

4

बीमा जोखिमांकन

अध्याय की विषय वस्तु	पाठ्यक्रम अध्ययन के परिणाम
अध्ययन उद्देश्य	
परिचय	
मुख्य बिन्दु/पद	
अ. बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया	
ब. आवश्यक सूचनाएँ प्राप्त करना	
स. नैतिक एवं भौतिक जोखिम	
द. वित्तीय , मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन	
य. मानव जीवन मूल्य (एच एल वी)	
र. ग्रहणाधिकार	
ल. मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना	
व. बोनस की गणना करना	
श. जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका	
मुख्य बिन्दु	
प्रश्न-उत्तर	
स्व-परीक्षण प्रश्न	
अध्ययन उद्देश्य	
इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप निम्न हेतु समर्थ होंगे:-	

- जोखिमांकन प्रक्रिया की व्याख्या करना;
- विभिन्न स्रोतों की व्याख्या जिनसे जोखिमांकन के लिए सूचनाएँ एकत्रित की जाती हैं;
- नैतिक एवं भौतिक जोखिम का विश्लेषण करना;
- वित्तीय, मेडिकल और गैर-मेडिकल जोखिमांकन में अन्तर की व्याख्या करना;
- मानव जीवन मूल्य(एच एल वी) 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 प्रक्रिया को दिया गया नाम है:—

- जोखिम का मूल्यांकन करना जिससे लोगों का पूल बनाया गया है;
- जोखिम को स्वीकार किया जाये या नहीं, या कितना स्वीकार किया जाये, का निर्णय करना;
- प्रस्तावित की गई शर्तों, प्रतिबन्धों तथा कवर की सीमा या विस्तार का निर्धारण करना; तथा
- समुचित 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 प्रदान कर सकती है का चयन करने का दायित्व जोखिमांकनकर्ता पर होता है तथा उनके जोखिम के स्वरूप (प्रोफाइल) के आधार पर प्रभारित किए 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 निर्बन्धनों 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 को प्रस्तुत जोखिम के अनुसार उचित मूल्य निर्धारण करने में अतिरिक्त सावधानी बरतनी चाहिए। ऐसा करने में एक असफल जोखिमांकनकर्ता बीमा कम्पनी के व्यवसाय के स्थायित्व को कुप्रभावित 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 प्रभारित किये 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।

मुख्य पद			
इस अध्याय में निम्नलिखित पदों एवं बिन्दुओं की व्याख्या प्रस्तुत की जा रही है :			
जोखिमांकनकर्ता	सकल प्रीमियम	नैतिक जोखिम	गैर-मेडिकल जोखिमांकन
मानव जीवन मूल्य	लोडिंग	भौतिक जोखिम	जोखिम प्रीमियम
बोनस	वित्तीय जोखिमांकन	मेडिकल जोखिमांकन	ग्रहणाधिकार
विपरीत चयन	जोखिम समूह	संतुलित प्रीमियम	धन का सामयिक मूल्य

अ. 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 रहे।

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 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 पहलुओं 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 पहलुओं 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 प्रायिकता 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 प्रभारित करके), एक ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकार किया जाये या फिर जोखिम के बीमा कम्पनी द्वारा स्वीकार किये जा सकने वाले जोखिम क्षेत्र से बाहर होने के आधार पर स्थगित या अस्वीकार किया जाये।

अब जोखिमांकनकर्ता निर्णय करेगा कि या तो जोखिम को साधारण दर पर स्वीकृत किया जाये, या जोखिम को रूपान्तरित या विशेष शर्तों के साथ स्वीकार किया जाये (उदाहरण एक उच्च प्रीमियम प्रभारित करके), एक ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकार किया जाये, या फिर जोखिम के उन जोखिमों से बाहर पडने के आधार पर स्थगित या अस्वीकार किया जाये जिन्हें कम्पनी स्वीकार्य समझती है।

जोखिमांकनकर्ता को विपरीत चयन से कम्पनी की सुरक्षा भी करनी चाहिए। यह उस स्थिति की व्याख्या करने में उपयोग किया जाने वाला एक पद 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 भयाकान्त लोग जो अधिक जोखिम प्रस्तुत करते हैं, कम जोखिम वाले लोगों की तुलना में जीवन बीमा लेना अधिक पसन्द करते हैं। यदि एक कम्पनी अपने आपको विपरीत चयन से प्रभावित पाती है तो हो सकता है कि उसे आशा 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, बीमा कम्पनी से प्राप्त दावा उसके परिवार के लिए मर्यादित 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 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 को स्वीकार कर सकता है;
- अतिरिक्त प्रीमियम पर 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;
- निर्णय को एक निश्चित अवधि तक स्थगित कर सकता है;
- प्रस्ताव को 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 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 प्रभारित कर 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 करती हैं कि एक प्रस्ताव स्वीकार्य योग्य है या नहीं। यदि एक विद्यमान बीमारी एक कम्पनी द्वारा कवर हेतु उपयुक्त नहीं मानी गई है तो अन्य कम्पनी कुछ विस्तार के साथ तथा अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