर पर काम करने के लिए लाइसेंस जारी करने का प्रावधान करता है।
- बीमा अधिनियम 1938 की धारा 44 के अंतर्गत कुछ शर्तों के साथ इस बात का प्रावधान है कि किसी भी बीमा एजेंट के द्वारा भारत में किये जीवन बीमा व्यवसाय के नवीनीकरण के लिए उसको देय कमीशन के भुगतान के लिए मना नहीं किया जा सकता है।
- भारत में जीवन बीमा व्यवसाय का नियमन करने के लिए जीवन बीमा कंपनी अधिनियम 1912 भारत का पहला वैधानिक प्रयास था।
- एल आई सी अधिनियम 1956 को भारत में जीवन बीमा व्यवसाय के राष्ट्रीयकरण के लिए पारित किया गया था जिसके द्वारा सभी जीवन बीमा कंपनियों का व्यवसाय एल आई सी में हस्तांतरित कर दिया गया था।
- एल आई सी को 200 से अधिक जीवन बीमा कंपनियों तथा भविष्य निधि सोसाइटियों को मिलाकर बनाया गया था।
- आई आर डी ए अधिनियम 1999 को बीमा उद्योग के नियमन, प्राप्ताहन तथा सुव्यवस्थित वृद्धि को सुनिश्चित करने के लिये लागू किया गया था।
- आई आर डी ए ने पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा, व्यवसाय के सही संचालन, तथा लाइसेंस प्रदान करने एवं नियमों के निर्धारण तथा पंजीकरण के लिए जिम्मेदार 'बीमा नियंत्रक' का स्थान ले लिया था।
- मनी लॉन्ड्रिंग, वित्तीय प्रणाली में अवैध धन को उसके उद्गम को छुपाते हुए शामिल करने की प्रक्रिया है, ताकि ऐसा लगे कि उसे कानूनी तरीके से अर्जित किया गया है। इसके तीन चरण हैं: स्थापना, स्तरीकरण, एकीकरण।
- सभी बीमाकर्ताओं का एक एएमएल कार्यक्रम होना अपने स्थान पर चाहिए तथा अपना व्यवसाय करते समय सभी एजेंटों को उसका पालन करना चाहिये।
- एम डब्लू पी अधिनियम 1874 के धारा 6 के अनुसार इस बात का प्रावधान है कि कोई जीवन बीमा पॉलिसी जो एक विवाहित व्यक्ति ने अपने जीवन पर, अपनी पत्नी तथा बच्चों के लाभ हेतु ली गयी है, एक ट्रस्ट के समान मानी जाएगी तथा बीमित, उसके लेनदारों तथा अदालती कुड़की आदि के नियंत्रण से बाहर रहेगी।
- जीवन बीमा पॉलिसी में केवल पत्नी या एक/अधिक बच्चे या पत्नी के साथ एक/अधिक बच्चे संयुक्त रूप से लाभार्थी हो सकते हैं।

अन्य विधेयन:

- जन शिकायतों के निबटारे के नियम 1998 (आर पी जी 1998) के अंतर्गत गर्वनिंग बॉडी ऑफ इंडियोरेंश (जी बी आई सी) काउन्सिल की लोकपाल संस्था को खड़ा करने की सुविधा के लिये गठन किया गया था

तथा उसे सहायता प्रदान की जाती है।

- बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (बीमा विज्ञापन तथा प्रकटन) विनियम 2000 बीमा कंपनियों तथा बीमा एजेंटों द्वारा विज्ञापन तथा अनुचित विज्ञापन संबंधी मामलों को नियंत्रित करती है।

- बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (प्रीमियम प्राप्ति की विधि) विनियम 2002 उन तरीकों को परिभाषित करता है जिनसे एक पॉलिसीधारक बीमा पॉलिसी खरीदते समय प्रीमियम का भुगतान कर सकता है।

- बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (निगमित एजेंट को लाइसेंस देने संबंधी) विनियम 2002, निगमित एजेंट, जो व्यक्ति तो नहीं हैं लेकिन फिर भी एजेंट बन सकते हैं, के लाइसेंस जारी तथा अन्य मामलों से संबंधित है।

- विदेशी मुद्रा प्रबंधन (बीमा) विनियम 2000, भारतीय निवासियों को भारत के बाहर स्थित किसी बीमाकर्ता से जीवन/साधारण बीमा पॉलिसियाँ लेना निषिद्ध करता है।

- विदेशी मुद्रा प्रबंधन (बीमा) विनियम 2000 – जीवन बीमा मेमोरेंडम (एल आई एम), अनिवासियों को जारी की गयी रुपये या विदेशी मुद्रा में ली गई बीमा पॉलिसियों तथा उनके दावों के निबटारे संबंधी अन्य मामलों के लिये विनियम नियंत्रण निर्धारित करता है।

- ग्राहक संरक्षण अधिनियम (कोपा) 1986 के अंतर्गत किसी व्यक्ति को, उत्पाद या सेवाओं से असंतुष्ट होने पर विभिन्न मंचों में निवारण के लिए जा सकता है। इसके अनुसार पॉलिसी धारक को यह अधिकार है कि वह किसी बीमाकर्ता तथा उसके एजेंटों के अनुचित व्यापार व्यवहार या असंतोषजनक सेवा के निवारण की मांग कर सकता है।



प्रश्न-उत्तर

12.1 बीमा अधिनियम 1938 का धारा 42, एक व्यक्ति या कंपनी को किसी बीमा एजेंट के रूप में बीमा व्यवसाय करने के या आग्रह लिए लाइसेंस जारी करने की शर्तें तय करता है। जिसमें निम्न बिंदु शामिल हैं:

- एजेंट बनने के लिए योग्यता
- देय फीस की अधिकतम सीमा
- लाइसेंस की वैधता तीन साल की होती है, जिसके बाद इसका नवीनीकरण कराना होता है।
- नवीनीकरण शुल्क के साथ नवीनीकरण हेतु आवेदन, लाइसेंस समाप्त होने से कम से कम तीस दिन के पहले प्राधिकरण को प्राप्त हो जाना चाहिए।
- यदि लाइसेंस खो गया है, या नष्ट हो गया है तो उसकी दूसरी प्रतिलिपि, निर्धारित शुल्क जमा करने पर जारी की जा सकती है।
- यदि कोई व्यक्ति बिना लाइसेंस एक बीमा एजेंट के रूप में कार्य कर रहा है, तो वो आर्थिक दंड का पात्र होगा।
- अयोग्यता।
- निर्धारित प्रशिक्षण।
- निर्धारित परीक्षा पास करना।

इस धारा द्वारा मुख्य (प्रिंसिपल) एजेंट, प्रमुख (चीफ) एजेंट तथा विशेष (स्पेशल) एजेंट के पंजीकरण तथा विनियमन के लिए दिशानिर्देश जारी होते हैं।

12.2 ए एम एल दिशानिर्देशों के मुख्य पहलू जो किसी एजेंट को अवश्य करने से सम्बद्ध हैं:

- यह सुनिश्चित करना कि ग्राहक अपनी जरूरी पहचान तथा पते संबंधी साक्ष्य सभी स्तरों पर प्रस्तुत करे (उदाहरण; पॉलिसी जारी होते समय, टॉप अप के समय तथा दावे के भुगतान के समय)
- अपने ग्राहक का जोखिम प्रोफाइल बनायें तथा यह सुनिश्चित करे कि वह उसकी निवेश क्षमता से मेल खाता हो।
- बीमा कवर की आवश्यकताएं निर्धारित करने के लिए उचित आय प्रमाण प्राप्त करें।
- निधि के स्रोत को तय करें तथा रु. 50,000 या अधिक के प्रीमियम को, चेक, ड्राफ्ट, क्रेडिट कार्ड या किसी बैंकिंग चैनल से प्राप्त करें।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	आई आर डी ए अधिनियम 1999 के मुख्य लक्ष्य क्या हैं?
2	पी एम एल ए 2002 किसके लिए लागू होता है?
3	एम डब्लू पी ऐक्ट 1874 के अंतर्गत जीवन बीमा पॉलिसी के लाभार्थी कौन हो सकते हैं?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	आई आर डी ए अधिनियम 1999 के लक्ष्य निम्न हैं: <ul style="list-style-type: none"> • बीमा पॉलिसी के धारकों के हितों की रक्षा करना; • बीमा उद्योग का नियमन, प्रोत्साहन तथा सुव्यवस्थित वृद्धि को सुनिश्चित करना, तथा • अन्य संबंधित मामले।
2	पी एम एल ए का पालन करना उन सभी वित्तीय संस्थाओं पर लागू होता है, जो: <ul style="list-style-type: none"> • रिजर्व बैंक ऑफ इंडिया (RBI) – बैंकिंग विनियामक; • भारतीय प्रतिभूति विनियम बोर्ड (SEBI) – पूंजी बाजार विनियामक; • बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) – बीमा विनियामक; तथा • सभी अन्य वित्तीय मध्यस्थ।
3	एम डब्ल्यू पी अधिनियम के अंतर्गत पॉलिसी के लाभार्थी निम्न हो सकते हैं <ul style="list-style-type: none"> • केवल पत्नी; या • एक या अधिक बच्चे; या • पत्नी तथा एक या अधिक बच्चे संयुक्त रूप से।

अध्याय-13

विधेयक तथा ग्राहक परामर्श

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A सरकार की भूमिका	13/2
B प्रमुख भारतीय तथा अंतर्राष्ट्रीय संस्थाएं	13/5
C आई आर डी ए तथा अन्य विनियामकों के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य	13/8
D आई आर डी ए (बीमा एजेंटों की लाइसेंसीकरण) विनियम 2000	13/10
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन के उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:-

- बीमा उद्योग की वृद्धि को बढ़ावा देने के लिए भारत सरकार की भूमिका वर्णन करने में;
- बीमा उद्योग में विभिन्न भारतीय तथा अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं की भूमिका को रेखांकित करने में;
- बीमा नियामक के रूप में आई आर डी ए के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य स्पष्ट करने में;
- आई आर डी ए (बीमा एजेंटों की लाइसेंस प्रक्रिया) विनियम 2000 की प्रमुख विशेषताएं वर्णन करने में।

परिचय

अपने अध्ययन के दौरान हम बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (आई आर डी ए) के बारे में पहले ही चर्चा कर चुके हैं तथा पूर्व के अध्याय में इस बात को बताया गया था कि किस प्रकार इसे **बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (IRDA) अधिनियम 1999** के द्वारा स्थापित किया गया था। हमें ये पता है कि आई आर डी ए भारत की एक बीमा विनियामक है तथा इसको बनाया गया इस लक्ष्य के साथ कि पॉलिसीधारकों के हितों को सुरक्षित करना है तथा बीमा उद्योग की सुव्यवस्थित वृद्धि, विनियमिकरण तथा प्रोत्साहन सुनिश्चित करना था। इस अध्याय में हम आई आर डी ए को अपने लक्ष्यों को हासिल करने के लिए उसके कर्तव्यों, कार्य तथा इसकी शक्तियों का अध्ययन करेंगे। यह अध्याय आपको **आई आर डी ए (बीमा एजेंटों का लाइसेंसिकरण) विनियम 2000** के प्रावधानों के बारे में भी जानकारी देगा, जिसमें बीमा एजेंटों को लाइसेंस जारी करने तथा नवीनीकरण संबंधी मामले शामिल हैं।

भारत में बीमा के प्रोत्साहन तथा प्रसार के लिए भारत सरकार तथा अन्य प्रमुख संस्थाओं की भूमिका के बारे में जानना शुरू करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलि

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आई आर डी ए)	प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफ डी आई)	जीवन बीमा परिषद (एल आई कॉउन्सिल)	भारतीय बीमांकन संस्थान (आई ए आई)
भारतीय बीमा ब्रोकर संगठन (आई बी ए आई)	भारतीय बीमा संस्थान (आई आई आई)	शुल्क सलाहकार समिति (टी ए सी)	शुल्क निर्धारण मुक्तिकरण
आई आर डी ए (बीमा एजेंटों का लाइसेंसिकरण) विनियम 2000	लाइसेंस का निरस्तीकरण	व्यावहारिक परीक्षण	लाइसेंस जारी करना
आचार संहिता	लाइसेंस की प्रतिलिपि		

A सरकार की भूमिका

विधि के अंतिम स्रोत के रूप में भारत में बीमा उद्योग के विनियमन में सरकार की प्रमुख भूमिका है। इसका यह सुनिश्चित करने का अधिकार है कि उद्योग का उचित रूप से विनियमन हो तथा समय-समय पर पूरे भारत में बीमा के प्रसार को प्रोत्साहन मिले।

A1 आई आर डी ए को अलग (हटाना) करने का केन्द्र सरकार का अधिकार

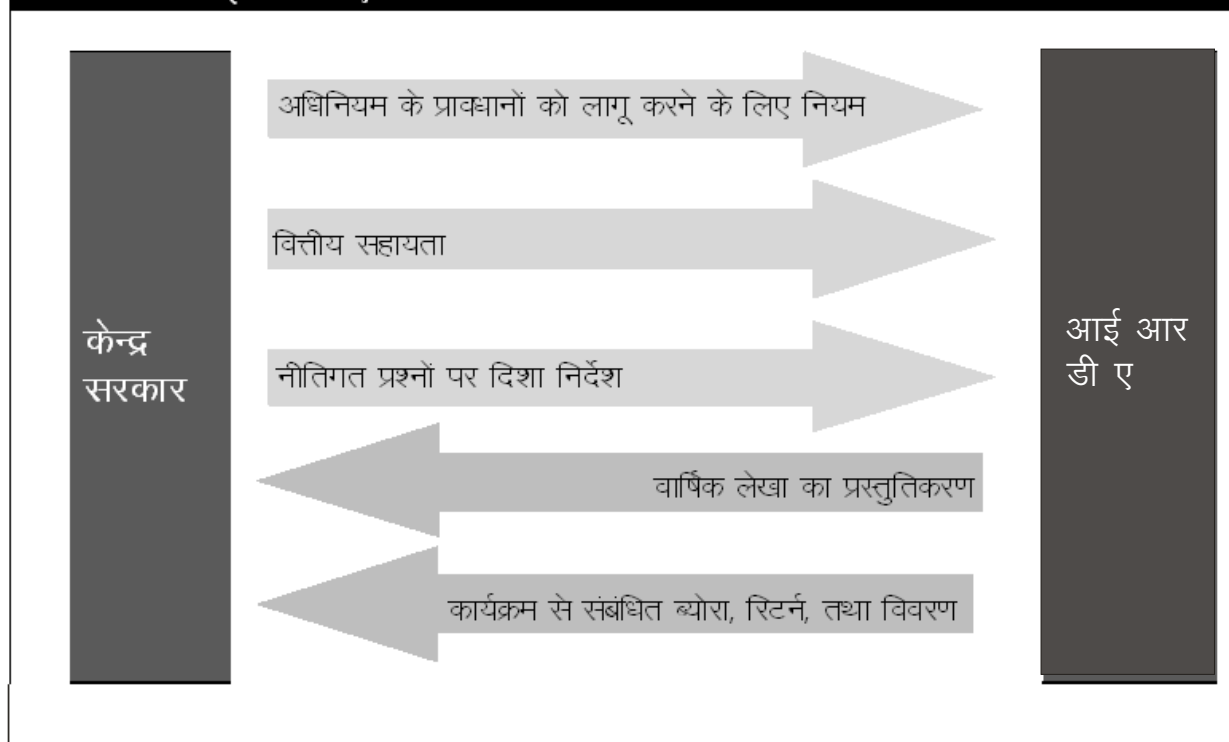
आई आर डी ए अधिनियम 1999 भारत सरकार को शक्ति देता है कि, एक अधिसूचना द्वारा वह आई आर डी ए को अलग (हटा) कर सकती है। यदि सरकार के विचार में आई आर डी ए अपने कार्यों और कर्तव्यों को निभा पाने में असमर्थ है (जिनके कारण आई आर डी ए के नियंत्रण बाहर हैं), या इसके द्वारा अपने कर्तव्यों तथा जिम्मेदारियों में लगातार चूक हुई है या परिस्थितियों को देखते हुए कार्रवाई करना जनता के हित में है, तो वह इस अधिकार का प्रयोग कर सकती है।

A2 आई आर डी ए के साथ केन्द्र सरकार के संबंध

आई आर डी ए अधिनियम, आई आर डी ए के संबंध में केन्द्र सरकार की भूमिका को निर्दिष्ट करता है। इसे हम निम्न संक्षिप्त विवरण दे सकते हैं:

- संसद द्वारा कानून के माध्यम से उचित विनियोग के आधार पर आई आर डी ए को वित्तीय सहायता प्रदान करना, ताकि अधिनियम के उद्देश्यों में इस्तेमाल कर सके।
- आई आर डी ए का वार्षिक लेखा खाता भारत के नियंत्रक और लेखा परीक्षक द्वारा अंकेषित व प्रमाणित किया जाना तथा उसे केंद्र सरकार को अग्रसारित करना आवश्यक है। यह लेखा विवरण केंद्र सरकार द्वारा संसद के प्रत्येक सदनों में प्रस्तुत किये जाते हैं।
- तकनीकी तथा प्रशासनिक मामलों के अतिरिक्त नीतिगत मामलों में केन्द्र सरकार आई आर डी ए को दिशानिर्देश जारी कर सकती है। केन्द्र सरकार समय-समय पर इस तरह के लिखित दिशानिर्देश जारी कर सकती है तथा आई आर डी ए इन्हें मानने के लिए बाध्य है।
- आई आर डी ए द्वारा केन्द्र सरकार की समय-समय पर आई मांग पर बीमा उद्योग के विकास तथा संवर्धन के लिए वर्तमान कार्यक्रम या किसी प्रस्तावित कार्यक्रम से संबंधित, रिटर्न, विवरण तथा अन्य विशेष जानकारी की पूर्ति करना चाहिये।
- केंद्र सरकार को यह शक्ति है कि वह एक अधिसूचना द्वारा अधिनियम के प्रावधानों का अनुपालन करने के लिए नियम बना सकती है।

चित्र 13.1 आईआरडीए के साथ केन्द्र सरकार के संबंध



A3 उद्योग की वृद्धि में सरकार की भूमिका

केंद्र सरकार बीमा उद्योग की वृद्धि के प्रोत्साहन के लिए समय-समय पर विभिन्न प्रकार के प्रावधानों को आरम्भ करती है। एक महत्वपूर्ण प्रावधान जो केंद्र सरकार द्वारा किया गया है वह हैं बीमा क्षेत्र में विदेशी निवेश की स्वीकृति, जिसे प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफ डी आई) कहते हैं।

A3A प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफ डी आई)

वर्ष 2000 से पहले जीवन बीमा निगम (एल आई सी) के पास भारत में जीवन बीमा व्यवसाय करने का एकमात्र विशेषाधिकार था।

बीमा एक बड़ी पूंजी आधारित व्यवसाय है जिसकी लाभ-हानि की लम्बी अवधि होती है तथा इसके लिए पर्याप्त विशेषज्ञता की भी जरूरत होती है। जब सरकार बीमा उद्योग में निजी भागीदारी का प्रवेश चाह रही थी तो संभावित भागीदार न तो बीमा व्यवसाय के लिए तकनीकी रूप से विशेषज्ञता रखते थे और न जरूरी पूंजी ही। इस कारण बीमा बाजार में निजी क्षेत्र की निर्विघ्न भागीदारी तथा बीमा उद्योग की सुव्यवस्थित वृद्धि सुनिश्चित करने के लिए सरकार ने बीमा क्षेत्र में 26%, प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (एफ डी आई) की अनुमति दी।

ध्यान रखें!

यह पाठ्यपुस्तक लिखते समय, वर्तमान एफ डी आई कानून के अनुसार स्वदेशी बीमा कंपनियों को विदेशी भागीदारों के साथ संयुक्त उद्यम (JVs) स्थापित करने की अनुमति दी गयी है, जिसमें विदेशी भागीदार 26% तक की हिस्सेदारी रख सकता है।



वर्ष 2000 में जब बीमा क्षेत्र को निजी क्षेत्र के लिए खोला गया था तब से देश में बीमा की पैठ काफी सुधर गयी है। नवीनता पूर्ण और आवश्यकता के अनुरूप उत्पादों की उपलब्धता तथा प्रतिस्पर्धी प्रीमियम पर मिलने में ग्राहकों की आवश्यकता की पूर्ति हुई। इस वृद्धि की गति को बनाए रखने के लिए सरकार बीमा क्षेत्र में एफ डी आई की सीमा को 49% तक बढ़ाने का प्रस्ताव लाना चाहती है। पुस्तक लिखने के समय यह बिल संसद में मंजूरी के लिए लंबित है। जब यह स्वीकार हो जाने पर विदेशी भागीदार अपनी भागीदारी को स्वदेशी निजी भागीदारों के साथ संयुक्त उद्यम में 49% तक बढ़ा पाएंगे। इस क्षेत्र की प्रगति से आप अपने ज्ञान को अद्यतन करते रहें।

संस्तुत गतिविधियां

निजी जीवन बीमा कंपनियों में से किन्हीं पांच की एक सूची बनाए और इंटरनेट या कंपनी उत्पाद ब्रोचर द्वारा उनकी भागीदारी के पैटर्न के विषय में पता लगायें। ये जानें कि स्वदेशी भागीदारों तथा विदेशी भागीदारों की भागीदारी कितनी है।



A3B आयकर प्रोत्साहन

हमने पूर्व अध्यायों में देखा है कि किस प्रकार सरकार जीवन बीमा में निवेश पर लोगों को कर लाभ प्रदान करती है। इसने भारत में जीवन बीमा के विस्तार और उठाने में काफी मदद की है।



प्रश्न 13.1

यदि सरकार के विचार से आई आर डी ए अपने कार्य निष्पादन में अक्षम साबित हो रहा हो, तो वो क्या कर सकती है?

B प्रमुख भारतीय तथा अंतर्राष्ट्रीय बीमा संस्थाएं

इस भाग में हम भारतीय बीमा उद्योग की कुछ प्रमुख संस्थाओं की भूमिका का अध्ययन करेंगे।

B1 बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (आई आर डी ए)

हमने अध्याय 1 में देखा है कि वर्ष 1999 में मल्होत्रा कमेटी की संस्तुतियों के आधार पर एक स्वायत्त निकाय के रूप में बीमा उद्योग के विकास तथा विनियामन के लिये बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (आई आर डी ए) का गठन, किया गया। आई आर डी ए के मुख्य लक्ष्यों में शामिल है प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा देना है ताकि प्रतिस्पर्धी प्रीमियम व बढ़े हुए उपभोक्ता के लिये विकल्पों के द्वारा ग्राहक की संतुष्टि को बढ़ाया जा सके तथा बीमा बाजार की वित्तीय सुरक्षा सुनिश्चित की जा सके। भारत में बीमा तथा पुनर्बीमा व्यवसाय की सुव्यवस्थित वृद्धि को सुनिश्चित, विनियमित तथा प्रोत्साहित करना ही आई आर डी ए का कर्तव्य है।



ध्यान रखें!

आई आर डी ए की एक वैधानिक संस्था के रूप में अप्रैल 2000 में स्थापना हुई।

आई आर डी ए के कर्तव्यों, शक्तियों तथा कार्यों के बारे में हम इस अध्याय में बाद में देखेंगे।

B2 जीवन बीमा परिषद (लाइफ इन्श्युरेंस कॉउन्सिल)

जीवन बीमा परिषद का गठन **बीमा अधिनियम 1938** की धारा 64A के अंतर्गत किया गया था। यह एक कार्य कारणी समिति तथा अनेक उप-समितियों के माध्यम से कार्य करती है तथा भारत की सभी जीवन बीमा कंपनियां इसके साथ संलग्न हैं। यह जनता, सरकार तथा आई आर डी ए के साथ उद्योग की ओर से सभी चर्चाओं का विकास तथा समन्वय करती है। सारांश में ये जीवन बीमा उद्योग का दर्पण है।

जीवन बीमा परिषद का मुख्य उद्देश्य, भारतीय जीवन बीमा उद्योग को लोगों की समृद्धि की यात्रा में सहायता करने के लिए एक जीवंत, विश्वसनीय तथा लाभदायक सेवा प्रदान करने के अभियान में महत्वपूर्ण तथा पूरक भूमिका निभाना है।

जीवन बीमा परिषद के मुख्य कार्य निम्नलिखित हैं:

- नैतिकता तथा शासन के उच्च मानकों को जारी रखना
- उद्योग की सकारात्मक छवि बनाना तथा ग्राहक के विश्वास में वृद्धि
- जीवन बीमा की भूमिका तथा लाभों के बारे में जागरूकता को बढ़ावा देना
- सरकार, विधि निर्माताओं तथा विनियामकों का संरचित तथा सक्रिय विचार विमर्श का आयोजन.

- जीवन बीमा में शोध संचालन तथा क्षेत्र के विकास में योगदान
- वित्तीय सेवा क्षेत्र की अन्य संस्थाओं के साथ परिचर्चा हेतु मंच के रूप में
- बीमा शिक्षा, प्रशिक्षण तथा सम्मेलनों में प्रमुख भूमिका निभाना
- आवश्यकता पड़ने पर सदस्यों को सहायता तथा मार्गदर्शन प्रदान करना
- वैश्विक बाजार तथा भारतीय जीवन बीमा उद्योग के बीच एक सक्रिय कड़ी के रूप में कार्य करना

B3 साधारण बीमा परिषद (जी आई कॉउन्सिल)

साधारण बीमा परिषद, भारत में साधारण (गैर-जीवन) बीमा कंपनियों के सामूहिक हितों का प्रतिनिधित्व करती है। परिषद सामूहिक हितों संबंधी मामलों के बारे में विचार विमर्श करती है, नीति निर्धारण से संबंधित चर्चाओं में भाग लेती है तथा बीमा उद्योग में ग्राहकों की सेवा की संतुष्टि के उच्च मानकों की वकालत करने वाले की तरह कार्य करती है।

B4 भारत का बीमा ब्रोकर संगठन (IBAI)

भारत का बीमा ब्रोकर संगठन (IBAI) को आई आर डी ए द्वारा भारत के सभी लाइसेंसधारी बीमा ब्रोकरों/दलाल के शीर्ष संस्था के रूप में मान्यता प्राप्त है। आई आर डी ए द्वारा बीमा ब्रोकरों/दलाल को भारत के बाजार में ऐसे व्यावसायिकों के रूप में प्रस्तुत किया गया है जो बीमा खरीदारों के हितों का प्रतिनिधित्व तथा सेवा प्रदान करता है। बीमा ब्रोकर, बीमा खरीदार का प्रतिनिधित्व करता है, न कि बीमा कंपनी का, हालांकि बीमा ब्रोकर को बीमा कंपनी से पारिश्रमिक मिलता है।

ध्यान रखें!

बीमा ब्रोकर के माध्यम से बीमा लेने पर पॉलिसी धारक को कोई अतिरिक्ति लागत नहीं आती है।



B5 भारतीय बीमांकन संस्थान (IAI)

भारतीय बीमांकन संस्थान (IAI) (पूर्व में भारतीय बीमांकन सोसाइटी-ASI) की स्थापना 1944 में गठित तथा अंतर्राष्ट्रीय बीमांकन संगठन के सदस्य के रूप में 1979 में पंजीबद्ध हुई थी।

ध्यान रखें!

बीमांकक एक ऐसा विशेषज्ञ होता है जो गणितीय तथा सांख्यिकीय पद्धतियों से बीमा में खास घटनाओं से जुड़े जोखिमों का आंकलन करता है: उदाहरण के लिए, अध्याय 4 में हमने देखा कि कैसे बीमांककों ने मृत्युदर तालिकाएं बनाई जिनका उपयोग जीवन बीमा कंपनियों के द्वारा किया जाता है। बीमांकक को भारतीय बीमांकन संस्थान (IAI) का सदस्य होना चाहिए।



आई ए आई को निम्नलिखित लक्ष्यों के साथ शुरू किया गया था:

- भारत में बीमांकन व्यवसाय के विकास के लिए;
- व्यवसाय के सदस्यों को परस्पर विचार विमर्श के अवसर प्रदान करने के लिए;
- संबंधित विषयों पर शोध तथा व्याख्यान की व्यवस्था करने के लिए; तथा
- बीमांकक परीक्षा के लिए अध्ययन कर रहे लोगों को सुविधाएं तथा मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए

B6 शुल्क सलाहकार समिति (TAC)

शुल्क सलाहकार समिति (TAC) को बीमा अधिनियम 1938 की धारा 64 U के अंतर्गत साधारण बीमा व्यवसाय के संबंध में बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित शर्तों एवम् निर्बंधन, लाभों तथा दरों का विनियमन और नियंत्रण करने के लिये किया गया था। परिणामतः, अतीत में अनेक बीमा उत्पादों का मूल्य TAC के द्वारा सुझाए गये मूल्यों के आधार पर निर्धारित किया गया था। TAC को IRDA के गैर-जीवन बीमा उद्योग के आंकड़ों के प्रबंधक के रूप में देखा जाता है।

IRDA, दरों के शुल्कनिर्धारण मुक्तिकरण को चरणबद्ध तरीके से लागू करने की प्रक्रिया में है; गैर-जीवन बीमा की कुछ श्रेणियों के लिए यह पूरा किया जा चुका है लेकिन अन्य के लिए अभी तक नहीं।

ध्यान रखें!

शुल्कदर मुक्तिकरण (डी-टैरिफिकेशन) बीमा को मूल्य निर्धारण से मुक्त करने की प्रक्रिया है ताकि बीमाकर्ता अपने उत्पादों का मूल्य निर्धारण अपने जोखिम आंकलन तथा बाजार के आधार पर कर सकें, न कि अपने ऊपर थोपे गये मूल्यों के आधार पर।



अब जबकि बीमा उत्पादों का मूल्य निर्धारण TAC के द्वारा निर्धारित नहीं किया जाता, TAC के द्वारा मानक पॉलिसी शब्दावली को अभी भी बीमाकर्ता द्वारा प्रयोग किया जा रहा है।

B7 भारतीय बीमा संस्थान (III)

भारतीय बीमा संस्थान (III) को 1955 में बीमा संस्थानों के फेडरेशन (FII) के रूप में स्थापित किया गया था, जो 1987 में III बन गया। इसका उद्देश्य भारत में बीमा शिक्षा तथा प्रशिक्षण को प्रोत्साहित करना है तथा यह बीमा उद्योग के सभी घटकों से घनिष्ट रूप से जुड़ा हुआ है, जिसमें IRDA तथा सरकारी व निजी क्षेत्र की सभी बीमा कंपनियां भी शामिल हैं।

संस्थान विभिन्न स्तरों पर परीक्षाएं संपन्न करता है तथा कनाडा, यू एस ए तथा यू के में स्थित अन्य अंतर्राष्ट्रीय संस्थानों के साथ मिल कर कार्य करता है जिसमें चार्टर्ड बीमा संस्थान भी शामिल हैं (खण्ड B9 देखें)।

B8 नेशनल बीमा अकादमी (NIA), पुणे

1980 में NIA का गठन सरकार द्वारा एल आई सी, जी आई सी तथा चार PSU साधारण बीमाकर्ता के सहयोग से किया गया था। NIA, पुणे का मुख्य उद्देश्य एक बीमा प्रशिक्षण संरचना का निर्माण, कार्यान्वयन तथा परिचालन करना है, जिसमें प्रतिभागी अधिकारियों को, सकांय सदस्यों तथा कर्मचारियों की सहायता से

प्रबंधन व संचार की पढाई में व्यस्त रहेंगे। यह बीमा तथा जोखिम प्रबंधन में शोध, प्रशिक्षण, शिक्षा, सलाह, प्रकाशन तथा नेतृत्व विकास के लिए शीर्ष संस्थान है। NIA, पुणे ने ज्ञानपरक विकास कार्यक्रमों द्वारा बड़ी संख्या में सुयोग्य बीमा कार्यकारी विकसित किए हैं।

B9 चार्टर्ड बीमा संस्थान (CII)

चार्टर्ड बीमा संस्थान (CII) को यू.के. में 1912 में रॉयल चार्टर द्वारा बनाया गया था तथा इसके साथ 150 से अधिक देशों के 95,000 से ज्यादा सदस्य हैं, जो बीमा तथा वित्तीय सेवा की विश्व की सबसे बड़ी व्यावसायिक संस्था है। CII सतत रूप से वैश्विक व्यावसायिक मानकों को अपनाने के लिए कृत-संकल्प है तथा स्थानीय विनियामकों, शैक्षिक भागीदारों तथा औद्योगिक संस्थाओं के साथ काम करती है ताकि बीमा तथा वित्त सेवाओं के कर्मचारियों तथा एजेंटों द्वारा स्थानीय बाजार में काम करने के तरीके में व्यावसायिक, कौशल तथा व्यवहार को बेहतर किया जा सके।

B10 बीमा तथा जोखिम प्रबंधन संस्थान (IIRM), हैदराबाद

बीमा तथा जोखिम प्रबंधन संस्थान (IIRM), एक अंतर्राष्ट्रीय शिक्षा तथा शोध संस्थान है। संस्थान को आंध्र प्रदेश सरकार तथा IRDA द्वारा, वर्ष 2002 में संयुक्त रूप से IRDA अधिनियम 1999 के धारा 14(f) के प्रावधानों के अंतर्गत, बीमा तथा जोखिम प्रबंधन में अंतर्राष्ट्रीय पोस्ट ग्रेजुएट डिप्लोमा (रेग्यूलर तथा दूरस्थ शिक्षा) कोर्स के प्रोत्साहन हेतु स्थापित किया गया था।

IIRM का लक्ष्य, बीमा क्षेत्र में समकालीन चुनौतियों के संदर्भ में उभरते हुए बाजारों के विकास व ज्ञान की आवश्यकताओं की पूर्ति करना है।



प्रश्न 13.2

जीवन बीमा काउन्सिल के क्या कार्य हैं?

C IRDA तथा अन्य विनियामकों के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य

C1 IRDA

IRDA के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य IRDA अधिनियम 1999 की धारा 14 के द्वारा निर्धारित है। IRDA अधिनियम, IRDA को इस बात की शक्तियां प्रदान करता है:

a)	आवेदकों (कंपनियों) को पंजीकरण प्रमाणपत्र जारी करना तथा ऐसे पंजीकरणों का नवीनीकरण, संसोधन, वापसी, निलंबन तथा निरस्त करना;
b)	पॉलिसी समनुदेशन, बीमाधारक द्वारा नामांकन, बीमा योग्य हित, बीमा दावों का निबटान, पॉलिसी का समर्पण मूल्य तथा बीमा अनुबंध के अन्य शर्तों व निर्बंधन से संबंधित मामलों में पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करना;
c)	मध्यस्थों तथा एजेंटों के लिए व्यवहारिक प्रशिक्षण, आचार संहिता, एवं आवश्यक योग्यता निर्धारित करना;
d)	हानि आंकलनकर्ताओं तथा सर्वेक्षकों के लिए आचार संहिता का निर्धारण;

e)	बीमा व्यवसाय के संचालन में कुशलता को बढ़ावा देना;
f)	बीमा तथा पुनर्बीमा व्यवसाय से जुड़ी व्यावसायिक संस्थाओं को प्रोत्साहित तथा नियंत्रित करना;
g)	प्रीमियम आय के उस प्रतिशत को निर्धारित करना जो बीमा कंपनियाँ, उपबंध (f) में उल्लिखित, व्यावसायिक संस्थाओं की योजना के प्रोत्साहन व नियंत्रण हेतु धन प्रबंध के लिये देंगी;
h)	इस अधिनियम के प्रयोजनों को पूरा करने के लिए फीस तथा शुल्क लगाना;
i)	मध्यस्थ बीमा कंपनियों तथा बीमा व्यवसाय से जुड़ी अन्य संस्थाओं से सूचनाएं प्राप्त करना, उनका निरीक्षण, जांच, तथा ऑडिट करना;
j)	साधारण बीमा व्यवसाय के संदर्भ में बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित दर, लाभ, शर्त व निर्बंधन को नियंत्रित तथा विनियमित करना जो बीमा अधिनियम 1938 के धारा 64U के अंतर्गत, शुल्क सलाहकार समिति (TAC) द्वारा नियंत्रित तथा विनियमित नहीं होते हैं;(खण्ड C6 देखें)
k)	यह निर्धारित करना कि बीमा कंपनियों तथा मध्यस्थों द्वारा लेखा पुस्तकों को किस प्रकार तैयार करना है तथा लेखा विवरणों को किस प्रकार व किस प्रपत्र पर प्रस्तुत करना है;
l)	बीमा कंपनियों द्वारा निधियों के निवेश का विनियमितीकरण;
m)	प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा निर्धारित विधिक साल्वेसी की सीमा का ध्यान रखना तथा विनियमित करना (नोट: साल्वेसी की सीमा वह राशि है जिससे बीमा कंपनी की आस्तियाँ उसकी देयताओं से अधिक होनी चाहिये);
n)	बीमा कंपनियों तथा मध्यस्थों के बीच पैदा हुए विवादों पर निर्णय देना;
o)	शुल्क सलाहकार समिति (TAC) के कार्यों का निरीक्षण करना (खंड B6 देखें);
p)	बीमा कंपनियों द्वारा, ग्रामीण तथा सामाजिक क्षेत्रों में किये जाने वाले जीवन बीमा तथा साधारण बीमा व्यवसाय का प्रतिशत निर्धारण; तथा
q)	ऐसी अन्य शक्तियों का प्रयोग करना जिनका निर्धारण किया जा सकता है।

C2 रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया (RBI)

रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया, भारत का केन्द्रीय बैंक है इसे 1 अप्रैल 1935 को **रिजर्व बैंक ऑफ इण्डिया अधिनियम 1934** के प्रावधानों के अंतर्गत गठित किया गया था। RBI भारत में वित्तीय प्रणाली का विनियामक, सुपरवाइजर तथा मौद्रिक प्राधिकरण है। यह बैंकिंग गतिविधियों को दिशानिर्देश प्रदान करता है, जिसके अंतर्गत देश की बैंकिंग तथा वित्तीय प्रणाली कार्य करती है। RBI देश की मौद्रिक नीति निर्धारित, मॉनिटर तथा लागू करती है तथा यह सुनिश्चित करती है कि मूल्य स्थिरता बनी रहें

C3 भारतीय प्रतिभूति तथा विनियम बोर्ड (SEBI)

SEBI को **भारतीय प्रतिभूति तथा विनियम बोर्ड अधिनियम 1992** के प्रावधानों के अंतर्गत 12 अप्रैल 1992 को गठित किया गया था। SEBI भारत के प्रतिभूति बाजार का नियंत्रक है तथा प्रतिभूति बाजारों में सभी निवेशकों के हितों की रक्षा करता है। ये समय समय पर उपयुक्त माध्यमों से प्रतिभूति बाजार के विकास तथा संवर्धन के लिए भी जिम्मेदार है।

प्रश्न 13.3

IRDA के प्रमुख लक्ष्य क्या हैं?



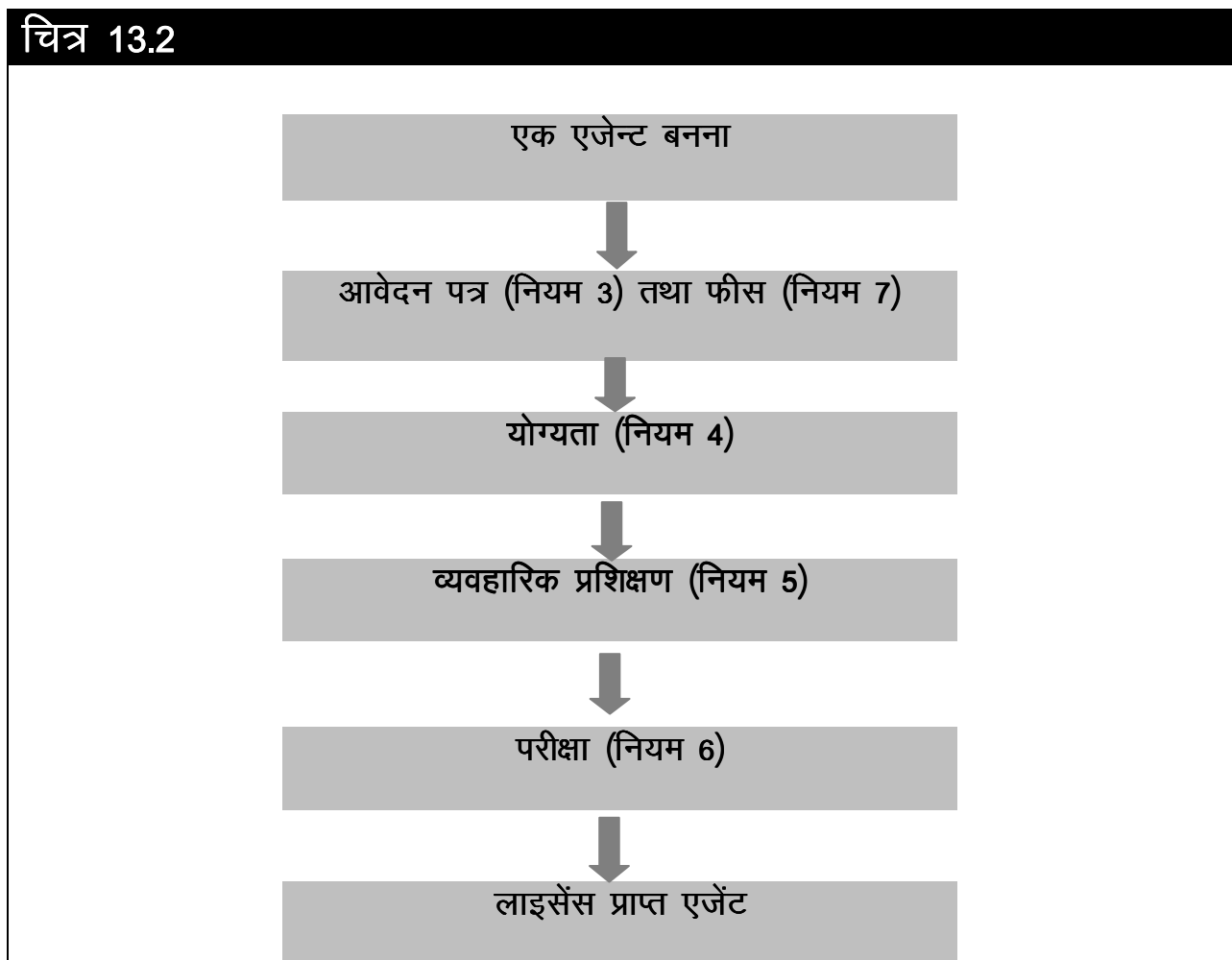
D IRDA (बीमा एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम 2000

जुलाई 2000 में IRDA ने बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम जारी किया। यह एक महत्वपूर्ण विधायन है, जिसकी आपको जानकारी होनी चाहिये क्योंकि यह बीमा एजेंटों को लाइसेंस जारी करने तथा नवीनीकरण के मामले से संबंधित है।

D1 एजेंट बनना

आपको व्यक्तिगत रूप से, यदि चाहे, एक जीवन बीमा एजेंट बनने के लिए कुछ कदम उठाने होंगे, तथा कुछ मापदंडों को पूरा करना होगा।

चित्र 13.2



D1A आवेदन

सबसे पहले, कोई व्यक्ति जो एक बीमा एजेंट के रूप में काम करने के लिए लाइसेंस प्राप्त करना चाहता है, को एक निश्चित फॉर्मेट पर **नियम 3** के अनुसार मनोनित व्यक्ति को आवेदन करे। आवेदन के साथ रु. 250 का शुल्क जमा होना चाहिए, जो **नियम 7** में अधिकृत व्यक्ति को देय हो।

D1B योग्यता

आवेदक की **नियम 4** के अनुसार निम्नलिखित आवश्यक योग्यता होनी चाहिए।

यदि आवेदक किसी ऐसी जगह का निवासी हो जिसकी जनसंख्या पिछली जनगणना के आधार पर 5000 या उससे अधिक हो.	इसके अलावे यदि आवेदक कहीं और रहता हो
<ul style="list-style-type: none"> • कम से कम 12 वीं कक्षा पास हो; या • किसी मान्यता प्राप्त बोर्ड या संस्थान से इसके समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण की हो। 	<ul style="list-style-type: none"> • कम से कम 10 वीं कक्षा पास हो; या • किसी मान्यता प्राप्त बोर्ड या संस्थान से इसके समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण की हो।

D1C प्रायोगिक (प्रैक्टिकल) प्रशिक्षण

आवेदक को नियम 5 के अनुसार प्रायोगिक प्रशिक्षण प्राप्त करना होगा। पहली बार लाइसेंस प्राप्त करने के लिए आवेदन करते समय, आवेदक को किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से जीवन बीमा व्यवसाय का कम से कम 50 घंटे (संयुक्त/कंपोजिट एजेंसी की स्थिति में 75 घंटे) का प्रायोगिक प्रशिक्षण पूरा करना चाहिए। तथापि आवेदक के पास अतिरिक्त शैक्षिक योग्यता होने की स्थिति में इस प्रायोगिक प्रशिक्षण की शर्त में छूट भी दी जा सकती है (जैसा कि उप नियम 1 में निर्दिष्ट है)।

D1D परीक्षा

आवेदक को **नियम 6** के अनुसार जीवन बीमा व्यवसाय में भर्ती पूर्व परीक्षा उत्तीर्ण करनी होती है। इस परीक्षा को भारतीय बीमा संस्थान (III) द्वारा या किसी अन्य मान्यता प्राप्त परीक्षा संस्था द्वारा संचालित किया जाता है।

D1E लाइसेंस जारी होना

मनोनित व्यक्ति, आवेदक के संबंध में इन बातों से संतुष्ट होने पर लाइसेंस जारी कर सकता है:

- वह नियम 4 के अनुपालन में है (उपयुक्त योग्यता रखता है);
- वह नियम 5 के अनुपालन में है (प्रायोगिक प्रशिक्षण प्राप्त है);
- वह नियम 6 के अनुपालन में है (आवश्यक परीक्षा उत्तीर्ण कर चुका है);
- उसका आवेदन सभी प्रकार से पूर्ण है;
- बीमा व्यवसाय का प्रयत्न करने तथा प्राप्त करने के लिए उसे पर्याप्त ज्ञान प्राप्त है; तथा
- वह पॉलिसी धारकों को जरूरी सेवाएं देने में सक्षम है।

D1F लाइसेंस का नवीनीकरण

नियम 5 (3) के अनुसार, एक लाइसेंस के नवीनीकरण हेतु आवेदनकर्ता को किसी मान्य संस्थान से कम से कम 25 घंटे का जीवन बीमा व्यवसाय में प्रायोगिक प्रशिक्षण पूरा कर लेना आवश्यक है।

D1G लाइसेंस का निरस्तीकरण

मनोनित व्यक्ति, किसी एक बीमा एजेंट के लाइसेंस को निरस्त कर सकता है, यदि अधिनियम के अनुच्छेद 42 के उपधारा (4) में वर्णित अयोग्यताओं में से कोई विद्यमान हो।

उप-धारा में वर्णित अयोग्यताएं जो किसी एजेंट पर लागू होंगी, निम्न हैं:

- यदि वह नाबालिग है।
- यदि व्यक्ति को सक्षम न्यायिक अदालत द्वारा असंतुलित मस्तिष्क का पाया गया हो।
- यदि व्यक्ति को सक्षम न्यायिक अदालत द्वारा आपराधिक हेराफेरी, विश्वास भंग, धोखाधड़ी, जालसाजी जैसे अपराधों को करता हुआ या सहयोग या कोशिश करता हुआ पाया गया हो।
— यद्यपि, यदि ऐसे अपराध में उसको मिली सजा पूरी होने के बाद पांच वर्ष व्यतीत हो चुके हों, तो सजा को अयोग्यता का आधार नहीं माना जाएगा।
- यदि व्यक्ति, किसी बीमाकर्ता या बीमित से जानते बूझते हेराफेरी, बेईमानी या अनुचित प्रतिनिधित्व करता दोषी पाया गया हो।
- यदि व्यक्ति आवश्यक योग्यता न रखता हो या नियमानुसार अधिकतम 12 महीने तक आवश्यक प्रशिक्षण प्राप्त न हो।
- व्यक्ति ने आचार-संहिता का उल्लंघन किया हो (खण्ड D2 देखिए)।



प्रश्न 13.4

नये जीवन बीमा एजेंट को कितने घंटों का प्रायोगिक प्रशिक्षण प्राप्त करना होता है?

D1H डुप्लिकेट लाइसेंस जारी करना

खो गये, नष्ट हो गये या फट गये लाइसेंस के स्थान पर प्राधिकरण रु. 50 शुल्क ले कर डुप्लिकेट लाइसेंस जारी होगा।

D1I लाइसेंस के बिना कार्य करना

यदि कोई व्यक्ति बिना लाइसेंस के एक बीमा एजेंट की तरह कार्य करता है तो उसे रु. 500 तक जुर्माना भरना पड़ सकता है।

D2 एजेंट की आचार संहिता

लाइसेंसीकरण नियमों के साथ-साथ, विनियामक ने एक आचार संहिता भी निर्धारित की है, जिसका अनुपालन प्रत्येक बीमा एजेंट को करना होता है। इसके बारे में हम अध्याय 15 में चर्चा करेंगे।

प्रश्न 13.5

एक बीमा एजेंट बनने के लिए आपको क्या करने की जरूरत है?





मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

सरकार की भूमिका

- IRDA अधिनियम 1999 के अनुसार सरकार को इस बात का शक्ति देता है कि वह एक अध्यादेश जारी करके IRDA को अलग (हटा) कर सकती है।
- अधिनियम, केन्द्र सरकार को समय-समय पर लिखित रूप में IRDA को तकनीकी तथा प्रशासनिक मामलों के अतिरिक्त नीतियों पर निर्देश देने की शक्ति देता है।
- वर्तमान कानून के अन्तर्गत सरकार बीमा क्षेत्र में 26% प्रत्यक्ष विदेशी निवेश की अनुमति दे सकती है।
- सरकार लोगों को बीमा में निवेश के लिए विभिन्न प्रकार के कर संबंधी प्रोत्साहन प्रदान करती है।

प्रमुख भारतीय संस्थाएँ

- सरकार, IRDA तथा जनता के बीच सभी चर्चाओं का जीवन बीमा परिषद कॉउन्सिल, विकास तथा समन्वय करती है। ये जीवन बीमा उद्योग का दर्पण है।
- IBAI, IRDA द्वारा मान्यता प्राप्त शीर्ष संस्था है जो भारत के सभी लाइसेंस प्राप्त बीमा ब्रोकरों का प्रतिनिधित्व करती है।
- भारतीय बीमांकन संस्थान (आई ए आई) का लक्ष्य भारत में बीमांकन व्यवसाय को बढ़ावा देना है।
- साधारण बीमा के संदर्भ में बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, शर्तों एवम् निर्बंधन का नियमन तथा नियंत्रण के लिए TAC गठित की गयी थी।
- भारत में बीमा शिक्षा तथा प्रशिक्षण के प्रोत्साहन के लिए III, का गठन किया गया था।
- CII स्थानीय बाजारों में काम कर रहे बीमा तथा वित्तीय क्षेत्र में कार्यरत कर्मचारियों व एजेंटों में व्यावसायिक गुणों, कौशल तथा व्यवहार को बेहतर करने के लिए स्थानीय विनियामकों, शिक्षा में भागीदारों तथा औद्योगिक संस्थाओं के साथ कार्य करती है।

IRDA तथा अन्य विनियामकों के कर्तव्य, शक्तियां तथा कार्य

- एक स्वायत्त संस्था के रूप में IRDA का गठन, बीमा उद्योग के विकास तथा विनियमन के लिए किया गया था।
- IRDA अधिनियम 1999 के धारा 14 के अनुसार, इसके कर्तव्य, शक्तियों तथा कार्य निर्धारित किये गये हैं।
- बीमा तथा पुनर्बीमा व्यवसाय का विनियमन, प्रोत्साहन तथा सुव्यवस्थित विकास करना IRDA का कर्तव्य है।

IRDA (बीमा एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम 2000

- जुलाई 2000 में प्राधिकरण ने बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम एजेंटों को लाइसेंस जारी करने व नवीनीकरण से संबंधित जारी किया।
- एजेंट बनने के लिए आवेदक को पूर्ण रूप से भरा हुआ फार्म तथा फीस को मनोनित व्यक्ति को प्रस्तुत के पास जमा करना चाहिए। आवेदक को पर्याप्त निर्धारित योग्यता तथा आवश्यक प्रशिक्षण लेकर लाइसेंस प्राप्त करने के पूर्व परीक्षा को पास करना चाहिए।

प्रश्न—उत्तर

13.2 यदि सरकार के विचार में आई आर डी ए अपने कार्यों को निभा पाने में असमर्थ है या तो उसके नियंत्रण से बाहर या उसके द्वारा कतव्यों तथा उत्तरदायित्वों में लगातार चूक हुई है। तो भारत सरकार अपने इस शक्ति का प्रयोग कर के आई आर डी ए को अलग (हटाने) करने के लिये एक अधिसूचना जारी कर सकती है।

13.2 जीवन बीमा काउन्सिल के मुख्य कार्य निम्नलिखित हैं:

1. नैतिकता तथा शासन के उच्च मानकों का जारी रखना।
2. उद्योग की सकारात्मक छवि बनाना तथा ग्राहक के विश्वास में वृद्धि।
3. जीवन बीमा की भूमिका तथा लाभों के प्रति जागरूकता को बढ़ावा देना।
4. सरकार, कानून के निर्माताओं तथा विनियामकों के संरचित तथा सक्रिय विचार विमर्श का आयोजन।
5. जीवन बीमा में शोध संचालन तथा इस क्षेत्र के विकास में योगदान।
6. वित्तीय सेवा क्षेत्र की अन्य संस्थाओं के साथ परिचर्चा के लिये मंच के रूप में।
7. बीमा शिक्षा, प्रशिक्षण तथा सम्मेलनों में प्रमुख भूमिका निभाना।
8. सदस्यों को आवश्यकता पड़ने पर सहायता तथा मार्ग दर्शन प्रदान करना।
9. वैश्विक बाजार भारतीय जीवन बीमा उद्योग के बीच एक सक्रिय कड़ी के रूप में कार्य करना।

13.3 IRDA के प्रमुख लक्ष्यों में शामिल है—प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा देना ताकि बड़े हुये उपभोक्ता विकल्पों तथा कम प्रीमियम के आधार पर ग्राहक संतुष्टि को बढ़ाया जा सके, तथा साथ ही बीमा बाजार की वित्तीय सुरक्षा को सुनिश्चित करना।

13.4 किसी नये जीवन बीमा एजेंट को 50 घंटे का प्रशिक्षण को लेना आवश्यक है, परन्तु यदि अतिरिक्त शैक्षिक योग्यता हो तो इसमें छूट भी दी जा सकती है।

13.5 एक जीवन बीमा एजेंट बनने के लिए आपको कुछ कदम उठाने पड़ेंगे, तथा कुछ मापदंडों को पूरा करना होगा।

1. आपको एक एजेंट बनने के लिए आवेदक को पूर्ण रूप से भरा हुआ निर्धारित फार्म (विनियम 3) तथा रु. 250 की फीस (नियम 7) मनोनित व्यक्ति को प्रस्तुत करना होगा।
2. आपकी आवश्यक योग्यता: यदि आप 5000 या अधिक जनसंख्या के क्षेत्र के निवासी हैं तो 12 वीं कक्षा या समकक्ष परीक्षा पास होनी चाहिए, तथा यदि इससे कम जनसंख्या क्षेत्र से हैं तो आपको कम से कम 10वीं या समकक्ष परीक्षा पास होनी चाहिए (नियम 4)।
3. आपको 50 घंटे का प्रायोगिक प्रशिक्षण लेना आवश्यक है (आवश्यक नहीं है, यदि आप अतिरिक्त शैक्षिक योग्यता धारक हैं तो) (नियम 5)।
4. आपको जीवन बीमा व्यवसाय में भर्ती पूर्व परीक्षा पास होना चाहिए। (नियम 6)

उपरोक्त शर्तों को पूरा करने तथा यह मान लिये जाने पर कि आपमें बीमा व्यवसाय प्राप्त करने, उसकी मांग करने तथा पॉलिसी धारकों को आवश्यक सेवा प्रदान करने के लिए आवश्यक ज्ञान तथा कौशल है, आपको लाइसेंस जारी कर दिया जाएगा।

स्व-परीक्षण प्रश्न



1	एक बीमा एजेंट की न्यूनतम योग्यता क्या है?
2	IRDA की सात शक्तियाँ तथा कार्यों की सूची बनाइये।
3	IRDA अधिनियम 1999 के अनुसार केन्द्र सरकार की भूमिका क्या है?
4	भारत में वर्तमान समय में बीमा में स्वीकृत प्रत्यक्ष विदेशी निवेश सीमा कितनी है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	आवेदक में विनियम 4 के अंतर्गत आवश्यक योग्यता होना जरूरी है। यदि आवेदक 5000 या अधिक जनसंख्या (पिछली जनगणना के अनुसार) क्षेत्र के निवासी हैं तो किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से 12 वीं या समकक्ष परीक्षा पास होनी चाहिए, तथा यदि इससे कम जनसंख्या क्षेत्र से हैं तो उनको किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से कम से कम 10वीं या समकक्ष परीक्षा पास होनी चाहिए (नियम 4)।
2	<p>आपके जवाब में निम्न में से सात बिंदु होने चाहिये।</p> <p>IRDA की शक्तियां तथा कार्य:</p> <p>a) आवेदक को पंजीकरण प्रमाणपत्र जारी करना, नवीनीकृत करना, संसोधन करना, वापस लेना, स्थगित या निरस्त करना;</p> <p>b) पॉलिसी का समनुदेशन, बीमाधारक द्वारा नामांकन, बीमा योग्य हित, दावों का निबटान, समर्पण राशि, तथा पॉलिसी अनुबंध के शर्तों व निर्बंधन से संबंधित मामलों में पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करना;</p> <p>c) मध्यस्थों तथा एजेंटों के लिए आवश्यक योग्यताएं, व्यावहारिक प्रशिक्षण तथा आचार संहिता का निर्धारण करना;</p> <p>d) सर्वेक्षणकर्ताओं तथा हानि आंकलनकर्ताओं के लिए आचार संहिता निर्धारित करना;</p> <p>e) बीमा व्यवसाय के संचालन में कुशलता को बढ़ावा देना;</p> <p>f) बीमा तथा पुनर्बीमा व्यवसाय से जुड़े व्यावसायिक संस्थानों का विनियमितीकरण तथा प्रोत्साहन;</p> <p>g) प्रीमियम आय के उस प्रतिशत को तय करना जो बीमा कंपनियों खंड (f) में संदर्भित व्यवसायिक संस्थाओं की योजना के प्रोत्साहन हेतु धन प्रबंध के लिये देगी;</p> <p>h) इस अधिनियम के प्रयोजनों को पूरा करने के लिए फीस तथा शुल्क लगाना;</p> <p>i) बीमा कंपनियों; मध्यस्थ तथा बीमा व्यवसाय से जुड़ी अन्य संस्थाओं से सूचना लेना, उनका निरीक्षण तथा जांच तथा ऑडिट करना;</p> <p>j) साधारण बीमा व्यवसाय के संदर्भ में बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित दर, लाभ, शर्तें व निर्बंधन को नियंत्रित तथा विनियमित करना जो बीमा अधिनियम 1938 की धारा 64U के अंतर्गत, शुल्क सलाहकार समिति (TAC) द्वारा नियंत्रित तथा विनियमित नहीं होते हैं;</p> <p>k) यह निर्धारित करना कि बीमा कंपनियों तथा मध्यस्थों को किस प्रकार से लेखा पुस्तकों को बनाना है तथा किस प्रकार लेखा विवरण व किस प्रपत्र पर प्रस्तुत करना है;</p> <p>l) बीमा कंपनियों द्वारा निधियों के निवेश का विनियमनिकरण;</p>

	<p>m) प्रत्येक बीमा कंपनी को साल्वेंसी की सीमा का ध्यान रखना तथा विनियमित करना;</p> <p>n) बीमा कंपनियों तथा मध्यस्थों के बीच पैदा हुए विवादों पर निर्णय देना;</p> <p>o) शुल्क सलाहकार समिति (TAC) के कार्यों का पर्यवेक्षण;</p> <p>p) बीमा कंपनियों द्वारा, ग्रामीण या सामाजिक क्षेत्रों में किये जाने वाले जीवन बीमा तथा साधारण बीमा व्यवसाय का प्रतिशत निर्धारण; तथा</p> <p>q) ऐसी अन्य शक्तियों का प्रयोग जिनकी अनुशंसा की जाए।</p>
3	<p>IRDA अधिनियम 1999 के अनुसार केन्द्र सरकार की भूमिका निम्नलिखित है:</p> <ul style="list-style-type: none"> • संसद द्वारा कानून के माध्यम से आवश्यक अनुमोदन के पश्चात आई आर डी ए को वित्तीय सहायता जारी करना, ताकि वह अधिनियम के उद्देश्यों की पूर्ति हेतु उसका उपयोग कर सके। • आई आर डी ए का वार्षिक खाता भारत के नियंत्रक और लेखा परीक्षक के द्वारा अंकेषित व प्रमाणित किया जाना तथा उसे केंद्र सरकार को अग्रसरित करना आवश्यक है। तदुपरान्त केंद्र सरकार के द्वारा लेखापत्रक संसद के प्रत्येक सदनों में प्रस्तुत किये जाते हैं। • तकनीकी तथा प्रशासनिक मामलों के अतिरिक्त नीतिगत मामलों में केन्द्र सरकार अधिनियम के अन्तर्गत प्राप्त शक्ति के अनुसार आई आर डी ए को दिशानिर्देश जारी कर सकती है। केन्द्र सरकार समय समय पर इस प्रकार के लिखित दिशानिर्देश जारी कर सकती है तथा आई आर डी ए इन्हें मानने के लिए बाध्य है। • समय-समय पर केन्द्रीय सरकार की माँग पर आई आर डी ए को बीमा उद्योग के विकास तथा संवर्धन हेतु वर्तमान कार्यक्रम या किसी प्रस्तावित कार्यक्रम से संबंधित ब्योरा, रिटर्न, तथा अन्य विवरण, प्रस्तुत करना चाहिये। • केंद्र सरकार को इस बात का शक्ति है कि वह एक नोटिफिकेशन के द्वारा अधिनियम के प्रावधानों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए नियम बना सकती है।
4	<p>सरकार वर्तमान समय में बीमा क्षेत्र में 26% प्रत्यक्ष विदेशी निवेश (FDI) अनुमति देती है। निजी क्षेत्र की स्वदेशी कंपनियां विदेशी भागीदारों के साथ संयुक्त उपक्रम (JVs) स्थापित कर सकती हैं जिनमें विदेशी भागीदारी 26% तक हो सकती है।</p>

अध्याय-14

उपभोक्ता संरक्षण

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A ग्राहक संरक्षण के महत्व	14/3
B आई आर डी ए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम 2002	14/3
C विशिष्ट शिकायतें	14/9
D ग्राहकों की शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटना	14/11
E बीमा लोकपाल की भूमिका	14/15
F आई आर डी ए का शिकायत निवारण सेल	14/18
G एक विशिष्ट शिकायत	14/19
H लाइसेंस का नवीनीकरण	14/20
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न—उत्तर	
स्व—परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- ग्राहक सुरक्षा के महत्व को पहचानना;
- आई आर डी ए द्वारा 2002 में जारी किये गये आई आर डी ए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम पर चर्चा;
- जीवन बीमा पॉलिसी में शामिल किये जाने वाले विवरणों की रूपरेखा;
- बीमा कंपनियों में आंतरिक शिकायत निवारण प्रक्रिया पर चर्चा;
- बीमा विवादों को निपटाने में बीमा लोकपाल की भूमिका पर चर्चा;
- लोकपाल द्वारा प्राप्त शिकायतों को निपटाने के तरीकों का वर्णन

- बीमा कंपनियों और बीमा एजेंटों के खिलाफ प्रारूपिक शिकायतों का वर्णन;
- ग्राहक द्वारा की गयी शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटाने के लिए आई आर डी ए द्वारा किए गए विभिन्न उपायों पर चर्चा;
- आई आर डी ए के शिकायत निवारण सेल का वर्णन; और
- उन हालातों को बताना जब आई आर डी ए किसी एजेंट का लाइसेंस निरस्त कर सकता है।

परिचय

जैसा किसी भी व्यापार के साथ होता है, बीमा कंपनियों का लक्ष्य भी लाभ कमाना होता है। परन्तु, आजकल सभी प्रकार के व्यवसायों में यह जागरूकता बढ़ती जा रही है कि उपभोक्ताओं के हितों को भूल कर लाभ नहीं कमाना चाहिए और प्रत्येक व्यापार की जिम्मेदारी है कि यह निर्णय लेते समय कि व्यवसाय कैसे चलाया जाएगा, अपने सभी हितधारकों (उपभोक्ताओं सहित) के हितों का ध्यान रखे। इसमें उपभोक्ताओं से स्पष्ट और इस प्रकार से संवाद शामिल है जो उपभोक्ताओं को आसानी से समझ में आ सके।

वित्तीय सेवाओं के क्षेत्र में, विशेष रूप से बीमा में, कोई ग्राहक जितना अधिक वित्तीय साक्षर होगा, उनके हितों की रक्षा करना उतना आसान होगा। भारत के कई भागों में ऐसा नहीं है अतः जीवन बीमा एजेंटों सहित, सभी व्यवसायियों की जिम्मेदारी है कि वह सुनिश्चित करें कि उपभोक्ताओं को सही ढंग से सटीक प्रासंगिक जानकारी देते हुए, जहाँ तक संभव हो, उनका व्यवहार, पारदर्शी रहें।

इस के लिए, उद्योग के प्रमुख हितधारकों द्वारा, विभिन्न उपाय किये गये हैं (आई आर डी ए, बीमा कंपनियाँ, बीमा काउन्सिल आदि) जिससे बीमा ग्राहकों को सर्वोत्तम सेवा प्रदान की जा सके और उनके हितों की रक्षा सुनिश्चित की जा सके। इस अध्याय में हम निम्नलिखित प्रमुख उपायों पर चर्चा करेंगे:

- पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा के लिए आई आर डी ए द्वारा जारी किए गए नियम;
- बीमा कंपनियों के आंतरिक शिकायत निवारण प्रकोष्ठ;
- बीमा लोकपाल;
- आई आर डी ए के उपभोक्ता विभाग की भूमिका;
- आई आर डी ए का शिकायत निवारण सेल, और
- पॉलिसीधारक की रक्षा के लिए अन्य उपाय।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

ग्राहक संरक्षण	प्रास्पेक्टस	बीमा के लिए प्रस्ताव	शिकायत निवारण प्रक्रिया
दावा प्रक्रिया	पॉलिसीधारकों की सेवा	बीमा लोकपाल	निपटान
अवार्ड	अनुशंसा	विशिष्ट शिकायतें	शिकायत प्रबंधन प्रणाली
आई आर डी ए का शिकायत निवारण सेल	मुख्य विशेष दस्तावेज़	उपभोक्ता मामले विभाग	लाइसेंस का नवीनीकरण

A उपभोक्ता सुरक्षा का महत्व

बीमा उद्योग में, कई कारणों से, उपभोक्ता सुरक्षा का बहुत महत्व है। जैसा कि परिचय में उल्लेख किया गया है, अन्य कई देशों की तुलना में, भारत के कुछ भागों में, वित्तीय साक्षरता का स्तर अभी भी कम है। परिणामस्वरूप, उपभोक्ताओं के हितों के संरक्षण के लिए, उपभोक्ता संरक्षण उपाय, तब एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं जब एजेंट या बीमा कंपनी से किसी भी स्तर पर, बेचने की प्रक्रिया, नवीकरण या दावा प्रस्तुत करने के दौरान समस्या होती है।



ध्यान रहे!

कुछ लोग अभी भी बीमा सुरक्षा के महत्व को स्वीकार नहीं करते हैं और बीमा कंपनी को जोखिम स्थानांतरित करने के बजाय, जोखिम के साथ रहना पसंद करते हैं। यह, भारत में, जीवन बीमा की कम पैठ को दर्शाता है जो परिमाण की जनसंख्या के आधार पर 10% से भी कम है। इनमें से अधिकांश लोगों के पास, पर्याप्त सुरक्षा नहीं है जितनी उनके लिए आवश्यक है।

जिनके पास बीमा कवर है उनमें से भी, बहुत से व्यक्तियों को दावा निपटान, प्रीमियम, पॉलिसी सेवा, पॉलिसी नियमों और शर्तों के बारे में शिकायतें हैं, जिनमें से एक बड़े अनुपात में कानूनी विवादों में परिणित होते हैं। यह प्रवृत्ति, बीमा उद्योग के समग्र विकास के साथ साथ उपभोक्ताओं, व्यक्तिगत एजेंटों और बीमा कंपनियों के लिए समान रूप से हानिकारक है। इसलिए, एजेंटों और बीमा कंपनियों के लिए यह आवश्यक है कि कैसे वे अपनी भूमिका को निभाते हुए और अपने कार्यों को करते हुए, उपभोक्ताओं को संतुष्ट करने और उनके हितों को पर ध्यान केंद्रित करें।



ध्यान रहे!

एक जानकार और संतुष्ट उपभोक्ता उद्योग के लिए एक ब्रांड एंबेसडर है। इसलिए, सभी उद्योग हितधारकों के हित में है कि वह उपभोक्ता की रक्षा करें।

एजेंट को सुनिश्चित करना चाहिए कि तथ्य-खोज करते समय, संभावित उपभोक्ता को हर संभव उत्पाद की जानकारी दें और सही प्रकटन करें जिससे भविष्य में किसी शिकायत के लिए कोई गुंजाइश नहीं रहे। अगर पॉलिसी खरीदने के बाद, किसी उपभोक्ता को अभी भी कोई शिकायत है तो एजेंट को, उचित माध्यम और उचित तरीके से उपभोक्ता का मार्गदर्शन करना चाहिए। उपभोक्ता और बीमा कंपनी के बीच एक मध्यस्थ के रूप में, एजेंट को, मुद्दे का जल्दी से जल्दी हल उपलब्ध कराने के लिए प्रयास करना चाहिए। इससे, इस प्रक्रिया में एक अपनत्व का स्पर्श जुड़ेगा और उपभोक्ता का असंतोष कम करने में काफी मदद मिलेगी।

B आई आर डी ए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम 2002

अक्टूबर 2002 में, आई आर डी ए ने, बीमा सलाहकार समिति के परामर्श से, पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा के लिए निम्नलिखित नियम जारी किए हैं

B1 बिक्री के प्वाइंट

1. किसी भी बीमा उत्पाद के प्रास्पेक्टस में स्पष्ट रूप से विवरण होगा :

- लाभ की सीमाएँ;
- बीमा कवर की सीमा;
- सरल शब्दों से बीमा कवर के अपवर्जन और शर्तें
- क्या उत्पाद सहभागिता (लाभ के साथ) या गैर सहभागिता (बिना लाभ) है;
- स्वास्थ्य या गंभीर बीमारी से संबंधित सभी राइडरों पर प्रीमियम, आवधिक या समूह उत्पादों के मामले में, मुख्य पॉलिसी के प्रीमियम के 100% से अधिक नहीं होगा;
- यह कि स्वीकार्य राइडर या उत्पाद पर राइडर के, लाभ की सीमाओं के संबंध में स्पष्ट रूप से वर्णन किया जाएगा और किसी भी परिस्थिति में, अन्य (उपरोक्त को छोड़कर) सभी राइडरों हेतु कुल प्रीमियम, मुख्य उत्पाद के प्रीमियम का 30% से अधिक नहीं होगा।
- किसी भी राइडर के अन्तर्गत मिलने वाला लाभ, मूल उत्पाद की बीमा राशि से अधिक नहीं होगा।

2. बीमा कंपनी या उसके एजेंट या अन्य मध्यस्थ संभावित ग्राहक को प्रस्तावित कवर के संबंध में सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान करेंगे ताकि वह सबसे उपयुक्त कवर पर फैसला करने में सक्षम हों।

3. जहाँ संभावित ग्राहक, बीमा कंपनी या उसके एजेंट या बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर है, तो ऐसे संभावित ग्राहक को, संभावित जरूरत(ों) के अनुसार उत्पाद(ों) की सिफारिश करनी चाहिए।

4. जब, किसी भी कारणवश, संभावित ग्राहक द्वारा, प्रस्ताव और अन्य संबंधित दस्तावेज़/प्रपत्र पूर्ण नहीं किये गये हैं तो, प्रस्ताव पत्र के अंत में एक प्रमाण पत्र शामिल किया जाएगा कि ग्राहक को प्रपत्र और दस्तावेज़ों की विषयवस्तु को पूरी तरह से समझा दिया गया है और उन्होंने प्रस्तावित अनुबन्ध के महत्व को पूरी तरह से समझ लिया है।

ध्यान रहे!

बिक्री की प्रक्रिया में, बीमा कंपनी या उसके कोई एजेंट या कोई मध्यस्थ, निम्नलिखित द्वारा निर्धारित आचार संहिता का अनुपालन करते हुए कार्य करेंगे;

- प्राधिकरण;
- लाइफ इंश्योरेंस काउंसिल; और
- मान्यता प्राप्त व्यावसायिक निकाय या संघ जिसका, एजेंट या मध्यस्थ या बीमा मध्यस्थ एक सदस्य हो।



B2 बीमा प्रस्ताव

चित्र 14.1

कवर प्रदान करने के लिए प्रस्ताव का लिखित दस्तावेज के रूप में साक्षी द्वारा हस्ताक्षित होना चाहिए। बीमाकर्ता का यह कर्तव्य है कि प्रस्ताव की स्वीकृति के 30 दिनों के भीतर, बीमित को प्रस्ताव पत्र की एक मानार्थ (कॉम्प्लीमेंटरी) प्रति उपलब्ध कराये।



कवर प्रदान करने के लिए प्रयुक्त प्रपत्रों और दस्तावेजों को, प्रत्येक मामले की परिस्थितियों के आधार पर, भारत के संविधान में मान्यता प्राप्त भाषाओं में उपलब्ध कराना चाहिए।



जहां प्रस्ताव प्रपत्र का उपयोग नहीं किया गया हो, बीमा कंपनी मौखिक या लिखित रूप में प्राप्त जानकारी को रिकॉर्ड करेगी तथा प्रस्तावक से 15 दिनों की अवधि के भीतर, सूचना की पुष्टि लेगी और उस जानकारी को कवर नोट या पॉलिसी में शामिल करेगी। दर्ज नहीं की गई किसी भी जानकारी के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा सिद्ध करने का दायित्व होगा यदि बीमा कंपनी का दावा है कि कवर प्रदान करने के लिए, प्रस्तावक द्वारा कोई महत्वपूर्ण जानकारी छुपाई गई है या भ्रामक या झूठी दी गई है।



जहाँ भी प्रस्तावक को नामांकन की सुविधा उपलब्ध हैं, बीमा कंपनी, प्रस्तावक का ध्यान बीमा अधिनियम, 1938 की शर्तों या पॉलिसी की शर्तों की ओर, आकर्षित करेगी और संभावित ग्राहक को नामांकन की सुविधा का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करेगी।



बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों पर तीव्र गति और दक्षता पूर्ण कार्यवाही की जाएगी और सभी निर्णय, उचित अवधि के भीतर, जो प्रस्ताव की प्राप्ति से 15 दिनों से अधिक नहीं होगी, लिखित रूप में सूचित किया जाएगा।



ध्यान रहे!

प्रस्ताव प्रपत्र भरते समय, संभावित ग्राहक को **बीमा अधिनियम 1938** की धारा 45 (निर्विवादता उपखंड) के प्रावधानों के विषय में सूचित किया जाना चाहिए। जीवन कवर प्रदान करने हेतु किसी भी प्रस्ताव में अधिनियम की धारा 45 के प्रावधानों को प्रमुखता से बताया जाना चाहिए।

B3 शिकायत निवारण प्रक्रिया

पॉलिसीधारकों की शिकायतों और समस्याओं को कुशलता से समझने और त्वरित निराकरण करने के लिए, बीमा कंपनी के पास उचित व्यवस्था होनी चाहिए। बीमा लोकपाल से संबंधित जानकारी पर भी यह लागू होता है, जिसे पॉलिसीधारक को, पॉलिसी दस्तावेज के साथ जैसा आवश्यक हो, सूचित किया जाएगा।



ध्यान रहे!

प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा अनुसरण किये जाने वाला आंतरिक शिकायत निवारण तंत्र और बीमा लोकपाल की भूमिका के बारे में इस अध्याय के खण्ड E में विस्तार से चर्चा की जाएगी

B4 जीवन बीमा पॉलिसी में इंगित किये जाने वाले तथ्य—

1. प्रत्येक जीवन बीमा पॉलिसी में स्पष्ट रूप से निम्नलिखित इंगित होगा:

- पॉलिसी से सम्बद्ध योजना का नाम, उसके शर्तें व निर्बंधन सहित;
- क्या वह लाभ में सहभागी है अथवा नहीं;
- लाभ में सहभागिता के आधार जैसे नकद बोनस, आस्थगित बोनस, साधारण या चक्रवृद्धि प्रत्यावर्ती बोनस;
- देय लाभ और आकस्मिकताएँ जिनपर यह देय होते हैं और बीमा अनुबंध के अन्य शर्तें व निर्बंधन^१;
- मुख्य पॉलिसी से सम्बद्ध राइडरों की जानकारी;
- जोखिम प्रारंभ होने की तिथि और परिपक्वता तिथि या तिथि(यों) दिनांक, जिस पर लाभ देय होंगे;
- देय प्रीमियम, प्रीमियम भुगतान की अवधि या प्रीमियम भुगतान के लिए अनुमन्य अनुग्रह अवधि, प्रीमियम की अंतिम किस्त की देय तिथि, प्रीमियम किस्त(तों) का भुगतान रुक जाने के परिणाम और गारंटीयुक्त समर्पण मूल्य के प्रावधान के बारे में भी;
- प्रवेश के समय, आयु और क्या वह स्वीकार की गयी है;
- पॉलिसी के संबंध में निम्नलिखित के लिए आवश्यकताएँ :

- (i) पॉलिसी का एक चुकता पॉलिसी में परिवर्तन,
- (ii) समर्पण,
- (iii) गैर जब्तीकरण, तथा
- (iv) कालातीत पॉलिसीयों का पुनर्चलन;

- कवर के दायरे, मुख्य पॉलिसी और राइडर, दोनों के अन्तर्गत कवर की सीमा से बाहर आकस्मिकताएँ;
- नामांकन, समनुदेशन और पॉलिसी की प्रतिभूति पर देय ऋण के प्रावधान तथा ऋण लेने के समय कंपनी द्वारा निर्धारित दर पर ब्याज देय होगा, का उल्लेख;
- कोई विशेष उपखण्ड या शर्त, जैसे प्रथम गर्भावस्था उपखण्ड, आत्महत्या उपखण्ड आदि;
- बीमा कंपनी का पता, जिसपर पॉलिसी के संबंध में पत्राचार किया जा सकता है;
- किसी पॉलिसी के अर्न्तगत दावेदार को दावे की पुष्टि हेतु सामान्य रूप से प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज; तथा
- बीमा कंपनी द्वारा प्रेषित किए जाने वाले पॉलिसी दस्तावेज के साथ यह सूचना दी जानी चाहिए कि बीमा लोकपाल से कैसे संपर्क किया जा सकता है। यदि पॉलिसीधारक किसी मामले में संतुष्ट न हो और बीमाकर्ता उचित समयावधि में उसके असंतोष का निवारण न करे तो बीमाधारक अपनी शिकायत के लिए बीमा लोकपाल से सम्पर्क कर सकता है।

संस्तुत किया/कार्य

अपने परिवार के सदस्यों या मित्रों से पूछें कि क्या उनमें से किसी ने जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी है। यदि हाँ, तो पॉलिसी की तुलना उपर्युक्त विषयों से कीजिए और देखिए कि पॉलिसी में इन विषयों का वर्णन कैसे किया गया है।



2. उपरोक्त वर्णित विनियम के विनियम 6(1) के अनुसार, बीमाकर्ता पॉलिसीधारक को पॉलिसी दस्तावेज अग्रसारित करते समय एक पत्र द्वारा सूचित करेगा कि वह पॉलिसी दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 15 दिनों की अवधि के अन्दर, पॉलिसी के शर्तों व निर्बंधन की समीक्षा कर सकते हैं। जहां बीमाधारक पॉलिसी के किसी निर्बंधन से सहमत नहीं हैं तो आपत्ति के कारण बताते हुए, उसे पॉलिसी को वापस करने का विकल्प प्राप्त है। पॉलिसीधारक को प्रीमियम वापस पाने का अधिकार है परन्तु कवर प्रभावी रहने की अवधि के लिए अनुपातिक जोखिम प्रीमियम, प्रस्तावक की चिकित्सा जांच पर बीमा कंपनी द्वारा किए गए व्यय और स्टॉप शुल्क की कटौती की जाएगी। 15 दिन की इस अवधि को **फ्री-लुक पीरियड** या **कूलिंग ऑफ पीरियड** के रूप में जाना जाता है।

3. किसी यूनिट लिंक्ड पॉलिसी के संबंध में, इस विनियम के उप-विनियम(2) के अन्तर्गत कटौती के अतिरिक्त, रद्द होने की तारीख पर यूनिटों के मूल्य पर बीमा कंपनी को, यूनिट के पुनर्खरीद का अधिकार होगा।

4. जहां लिये जाने वाले कवर का प्रीमियम आयु पर निर्भर है, बीमा कंपनी यह सुनिश्चित करेगी कि जहाँ तक संभव हो, पॉलिसी दस्तावेज जारी किये जाने से पहले, उपभोक्ता की आयु स्वीकार की जाए। अगर पॉलिसी जारी करने तक आयु घोषित नहीं की जाती है तो बीमा कंपनी, जल्द से जल्द आयु का प्रमाण प्राप्त करने का प्रयास करेगी।

प्रश्न 14.1

किसी बीमा उत्पाद के प्रास्पेक्टस में स्पष्ट रूप से क्या जानकारी होनी चाहिए?



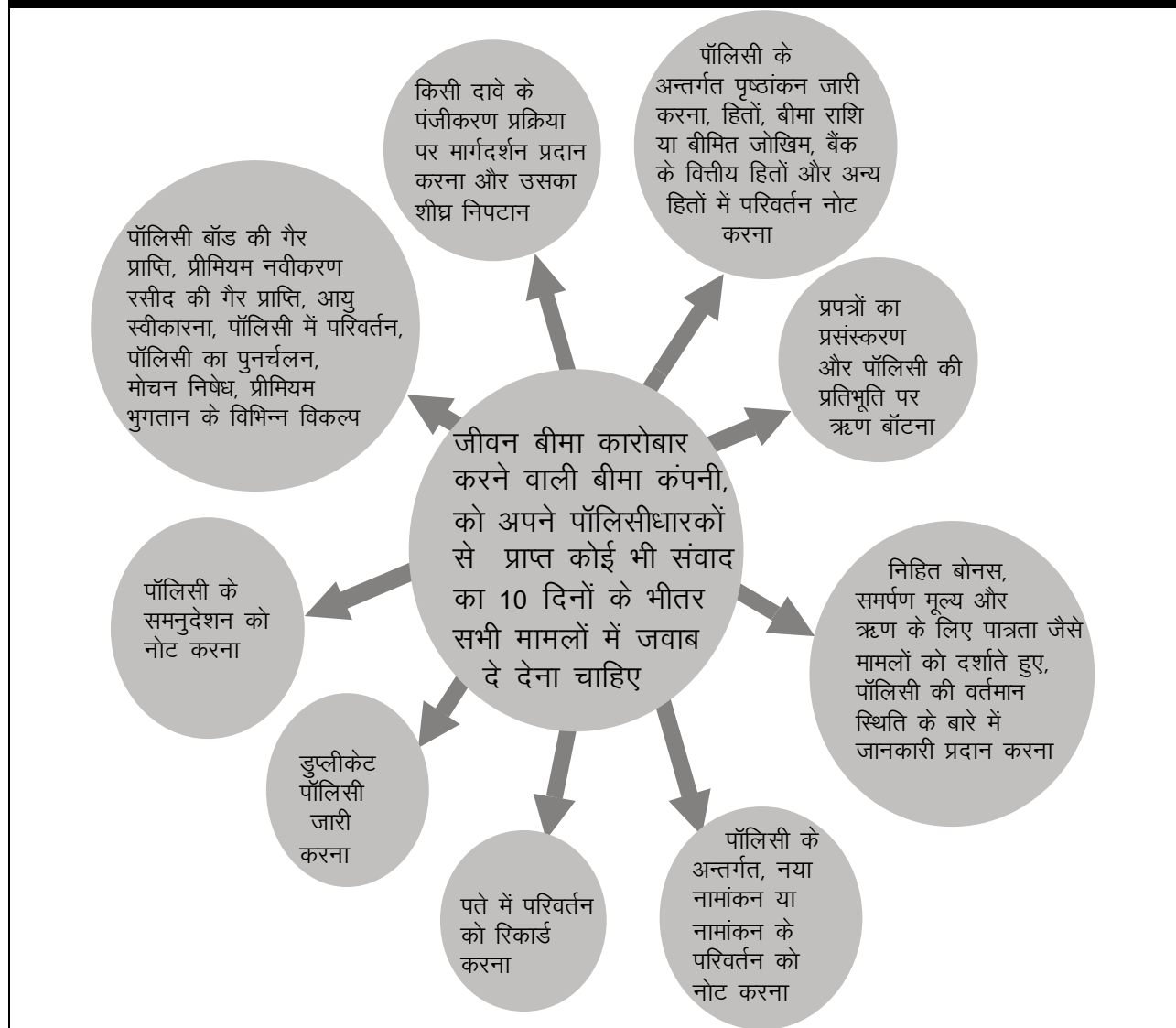
B5 दावा प्रक्रिया

आई आर डी ए द्वारा पॉलिसीधारक के हित संरक्षण विनियम में, जीवन बीमा दावों को निपटाने से संबंधित विभिन्न प्रक्रियाओं निर्धारित की गयी हैं। हमने इन दिशानिर्देशों के विषय में पहले ही अध्याय 11 में अध्ययन किया है जहाँ हमने दावों पर विस्तार से चर्चा की है।

दावों निपटान प्रक्रिया के दौरान, दावा दर्ज करते समय, प्रत्येक बीमाकर्ता बीमाधारक को उसके द्वारा समय समय पर, पूर्ण की जाने वाली जिम्मेदारियों (पॉलिसी नियमों और प्रक्रियाओं के संदर्भ में) के बारे में सूचित करेंगे। बीमा कंपनी द्वारा दावा प्रक्रिया को कारगर बनाने और दावे के त्वरित निपटान के लिए ऐसा किया जाता है।

B6 पॉलिसीधारकों को सेवाएँ

चित्र 14.2



संस्तुत किया/कार्य

अपने परिवार या दोस्तों से पूछें कि क्या कभी उन्होंने, उपरोक्त बिन्दुओं के लिए जीवन बीमा कंपनी से संपर्क किया है। यदि हाँ, तो उनके अनुरोध पर कंपनी ने कैसे कार्य किया और कंपनी की सेवाएँ कितनी त्वरित और मित्रवत थीं।

B7 जीवन बीमा एजेंटों के लिए इसका क्या मतलब है?

पॉलिसीधारकों के लिए, बीमा एजेंट, बीमा कंपनी का चेहरा हैं। एजेंट, पॉलिसीधारकों से सीधे संपर्क स्थापित करते हैं। इसलिए, बीमा एजेंट का कर्तव्य है कि वह ग्राहक की, सर्वोत्तम ढंग से सेवा करें, जैसा कि नीचे उल्लिखित है:

- अच्छी ग्राहक सेवा के द्वारा आप स्वयं को अपने ग्राहक के मध्य ऐसे बीमा एजेंट के रूप में प्रतिष्ठित कर सकते हैं जो उनके लिए काम करेगा।
- पारदर्शिता और प्रकटन के अभाव में ग्राहक यह निष्कर्ष निकाल सकता है कि आप उनकी और उनकी जरूरतों के बारे में परवाह नहीं करते। इसके परिणामस्वरूप, वे आपको दोबारा व्यवसाय या सन्दर्भ नहीं देंगे।
- इससे आप मुंह से निकले शब्दों के माध्यम से प्रचार से वंचित होंगे जो विपणन का एक विश्वसनीय तरीका है जिससे आपको अपने कैरियर को सफल बनाने में मदद मिलेगी।
- एक संभावना यह भी है कि ग्राहक, अपनी पॉलिसियों जारी नहीं रखना चाहेंगे। यह, आपको एक सतत आय प्रवाह से वंचित तो करेगा ही, आपके विश्वास पर भी बुरा असर डाल सकता है।

इसलिए, एक एजेंट के रूप में, आपको अपने उपभोक्ताओं के हितों को सर्वोपरि रखना चाहिए और अपने उपभोक्ताओं की सेवा सर्वोत्तम तरीके से करनी चाहिए।

C विशिष्ट (टिपिकल) शिकायतें

इस भाग में हम पॉलिसीधारक द्वारा दर्ज कराई जाने वाली कुछ विशिष्ट शिकायतों पर गौर करेंगे। इस खंड का प्रयोजन आपको इन शिकायतों के बारे में बताना है ताकि एक एजेंट के रूप में आप अपनी प्रतिबद्धताओं से विचलित न हों और इन शिकायतों की रोकथाम में मदद करें।

शिकायतों के विश्लेषण से पता चलता है कि एजेंटों से जुड़ी एक आम शिकायत यह है कि वे ग्राहक से सभी तथ्यों का प्रकटन नहीं करते हैं और अक्सर, लेने की बात पक्की करने की कोशिश में अपने उत्पाद के लाभों को बड़ा चढ़ा कर बताते हैं। संभावित ग्राहक के बारे में विस्तृत पूछताछ न करना और प्रस्ताव फार्म में गलत प्रतिक्रियाओं/तथ्यों को रिकॉर्ड करने के कारण बाद में दावे अस्वीकृति हो जाते हैं जिसके परिणामस्वरूप ग्राहकों से शिकायत आने की संभावना होती है।

एक और संबद्ध चिंता, बिक्री के बाद सेवा की प्रभावात्पादकता है। यह भारतीय बीमा बाजार की एक महत्वपूर्ण विशेषता है और ग्राहक इसकी उम्मीद रखता है। अतः एजेंटों को चाहिए कि वे अपने ग्राहकों के साथ लगातार संपर्क में रहें जिससे उनको यह विश्वास रहे कि आवश्यकता पड़ने पर वह (एजेन्ट) उनकी सेवा में उपस्थित हैं।

पॉलिसीधारक द्वारा सामना की जाने वाली विशिष्ट शिकायतें और मुद्दे निम्नवत सूचीबद्ध हैं।

C1 बीमा कंपनियों से सम्बंधित शिकायतें

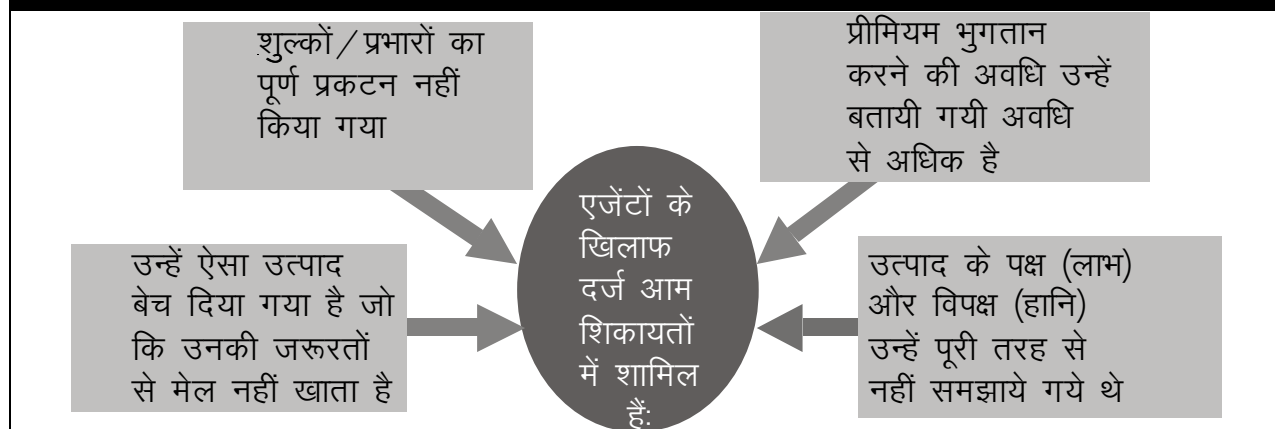
बीमा कंपनियों के खिलाफ दर्ज कुछ सामान्य शिकायतें हैं:

दावों से संबंधित शिकायतें	<ul style="list-style-type: none"> • दावों का अस्वीकरण • उत्तरजीविता हितलाभ का भुगतान नहीं किया जाना • परिपक्वता भुगतान का निपटान नहीं किया जाना • वार्षिकियों (एन्युटी) का भुगतान नहीं किया जाना • दावा राशि का सही न होना तथा • दंड ब्याज का भुगतान नहीं किया जाना
पॉलिसी सेवाओं से संबंधित शिकायतें	<ul style="list-style-type: none"> • पॉलिसी बॉड का प्राप्त न होना • पॉलिसी का निरस्तीकरण • पॉलिसी अनुसूची में त्रुटि • डुप्लीकेट पॉलिसी जारी करना • पॉलिसी में परिवर्तन • पॉलिसी में नामांकन/समनुदेशन • आंशिक आहरण से संबंधित • लेखा/बोनस का विवरण प्राप्त न होना • यूलिप के मामले में एन ए वी से संबंधित और • फ्री-लुक रिफंड (राशि लौटाना)
पॉलिसी के कालातीतता से संबंधित शिकायतें	<ul style="list-style-type: none"> • कालातीत पॉलिसी का पुनर्चलन • समर्पण मूल्य का भुगतान नहीं किया जाना • सही समर्पण मूल्य का भुगतान नहीं किया जाना • कालातीत पॉलिसी में ऋण पर ब्याज का भुगतान नहीं किये जाने के फलस्वरूप पॉलिसी का मोचन निषेध किया जाना

C2 एजेंटों से सम्बंधित शिकायतें

एजेंटों से सम्बंधित दर्ज आम शिकायतों में से कुछ निम्नलिखित हैं

चित्र 14.3



ध्यान रहे!

एक नए एजेंट के रूप में आपको अपने उपभोक्ता की जरूरतों और आवश्यकताओं पर विशेष ध्यान देना चाहिए जिससे पॉलिसी को बेचने से पहले उसकी उपयुक्तता के बारे में सुनिश्चित हों सके। उपभोक्ता की जरूरतों के अनुसार सही पॉलिसी की सिफारिश करने के लिए आपको क्या करना चाहिए, के बारे में अपनी याद ताजा करने के लिए अध्याय 10 के खण्ड B और D को फिर से पढ़ें।

D ग्राहकों की शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटाना

इस भाग में हम, पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए आई आर डी ए द्वारा किए गए प्रयासों और पॉलिसीधारक के लिए उपलब्ध शिकायत निवारण तंत्र के विषय में देखेंगे। एक एजेंट के रूप में, आपको विनियमों में निर्धारित दायित्वों और दिशा निर्देशों को समझना चाहिए और उचित व्यवहार और आचरण करना चाहिए।

जहाँ एक तरफ, एजेंट को अपने ग्राहकों को उनके अधिकारों और शिकायत करने की प्रक्रियाओं के बारे में जानकारी देनी चाहिए, वहीं ग्राहकों को उनके दायित्वों के विषय में भी सचेत करना चाहिए। इसमें उनके स्वास्थ्य, आदतें, व्यक्तिगत जानकारी और इतिहास आदि के बारे में ईमानदारी से प्रकटीकरण शामिल है जो जोखिम की स्वीकृति के लिए अति महत्वपूर्ण हैं।

आई आर डी ए द्वारा, ग्राहकों की शिकायतों को प्रभावी ढंग से निपटान सुनिश्चित करने के उद्देश्य से उपभोक्ता मामले विभाग स्थापित किया गया है।

D1 उपभोक्ता मामले (कन्ज्यूमर अफेअर) विभाग



ध्यान रहे!

उपभोक्ता मामले विभाग के उद्देश्य हैं:

- पॉलिसीधारकों के हितों के संरक्षण के लिए बीमा कंपनियों द्वारा आई आर डी ए के विनियमों के अनुपालन पर विशेष ध्यान देना और निगरानी करना
- उपभोक्ताओं को, शिकायत निवारण के लिए उपलब्ध प्रक्रियाओं और तंत्रों के बारे में शिक्षित कर उन्हें सशक्त करना

पॉलिसीधारकों को शिकायतें निपटान के लिए सस्ता और त्वरित तंत्र उपलब्ध कराया जाना चाहिए। आई आर डी ए (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 के अनुसार बीमा कंपनियों को एक प्रभावी आंतरिक शिकायत निवारण तंत्र को लागू करना आवश्यक है। आईआरडीए द्वारा **शिकायत निवारण के लिए दिशानिर्देश** जारी किए हैं जो प्रतिक्रियाओं, निपटान आदि के लिए, विशिष्ट समय सीमा और टर्न-अराउन्ड समय (टी ए टी) निर्धारित करते हैं जिससे बीमा कंपनियों में विद्यमान निवारण प्रणाली को और अधिक शक्ति मिलेगी।

D2 समन्वित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आई जी एम एस)

विनियामक द्वारा शिकायत निवारण तंत्र की प्रभावोत्पादकता की निगरानी की जरूरत है। बीमा के व्यापक उद्योग की शिकायतों की एक केंद्रीय रिपॉजिटरी ऑकड़ों का सृजन करने के लिए सक्षम होने के हेतु आई आर डी ए समन्वित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आई जी एम एस) लागू करने की कगार पर है।

आई जी एम एस, पॉलिसीधारकों को पहले, बीमा कंपनियों में शिकायत दर्ज करने के लिए एक प्रवेश द्वार बनायेगा और यदि आवश्यक हो तो आई आर डी ए शिकायत प्रकोष्ठ को अग्रसारित करेगा। आई जी एम एस एक व्यापक समाधान है जो न केवल पॉलिसीधारक को केंद्रीकृत और ऑनलाइन पहुँच प्रदान करने की क्षमता रखता है बल्कि बाजार आचरण मुद्दों की निगरानी के लिए आई आर डी ए को पूरी पहुँच और नियंत्रण प्रदान करता है जिसके मुख्य संकेतक, पॉलिसीधारकों की शिकायतें हैं।

पूर्व निर्धारित नियमों के आधार पर, आई जी एम एस में विभिन्न प्रकार की शिकायतों को वर्गीकृत करने की क्षमता होगी। यह व्यवस्था, विशिष्ट शिकायत पहचान (आई डी) को निर्धारित, संग्रहीत और ट्रैक करने की क्षमता रखेगा और जैसा आवश्यक हो, कार्यप्रवाह के भीतर विभिन्न हितधारकों को सूचित कर सकेगा। यह व्यवस्था, लक्षित टर्न-अराउन्ड समय (टी ए टी) को परिभाषित करने में सक्षम होंगी और सभी शिकायतों के लिए वास्तविक टर्न-अराउन्ड समय को मापेगी। यह व्यवस्था, नियोजित टर्न-अराउन्ड समय की समाप्ति निकट होने पर लंबित कार्यों के लिए अलर्ट करेगा और इसलिए नियम आधारित वर्कफ्लो के माध्यम से उचित समय पर गतिविधियों स्वतः शुरू हो जाएँगी।

आई जी एम एस के माध्यम से पंजीकृत शिकायत, बीमा कंपनियों की प्रणाली के साथ साथ आई आर डी ए रिपोजिटरी में भी प्रवाहित होगी। इस संबंध में बीमा कंपनियों की अद्यतन (अपडेट) स्थिति, स्वचालित रूप से आई आर डी ए प्रणाली में भी प्रतिबिम्बित होगी। आई जी एम एस, सभी मापदंडों जैसे अद्यतन स्थिति, शिकायत की प्रकृति और अन्य परिभाषित किये गये पैरामीटर पर रिपोर्ट तैयार करने में सक्षम होगा। इस प्रकार, आई जी एम एस, सभी बीमा कंपनियों के लिए, पॉलिसीधारकों की शिकायतों को हल करने के लिए

एक मानक मंच प्रदान करेगा और आई आर डी ए को, बीमा कंपनियों की शिकायत निवारण प्रणाली की प्रभावोत्पादकता की निगरानी करने के लिए उन्हें एक साधन प्रदान करेगा।

D3 बीमा कंपनी का आंतरिक शिकायत निवारण प्रकोष्ठ (सेल)

पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा के लिए आई आर डी ए के विनियमों के अन्तर्गत निर्धारित किये गये दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक बीमा कंपनी को ग्राहकों की शिकायतों को निपटाने के लिए, शिकायत निवारण प्रणाली बनानी होगी। एक आंतरिक शिकायत निवारण प्रणाली, ग्राहकों के लिए एक त्वरित समाधान उपलब्ध कराने में मदद करती है। 28 जुलाई 2010 को, आई आर डी ए द्वारा, सभी बीमा कंपनियों द्वारा अपनाया जाने वाली शिकायत निवारण प्रक्रिया के बारे में विस्तृत दिशा निर्देश जारी किये गये। सामान्य रूप से, बीमा कंपनियाँ की शिकायत निवारण प्रणाली में निम्न दो स्तरीय प्रणाली शामिल है।

D3A शिकायत पंजीकरण तंत्र

कोई भी ग्राहक अपनी शिकायत, बीमाकर्ता के ग्राहक सेवा विभाग में फोन करके या कंपनी की सहायता पटल पर ई-मेल करके या शाखा कार्यालय में संबंधित अधिकारी को शिकायत प्रस्तुत करके, पंजीकृत करा सकते हैं।

सामान्यतः अधिकतर बीमा कंपनियाँ, अपना हेल्पलाइन नम्बर और शिकायत निवारण सम्पर्क ई-मेल पता, प्रस्ताव फार्म, उत्पाद ब्रोशर, पॉलिसी दस्तावेज और अपनी वेबसाइट पर उपलब्ध कराते हैं। बीमा कंपनी को, तीन कार्यदिवसों के अंदर शिकायत की प्राप्ति स्वीकार करनी होती है और निर्धारित दिनों के अन्दर समाधान करना होता है। सामान्यतः, शिकायत के समाधान का टर्न-अराउन्ड समय, शिकायत के पंजीयन के दौरान, कंपनी द्वारा बताया जाता है।

D3B शिकायत निवारण अधिकारी

अगर ग्राहक, ग्राहक सेवा सेल के जवाब/स्पष्टीकरण से असंतुष्ट हो या ग्राहक सेवा सेल, दिये गए टर्न-अराउन्ड समय में समाधान प्रदान करने में असमर्थ हो तो ग्राहक, शिकायत को अगले स्तर पर ले जा सकता है। ऐसे मामलों में ग्राहक बीमा कंपनी द्वारा नामित शिकायत निवारण अधिकारी से शाखा स्तर/मंडलिय, क्षेत्रिय या अंचलिय क्षेत्र/केन्द्रीय या निगमित कार्यालय में शिकायत दर्ज करवाने के लिए संपर्क कर सकता है। कुछ बीमा कंपनियों में इन शिकायत निवारण अधिकारियों को नोडल ऑफिसर भी कहा जाता है।

इसके बाद भी अगर ग्राहक, असंतुष्ट हो या शिकायत निवारण अधिकारी समाधान प्रदान करने में असमर्थ हो तो वह, बीमा कंपनी द्वारा नामित पदानुक्रम में अगले उच्च स्तर के अधिकारी को संपर्क कर सकता है जिसे उनकी शिकायत के निवारण के लिए **अपीलीय अधिकारी** (या वह व्यक्ति जो अगले उच्च स्तर के अधिकारी को अपील करने के लिए जिम्मेदार है) कहा जाता है।

यह पदानुक्रम कंपनी-विशिष्ट होता है और बीमा कंपनी की वेबसाइट पर इसके बारे में जानकारी, प्राप्त की जा सकती है।

ध्यान रहे!

विशिष्ट शिकायतों के लिए आई आर डी ए द्वारा टर्न-अराउन्ड समय, निर्धारित किया गया है, जैसे :

- ग्राहक द्वारा पॉलिसी रद्द करने के लिए कहा गया है लेकिन बीमा कंपनी ऐसा करने में नाकाम रही है, और
- ग्राहक ने अतिरिक्त कवर प्राप्त करने के लिए एक अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान किया गया है लेकिन बीमा कंपनी ने पृष्ठांकन जारी नहीं किया है।

उपरोक्त दोनों मामलों में, बीमा कंपनी को, शिकायत पंजीकृत किए जाने के 10 कार्य दिवसों के भीतर जवाब देना चाहिए।

ध्यान रहे!

यदि बीमा कंपनी किसी शिकायत को खारिज कर देती है तो उस ऐसा करने का वैध कारण बताना आवश्यक है।

हर बीमा कंपनी को अनिवार्यतः, विशेष रूप से मृत्यु दावों के मामले में, बीमा लोकपाल का पता, संपर्क नंबर, ईमेल पता आदि बताते हुए, अपने दावेदार/ग्राहक को सलाह देनी चाहिए कि अगर वे निर्णय से संतुष्ट नहीं हैं तो, बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकते हैं।

D4 पॉलिसीधारक की रक्षा के लिए आई आर डी ए द्वारा अन्य पहल

पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए हाल ही में, आई आर डी ए द्वारा अनेक पहल की गयी हैं। इन पहल में शामिल हैं:

D4A मुख्य विशेषता दस्तावेज़

आई आर डी ए की हाल ही की एक पहल है, कि यह सुनिश्चित करने के लिए कि उत्पादों के बारे में जानकारी पॉलिसीधारक को समझ में आए, सरल भाषा में **प्रमुख विशेषता दस्तावेज़** उपलब्ध कराने का प्रस्ताव है। प्रमुख विशेषता दस्तावेज़ के परीक्षण में यह देखा जाएगा कि किसी विशिष्ट उत्पाद का लक्षित ग्राहक, क्या उसकी मुख्य विशेषताओं को समझ पाता है और यह निर्णय लेने में सक्षम है कि वह उत्पाद उसके लिए उपयुक्त है या नहीं। प्रमुख विशेषता दस्तावेज़ में यह प्रकटन भी सुनिश्चित किया जाएगा कि बीमा कंपनियों द्वारा, अन्य महत्वपूर्ण जानकारीयों जैसे प्रीमियम विवरण, भुगतान के तरीके, विभिन्न शुल्क, संबद्ध जोखिम और पॉलिसी बीच में बंद करने की स्थिति में क्या होता है आदि के विषय में जानकारी दी जाए।

D4B आवश्यकता विश्लेषण या उपयुक्तता

गलत सलाह और असंगत बिक्री को रोकने के लिए एक कदम के रूप में आई आर डी ए द्वारा **आवश्यकता विश्लेषण या उपयुक्तता** की एक और पहल की पहचान की है। इस विषय पर एक जोखिम आच्छादन मसौदा जारी किया गया है। प्राधिकरण, वर्तमान में, एक प्रणाली को लागू करने पर काम कर रही है जिससे

यह सुनिश्चित किया जा सके कि वास्तविक बिक्री से पहले, प्रस्ताव एक उत्पाद मैट्रिक्स के माध्यम से गुजरे। ऐसा यह सुनिश्चित करने के लिए है कि गलत बिक्री न हो।

D4C प्रत्यक्ष विपणन के लिए दिशानिर्देश

दूरस्थ विपणन से संबंधित मुद्दों को हल करने के लिए जारी किये गये दिशा निर्देशों का, प्रौद्योगिकी के विकास के साथ उत्पन्न गलत बिक्री की नई चुनौतियों पर ध्यान केंद्रित करना प्रस्तावित है। जहाँ नए और तेज माध्यमों से होने का लाभ उठाना चाहिए वहीं उन के द्वारा उत्पन्न कमियों (रिक्तियों) को भी दूर करना चाहिए।



ध्यान रहे!

आई आर डी ए एक विनियामक के रूप में, पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए, समय समय पर विभिन्न पहल करता है। हालांकि, IRDA में न्यायिक निर्णय की शक्ति निहित नहीं है। वह केवल शिकायतों के समाधान में मदद करने के लिए, संबंधित बीमा कंपनियों के समक्ष, पॉलिसीधारकों की शिकायतें प्रस्तुत कर सकता है।

E बीमा लोकपाल की भूमिका

E1 बीमा लोकपाल के उद्देश्य

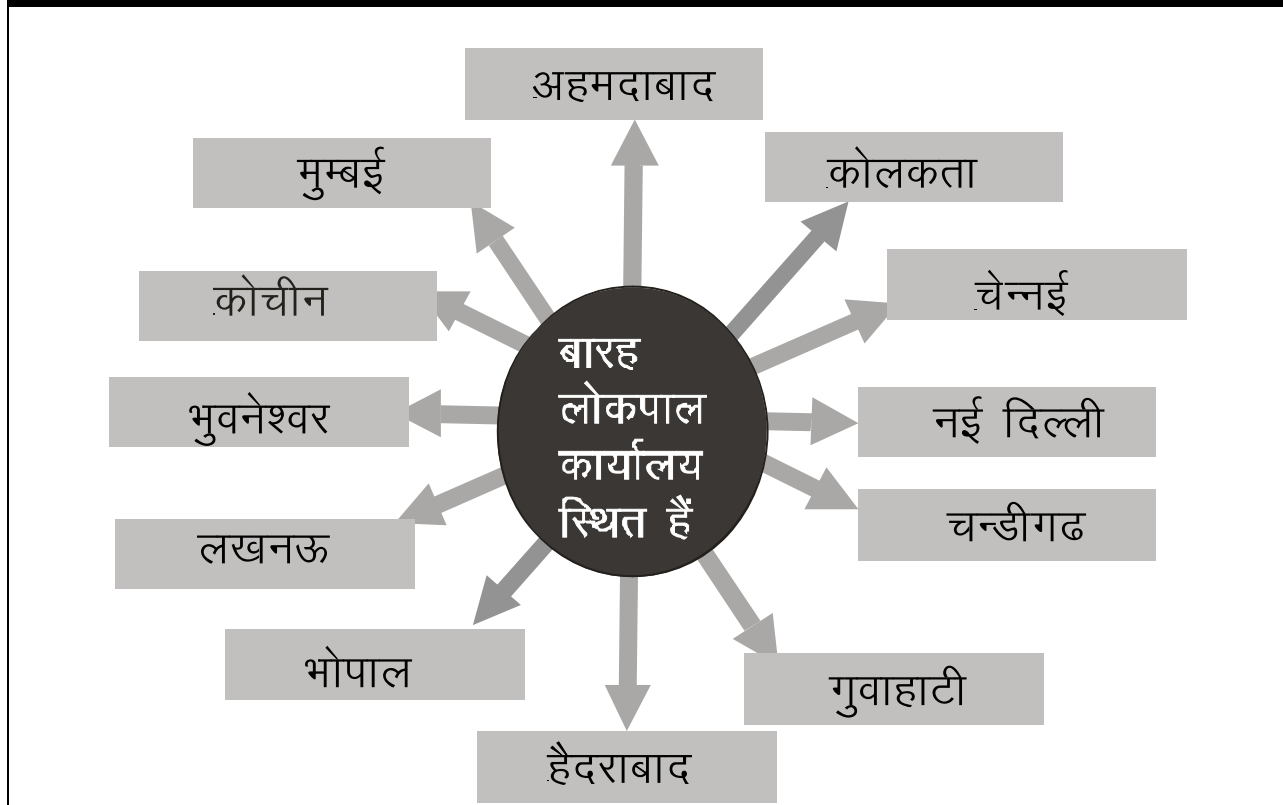
भारत सरकार की अधिसूचना दिनांक 11 नवम्बर 1998 द्वारा, बीमा ग्राहक की शिकायतों के शीघ्र हल करने और इन शिकायतों के निवारण से संबद्ध समस्याओं को कम करने के उद्देश्य से बीमालोकपाल संस्था का गठन किया गया है। पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए और प्रणाली में विश्वास बढ़ाने के लिए यह संस्था बहुत महत्वपूर्ण और प्रासंगिक है। ग्राहकों और बीमा कंपनियों दोनों, के बीच विश्वास उत्पन्न करने और बनाए रखने में इस संस्था ने बहुत सहायता की है।

बीमा लोकपाल कार्यालय का मुख्य उद्देश्य, दावा से संबंधित शिकायतों, प्रीमियम भुगतान व पॉलिसी की शर्तों के संबंध में और पॉलिसी दस्तावेजों के जारी न होने से संबन्धित विवादों, को लागत प्रभावी (कम खर्च में), निष्पक्ष और कुशलतापूर्वक हल करना है। यदि उल्लिखित मामलों में किसी ग्राहक को बीमा कंपनी से कोई शिकायत है और वह बीमा कंपनी द्वारा की गई कार्रवाई से असंतुष्ट है तो वह बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकता है।

E2 बीमा लोकपाल का प्रादेशिक क्षेत्राधिकार

गर्वनिंग बॉडी (जी बी आई सी) द्वारा देशभर में बारह लोकपाल कार्यालयों का गठन किया है। प्रत्येक लोकपाल कार्यालय को, उनके अधिकार क्षेत्र के रूप में अलग अलग भौगोलिक क्षेत्र आवंटित किया गया है और वे अपने अधिकार क्षेत्र के अन्दर, शिकायतों के निपटान में तेजी लाने के लिए, विभिन्न स्थानों पर बैठकें आयोजित कर सकते हैं।

चित्र 14.4



E3 लोकपाल के कार्य

बीमा लोकपाल को दो प्रकार के कार्य करने होते हैं:

- सुलह; तथा
- अधिनिर्णय (अर्वाड)।

बीमा लोकपाल को, किसी भी ऐसे व्यक्ति से, जिसे बीमा कंपनी से बीमा के संबंध में कोई शिकायत हो, तो उसकी शिकायत स्वीकार करने और उस पर विचार करने का अधिकार है। शिकायत की प्रकृति बीमा कंपनी से कोई भी शिकायत हो सकती है। उदाहरणार्थ:

- बीमा कंपनियों द्वारा किसी भी दावे का आंशिक या पूर्ण अस्वीकरण
- पॉलिसी के अन्तर्गत भुगतान किया गया या देय प्रीमियम के संबंध में कोई विवाद
- पॉलिसी में प्रयुक्त विधिक शब्दों से संबंधित विवाद यदि विवाद दावे से संबंधित है।
- दावों के निपटान में देरी तथा
- प्रीमियम की प्राप्ति के बाद भी ग्राहक को किसी बीमा दस्तावेज़ का जारी न किया जाना।

बीमा कंपनियों को, बीमा लोकपाल द्वारा पारित अधिनिर्णय (अर्वाड) (जो तीन महीने के भीतर किया जाना चाहिए) का 15 दिनों के भीतर, सम्मान करना आवश्यक है।

ध्यान रहे!

लोकपाल की शक्तियाँ, रु. 20 लाख के बीमा अनुबंधों तक प्रतिबंधित हैं।

**E4 शिकायत दर्ज कराने का तरीका**

पीड़ित व्यक्ति को अपनी शिकायत लिखित रूप में, संबंधित बीमा लोकपाल को संबोधित करनी चाहिए जिसके अधिकार क्षेत्र में बीमा कंपनी का कार्यालय आता हो। बीमित के विधिक उत्तराधिकारियों के माध्यम से भी शिकायत दर्ज कराई जा सकती है।

शिकायत दर्ज कराने से पहले:

- शिकायतकर्ता द्वारा शिकायत में उल्लिखित बीमा कंपनी को प्रतिवेदन दिया गया हो और बीमा कंपनी द्वारा या तो शिकायत खारिज कर दी गयी हो या एक महीने की अवधि के भीतर जवाब देने में असफल रही हो, या ग्राहक, बीमा कंपनी की प्रतिक्रिया से असंतुष्ट हो।
- उसी विषय की शिकायत किसी भी अदालत, उपभोक्ता फोरम या मध्यस्थ के समक्ष लंबित नहीं होनी चाहिए।

बीमा कंपनियों की प्रतिक्रिया के एक वर्ष के भीतर शिकायत की जानी चाहिए।

E5 शिकायत समाधान प्रक्रिया

लोकपाल द्वारा प्राप्त शिकायतों को निम्नलिखित तरीके से निपटाया जाता है:

लौटाना/निपटान	<ul style="list-style-type: none"> • लोकपाल का यह कर्तव्य है कि वह शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी के बीच मध्यस्थता द्वारा सुलह या समझौते के माध्यम से निपटारे को बढ़ावा दे। इस लक्ष्य को पूरा करने के लिए लोकपाल जैसा उचित समझे वैसी प्रक्रियाओं का पालन कर सकता है। अगर दोनों पक्षों के बीच समझौता हो जाता है तो दोनों पक्ष, आगे चलकर मामला वापस लें सकते हैं।
संस्तुतियाँ	<ul style="list-style-type: none"> • अगर लोकपाल को लगता है कि एक उपयुक्त समय सीमा में दोनों पक्षों के बीच कोई समझौता या निपटारा नहीं हो रहा है तो लोकपाल, दोनों पक्षों के लिए एक संस्तुति कर सकते हैं जो उनकी राय के अनुसार, दोनों पक्षों के लिए उचित है। • इस तरह की संस्तुति, शिकायत प्राप्त होने के अधिकतम एक माह में की जाएगी और उसकी प्रतियाँ, शिकायतकर्ता और संबंधित बीमा कंपनी को भेजी जाएगी। अगर शिकायतकर्ता, शिकायत के पूरे और अंतिम निपटान की संस्तुति की सभी शर्तों को स्वीकार करता है तो संस्तुति शिकायतकर्ता पर बाध्यकारी होगी। यदि शिकायतकर्ता को संस्तुति स्वीकार्य है तो संस्तुति की प्राप्ति की तारीख से 15 दिनों के भीतर उसको अपनी स्वीकृति की, लिखित रूप में सूचना भेजनी होगी। यदि शिकायतकर्ता को संस्तुति स्वीकार्य है तो यह बीमा कंपनी पर बाध्यकारी होगी और उसे अपने दायित्व को पूरा करना होगा।
अवार्ड (अधिनिर्णय)	<ul style="list-style-type: none"> • यदि कोई समझौता या निपटान नहीं होता है और शिकायतकर्ता को संस्तुति भी स्वीकार्य नहीं है, तो इस मामले में लोकपाल एक अवार्ड प्रदान करेंगे। यह अवार्ड,

	<p>शिकायत प्राप्त होने से तीन महीने की अवधि के भीतर प्रदान किया जाएगा। अवार्ड, बीमा कंपनी पर बाध्यकारी है (अगर यह शिकायतकर्ता को स्वीकार्य है)।</p> <ul style="list-style-type: none"> • अगर पॉलिसीधारक लोकपाल के अवार्ड से संतुष्ट नहीं है तो वे अन्य माध्यमों जैसे उपभोक्ता मंच और कानूनी न्यायालयों से अपनी शिकायतों के निवारण के लिए आग्रह कर सकते हैं। • विभिन्न लोकपाल कार्यालयों द्वारा प्राप्त शिकायतों की संख्या में लगातार वृद्धि से पता चलता है कि पॉलिसीधारक बीमा लोकपाल की संस्था में अपना विश्वास रख रहे हैं।
गैर स्वीकार्य या गैर मान्य शिकायतें	<ul style="list-style-type: none"> • प्राप्त शिकायतों में, वे शिकायतें जिनमें लोकपाल को लगता है कि वे पर्याप्त कारण के बिना की गयी हैं या जहाँ शिकायतकर्ता को कोई नुकसान या क्षति या असुविधा का सामना नहीं करना पड़ा है, को गैर स्वीकार्य या गैर मान्य के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है और लोकपाल द्वारा खारिज की जा सकती है। • लोकपाल की शक्तियाँ, रु. 20 लाख तक के मूल्य के बीमा अनुबंधों तक सीमित है। • निम्नलिखित मामलों में लोकपाल द्वारा शिकायत को खारिज कर दिया जाएगा: <ul style="list-style-type: none"> – यदि शिकायतकर्ता बीमा कंपनी से संपर्क और उनकी शिकायत सुनने और हल करने का प्रयास करने का अवसर दिये बिना सीधे लोकपाल से संपर्क करता है। – यदि इसी विषय पर उनकी शिकायत किसी अदालत, उपभोक्ता मंच या मध्यस्थ के समक्ष लम्बित है। – यदि शिकायत लोकपाल के अधिकार क्षेत्र के भीतर न हों।



ध्यान रहे!

पॉलिसीधारक के हित संरक्षण विनियम के अनुसार, प्रत्येक बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसीधारक को दस्तावेज प्रेषित करते समय सूचित करना चाहिए कि यदि वह अपने बीमाकर्ता के विरुद्ध कोई शिकायत करना चाहता है तो वह कैसे संबंधित क्षेत्र के बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकता है।

F आई आर डी ए का शिकायत निवारण सेल

आई आर डी ए ने हाल ही में **आई आर डी ए शिकायत कॉल सेंटर (आई जी सी सी)** शुरू किया है। आई जी सी सी, पॉलिसीधारकों को उनकी शिकायतें दर्ज कराने के लिए एक अतिरिक्त माध्यम (चैनल) प्रदान करता है और वह अपनी शिकायत की स्थिति की जाँच, फोन/ई मेल पर कर सकते हैं।



ध्यान रहे!

आई जी सी सी को टोल फ्री नंबर **155255** पर फोन करके या आई आर डी ए की **complaints@irda.gov.in** पर ईमेल भेज कर शिकायत दर्ज कराई जा सकती।

एक बार लागू हो जाने पर, कॉल सेंटर पर्यावरण (व्यवस्था), आई जी एम एस के साथ इंटरफेस रखेगा (संबद्ध हो जाएगा) (देखें अनुभाग D2)। आई जी सी सी ने पॉलिसीधारकों को जब भी आवश्यकता होगी बीमा कंपनियों के निवारण प्रणाली की जानकारी प्रदान करने के अलावा पॉलिसीधारकों को, टेलीफोन और ई मेल दोनों के माध्यम से, आई आर डी ए के शिकायत निवारण सेल के लिए पहुँच, आसान कर दी है। कॉल सेंटर, प्राप्त कॉल के आधार पर शिकायत पंजीकरण फार्म भर लेते हैं। आई जी सी सी, शिकायतों पर नज़र रखने के लिए एक माध्यम (चैनल) भी प्रदान करता है।

आई जी सी सी, बीमा लोकपाल की भूमिका के बारे में भी पॉलिसीधारकों को शिक्षित करता है।

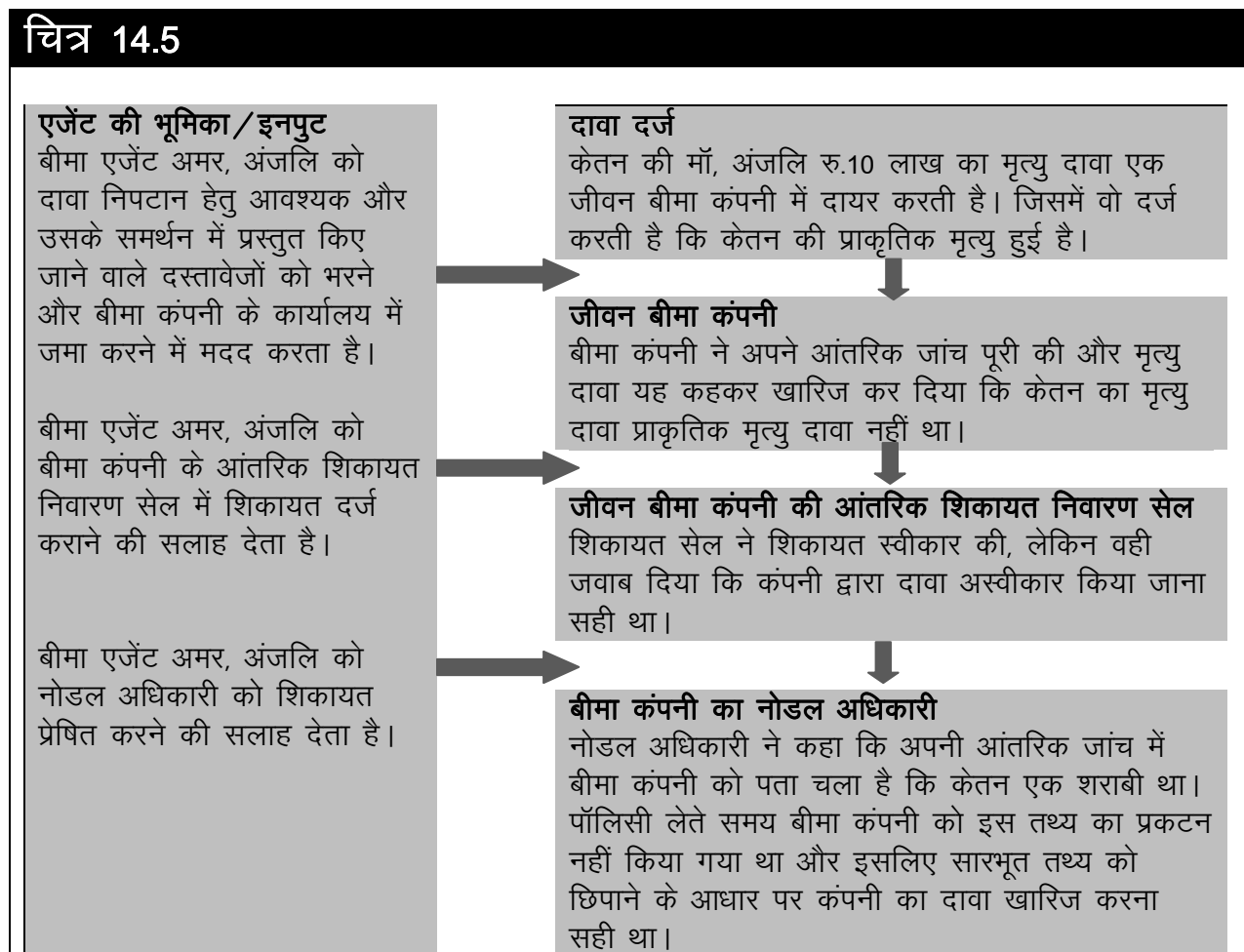
शिकायतों के निवारण को सरल बनाने के अतिरिक्त, आई आर डी ए ने शिकायतों के विवरण को भी देखना शुरू कर दिया है जिससे जांच और निरीक्षण द्वारा लागू विनियमों के विभिन्न प्रावधानों का अनुपालन न होना/उल्लंघन के मामलों की पहचान की जा सके। जहाँ भी आवश्यक हो, आई आर डी ए द्वारा विनियामक के अनुसार कार्रवाई शुरू की जाती है।

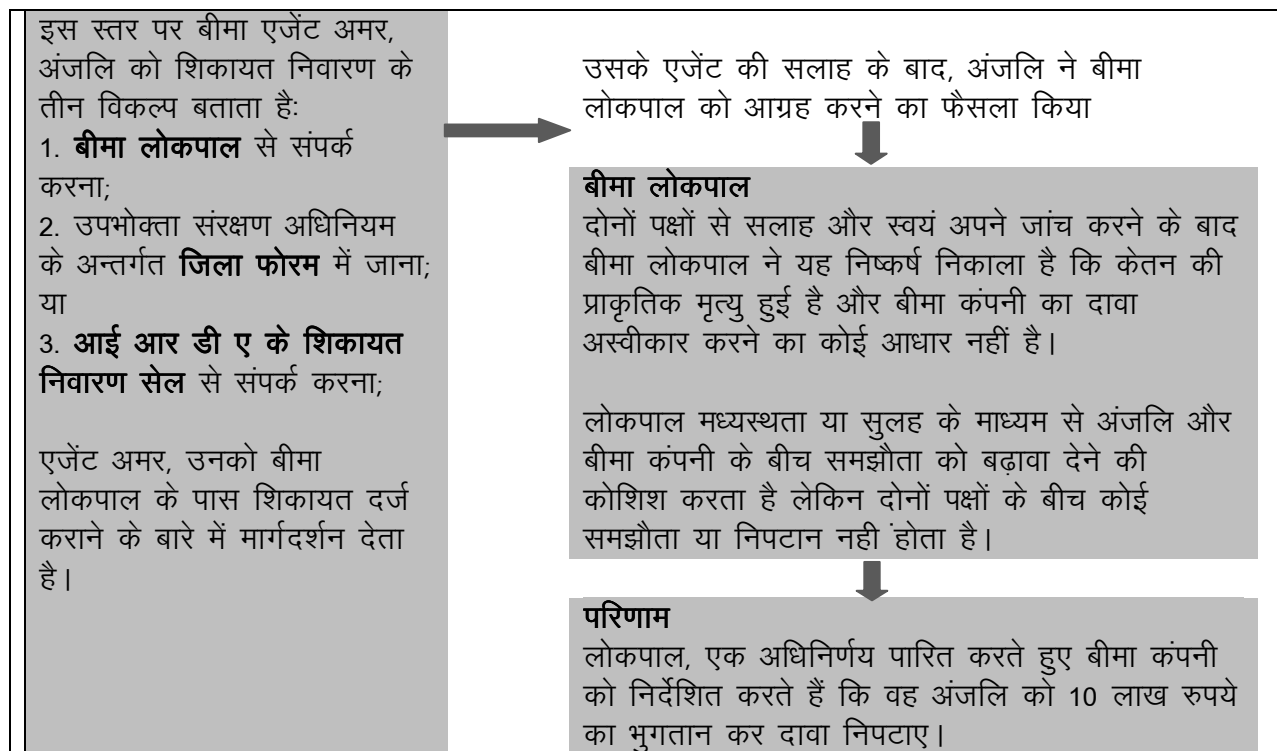
संभावित परिवर्तनों और अधिकार क्षेत्र के विस्तार के लिए, बीमा लोकपाल संस्था की समीक्षा की जा रही है जिससे यह सुनिश्चित किया जा सके कि वह शिकायत जो बीमा कंपनियों द्वारा हल नहीं की गयी हैं और जो विनियामक और/या लोकपाल को भेजी गयी हैं, उनका निर्णायक हल निकाला जा सके, केवल उन मामलों के अतिरिक्त जो अनिवार्य रूप से अदालतों के दायरे में आते हों।

G एक विशिष्ट (टिपिकल) शिकायत

जबकि प्रत्येक शिकायत व्यक्तिगत होती है, परन्तु यदि किसी दावे पर बीमा कंपनी से विवाद हो तो एक विशिष्ट शिकायत का सम्भाव्य रास्ता निम्नलिखित चित्र द्वारा दर्शाया जा सकता है और इस प्रक्रिया में प्रत्येक स्तर पर एजेंट की अपने ग्राहक के सहयोग में, अपेक्षित भूमिका और इनपुट पर प्रकाश डालता है।

चित्र 14.5





प्रश्न 14.2

बीमा लोकपाल द्वारा शिकायतों का निपटान/हल करने के अलग अलग तरीकों की एक सूची बनाओ।



H लाइसेंस का नवीनीकरण

जबकि अब आप पाठ्यक्रम के अध्ययन के अंत के निकट पहुँच रहे हैं, आप बहुत अच्छी तरह समझ गये होंगे कि अपने ग्राहकों के हितों को सर्वोच्च प्राथमिकता देना किस प्रकार दीर्घ अवधि में आपको एक एजेंट के रूप में सफल बनाने में योगदान करेगा। यदि ग्राहक संतुष्ट रहे और आर्थिक रूप से ऐसा करने में समर्थ हों तो सामान्यतः अपनी पॉलिसियों का नवीनीकरण करायेगा।

ग्राहकों की रक्षा करने के लिए आई आर डी ए ने, एक अंतिम उपाय के रूप में, दिशा निर्देश जारी किये हैं जिसके अनुसार यह प्रस्तावित है कि यदि किसी बीमा एजेंट द्वारा बेची गई पॉलिसियों में से एक निर्धारित प्रतिशत से कम पॉलिसियों का वार्षिक नवीनीकरण हुआ है तो उसका लाइसेंस नवीनीकृत **नहीं** होगा क्योंकि यह इंगित करता है कि एक एजेंट अपने ग्राहकों की जरूरत को कारगर ढंग से पूरा नहीं कर रहा है और गलत बिक्री का दोषी हो सकता है।

अध्याय 15 के अनुभाग G में हम देखेंगे कि जब कार्यप्रणाली, आवश्यकताओं और अपेक्षाओं के मानकों से कम रहती है तब आई आर डी ए कैसे एजेंटों और बीमा कंपनियों का मूल्यांकन, निगरानी और उन्हें अनुशासित करता है।

**प्रश्न 14.3**

ग्राहक, आई आर डी ए शिकायत निवारण सेल के माध्यम से कैसे अपने बीमा कंपनी के खिलाफ शिकायत दर्ज करा सकते हैं?

सारांश

इस अध्याय और इससे पहले के अध्यायों में की गई चर्चा से अब आपको यह स्पष्ट हो गया होगा कि बीमा उद्योग, जिसमें काम करने का आपने चयन किया है, उस व्यवसाय में लगे हुए लोगों के **व्यवहार और तरीकों** के आधार उसका आकार बनता है और परिभाषित होता है।

इस प्रक्रिया में **नैतिकता** का क्या महत्व है यह हम इस पाठ्यक्रम के अंतिम अध्याय में समझाएंगे।



मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

ग्राहक सुरक्षा का महत्व

भारत में जन साधारण में निम्नस्तर की वित्तीय साक्षरता और बीमा के विषय में अच्छी समझ न होने के कारण बीमा उद्योग में ग्राहक सुरक्षा बहुत महत्वपूर्ण है।

ग्राहक सुरक्षा में कमी अत्याधिक असंतोष पैदा करती है जो पूरे बीमा उद्योग की वृद्धि के लिए हानिकारक है।

पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि में समव्यवहार (लेनदेन) के दौरान पारदर्शिता, ग्राहकों के प्रति उचित व्यवहार सुनिश्चित करता है।

आई आर डी ए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम 2002

पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा के लिए, अक्टूबर 2002 में बीमा सलाहकार समिति के परामर्श से, आई आर डी ए ने विनियम जारी किया।

विनियम में स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट है कि एक बीमा उत्पाद के प्रास्पेक्टस में क्या होना चाहिए।

विनियम निर्दिष्ट करते हैं कि प्रत्येक बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसीधारकों की शिकायतों के निस्तारण के लिये उचित और प्रभावी प्रक्रिया तंत्र स्थापित करना चाहिए।

विनियम में निर्दिष्ट है कि किसी बीमा उत्पाद पॉलिसी में स्पष्ट रूप से क्या कहा जाना चाहिए।

जीवन बीमा दावों के निपटान के संबंध में लागू की जाने वाली प्रक्रिया इस विनियम में निर्दिष्ट है।

विनियम में निर्दिष्ट है कि किन मामलों में बीमा कंपनी को अपने पॉलिसीधारकों से पत्र प्राप्त होने के 10 दिनों के भीतर प्रतिक्रिया (उत्तर) देना चाहिए।

बीमा लोकपाल की भूमिका

लोकपाल संस्था का मुख्य उद्देश्य एक लागत प्रभावी निष्पक्ष और कुशल तरीके से दावों से संबंधित शिकायतें, पॉलिसी की शर्त या प्रीमियम भुगतान के संबंध में विवादों और पॉलिसी दस्तावेजों के जारी न होने आदि के मुद्दों को सुलझाना है।

प्रबंध निकाय द्वारा देशभर में बारह लोकपाल नियुक्त किये गये हैं। जिन्हें उनके अधिकार क्षेत्र के रूप में विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों आवंटित किये गये हैं।

लोकपाल द्वारा प्राप्त शिकायतों को निम्नलिखित तरीके से निष्पादित किया जाता है: वापसी/समझौता, सिफारिश, अवार्ड, और अस्वीकार्य शिकायतों के रूप में वर्गीकृत करके।

विशिष्ट (टिपिकल) शिकायतें

बीमा कंपनियों के खिलाफ विशिष्ट शिकायतों में दावों से संबंधित शिकायतें, पॉलिसी सेवाएं प्रीमियम और पॉलिसी कालातीत आदि शामिल हैं।

बीमा सलाहकारों के खिलाफ विशिष्ट शिकायतों में, अनुपयुक्त योजनाओं की बिक्री, असंगत अवधि, शुल्कों का प्रकटन नहीं किया जाना आदि शामिल हैं।

ग्राहकों की शिकायतों का प्रभावी ढंग से निस्तारण

आई आर डी ए का उपभोक्ता मामले विभाग यह देखरेख करता है कि बीमा कंपनियों आई आर डी ए द्वारा निर्धारित मामलों में पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा संबंधी नियमों का अनुपालन कर रही है और उपभोक्ताओं को, शिकायत निवारण प्रक्रियाओं के बारे में शिक्षित कर उन्हें सशक्त बनाने के ध्येय की पूर्ति कर रही हैं।

बीमा कंपनियों के शिकायत निवारण तंत्र को प्रभावी रूप से कार्य करने हेतु सक्षम बनाने के साथ ही बीमा के व्यापक उद्योग का शिकायत के डेटा का एक केंद्रीय भंडार (रिपॉजिटरी) स्थापित करने के लिए, आई आर डी ए समन्वित शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आई जी एम एस) को लागू करने की कगार पर है।

बीमा कंपनी की आंतरिक शिकायत निवारण प्रणाली में निम्नलिखित दो स्तरीय व्यवस्था शामिल है:

पहला हेल्पलाइन या बीमा कंपनियों के कार्यालय के साथ शिकायत दर्ज कराना और दूसरा नोडल अधिकारी/अपीलीय प्राधिकारी को शिकायत अग्रसरित करना

आई.आर.डी.ए. का शिकायत निवारण प्रकोष्ठ

आई जी सी सी के टोल फ्री नंबर 155255 पर फोन करके या आई आर डी ए को **complaints@irda.gov.in** पर एक ईमेल भेज कर शिकायत दर्ज कराई जा सकती है।

लाइसेंस का निरस्तीकरण

ग्राहकों की सुरक्षा हेतु एक अंतिम उपाय के रूप में आई आर डी ए ने बीमा एजेंटों के व्यवसाय में बने रहने के सततता अनुपात में वृद्धि करने के लिए दिशानिर्देश तैयार किये हैं।

इरडा ने प्रस्ताव रखा है कि अगर एजेंट द्वारा बेची पॉलिसियों का एक निर्धारित प्रतिशत से कम वार्षिकी नवीनीकरण होता है तो उस बीमा एजेंट का लाइसेंस रद्द किया जा सकता है।



प्रश्न-उत्तर

14.1 किसी भी बीमा उत्पाद की प्रास्पेक्टस में स्पष्ट रूप से लिखा होना चाहिए

- लाभ का विस्तार;
- बीमा कवर की सीमा;
- बीमा कवर की वारंटी, अपवाद और शर्तें;
- स्पष्ट रूप से जानकारी;
- क्या उत्पाद सहभागिता (लाभ के साथ) या गैर सहभागिता (बिना लाभ) वाला है;
- स्वास्थ्य या गंभीर बीमारी से संबंधित सभी राइडरों पर प्रीमियम, अवधि या समूह उत्पादों के मामले में, मुख्य पॉलिसी के प्रीमियम के 100% से अधिक नहीं होगा;
- यह कि स्वीकार्य राइडर या उत्पाद पर राइडर के, लाभ की सीमाओं के संबंध में स्पष्ट रूप से वर्णन किया जाएगा और किसी भी परिस्थिति में अन्य सभी (उपरोक्त को छोड़कर) राइडरों से संबंधित प्रीमियम मुख्य उत्पाद के प्रीमियम का 30% से अधिक नहीं होगा।
- प्रत्येक राइडर के अधीन मिलने वाला लाभ, मूल उत्पाद के अन्तर्गत बीमा राशि से अधिक नहीं होगा।

14.2 लोकपाल द्वारा प्राप्त शिकायतों का निपटान निम्नलिखित तरीके से होता है

1. वापसी / समझौता;
2. सिफारिश;
3. अवार्ड, और
4. गैर स्वीकार्य / अमान्य।

14.3 किसी व्यक्ति द्वारा आईजीसीसी को टोल फ्री नंबर **155255** पर फोन करके या आई आर डी ए की **complaints@irda.gov.in** पर ई मेल भेज कर शिकायत दर्ज कराई जा सकती हैं।

स्व-परीक्षण प्रश्न

1	इरडा (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम के अनुसार सभी जीवन बीमा पॉलिसियों में स्पष्ट रूप में क्या लिखा होना चाहिए?
2	उन शहरों की सूची बनाएं जिनमें बीमा लोकपाल के कार्यालय स्थित हैं।

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।



स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

- 1 किसी जीवन बीमा पॉलिसी में स्पष्ट रूप से निम्नलिखित लिखा होना चाहिए
 - a. योजना का नाम और उसके शर्तें व निर्बंधन;
 - b. क्या वह लाभ में सहभागी है अथवा नहीं;
 - c. लाभ में सहभागिता का आधार जैसे नकद बोनसए आस्थगित बोनसए साधारण या चक्रवृद्धि प्रत्यावर्ती बोनस;
 - d. देय लाभ और आकस्मिकताएँ जिनमें यह देय होते हैं और बीमा अनुबंध की अन्य शर्तें और नियम;
 - e. मुख्य पॉलिसी से जुड़े राइडरों की जानकारी;
 - f. जोखिम प्रारंभ और परिपक्वता की तारीख जिनपर लाभ देय होंगे
 - g. देय प्रीमियम, भुगतान की अवधि, प्रीमियम भुगतान करने के लिए अनुग्रह अवधि, प्रीमियम किश्त की अंतिम देय तिथि, प्रीमियम की किस्त(ों) का भुगतान बीच में बन्द करने का परिणाम और गारंटीयुक्त समर्पण मूल्य के प्रावधान भी;
 - h. प्रवेश के समय, आयु और क्या वह स्वीकार की गयी है;
 - i. पॉलिसी में इनके लिए औपचारिकताएँ:
 - (i) पॉलिसी का एक चुकता पॉलिसी में परिवर्तन
 - (ii) समर्पण,
 - (iii) गैर जब्तीकरण,
 - (iv) कालातीत पॉलिसीयों का पुनर्चलन
 - j. मुख्य पॉलिसी और राइडर, दोनों के कवर की सीमाओं में अपवर्जित आकस्मिकताएँ
 - k. नामांकन, समनुद्देशन तथा पॉलिसी की प्रतिभूति पर ऋण का प्रावधान तथा यह उल्लेख कि ऋण स्वीकृति तिथि पर बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित दर पर ब्याज का भुगतान देय होगा
 - l. कोई विशेष उपखण्ड या शर्त, जैसे प्रथम गर्भावस्था उपखण्ड, आत्महत्या उपखण्ड आदि
 - m. बीमा कंपनी का पता, जिसपर पॉलिसी के संबंध में पत्राचार किया जा सकता है
 - n. वे दस्तावेज, जो सामान्य रूप से, पॉलिसी के अन्तर्गत दावे के पुष्टि हेतु दावेदार द्वारा प्रस्तुत किए जाते हैं;

बीमा कंपनी को पॉलिसी दस्तावेज के साथ बीमा लोकपाल के संबंध में जानकारी प्रदान करनी चाहिए।

2	<p>बीमा लोकपाल के बारह कार्यालय निम्न षहरों में स्थित हैं:</p> <ul style="list-style-type: none">• अहमदाबाद;• भोपाल;• भुवनेश्वर;• चंडीगढ़;• चेन्नई;• कोचीन;• गुवाहाटी;• हैदराबाद;• कोलकाता;• लखनऊ;• मुंबई, और• नई दिल्ली।
---	--

अध्याय-15

नैतिकता तथा आचार संहिता

विषय सूची	पढ़ने के बाद सिलेबस में दिये क्रम के अनुसार निकला नतीजा
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ	
A नैतिकता से हम क्या समझते हैं?	15/3
B विशिष्ट अनैतिक व्यवहार	15/4
C नैतिकता के व्यावसायिक लाभ	15/6
D विशिष्ट नैतिक व्यवहार	15/8
E नैतिक संहिता सहित नैतिक ढांचा	15/9
F व्यावसायिक उत्तरदायित्वों का निर्धारण	15/10
G मूल्यांकन, अनुश्रमण, अनुशासन	15/12
H IRDA द्वारा निर्धारित आचार संहिता	15/14
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	

अध्ययन उद्देश्य

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप कुशल होंगे:—

- नैतिकता का अर्थ समझ लेंगे;
- अनैतिक व्यवहार के खतरों का विश्लेषण करने में;
- व्यक्तियों तथा बीमाकर्ताओं के लिए नैतिकता के महत्व की चर्चा करने में;
- विशिष्ट नैतिक व्यवहार का विश्लेषण करने में;

- नैतिक ढांचे के तत्वों को समझाने में;
- व्यवसायिक उत्तरदायित्वों के निर्धारण के महत्व को समझाने में;
- बीमा कंपनियों द्वारा नैतिक आचरण के लिए मूल्यांकन, अनुश्रमण व अनुशासन के महत्व की चर्चा करने में;
- IRDA द्वारा निर्धारित आचार संहिता की चर्चा करने में।

परिचय

जैसा कि हमने अध्याय 10 में चर्चा की है कि यह महत्वपूर्ण है कि बीमा एजेंट, अपने ग्राहक से सदैव नैतिक तथा व्यावसायिक ढंग से व्यवहार करे। लेकिन 'नैतिकता' से हमारा तात्पर्य क्या है?

शब्द 'एथिक्स' ग्रीक शब्द 'एथिकोस' से लिया गया है, जो व्यक्ति के चरित्र से संबंधित है। बीमा में एथिक्स कुछ मानकों या सिद्धांतों से संबंधित है जिनका पालन बीमा एजेंटों तथा बीमाकर्ताओं के द्वारा अपने व्यापार के दौरान व्यापार से लाभ को बनाये रखते हुए किया जाता है।

सरल शब्दों में, बिक्री के लक्ष्यों के अतिरिक्त किसी बीमा कंपनी का मुख्य ध्यान पॉलिसी धारकों की जरूरतों और आवश्यकताओं तथा यदि उन्हें जरूरत हो तो दावे के समय उनके परिवार को सहायता देने से सरोकार रखने वाला चाहिये। अनैतिक व्यवहार थोड़े समय के लिये भी लाभ दे सकते हैं, लेकिन दीर्घ अवधि में कंपनी की छवि को बड़ा लगा भी सकते हैं। एक नकारात्मक छवि, वर्तमान तथा नये व्यापार दोनों के लिए हानि का कारण बन सकती है।

इस अध्याय में हम बीमा व्यवसाय में निम्नलिखित नैतिक व्यवहारों पर प्रकाश डालेंगे तथा हम निम्नलिखित अनैतिक व्यवहारों के विपरीत प्रभावों पर भी प्रकाश डालेंगे।

अंत में, हम IRDA द्वारा बीमा एजेंटों के लिये निर्धारित अनुशासन तथा उनकी कार्य प्रणाली की अनुश्रमण के लिये संस्तुत आचार संहिता की चर्चा करेंगे।



महत्वपूर्ण शब्दावलियाँ

इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दों एवं सामान्य धारणा की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :

नैतिकता	मंथन	अनुशासन	अनैतिक व्यवहार
दावा निबटाने में विलंब	आचार संहिता	व्यावसायिक उत्तरदायित्व का निर्धारण	बीमा पॉलिसियों की अतिविक्रय/ऑवरसेलिंग
सकारात्मक छवि	मूल्यांकन तथा मानिटर	बीमा पॉलिसियों का अल्पविक्रय/अंडरसेलिंग	नैतिकता की स्थापना

A नैतिकता से हम क्या समझते हैं?

हाल में ही दर्ज किये गये मिस-सेलिंग (गलत बिक्री) के कई मामलों को देखते हुए, भारत में बीमा उद्योग की सबसे बड़ी चिंता का विषय तथा बहस का मुद्दा यह है कि बीमा बेचते समय नैतिक व्यवहार के उच्च मानकों की जरूरत है।

नैतिकता को इस प्रकार परिभाषित किया जा सकता है:

- वो मान्यताएं जिन्हें हम 'अच्छा' या 'सही' कहते हैं;
- वे व्यवहार जो व्यक्ति के चारित्रिक निर्णय पर आधारित हैं; तथा
- स्वतः द्वारा किया गया कौन सा कार्य गलत है या सही का अध्ययन।

नैतिक मानक इस प्रतिक्रिया पर निर्भर करते हैं – कि वे सही हैं या गलत – जो बीमा उत्पादों की सेवा तथा बिक्री हेतु सलाह की प्रक्रिया में शामिल लोगो के द्वारा अपनायी जाती है। इसमें बीमा एजेंट खुद तथा बीमा कंपनी के अधिकारी तथा प्रबंधन शामिल हैं।

बीमा एजेंट की नैतिकता के मानक अपेक्षित परिणामों को प्राप्त करने में उसके द्वारा किये गये कार्यों से अर्थात उसके बिक्री लक्ष्यों से प्रदर्शित होता है। उदाहरण के लिए, ग्राहक को उस उत्पाद को लेने की सलाह देना जिसमें एजेंट को अधिक कमीशन प्राप्त होता हो, इस तथ्य पर ध्यान दिये बिना कि वह उत्पाद ग्राहक के लिये उपयुक्त है या नहीं है।



ध्यान रखें !

यह एजेंट की उत्तरदायित्व है कि वह अपने ग्राहक को उसकी आवश्यकता के अनुसार उपयुक्त उत्पाद ही सुझाए। यदि एजेंट अनैतिक व्यवहार करते हुए अपने ग्राहक को कोई एक बीमा उत्पाद बेचता है तो वह अपने ग्राहक को सर्वोत्तम सेवा देने में असफल हुआ है।

बीमा उद्योग में नैतिकता के लक्ष्यों को निम्न प्रकार से समझाया जा सकता है:

- बीमा बिक्री में एजेंट/बीमाकर्ता के लिए नैतिक मानकों को निर्धारित करना
- बीमा बिक्री में 'करने योग्य' तथा 'न करने योग्य' को निर्धारित करना
- बीमाकर्ताओं हेतु नैतिक तथा अनैतिक क्रियाकलापों को निर्धारित करना
- खास परिस्थितियों में बीमा अभिकर्ता को सही और उपयुक्त आचरण हेतु दिशा निर्देश देना
- बीमाकर्ताओं तथा मध्यस्थों द्वारा गलत तथा अनैतिक आचरणों को रोकना



प्रकरण अध्ययन

सुशील मेहता एक नवनियुक्त जीवन बीमा एजेंट है। नवनियुक्त होने के कारण उसे व्यवसाय का अधिक अनुभव नहीं है अतः अपने आप को स्थापित करने के लिए शुरु में उसे काफी प्रयास करना पड़ेगा। उसे कम से कम तीन बीमा पॉलिसी हर महीने बेचने को कहा गया है।

माह के अंत तक सुशील एक भी पॉलिसी बेचने में असफल रहा। उस पर परिणाम देने तथा अपना मासिक लक्ष्य पूरा करने का जबरदस्त दबाव है। वह पांच संभावित ग्राहकों के लिये वित्तीय योजना की प्रस्तुति तैयार कर रहा है जिनसे वह अगले तीन दिनों में मिलने वाला है।

सुशील ने अपनी प्रस्तुति को संशोधित कर बीमा कंपनी द्वारा जारी किये गये नये उत्पाद का सुझाव सभी ग्राहकों को पेश करने का निर्णय लेता है, चाहे उन्हें उस उत्पाद की जरूरत हो या न हो।

अपने ग्राहकों से भेंट के दौरान वो केवल उत्पाद के कुछ अच्छे लाभों पर प्रकाश डालता है, तथा कुछ शुल्कों, अपवर्जनों, शर्तों व निर्बंधन को उनसे छिपाता है। उसने ऐसा इसलिए किया है क्योंकि उसे डर है कि यह उसके ग्राहकों द्वारा उत्पाद न खरीदने का कारण बनेंगे। वह अपने दो ग्राहकों को यह उत्पाद खरीदने के लिए राजी कर लेता है, यद्यपि यह उनकी जरूरत के लिये उपयुक्त उत्पाद नहीं है।

क्या सुशील के द्वारा किया गया यह व्यवहार नैतिक है?

नहीं, यह नहीं है— सुशील ने अनैतिक व्यवहार को अपनाते हुए अपने बिक्री लक्ष्य को पूरा करने पर ध्यान केन्द्रित किया है न कि अपने ग्राहकों की जरूरत पर।

बीमा एजेंट को कभी भी ऐसा अनुचित तथा अनैतिक व्यवहार नहीं करना चाहिये। उन्हें सदैव ग्राहक की जरूरत को अपने हित से ऊपर रखना चाहिये।

इस पर विचार करें...

आपके मतानुसार, ऊपर के प्रकरण में बीमा कंपनी की क्या भूमिका होनी चाहिये? बीमा कंपनी को कौन से कदम उठाने चाहिये ताकि ऐसे मामले पैदा न हों?



B विशिष्ट अनैतिक आचरण

बीमा उद्योग में पहले आम तौर से कहा जाता था कि 'बीमा शायद ही कभी खरीदा जाता है; बल्कि इसे ग्राहक को बेचा जाता है'। यह कथन अभी भी सही माना जाता है तथा यह बीमाकर्ता तथा एजेंट के महत्व को उजागर करता है, जो अपने ग्राहकों के साथ व्यावसायिक गतिविधि में अनैतिक व्यवहारों को नहीं अपनाते हैं।

भारतीय बीमा बाजार के कुछ सामान्य अनैतिक व्यवहार के प्रकार निम्नलिखित हैं:

- योजना के अंतर्गत मिलने वाले लाभों को बढ़ा-चढ़ा कर दर्शाना (उदाहरण जैसे. यह वायदा करना कि निवेश तीन या पांच साल में दुगना हो जाएगा)।

- नियमित प्रीमियम भुगतान वाली बीमा पॉलिसी को एकल प्रीमियम भुगतान पॉलिसी या सीमित प्रीमियम भुगतान पॉलिसी की तरह पेश करना।
- उत्पाद तथा उसके विशेषताओं के बारे में पूरा तथा सही प्रकटन न करना।
- संभावित ग्राहक के बारे में पूरी जानकारी एकत्र न करना।
- पॉलिसी खरीदने के लिए छूट या प्रलोभन का प्रस्ताव करना
- पॉलिसी विशेष को बेचते समय ग्राहक से यह कहना कि उसे पूरी अवधि के लिए प्रीमियम का भुगतान नहीं करना है, जबकि वास्तव में उत्पाद में ऐसा कुछ भी शामिल नहीं है।

B1 अनैतिक व्यवहार के खतरे

अनैतिक व्यवहार, जैसा ऊपर बताया गया है, पूरे बीमा उद्योग पर असर डालता है। इस भाग में हम निम्नलिखित अनैतिक व्यवहारों के परिणामों की चर्चा करेंगे:

- **बीमा पॉलिसी की अतिविक्रय/ओवरसेलिंग** — एक अति महत्वकांक्षी बीमा एजेन्ट ग्राहक को बहका कर, उसकी जरूरत या खर्च (राशि) देने की क्षमता से अधिक बीमा सुरक्षा बेच सकता है। बीमा पॉलिसियों की अतिविक्रय/ओवरसेलिंग, पॉलिसियों की कालातीतता (लैप्सेशन) का कारण बनता है, यदि पॉलिसी धारक प्रीमियम का भुगतान नहीं कर पाता है।

उदाहरण

एक अवधि बीमा पॉलिसी तथा यूनिट लिंक्ड बीमा योजना (यूलिप) को, किसी अविवाहित व्यक्ति को बेचना अतिविक्रय/ओवरसेलिंग का उदाहरण है। एक युवा अविवाहित व्यक्ति को अवधि बीमा की जरूरत नहीं होती है यदि उसके कोई आश्रित न हो। एक अविवाहित व्यक्ति की मूल आवश्यकता यह है कि उसके पास उपलब्ध अतिरिक्त धन का निवेश हो जिससे उसकी समृद्धि बढ़े। ऐसे व्यक्ति के लिए यूलिप ही काफी होगी क्योंकि वह उसकी सुरक्षा जरूरतों के साथ-साथ उसकी निवेश जरूरतों को भी पूरा करती रहेगी।



- **बीमा पॉलिसी की अल्पविक्रय/अंडरसेलिंग**— अपने बिक्री लक्ष्यों को पूरा करने के लिए बीमा एजेन्ट बीमा सुरक्षा से समझौता कर सकता है तथा ग्राहक को कम बीमित राशि का सुझाव दे सकता है। ऐसा इसलिए कि कम सुरक्षा वाली बीमा पॉलिसी का प्रीमियम भी कम होगा और कम प्रीमियम के कारण पॉलिसी ग्राहक को आकर्षक लगेगी तथा साथ ही एजेन्ट अधिक सफलता प्राप्त करता है। ग्राहक की वित्तीय सीमाओं के कारण उच्च प्रीमियम राशि का सुझाव एजेन्ट के लिए व्यवसाय की हानि का कारण बन सकता है। ऐसे मामलों में अंडरइंश्योरेंस का भार परिवार को झेलना पड़ता है यदि पॉलिसी धारक की शीघ्र मृत्यु हो जाती है, क्योंकि बीमा सुरक्षा परिवार की वित्तीय जरूरतों को पूरा करने में सक्षम नहीं भी हो सकती है।

- **मंथन**— मंथन (व्याख्या के लिए संदर्भ अध्याय 10, खण्ड D4A) का सुझाव केवल बेहद विशिष्ट मामलों में ही दिया जाना चाहिये; जबकि, बीमा एजेंटों द्वारा इसका प्रयोग अक्सर उत्पादों की मिससेलिंग में ही किया जाता है। कुछ एजेन्ट कुछ पॉलिसियाँ ग्राहक को इस सुझाव के साथ बेचे जाते हैं कि वे पॉलिसी का कुछ समय बाद समर्पण कर सकते हैं तथा अपना धन वापस ले सकते हैं। ग्राहकों को बीमा एजेंटों द्वारा मंथन

का सुझाव, इस प्रयोजन से किया जाता है कि वे अपने निवेश को वापस ले कर कंपनी के द्वारा जारी नई बीमा योजना में निवेश कराकर नई योजना बिक्री लक्ष्यों को पूरा कर सकें।

मंथन की इस अनैतिक प्रक्रिया में, बीमाधारक को सबसे अधिक हानि होती है। उन्हें अपने निवेश पर हानि उठानी पड़ सकती है तथा यह भी संभव है कि वे अपना मूल निवेशित धन भी वापस प्राप्त न कर सकें। पॉलिसी को समय से पहले बंद कर देने के कारण बीमा कंपनी को भी घाटा उठाना पड़ता है।



ध्यान रखें !

बीमा उद्योग में सबसे बड़ी चिंता बीमा एजेंटों के द्वारा उन उत्पादों की अनैतिक बिक्री को ले कर है जिन पर उन्हें उच्च कमीशन प्राप्त होता है।

• **दावा भुगतान प्रक्रिया के दौरान दावा भुगतान में विलंब/अस्वीकरण**— यदि पॉलिसी को अनैतिक व्यवहार के आधार पर बेचा गया है (जैसे ग्राहक को वह लाभ बताना जिसके लिये वह पात्र न हो), तो यह दावा भुगतान के विलंब/अस्वीकरण का कारण बन सकता है। मिस सॅलिंग के कारण किसी व्यक्ति को एजेंट के द्वारा गलत वायदे से संबंधित लाभ नहीं भी मिल सकते हैं तथा इस कारण दो नुकसान उस व्यक्ति को धन की हानि हो सकती है तथा बीमा कंपनी पर से उसका विश्वास उठ सकता है। दावे के भुगतान के दौरान अनावश्यक विलंब के कारण कंपनी को नकारात्मक प्रचार भी मिल सकता है अतः इससे बचना चाहिये। दावा निबटान में लगने वाला समय अवधि परिवारों के लिए एक कठिन समय होता है, अतः बीमाकर्ता को इस दौरान सबसे बेहतर सम्भव तरीके से उनकी सहायता करनी चाहिये।

इस तरह के अनैतिक व्यवहार, के कारण बीमा एजेंटों तथा उनके द्वारा प्रतिनिधित्व की जा रही कंपनियों की छवि खराब होती है तथा इससे पूरे बीमा उद्योग पर विश्वास का संकट पैदा हो जाता है। अतः, IRDA की यह प्राथमिकता रही है कि उद्योग को नैतिक मानकों को आगे बढ़कर अपनाने के लिये प्रोत्साहित किया जाए वह भी इस उम्मीद के साथ कि यह अनैतिक व्यवहार आगे नहीं अपनाये जाएंगे।

C नैतिकता के व्यवसायिक लाभ

यदि बीमा कंपनी अपने बीमा उत्पादों को बेचने में तथा दावों को निबटाने में नैतिक व्यवहार का प्रयोग करती है तो यह दीर्घ अवधि में कंपनी के लिए प्रतिष्ठा को बढ़ाने वाला होगा। लेकिन बीमा कंपनी तथा उसके अभिकर्ता द्वारा अपने विक्रय लक्ष्यों को पूरा करने के लिए यदि अनुपयुक्त व्यवहार किया जाता है, तो ये कंपनी की छवि को बिगाड़ेगा, जो बीमा कंपनी के व्यवसाय को हानि में डाल देगा, दीर्घावधि में पूरे उद्योग को।

C1 बीमा कंपनी तथा व्यक्तियों के लिए नैतिकता का महत्व

कंपनी का व्यवसाय बढ़ाने में नैतिकता के मानक सहायक होते हैं। बीमा उत्पादों की नैतिकता पूर्ण बिक्री न केवल कंपनी की प्रतिष्ठा को बढ़ाने वाली होगी बल्कि यह उस बीमा एजेंट के लिए भी व्यक्तिगत रूप से लाभकारी होगा। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि यदि एक बीमा कंपनी तथा एजेंट किसी व्यक्ति को नैतिक तरीके से बीमा पॉलिसी बेचते हैं तथा उसे उपयुक्त पॉलिसी बेचते हैं तो यह न केवल उस ग्राहक को भारी वित्तीय दबाव से बचाता है वरन् एक दुर्भाग्यपूर्ण घटना के कारण दावे के निबटान के समय भी सहायक होगा।

एजेन्ट तथा उसकी बीमा कंपनी के लिए नैतिकता के महत्व को निम्न प्रकार से सारांश में प्रस्तुत किया जा सकता है:

साकारात्मक छवि	<ul style="list-style-type: none"> यदि एक बीमा कंपनी नैतिकता के उच्च मानकों का अनुपालन करती है तो यह जनताके बीच उसके प्रति विश्वास और भरोसे को बढ़ावा देती है। कंपनी की साकारात्मक छवि दीर्घ अवधि में कंपनी की सफलता का कारण बनती है। एक अच्छी छवि वाली बीमा कंपनी का उत्पाद बेचना किसी, बीमा एजेन्ट का काम आसान करते है।
साख	<ul style="list-style-type: none"> नैतिक व्यवहार कंपनी की साख के विकास में सहायक होते हैं। एक बार जन समर्थन मिल जाए तो यह कंपनी के लाभ तथा बिक्री पर सीधा मुँह से निकले साकारात्मक शब्दों से मिला प्रचार कंपनी तथा बीमा एजेन्ट को लंबे समय तक ग्राहक के विश्वास तथा भरोसे को बनाये रखने में सहायक होते है जो बदले में कंपनी को नये ग्राहक प्रदान करते हैं।
दोनो ओर से सुरक्षा	<ul style="list-style-type: none"> उच्च नैतिक मानक कंपनी तथा व्यक्ति दोनो के लिए लाभदायक होते हैं। नैतिक तरीके से बेची गयी बीमा पॉलिसी कंपनी को तेजी से दावे निबटाने में सहायक होती है। समय से मिला दावे भुगतान परिवार के लिए भावनात्मक तथा वित्तीय हानियों की भरपाई करने में सहायक हो सकता है।
दूसरों के लिए मॉडल	<ul style="list-style-type: none"> बीमा कंपनी जो उच्च नैतिक मानकों का पालन करती है, अपनी व्यावसायिक सफलता तथा निष्ठावान ग्राहकों की पृष्ठभूमि के रूप में दूसरी कंपनियों के लिए उदाहरण प्रस्तुत कर अग्रणी बन जाती है।
गोपनीयता	<ul style="list-style-type: none"> तथ्य खोज के दौरान एक ग्राहक अपने सारे वित्तीय, व्यक्तिगत तथा पारिवारिक विवरण एजेंट को देता है। नैतिक आचरण के रूप में एजेंट को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसे मिली यह सूचनाएं गुप्त रहें तथा इनका गलत प्रयोग न हो।

प्रश्न 15.1

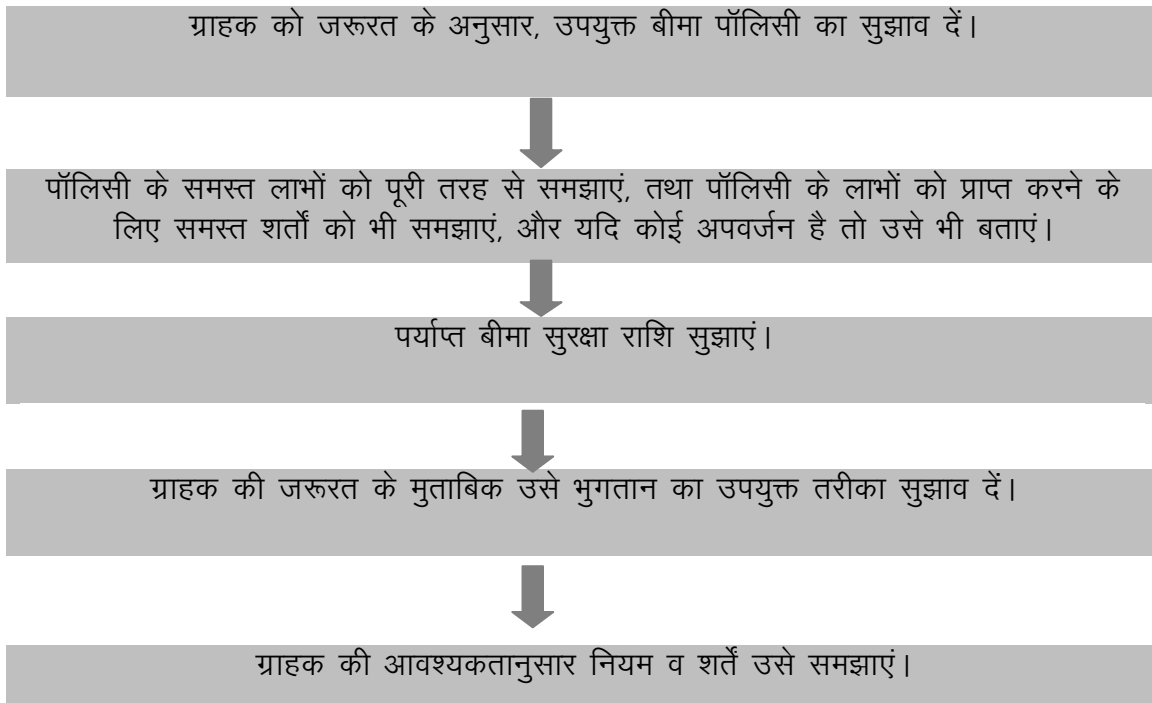
बीमित के परिवार के सदस्यों पर बीमा की अंडरसेलिंग का क्या प्रभाव पड़ेगा?



D विशिष्ट नैतिक व्यवहार

ग्राहक को सुझाव पेश करते समय, नैतिक व्यवहार को सुनिश्चित करने के लिए, एक एजेंट को निम्न चरणों का पालन करना चाहिए:

चित्र 15.1



प्रकरण अध्ययन

मदन मोहन एक टेलीकॉम कंपनी में जूनियर इंजीनियर है। उसका तीन साल का एक बेटा रोहन है। मदन, रोहन की शिक्षा तथा शादी के लिए निवेश करना चाहता है। वह एक बीमा कंपनी के ग्राहक सेवा विभाग को फोन करके बच्चों के लिये योजनाओं के बारे में जानकारी लेता है। वह ग्राहक सेवा कार्यकारी से किसी बीमा एजेंट को उसके घर भेजने के लिए कहता है, ताकि वह कंपनी की बच्चों की योजनाओं के बारे में विस्तार से जानकारी ले सके।

राहुल गुप्ता एक नवनियुक्त बीमा एजेंट है जो मदन के घर जाता है। राहुल, मदन को कंपनी की बच्चों की योजनाओं के बारे में बताने लगता है। उससे बात करते हुए वह यह जान जाता है कि मदन को बाजार की विभिन्न बीमा योजनाओं के बारे में काफी जानकारी है। उसे पता चलता है कि मदन ने अवधि योजना में आय सुरक्षा के लिए तथा निधि की बढ़ोत्तरी के लिए यूलिप में निवेश कर रखा है। राहुल यह भी जान जाता है कि मदन ने बच्चों की योजनाओं के बारे में काफी शोध किया है, क्योंकि उसने मित्रों तथा सहयोगियों से चर्चा की हुई है साथ ही उपलब्ध विभिन्न प्रकाशित सामग्री भी पढ़ी है।

मदन फिर राहुल से बच्चों से संबंधित योजनाओं में प्रयोग की जाने वाली शब्दावलियों जैसे विलंबित अवधि, 'विहित तारीख' तथा 'जोखिम शुरुआत तारीख' के बारे में पूछता है। नवनियुक्त एजेन्ट होने के कारण राहुल को इन शब्दों की पूर्ण एवं सही जानकारी जो मदन ने पूछी है, नहीं है, अतः राहुल अपने मैनेजर द्वारा दिये गये विभिन्न सूचना पत्रों में इन सूचनाओं को ढूँढता है, लेकिन उसे वंछित जानकारी नहीं मिलती है, अतः वह मदन के सवालों का जवाब नहीं दे सका।

ऐसी स्थिति में आगे बढ़ने के लिए राहुल के पास नैतिक रूप से क्या सही मार्ग बचते हैं?

1. क्या राहुल को अपने ग्राहक का ध्यान उत्पाद के अन्य विशेषताएँ जैसे मूल्य पर केन्द्रित करना चाहिए जिससे राहुल भलीभाँति परिचित है?
2. क्या राहुल को परिपक्वता राशि के बारे में बात करनी चाहिये जो मदन को 15 20 वर्षों के बाद, उसके बच्चे की शिक्षा के लिए मिलेगी (क्योंकि मदन पहले ही बच्चों की योजनाओं के बारे में काफी जानकारी रखता है)?
3. क्या राहुल को अपने सेल्स मैनेजर को बुलाना चाहिये जो अधिक अनुभवी तथा ज्ञान संपन्न है तथा मदन के प्रश्नों का जवाब देने में सक्षम है?

सही उत्तर संख्या 3 है। नैतिक रूप से यह अधिक उपयुक्त होगा कि राहुल अपने मैनेजर को बुलाए जो अधिक अनुभवी तथा ज्ञान संपन्न है तथा मदन के प्रश्नों का जवाब देने में सक्षम है, ताकि मदन को पॉलिसी की शर्तों से संबंधित सभी सूचनाएँ सही-सही दी जा सकें, जैसे जोखिम कब शुरू होगा, विलंबित अवधि, विहित तारीख का महत्व।

आप देख सकते हैं कि यह बेहद महत्वपूर्ण है कि बीमा एजेन्ट तथा बीमा कंपनी ग्राहक को पूरी सूचना दे ताकि उन्हें पॉलिसी की विशेषताएँ तथा संबंधित शर्तों को समझने में सहायता मिल सके। कुछ भी नहीं छुपाया जाना चाहिये। यह तथ्य कि ग्राहक को बच्चों से संबंधित पॉलिसी के बारे में बीमा एजेन्ट से अधिक जानकारी है, से कोई फर्क नहीं पड़ता है।

E नैतिक संहिता सहित नैतिक ढांचा

यह बहुत महत्वपूर्ण है कि संगठन के भीतर नैतिकता की संस्कृति का समावेश हो। यह एक सुव्यवस्थित ढांचे के विकास से संभव है जो निम्नलिखित तत्वों से बनेगा:

- नैतिक संहिता।
- नैतिकता के समावेश की प्रक्रिया तथा संरचना।

E1 नैतिक संहिता

बीमा कंपनी के लिए नैतिक संहिता बेहद जरूरी है। इनका विकास कर्मचारियों तथा बोर्ड सदस्यों में, उनके आचरण के संदर्भ में उत्तरदायित्व निर्धारण से होगा। किसी बीमा कंपनी के CEO से निदेशक तथा कर्मचारियों तक से इस नैतिक संहिता का अनुपालन करने की अपेक्षा की जाती है। कर्मचारियों तथा बोर्ड के सदस्यों को ऐसी स्थितियों से बचना चाहिये जिनमें इस संहिता का उल्लंघन होता हो।

बीमा कंपनियां अपनी मानक नैतिक संहिता को परिभाषित कर सकती हैं जो उनकी कंपनी के लिए विशिष्ट हो या वे उद्योग-विशिष्ट संहिता को अपना सकती हैं।

यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि किसी विशिष्ट परिस्थिति में नैतिक व्यवहार करना, उस व्यक्ति के उचित अनुचित के निर्णय पर निर्भर करता है, लेकिन बीमा एजेंट के लिए सभी स्थितियों के लिए कोई निश्चित परिभाषित चेकलिस्ट नहीं होती है। हालांकि, बीमाकर्ता तथा बीमा एजेंट के लिए दिशानिर्देश वाली सामान्य चेकलिस्ट तथा संहिता एक महत्वपूर्ण माध्यम हो सकता है, ताकि नैतिक आचारण का अनुश्रमण/मानिट्रिंग तथा आकलन हो सके।



ध्यान रखें !

भारत में बीमा विनियामक, IRDA, ने बीमा एजेंटों के लिए आचार संहिता का IRDA (बीमा एजेंटों के लिए लाइसेंसिंग) विनियम 2000 के अंतर्गत निर्धारण किया है। (IRDA आचार संहिता का भाग H देखें)

E2 नैतिकता की पैठ

पैठ से तात्पर्य यह सुनिश्चित करने से है कि सभी परिस्थितियों में व्यवसाय के सभी स्तरों पर नैतिकता का सतत तथा सुसंगत अनुपालन हो। कंपनी द्वारा अपनायी जा रही नैतिक संहिता की जानकारी सभी कर्मचारियों को होनी चाहिये तथा इस बात का सन्निर्णय होना चाहिये कि संहिता का अनुपालन हो रहा हो। ऐसा करने के लिए, कंपनियों को उन मूल्यों का प्रदर्शन करना चाहिये जो नैतिक संहिता को दर्शाएं। भूमिका निर्वहन स्थितियों के दौरान कर्मचारियों द्वारा नैतिकता पूर्ण निणर्ण लेना इसमें शामिल हो सकता है।

ध्यान रखें !

बीमा कंपनियों की अपने ग्राहकों के प्रति उत्तरदायित्व हैं:

- गलत तथ्यों के प्रसार से बचना चाहिये तथा उपयुक्त उत्पाद को बेचना चाहिये;
- पॉलिसी के शर्तों व निर्बंधनों की पूरी जानकारी दी जानी चाहिये;
- ग्राहक को प्रयाप्त बीमा राशि लेने का सुझाव देकर उसे देना चाहिए; तथा
- ग्राहकों को निर्दिष्ट राशि का दावा भुगतान किया जाना चाहिये तथा भुगतान में अनावश्यक विलंब नहीं होना चाहिये।

यदि बीमा कंपनी अपने ग्राहक को उपरोक्त सेवाएं दे पाने में असफल रहती है तो, उस बीमा कंपनी के नैतिक आचरण पर प्रश्न उठ सकता है।

F व्यावसायिक उत्तरदायित्वों का निर्धारण

IRDA तथा जीवन बीमा काउन्सिल की यह उत्तरदायित्व है कि बीमाकर्ताओं तथा बीमा एजेंटों के व्यावसायिक उत्तरदायित्व निर्धारित हों। इस भाग में हम IRDA तथा जीवन बीमा काउन्सिल के लक्ष्यों पर चर्चा करेंगे।



F1 IRDA के लक्ष्य

IRDA के मुख्य लक्ष्य निम्नलिखित हैं:

चित्र 15.2

पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करना। विनियामक ने पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करने के लिए (जैसी कि अध्याय 14 में चर्चा की गयी है), IRDA (पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा) विनियम 2002 जारी किया है।



बीमा उद्योग की विनियमित तथा प्रोत्साहित करना तथा सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करना (जैसी कि अध्याय 13 में चर्चा की गयी है)।



यह सुनिश्चित करना कि सभी हितधारकों द्वारा बीमा व्यवसाय सर्वाधिक पूर्ण रूप से नैतिकता के साथ किया जाय। इस लक्ष्य को पूरा करने के लिए IRDA ने एक आचार संहिता जारी की है, जिसका सभी बीमा एजेंटों द्वारा अनुपालन किया जाना परम आवश्यक है (इसके बारे में इस अध्याय के भाग H में हम चर्चा करेंगे)

F2 जीवन बीमा काउन्सिल के लक्ष्य

जीवन बीमा काउन्सिल का मुख्य लक्ष्य, भारत के जीवन बीमा उद्योग को जीवन्त, विश्वसनीय तथा लाभप्रद सेवा के रूप में रूपान्तरित करने के लिए प्रभावी तथा पूरक भूमिका निभानी है, तथा साथ ही लोगों की समृद्धि की यात्रा में सहायता प्रदान करना है। जीवन बीमा काउन्सिल के अन्य लक्ष्य निम्नलिखित हैं:

चित्र 15.3

बीमाकर्ताओं द्वारा बीमाधारकों को सेवा देने तथा आचरण के उच्च मानकों को बनाए रखने में सहायता, सुझाव तथा सहायक की भूमिका निभाने हेतु एक सक्रिय फोरम की तरह कार्य करना।



नीतिगत मामलों में सरकार तथा अन्य संस्थाओं के साथ चर्चा करना।



भारत में बीमा संबंधी जागरूकता के प्रसार में सक्रिय रूप से भागीदारी करना।



बीमा में शोध तथा शिक्षा के विकास हेतु प्रभावी कदम उठाना।

बीमाकर्ताओं तथा उनके एजेंटों के मध्य नैतिक उत्तरदायित्व के उच्चतम मानकों को स्थापित एवं लागू करना तथा उनका अनुश्रमण/मानिट्रिंग करना भी जीवन बीमा काउन्सिल का उत्तरदायित्व है।



प्रस्तावित गतिविधियां

किन्हीं तीन प्रमुख बीमाकर्ताओं के विज्ञापनों को चुनिये। प्रत्येक में दी गयी सूचना का विश्लेषण करिये। क्या आपको कोई सूचना किसी भी तरह का मिथ्याचार लगती है? यदि आपको सूचना मिथ्याचार लगती है तो क्या आप इसे सुधारना चाहेंगे?

G मूल्यांकन, अनुश्रमण/मानिट्रिंग, अनुशासन

बीमाकर्ताओं तथा बीमा एजेंटों द्वारा किये जा रहे नैतिक व्यवहारों के अनुपालन का अनुश्रमण/मानिट्रिंग तथा आंकलन एक कठिन काम है। इस संबंध में आंकड़े एकत्र किए जा सकते हैं कि कंपनी के उत्पाद तथा सेवाओं के विरुद्ध कितनी शिकायतें दर्ज हुई हैं जैसे प्रीमियम संग्रहण, दावा निबटान आदि, जिसके द्वारा कंपनी के आचरण का एक आंतरिक चित्र सामने आ सकता है।

G1 मूल्यांकन तथा अनुश्रमण/मानिट्रिंग

G1A कालातीतता (लैप्स)/निरस्तीकरण/फ्री-लुक अवधि

कालातित हुई तथा निरस्त की गयीं पॉलिसियां या तो ग्राहक के प्रीमियम भुगतान में असमर्थता का परिणाम होती हैं या कंपनी की सेवाओं से असंतुष्टि का द्योतक हो सकती है। दोनों ही स्थितियां, बीमा एजेन्ट द्वारा बिक्री के लक्ष्यों को पूरा करने के लिए अपनाए गये अनैतिक व्यवहार का परिणाम हो सकती है। यदि

पॉलिसी, प्रीमियम के भुगतान में ग्राहक की असमर्थता के कारण कालातित (लैप्स) या निरस्त हो जाए तो यह इस बात का संकेत है कि ग्राहक के वित्तीय संपत्ति तथा देयताओं का आंकलन सही तरीके से नहीं किया गया था। यह एजेंट की गलती है जिसके कारण ग्राहक के साथ –साथ स्वयं बीमा कंपनी को भी वित्तीय हानि उठानी पड़ सकती है।

पॉलिसीधारक को अनैतिक एजेंटों से सुरक्षित करने के लिए, IRDA ने पॉलिसी के प्राप्त होने के बाद 15 दिन की फ्री-लुक अवधि पॉलिसीधारकों को प्रदान की है। इस अवधि के दौरान पॉलिसी धारक पॉलिसी खरीदने के अपने निर्णय की समीक्षा कर सकते हैं।

यदि पॉलिसीधारक अनुभव करता है कि:

- पॉलिसी उसकी जरूरतों को पूरा नहीं करती है; या
- पॉलिसी के नियम व शर्तें, एजेंट के द्वारा पॉलिसी की बिक्री के दौरान बताए गये तथ्यों के अनुसार नहीं है; या
- वे बीमा कंपनी की सेवाओं से असंतुष्ट हैं; तो

वे बीमा पॉलिसी को 15 दिन के भीतर लौटा सकते हैं तथा प्रीमियम की वापसी करा सकते हैं, जिसका उन्होंने भुगतान किया है।

यदि पॉलिसीधारक बीमा कंपनी द्वारा दी गयी सेवा से असंतुष्ट (उदाहरण के लिए, बीमा एजेंट की प्रभावी तथा सही समय पर बिक्री पश्चात सेवा में कमी) के कारण कालातित (लैप्स) हो गयी है या उसका समर्पण किया गया है, तो यह कंपनी की कार्यकुशलता सही समय पर तथा सफल तरीके से उसके उत्तरदायित्वों के निर्वहन के संबंध में शंका उत्पन्न करता है।

अतः जितनी अधिक संख्या में पॉलिसी कालातित (लैप्स), समर्पित तथा फ्री लुक अवधि में वापसी होंगी, उतना ही अधिक बीमा कंपनियों तथा उसके एजेंटों द्वारा नैतिक आचरण के पालन के संबंध में शंका उत्पन्न होगी।

G1B शिकायत का परिमाण (वॉल्यूम)

बीमाकर्ता द्वारा एक विशिष्ट उत्पाद या सेवा को देने के संबंध में बारम्बार मिल रही शिकायतें इस बात की सही सूचक हैं कि समस्या लगातार बनी हुई है। शिकायतों में उठे मुद्दों पर बीमा कंपनियों द्वारा किए गये विश्लेषण से मामलों को समझ कर उपयुक्त कार्रवाही करने में सहायता मिलेगी। यदि कंपनी को उसके अधिकांश उत्पादों तथा सेवाओं के संबंध में ढेर सारी शिकायतें मिल रही हैं तो यह इस बात का संकेत है कि अवश्य ही कोई गंभीर समस्या है जिसमें नैतिक मानकों का पालन तथा बिक्री, प्रीमियम संग्रहण तथा दावा निबटान के दौरान स्टाफ का व्यवहार भी शामिल हो सकता है।

G1C प्रस्तावित उत्पादों का विश्लेषण

बीमा कंपनियों तथा बीमा एजेंटों को सदैव ग्राहकों की जरूरत के अनुरूप ही उत्पाद बेचने चाहिए। अतः उत्पादों का विश्लेषण इस परिप्रेक्ष्य में किया जाना चाहिये कि क्या प्रस्तावित लाभ वास्तव में ग्राहक को मिल रहे हैं, और यदि नहीं तो इसका क्या कारण है। इन कारणों के आधार पर, उत्पादों को ग्राहकों की जरूरत के अनुसार पुनःनिर्मित करने की आवश्यकता हो सकती है।

G2 अनुशासन

IRDA द्वारा निर्धारित आचार संहिता जिसका अनुपालन प्रत्येक एजेंट को करना अनिवार्य है के अतिरिक्त बीमा कंपनियों के नैतिक आचरण तथा की जाने वाली अनुशासनात्मक कार्यवाही हेतु उसके (कंपनी के) आंतरिक दिशा निर्देश हो सकते हैं। उनके पास सुधार की एक अपनी आंतरिक प्रक्रिया हो सकती है जिसके द्वारा दोषी बीमा एजेंटों पर कार्यवाही की जा सके कोई बीमा एजेंट जो कंपनी के आंतरिक दिशा निर्देशों को भंग करे या किसी ऐसे गलत व्यवहार का दोषी पाया जाय जो बीमा कंपनी के लिए हानिकारक हो तो उसे दंडित किया जा सकता है। यदि एक बार बीमा कंपनी किसी बीमा एजेंट के विरुद्ध शिकायत या गलत आचरण के मामले का विश्लेषण कर ले तो यदि आवश्यक हो तो अनुशासनात्मक कार्यवाही की जानी चाहिए।

कुछ मामलों में समस्या की और अधिक जांच तथा उपचारात्मक कार्यवाही की जरूरत हो सकती है। ऐसी परिस्थितियों में कोई बीमा कंपनी निम्न चरणों को अपना सकती है:

आंतरिक प्रणाली तथा प्रक्रियाओं का पुनर्गठन	बीमाकर्ताओं को नैतिकता के प्रोत्साहन के लिए अपने संगठन के भीतर एक ढांचे के निर्माण की जरूरत होती है तथा बीमा एजेंटों के नैतिक आचरण के लिए, सामान्यतः उनके पास 'करने और न करने योग्य' एक चेकलिस्ट होती है। नैतिक व्यवहार के भविष्य के मानकों को बेहतर बनाने के लिए, सुधार प्रक्रिया के रूप में नैतिक व्यवहार के दिशा निर्देश तथा चेकलिस्टों की समीक्षा तथा पुर्ननिर्धारण शामिल होना चाहिये तथा साथ ही आंतरिक प्रणालियों तथा प्रक्रियाओं का संशोधन भी होते रहना चाहिये।
दोषियों के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही	प्रोत्साहन राशि को स्थायी रूप से या एक विशिष्ट अवधि के लिए रोकना, अवनति, निलंबन या स्थायी निष्कासन, कुछ अनुशासनात्मक कार्यवाहियाँ हैं, जो गलत काम या अनैतिक आचरण करने के दोषी बीमा एजेंटों के विरुद्ध कंपनियां कर सकती हैं।

प्रश्न 15.1

अच्छे नैतिक व्यवहार के कुछ उदाहरणों की सूची बनाइये।



H IRDA के द्वारा निर्धारित आचार संहिता

IRDA (बीमा एजेंटों की लाइसेंसिंग) विनियम, 2000 बीमा एजेंटों के लिए एक आचार संहिता निर्धारित करता है। प्रत्येक लाइसेंसधारी व्यक्ति को विनियमानुसार आचार संहिता का अनुपालन करना चाहिए।

आचार संहिता निम्नवत् है:

(i) प्रत्येक बीमा एजेंट को:

- स्वयं की तथा उस बीमा कंपनी की पहचान प्रस्तुत करनी चाहिये जिसका वह बीमा अभिकर्ता है।
- संभावित ग्राहक की मांग पर लाइसेंस प्रस्तुत करना चाहिये।
- उसके बीमाकर्ता द्वारा बिक्री के लिए प्रस्तुत बीमा उत्पाद के संदर्भ में आवश्यक सूचना का वर्णन करना

चाहिए तथा किसी विशिष्ट बीमा योजना का सुझाव देने से पहले संभावित ग्राहक की जरूरत पर ध्यान देना चाहिये।

- (d) यदि संभावित ग्राहक पूछे तो बिक्री के लिये प्रस्तावित बीमा उत्पाद पर कमीशन की दरों को स्पष्ट करें।
- (e) बिक्री के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद हेतु बीमाकर्ता द्वारा लिए जाने वाले प्रीमियम को बताएं।
- (f) संभावित ग्राहक के समक्ष प्रस्ताव फार्म में पूछी गयी जरूरी सूचनाओं की प्रकृति स्पष्ट करें, तथा साथ ही इन सारभूत सूचनाओं को घोषित करने का बीमा अनुबंध की खरीद में महत्व भी बताएं।
- (g) संभावित ग्राहक की आय संबंधी किसी विसंगति या बुरी आदतों को बीमाकर्ता की जानकारी में लाएं, यह सूचनाएं एक रिपोर्ट (बीमा एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट) में शामिल करें, जो हर प्रस्ताव के साथ दी जाती है। तथा संभावित ग्राहक के बारे में कोई भी ऐसा सारभूत तथ्य जो बीमा प्रस्ताव की स्वीकृति से संबंधित बीमाकर्ता के जोखिमांकन निर्णय को विपरीत तरीके से प्रभावित कर सकता है, सभी तर्कसंगत जानकारी के साथ प्रस्तुत करें।
- (h) बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति के बारे में संभावित ग्राहक को तुरंत सूचना दें।
- (i) प्रस्तावक से फार्म लेते समय समस्त आवश्यक प्रपत्र तथा दस्तावेज बीमाकर्ता को देने के लिये प्राप्त करें तथा कोई अन्य दस्तावेज जो बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति हेतु बाद में मांगे जाएं, भी प्राप्त करें।
- (j) पॉलिसी धारकों या दावाकर्ताओं या लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रस्तुत करें, जो बीमाकर्ता द्वारा दावों के निबटान के लिए आवश्यक हो।
- (k) प्रत्येक पॉलिसीधारक को नामांकन या समनुदेशन या पते में परिवर्तन या विकल्पों का चयन करने में जब तथा जैसी आवश्यकता हो, सुझाव व सहायता प्रदान करें।

(ii) कोई भी बीमा एजेंट निम्नांकित नहीं करेगा:

- (a) बिना वैध लाइसेंस के बीमा व्यवसाय के लिए आग्रह या उसे प्राप्त करना।
- (b) संभावित ग्राहक को किसी महत्वपूर्ण सूचना को प्रस्ताव फार्म से हटाने के लिए प्रेरित करना।
- (c) संभावित ग्राहक को प्रस्ताव फार्म पर किसी गलत सूचना देने या गलत दस्तावेज प्रस्ताव स्वीकृति के लिये बीमाकर्ता को प्रस्तुत करने के लिए प्रेरित करना।
- (d) संभावित ग्राहक से अशिष्ट तरीके से व्यवहार करना।
- (e) किसी अन्य बीमा एजेंट के द्वारा प्रस्तावित बीमा में हस्तक्षेप करना।
- (f) उसके बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित भिन्न दर, लाभ, नियम व शर्तें प्रस्तुत करना।
- (g) बीमा अनुबंध के अंतर्गत लाभार्थी से किसी भी प्रकार के लाभ/प्राप्त राशि में हिस्सेदारी की मांग करना या दिये जाने पर लेना।
- (h) वर्तमान पॉलिसी के समापन के लिए बाध्य करना तथा ऐसे समापन की तिथि के तीन वर्ष के भीतर नये प्रस्ताव को पेश करना।
- (i) निगमित एजेंट के मामले में, किसी एक वर्ष में, किसी एक व्यक्ति (या जो एकल व्यक्ति न हो) से कुल प्राप्त बीमा प्रीमियम के 50 प्रतिशत से अधिक का बीमा व्यवसाय पोर्टफोलियो ग्रहण करना, ऐसा एक ही संगठन या संगठनों के एक समूह पर भी लागू होगा।
- (j) यदि किसी मनोनित व्यक्ति द्वारा उसका लाइसेंस निरस्त कर दिया गया हो तो इस निरस्तीकरण प्रक्रिया के पांच वर्षों के भीतर बीमा एजेंट बनने के लिये नये लाइसेंस के लिए आवेदन करना।
- (k) किसी बीमा कंपनी का निदेशक बनना और बने रहना।

(iii) प्रत्येक बीमा एजेंट को पहले से उसके द्वारा प्राप्त किये गये बीमा व्यवसाय के संरक्षण हेतु सभी संभव प्रयास करना चाहिये ताकि पॉलिसीधारक समय के भीतर प्रीमियम का भुगतान करता रहे, ऐसा करने के लिए बीमाधारक को लिखित या मौखिक नोटिस देनी चाहिये।

H1 आचार संहिता का पालन न करना

बीमा एजेंट लाइसेंस धारी प्रत्येक व्यक्ति को नियमानुसार आचार संहिता का पालन करना चाहिये। बीमा अधिनियम 1938 की धारा 42 (4) (g) के अनुसार, प्राधिकरण द्वारा निर्धारित आचार संहिता का अनुपालन करने में किसी प्रकार का उल्लंघन एजेंट को अयोग्य बना सकता है।

धारा 42 (4) (c) के अनुसार यदि किसी एजेंट को आपराधिक अपयोजन, आपराधिक विश्वास भंग, धोखा, जालसाजी करने या करने के प्रयास करने के लिये किसी सक्षम न्यायालय द्वारा दोषी पाया जाता है तो यह उसकी अयोग्यता का कारण बन सकता है।

प्राधिकरण द्वारा एजेंट की अयोग्यता के उपरोक्त कारणों के अतिरिक्त यदि बीमा कंपनी किसी एजेंट को गलत आचरण या गलत व्यवहार, जो बीमा कंपनी या उसके पॉलिसीधारकों के हितों के लिये घातक हो का दोषी मानती है तो कंपनी बीमा एजेंट के विरुद्ध आंतरिक कार्रवाही शुरू कर सकती है (जैसा कि इस अध्याय के G2 भाग में चर्चा की जा चुकी है)।



मुख्य बिन्दु

इस अध्याय के माध्यम से बताये गये मुख्य बिन्दुओं का संक्षिप्त विवरण:-

नैतिकता से आप क्या समझते हैं?

- वे मान्यताएं जिन्हें हम सामान्यतः 'अच्छा' या 'सही' मानते हैं;
- किसी व्यक्ति के वे व्यवहार जो उसके नैतिक निर्णय पर आधारित हैं; तथा
- एक अध्ययन स्वतः द्वारा किया गया कौन सा कार्य गलत या सही।

अनैतिक व्यवहार के खतरे

- अनैतिक व्यवहार के परिणाम स्वरूप बीमा एजेंट तथा उसके द्वारा प्रतिनिधित्व की गई कंपनी की नकारात्मक छवि बनती है।

नैतिकता के व्यावसायिक लाभ

- अच्छे नैतिक व्यवहार का पालन करने से कंपनी को अपनी साख और सकारात्मक छवि का निर्माण करने में सहायता मिलती है।
- बीमा कंपनी जो नैतिक व्यवहार के उच्च मानकों का पालन करती है, दूसरी कंपनियों के लिये अनुसरण योग्य उदाहरण प्रस्तुत करती है।

विशिष्ट नैतिक आचरण

विशिष्ट नैतिक आचरण में निम्नलिखित शामिल हैं:

- ग्राहक को जरूरत के आधार पर, उपयुक्त बीमा पॉलिसी का सुझाव देना।
- पॉलिसी के समस्त लाभों को पूरी तरह से समझाएं, तथा उन लाभों को प्राप्त करने के लिए समस्त शर्तों को समझाएं, और यदि कुछ अपवर्जन है तो उसे भी बताएं।
- एक पर्याप्त बीमा सुरक्षा राशि सुझाएं।
- ग्राहक की आवश्यकता के अनुसार उसे भुगतान का उपयुक्त तरीका बताएं।
- ग्राहक की आवश्यकतानुसार नियम व शर्तें उसे समझाएं।

नैतिक संहिता सहित नैतिक ढांचा

- नैतिक संहिता को कर्मचारियों तथा बोर्ड के सदस्यों के आचरण के संबंध में मानक आचरण स्तर तथा उत्तरदायित्व स्थापना के लिए परिभाषित किया जाता है।
- बीमा कंपनियां अपनी मानक नैतिक संहिता को परिभाषित कर सकती हैं जो उनकी कंपनी के लिए विशिष्ट हो या वे उद्योग-विशिष्ट संहिता को अपना सकती हैं।
- नैतिकता का कंपनी के भीतर ही समावेश होना चाहियो, जिसका तात्पर्य है कि व्यवसाय के सभी स्तरों पर विभिन्न परिस्थितियों में नैतिकता का अनुपालन सुसंगत तथा सतत रूप से हो।

व्यावसायिक उत्तरदायित्व का निर्धारण

- IRDA तथा जीवन बीमा काउन्सिल के लक्ष्य हैं:
- पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करना;
- बीमा उद्योग की वृद्धि को प्रोत्साहित करना;
- बीमाकर्ताओं तथा बीमा एजेंटों के बीच नैतिक उत्तरदायित्व के उच्चतम मानकों की स्थापना, क्रियान्वयन एवं मानिट्रिंग करना; तथा
- बीमा उद्योग का विनियमन तथा यह सुनिश्चित करना कि बीमा क्षेत्र में बीमाधारकों के प्रति सभी समव्यवहार उचित हैं।

मूल्यांकन, अनुश्रवण/मानिट्रिंग तथा अनुशासन

- बीमाकर्ताओं के नैतिक व्यवहार का मूल्यांकन तथा अनुश्रवण/मानिट्रिंग के लिए कंपनी के उत्पाद तथा सेवाओं के विरुद्ध दर्ज हुई शिकायतों जैसे प्रीमियम संग्रहण, दावा निबटान आदि की संख्या संबंधी आकड़ों का विश्लेषण करके किया जा सकता है।
- नैतिक मानकों तथा आचार संहिता के पालन को सुधारने के लिए बीमा कंपनियां अपनी आंतरिक प्रणाली

तथा प्रक्रिया का पुनर्गठन तथा दोषियों के विरुद्ध कार्यवाही कर सकती है।

IRDA की आचार संहिता

• IRDA के द्वारा बीमा एजेंटों के लिए एक आचार संहिता निर्धारित की गई है जिसका प्रत्येक जीवन बीमा लाइसेंस धारी व्यक्ति को पालन करना होता है। ऐसा न करना अयोग्यता का कारण बन सकता है।



प्रश्न—उत्तर

15.1 बीमा अंडरसेलिंग वहां पर हुई है जहां पर ग्राहक को कम बीमा राशि के कवर का सुझाव दिया है जबकि ग्राहक अधिक राशि की बीमा पॉलिसी लेने का आवश्यकता है। यदि बीमित की शीघ्र मृत्यु हो जाये है तो उसके अन्डर इंशुरेन्स का परिणाम परिवार के सदस्यों को सहना पड़ेगा, क्योंकि बीमे के दावे की राशि उसके परिवार की वित्तीय आवश्यकताओं तथा देयताओं को पूरा नहीं कर पायेगी।

15.2 नैतिक आचरण में शामिल हैं:

- ग्राहक को जरूरत के आधार पर, उपयुक्त बीमा पॉलिसी का सुझाव दें।
- पॉलिसी के समस्त लाभों को पूरी तरह से समझाएं, तथा पॉलिसी के लाभों को प्राप्त करने के लिए समस्त शर्तों को समझाएं और यदि कोई अपवर्जन है तो उसे भी बताएं।
- एक पर्याप्त बीमा राशि सुझाएं।
- ग्राहक की जरूरत के मुताबिक उसे भुगतान का उपयुक्त तरीका बताएं।
- ग्राहक की आवश्यकतानुसार उसे नियम व शर्तें समझाएं।

स्व—परीक्षण प्रश्न

1	बीमे की ओवरसेलिंग क्या है?
2	नैतिक संहिता को सारांश में समझाइये।
3	नैतिक व्यवहार किस प्रकार एक कंपनी को अपनी सकारात्मक छवि बनाने में सहायक हो सकती है?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।





स्व परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1	एक अति महत्वाकांक्षी बीमा एजेंट ग्राहक को उसकी जरूरत से अधिक का बीमा कवर खरिदने के लिये बहका सकता है। जब ग्राहक प्रीमियम का भुगतान करने में असमर्थ रहता है तो यह बीमा पॉलिसियों की ओवरसेलिंग कालातित (लैप्स) का कारण बनता है।
2	बीमा कंपनी के लिए नैतिक संहिता परमावश्यक है। कर्मचारियों तथा बोर्ड सदस्यों में, उनके आचारण के संदर्भ में उत्तरदायित्व निर्धारण के रूप में नैतिक संहिता को परिभाषित किया जाता है। बीमा कंपनी के प्रत्येक सदस्य से इस नैतिक संहिता का अनुपालन करने की अपेक्षा की जाती है। कर्मचारियों तथा बोर्ड के सदस्यों को ऐसी स्थितियों से बचना चाहिए जिनमें इस संहिता का उल्लंघन होता हो।
3	बीमा कंपनी द्वारा नैतिक व्यवहार के उच्च मानकों का पालन जनता के बीच आस्था तथा कंपनी में आत्मविश्वास का निर्माण करता है। इस आस्था तथा आत्मविश्वास के परिणामस्वरूप कंपनी के बारे में ग्राहकों द्वारा सकारात्मक विचार व्यक्त किये जाते हैं जो कंपनी की सकारात्मक छवि बनाते हैं।

नमूने के प्रश्न

- बीमा की धारणा में शामिल है हस्तान्तरण
 - दायित्व का
 - जरूरतों का
 - स्वामित्व का
 - जोखिम का
- राकेश ने अभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी व व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी खरीदी। यह उत्पाद सामान्यतः बीमा बाजार के किस मुख्य वर्ग (वर्गों) में वर्गीकृत होते हैं?
 - दोनों उत्पाद जीवन बीमा में
 - स्वास्थ्य के लिये जीवन बीमा में व व्यक्तिगत दुर्घटना के लिये गैर-जीवन बीमा में
 - दोनों उत्पाद गैर-जीवन बीमा में
 - स्वास्थ्य के लिये गैर-जीवन बीमा में व व्यक्तिगत दुर्घटना के लिये जीवन बीमा में
- गैर-जीवन बीमा कंपनी में जोखिमांकन की मुख्य भूमिका सामान्यतः
 - विशिष्ट जोखिमों की स्वीकार्यता का आकलन करना
 - जब दावें प्रस्तुत हो जाते हैं हानि को प्रमाणित करना
 - प्रस्तावित किये जाने वाले उत्पादों के संरचना की रूपरेखा बनाना
 - उद्योग नियामक से वार्ता करना
- अक्षत अपेक्षाकृत सावधान रहने वाला व्यक्ति है। बीमा के सन्दर्भ में, यह सोच सामान्यतः संभावना को बढ़ायेगी कि वह
 - औसत से उपर बीमा जोखिम वाला समझा जायेगा
 - औसत से नीचे बीमा जोखिम वाला समझा जायेगा
 - बीमा कवर माँगेगा
 - पुनर्बीमा कवर माँगेगा
- अवधि बीमा पॉलिसियों में आपदाएँ और खतरों में सामान्यतः किस प्रकार का अन्तर है?
 - आपदाएँ चिकित्सकीय कारक हैं जो मृत्यु की जोखिम को प्रभावित करती हैं और खतरे जीवन शैली की गतिविधियाँ हैं जो मृत्यु की जोखिम को प्रभावित करती हैं।
 - आपदाएँ जोखिम हैं कि पॉलिसीधारकों की मृत्यु एक विनिर्दिष्ट तिथि से पहले होंगी तथा खतरें ऐसे कारक हैं जो उस (विनिर्दिष्ट से पहले) जोखिम को प्रभावित कर सकेंगे।
 - आपदाएँ ऐसे कारक हैं जो बीमित की जा रही जोखिम को प्रभावित करते हैं तथा खतरें बीमित की जा रही जोखिम का आकार हैं।
 - आपदाएँ ऐसे कारक हैं जो बीमित घटना के घटित होने को प्रभावित कर सकेंगे तथा खतरें वास्तविक घटनाएँ हैं जो भुगतान दिलवायेंगी।

6. बीमा शब्दावली में, अपंगता पीड़ित जोखिम को किस प्रकार की जोखिम में सर्वोत्तम रूप से वर्णन किया है?

- A. वित्तीय जोखिम
- B. मौलिक जोखिम
- C. सजातीय जोखिम
- D. सट्टेबाजी जोखिम

7. घरेलू सामान बीमा पॉलिसी के लिये बीमायोग्य हित प्रारंभ में होने की जरूरत है तथा इसके अतिरिक्त किस समय?

- A. निरस्तीकरण अवधि का समय बीत जाता है।
- B. दावे का समय आ जाता है।
- C. दिनांक पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होता है।
- D. समापन तिथि।

8. सनी ने राहुल को नौकरी पर रखा। इस नौकरी के सम्बन्ध में राहुल का अपने आप सनी के जीवन में किस सीमा तक बीमायोग्य हित है, यदि हो तो?

- A. राहुल के मासिक वेतन तक
- B. राहुल के पेंशन निधि मूल्य तक
- C. सनी के वार्षिक लाभ तक
- D. कोई सीमा नहीं

9. अरुण ने 20 वर्षीय अवधि बीमा पॉलिसी शुरू की है। एक बार प्रमाणित होने पर, उसके बाद, उससे जारी अच्छे स्वास्थ्य का प्रमाण माँगने का अधिकार, हमेशा कब होता है?

- A. कभी भी नहीं
- B. प्रथम बारह माह के पश्चात
- C. जब वह व्यवसाय बदलता है या सेवानिवृत्त होने के समय
- D. जब कालातीत पॉलिसी का पुनर्चलन होता है

10. क्षतिपूर्ति की धारणा मुख्य सिद्धांत पर आधारित है कि पॉलिसीधारकों को.....रोका जायेगा।

- A. मौजूद (हो चुकी) हानियों का बीमा करने से
- B. झूठे बीमा दावें करने से
- C. बीमा कवर के लिये अत्यधिक भुगतान करने से
- D. बीमा से लाभ कमाने से

11. जीवन बीमा पॉलिसी में एक बार परम (सम्पूर्ण) समनुदेशन प्रभावित हो जाता है, उस पॉलिसी का स्वामित्वधारी (हकदार) कौन होगा?
- A. सभी मामलों में समनुदेशक
 - B. सभी मामलों में समनुदेशिति
 - C. शामिल पॉलिसी के प्रकार के आधार पर समनुदेशक या समनुदेशिति
 - D. संयुक्त रूप से (दोनों) समनुदेशक और समनुदेशिति
12. अवधि बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत पॉलिसी दस्तावेज मिलने की तारीख से फ्री लुक-इन पीरियड (अवधि) कितना लम्बा होता है?
- A. 5 दिन
 - B. 10 दिन
 - C. 15 दिन
 - D. 20 दिन
13. एक जीवन बीमाकर्ता ने 10 फरवरी को 14 दिन की गारंटी वाला कोटेशन जारी किया जिसे ग्राहक द्वारा दसवें दिन स्वीकार कर लिया गया था। फलस्वरूप बीमाकर्ता इस जोखिम को तभी अस्वीकार कर सकता है, यदि
- A. ग्राहक दूसरे कोटेशन के लिये अनुरोध प्रस्तुत करता है
 - B. बीमाकर्ता उसके अन्तर्निहित प्रीमियम दर में वृद्धि करता है
 - C. बाजार महत्वपूर्ण गिरावट को अनुभव करता है
 - D. सारभूत तथ्य बदल जाते हैं
14. धन वापसी पॉलिसी दस्तावेज में “प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षरित प्रस्ताव व घोषणा अनुबन्ध का आधार बनते हैं” यह कथन शामिल होता है। इसका (कथन का) पॉलिसी दस्तावेज के किस **मुख्य** भाग में सामान्यतः उल्लेख होता है?
- A. प्रमाणन
 - B. प्रचालन खण्ड
 - C. प्रस्तावना
 - D. शर्तें एवम् निर्बंधन
15. एक जीवन बीमा पॉलिसी सिर्फ तभी चुकता हो सकती है यदि उसमें कोई विशेष पॉलिसी लक्षण मौजूद हों?
- A. सूचीकरण के अनुसार योगदान
 - B. नामांकन सुविधा
 - C. राइडर लाभ
 - D. बचत तत्व

16. जीवन बीमा प्रस्ताव पत्र प्रायः प्रस्तावक की लम्बाई क्यों मॉगता (पूछता) है इसका **मुख्य** कारण प्रस्तावक के.....से उचित तुलना करने में समर्थ होना है।

- A. उम्र
- B. लिंग
- C. व्यवसाय
- D. वजन

17. जीवन बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत जहाँ प्रतिवर्ष बढ़ने वाली प्रीमियम लागू होती है, बढ़ने की कौन सी दर सामान्यतः लगेगी?

- A. 2.5%
- B. 3.0%
- C. 5.0%
- D. 7.5%

18. एक तीस वर्षीय जीवन बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमाकर्ता द्वारा बीमाधन के साथ प्रत्यावर्तित बोनस को जोड़कर भी उससे अधिक राशि का भुगतान किया है, यह अतिरिक्त (भुगतान) **सम्भवतः.....**का परिणाम है।

- A. शुल्क वापसी
- B. आवृत्ति लोडिंग
- C. कर छूट
- D. अन्तिम (टर्मिनल) बोनस

19. जीवन बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत एक बार ग्रहणाधिकार (लियन) की अवधि समाप्त होने पर **सामान्यतः** बीमाधन का क्या होता है?

- A. यह घटता है
- B. यह बढ़ता है
- C. यह अस्थायी रूप से निलंबित हो जाता है
- D. यह एक नये जोखिमांकित बीमाधन से बदल जाता है।

20. 19 वर्षीय व्यक्ति की **मुख्य** सुरक्षा जरूरत **सबसे अधिक संभावनीय.....**है।

- A. स्वयम् की सुरक्षा होना
- B. गृह ऋण की सुरक्षा होना
- C. आश्रितों की सुरक्षा होना
- D. बच्चों के भविष्य की सुरक्षा होना

21. रौनक ने हाल में एक जीवन बीमा पॉलिसी का प्रबंध किया है जिसमें उसे मास्टर पॉलिसीधारक वर्गीकृत किया गया है। यह उसकी भूमिका.....के रूप में दर्शाती है।

- A. लेनदार
- B. देनदार
- C. कर्मचारी
- D. नियोक्ता (मालिक)

22. एक अभिकर्ता से निवेश की सलाह की जरूरत सामान्यतः कौन से जरूरी मुख्य कारक का परिणाम है?

- A. किसी दीर्घकालिन लक्ष्यों की अनुपस्थिति में
- B. भावी वित्तीय जरूरतों की प्राथमिकता तय करने में असमर्थ
- C. बाजार की जानकारी का अभाव
- D. उपलब्ध निधियों की कमी

23. बिना पूँजी वाले व्यक्तियों के लिये जब वित्तीय नियोजन की जिम्मेवारी ली जाती है, किस संभावनीय बचत जरूरत पर प्रत्येक के मामले में ध्यान दिया जायेगा?

- A. आपातकालीन निधि
- B. बच्चों हेतु बचत निधि
- C. शिक्षा खर्च हेतु निधि
- D. घर खरीदने हेतु निधि

24. नवीन अपनी आय की जरूरतों पर निगमित (कोरपोरेट) बाण्डस में सीधे निवेश परध्यान दे रहा है। वह इस आय को किस रूप में प्राप्त करेगा?

- A. वार्षिकी (पेंशन) किश्तें
- B. लाभांश (डिविडेन्ड) भुगतान
- C. ब्याज भुगतान
- D. किराया भुगतान

25. निखिल अपनी आय में से देने योग्य राशि से कर बचत के तरिकों को खोज रहा है। वह इक्विटी लिंकड बचत योजना (ई एल एस एस), राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र (एन एस सी) एवं बंदोबस्ती बीमा पॉलिसी के लिये विचार कर रहा है। इन निवेशों में से कौन-कौन सी प्रीमियम/राशि उसकी कर योग्य आय से कटौती योग्य है?

- A. सिर्फ राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र (एन एस सी)
- B. इक्विटी लिंकड बचत योजना तथा राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र सिर्फ
- C. राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र तथा बंदोबस्ती बीमा पॉलिसी सिर्फ
- D. इक्विटी लिंकड बचत योजना, राष्ट्रीय बचत प्रमाण पत्र तथा बंदोबस्ती बीमा पॉलिसी

26. एक निवेशक के पास विभिन्न प्रकार के शेयर हैं । यदि भारतीय रिजर्व बैंक ब्याज दरों में लगातार अच्छी बढ़ोतरी करता है, तो इन शेयरों के मूल्य **सबसे अधिक संभावनीय**.....

- A. अस्थिर हो जायेंगे
- B. घटते रहेंगे
- C. बढ़ते रहेंगे
- D. स्थिर रहेंगे

27. गारंटीड बीमा हेतु योग्यता राइडर लाभ का **मुख्य** उद्देश्य पॉलिसीधारक को.....का अधिकार देना है।

- A. लक्षण मुक्त अवधि के पश्चात स्वास्थ्य पर आधारित रोक को निरस्त करने
- B. पॉलिसी में उसके माता-पिता को शामिल करने
- C. जब जीवन की एक मुख्य घटना घटित हो जाती है, बीमा कवर में वृद्धि
- D. निवेश मूल्य में गिरावट होने पर भी बीमा कवर के स्थिर रहने

28. हाल के कुछ वर्षों में स्वास्थ्य देखभाल की लागत में परिवर्तन का स्वास्थ्य देखभाल बीमा पर क्या सामान्य प्रभाव पड़ा?

- A. औसत प्रीमियम स्तर में गिरावट
- B. जोखिमांकन के लिये आवश्यकताओं में कटौती
- C. बीमा कवर की माँग में अधिकता
- D. बीमा योग्य हित के नियमों में ज्यादा सख्ती

29. किन **मुख्य** समस्या की मौजूदगी होने के परिणाम स्वरूप पेंशन पॉलिसी के लिये सामान्य आवश्यकता होती है?

- A. आय में प्रत्याशित गिरावट
- B. रोजगार अवसर का अभाव
- C. स्वास्थ्य में संभावनीय गिरावट
- D. निवेश के परिवर्तन/परिणाम पर अनिश्चितता

30. यश स्वयं के लिये, पत्नि के लिये व 13 वर्ष व 8 वर्ष के दो बच्चों के लिये स्वास्थ्य बीमा की किश्तों का भुगतान करता है। यश की कर योग्य आय में से इनमें से किस व्यक्ति के लिये दी गयी किश्त कटौती योग्य होगी?

- A. सिर्फ यश की
- B. सिर्फ यश व उसकी पत्नि की
- C. यश, उसकी पत्नि व उसके बड़े बच्चे की
- D. यश, उसकी पत्नि एवम् उसके दोनों बच्चों की

31. एक ग्राहक के तथ्य-अन्वेषण सत्र के दौरान एकमात्र फोकस स्वास्थ्य देखभाल जरूरतें एवं सम्पदा नियोजन था। वह जीवन की सबसे अधिक संभावनीय किस **मुख्य** अवस्था में हैं?

- A. विवाहित युवा
- B. विवाहित युवा जिसके बच्चे हों
- C. सेवानिवृत्ति पूर्व
- D. सेवानिवृत्त

32. वेतन स्तर के अतिरिक्त आलोक की नौकरी की कौन सी संभावनीय मुख्य विशेषता का उसके पेंशन स्तर, जीवन बीमा एवं स्वास्थ्य बीमा की जरूरतों पर मुख्य प्रभाव है?

- A. क्या नौकरी कार्यालय प्रधान अथवा फील्ड आधारित है
- B. नौकरी के संबंध में सामान्य सेवानिवृत्ति आयु
- C. क्या नौकरी सरकारी क्षेत्र या निजी क्षेत्र में है
- D. क्या नौकरी का कार्य हस्तचालित या गैर हस्तचालित है

33. वित्तीय योजना के सन्दर्भ में वास्तविक जरूरतों एवं अनुभूत जरूरतों में अन्तर का **सबसे अच्छा** वर्णन कौन सा है?

- A. वास्तविक जरूरतें वित्तीय जरूरतें हैं तथा अनुभूत जरूरतें गैर-वित्तीय जरूरतें हैं।
- B. वास्तविक जरूरतें सामायिक जरूरतें होती हैं तथा अनुभूत जरूरतें ग्राहक के विचारों एवं इच्छाओं पर आधारित होती हैं।
- C. वास्तविक जरूरतें बीमा अभिकर्ता द्वारा पहचानी जाती हैं एवं अनुभूत जरूरतें ग्राहक द्वारा पहचानी जाती हैं।
- D. वास्तविक जरूरतें वह जरूरतें हैं जो लक्ष्य को संतुष्ट करती हैं एवं अनुभूत जरूरतें वह जरूरतें हैं जो लक्ष्य को संतुष्ट नहीं करती हैं।

34. 'अपने ग्राहक को जाने' (के वाई सी) की क्रिया विधि का पालन करने के लिये वित्तीय योजना प्रक्रिया की **सबसे अधिक संभावनीय** किस अवस्था पर बीमा अभिकर्ता ग्राहक के फोटो की कॉपी माँग करें?

- A. तथ्य-अन्वेषण बैठक की समाप्ति पर
- B. प्रस्तुती बैठक की समाप्ति पर
- C. जैसे ही बीमाकर्ता द्वारा आवेदन स्वीकार किया जाता है
- D. जैसे ही बीमाकर्ता पॉलिसी दस्तावेज जारी करने के लिये तैयार होता है।

35. अभिकर्ता ने गैर-गारंटीड लाभ सहित निवेश उत्पाद की संस्तुती की है। उसके ग्राहक के सामने दिये जाने वाले लाभ दृष्टांत में काल्पनिक.....की वार्षिक वृद्धि दर का उपयोग करेगा।

- A. 5% तथा 8%
- B. 5% तथा 10%
- C. 6% तथा 8%
- D. 6% तथा 10%

36. ग्राहकों को दिये जाने वाले दस्तावेजों में कमीशन विवरण शामिल करने का मुख्य उद्देश्य..... बढ़ाना है।

- A. प्रतिस्पर्धा
- B. दक्षता
- C. लचीलापन
- D. पारदर्शिता

37. एक ग्राहक को उसके बीमा अभिकर्ता द्वारा कम जोखिम वाले निवेश उत्पाद की संस्तुती की गयी, परन्तु ग्राहक अभिकर्ता से उच्चतर जोखिम उत्पाद में राशि निवेश करने के लिये जोर दे रहा है। अभिकर्ता को कौन सा कार्य करना चाहिये?

- A. इन निर्देशों का पालन करे परन्तु संस्तुती से अन्तर्विरोध को लिखित में दें
- B. नये तथ्य-अन्वेषण का प्रबंध करें
- C. इस उत्पाद में घटी हुई राशि निवेश करवायें
- D. ग्राहक के लिये कार्य करने से मना कर दें

38. बीमा अभिकर्ता ने एक ग्राहक को मौजूद एक निवेश उत्पाद को समर्पण करने की तथा नये निवेश उत्पाद शुरू करने की सलाह दी। क्या यह सलाह नैतिक थी इसको तय करने के लिये कौन से मुख्य सूचक (इन्डिकेटर) का प्रयोग करना चाहिये?

- A. ग्राहक का सर्वोत्तम हित
- B. दोनों उत्पादों के बीच संभावित आय तथा पूँजी वृद्धि में अन्तर करके
- C. नये उत्पाद के लचीलेपन की पुराने वाले से तुलना करके
- D. ग्राहक द्वारा व्यक्त किये गये विचार

39. निम्न अक्षुण्णता (पर्सिस्टेन्सि) स्तर का पॉलिसीधारकों पर कौन सा मुख्य प्रभाव पड़ेगा?

- A. उत्पाद चयन में वृद्धि
- B. निवेश प्रदर्शन में सुधार
- C. बीमा कवर में वृद्धि
- D. लाभों में कटौती

40. राजू की मृत्यु उसकी तीस वर्षीय बंदोबस्ती बीमा पॉलिसी के समाप्त होने से पाँच वर्ष पूर्व हो गयी। **सबसे अधिक संभावनीय** किस कारक के कारण बीमाकर्ता शीघ्र मृत्यु दावा किया विधि का उपयोग कर दावे की जाँच करें?

- A. उसने अभी हाल की किश्त का अनुग्रह अवधि में भुगतान किया
- B. उसका जोखिम कवर प्रारंभ में स्वास्थ्य आधार पर प्रीमियम लोडिंग (अतिरिक्त) के साथ स्वीकृत हुआ था
- C. उसकी मृत्यु की कारण हाल में हुई अचानक बीमारी थी
- D. पॉलिसी कालातीत हो चुकी थी और मृत्यु से कुछ समय पहले उसका पुनर्चलन हुआ था

41. एक व्यक्ति, जिसने अपनी आयु वास्तविकता से कम करके बताई, द्वारा अवधि बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत एक दावा प्रस्तुत किया। पूर्ण दावा राशि के भुगतान के विकल्प के रूप में बीमाकर्ता **सबसे अधिक संभावनीय** कौन सी कार्यवाही करता है?

- A. कम भुगतान की गई प्रीमियम राशि का अन्तर बीमाधन से काट लें
- B. पॉलिसी को चुकता मूल्य कर दे
- C. समर्पण मूल्य का भुगतान करे
- D. मिथ्याकथन (मिसरेप्रिजेन्टेशन) के आधार पर दावा निरस्त करे

42. एक बंदोबस्ती पॉलिसी की पूर्णावधि पर घटा हुआ बीमाधन भुगतान किया जाता है। इसका **सबसे अधिक संभावनीय** कारण क्या हो सकता है?

- A. बीमाधारक द्वारा किश्तों का कम्प्यूटेशन (नगदीकरण) कर लिया था
- B. पॉलिसी अवधि में पॉलिसीधारक का स्वास्थ्य गंभीर रूप से खराब हो गया था
- C. पॉलिसी की अवधि में पॉलिसी चुकता हो चुकी थी
- D. पॉलिसी ग्रहणाधिकार (लीयन) के अधिन थी

43. यह सुनिश्चित करने के लिये प्रत्येक बीमित व्यक्ति प्रस्तुत किये गये जोखिम के पुल में उचित प्रीमियम लाये, बीमाकर्ता **सबसे अधिक संभावनीय** कौन सी **मुख्य** घटना को होने से रोके?

- A. धोखाधड़ी पूर्ण दावे
- B. पॉलिसी समनुदेशन
- C. मुद्रास्फीति में अत्यधिक वृद्धि
- D. अचानक बीमारी

44. एक बीमा अभिकर्ता ने एक ही बीमाकर्ता के साथ लगातार 20 वर्षों तक काम किया, उसके बाद कार्य छोड़ दिया। बीमा अधिनियम 1938 की धारा 44 के अनुसार उसकी एजेंसी की समाप्ति के बाद देय नवीनीकरण कमीशन केवल रोका जा सकता है, यदि,

- A. वह कर (टैक्स) के उद्देश्य से भारत का निवासी नहीं रहा
- B. वह 75 वर्ष की आयु पार कर चुका है
- C. नियामक को बदला गया है
- D. धोखाधड़ी में शामिल है

45. विधायन (लेजिस्लेशन) किस संस्था को सर्वेक्षकों तथा हानि आकलनकर्ताओं के लिये आचार संहिता निर्धारित करने की शक्ति देता है?

- A. बीमा तथा जोखिम प्रबंधन संस्थान
- B. बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
- C. जीवन बीमा काउन्सिल
- D. भारतीय प्रतिभूति व विनियम बोर्ड (सेबी)

46. शुल्क सलाहकार समिति (टी ए सी) के क्रियाकलापों से मुख्य विरासत (लेगसी) के रूप में क्या छोड़ा है?

- A. केन्द्रीय क्षतिपूर्ति निधि
- B. ग्राहक वर्गीकरण स्थिति
- C. सोदाहरण नई प्रस्तुत दरें
- D. मानक पॉलिसी शब्दावली

47. विस्तृत तथ्य-अन्वेषण का संचालन करने के अतिरिक्त, एक बीमा अभिकर्ता ग्राहक से बाद में मिलने वाली शिकायतों की जोखिम शुरु से ही कम करने के लिये दूसरा मुख्य कार्य,..... कर सकता है

- A. जानकारों के नाम माँगकर
- B. कमीशन छूट का प्रस्ताव देकर
- C. पहले से सही पूरी जानकारी देकर
- D. बीमा लोकपाल के पास रजिस्टर करवाकर

48. बीमा लोकपाल द्वारा दिया गया अधिनिर्णय (अवार्ड) सिर्फ तभी बीमाकर्ता पर बाध्यकारी होगा, यदि

- A. शिकायतकर्ता निर्णय स्वीकार कर लेता है
- B. उपभोक्ता फोरम इस मामले में शामिल है
- C. बीमाकर्ता अस्वीकरण (डिस्क्लेमर) पर हस्ताक्षर करता है
- D. अधिनिर्णय (अवार्ड) का मूल्य 2 लाख से कम है

49. एक पॉलिसीधारक ने अपनी जीवन बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत पूर्णावधि लाभ का दावा दायर करने के लिये अपने बीमा अभिकर्ता से मार्ग दर्शन माँगा। कार्य की अधिकता के कारण, अभिकर्ता ने सहायता देने से मना कर दिया। परिणामस्वरूप यह कार्य....., का उल्लंघन माना जायेगा।

- A. सामान्य बीमा काउन्सिल के दिशा निर्देश
- B. बीमा विनियामक एवम् विकास प्राधीकरण की आचार संहिता
- C. बीमा लोकपाल शिष्टाचार
- D. भारत का बीमा ब्रोकर संगठन के सदस्यता नियम

50. जीवन बीमा लेने की प्रक्रिया के दौरान ग्राहक ने बीमा अभिकर्ता को गुप्त रूप से प्रकट किया कि उसे चार माह पूर्व एक हल्का दिल का दौरा पड़ चुका था। किसी प्रकार से प्रार्थना पत्र में इसका उल्लेख **नहीं** किया था। बीमा विनियामक एवम् विकास प्राधीकरण की आचार संहिता के अनुसार बीमा अभिकर्ता को इस सूचना पर क्या कार्य करना चाहिये?

- A. बीमाधारक के डॉक्टर से कहना चाहिये कि वह यह जानकारी बीमाकर्ता को भेजे
- B. बीमाकर्ता को इस विषय की सूचना दे
- C. ग्राहक के लिये इस मामले में कार्य करने से मना कर दे
- D. इस गोपनीयता को बनाये रखने के लिये किसी और से चर्चा न करे।

पढ़ने के बाद सिलेबस के क्रमानुसार निकले

निष्कर्ष के साथ नमूने के प्रश्नों के उत्तर

प्रश्न	उत्तर	अध्ययन पश्चात निष्कर्ष	प्रश्न	उत्तर	अध्ययन पश्चात निष्कर्ष	प्रश्न	उत्तर	अध्ययन पश्चात निष्कर्ष
अध्याय-1			अध्याय-5			अध्याय-10		
1	D	1.1	20	A	5.1	36	D	10.2
2	C	1.3	21	D	5.5	37	A	10.4
3	A	1.6	2 प्रश्न			38	A	10.5
3 प्रश्न						39	D	10.6
			अध्याय-6			4 प्रश्न		
अध्याय-2			22	C	6.1			
4	C	2.1	23	A	6.2	अध्याय-11		
5	B	2.2	24	C	6.3	40	D	11.1
6	A	2.3	25	D	6.5	41	D	11.2
3 प्रश्न			26	B	6.9	42	C	11.5
			5 प्रश्न			43	A	11.7
अध्याय-3						4 प्रश्न		
7	B	3.3	अध्याय-7					
8	A	3.3	27	C	7.1	अध्याय-12		
9	D	3.6	28	C	7.2	44	D	12.1
10	D	3.7	29	A	7.4	1 प्रश्न		
11	B	3.8	30	D	7.5			
12	C	3.8	4 प्रश्न			अध्याय-13		
13	D	3.11				45	B	13.1
14	C	3.13	अध्याय-8			46	D	13.3
15	D	3.16	31	D	8.1	2 प्रश्न		
9 प्रश्न			32	C	8.2			
			33	B	8.3	अध्याय-14		
अध्याय-4			3 प्रश्न			47	C	14.1
16	D	4.3				48	A	14.3
17	C	4.5	अध्याय-9			2 प्रश्न		
18	D	4.6	34	B	9.2			
19	B	4.8	35	D	9.5	अध्याय-14		
4. प्रश्न			2 प्रश्न			49	B	15.1
						50	B	15.3

© The Chartered Insurance Institute 2011

IC33TB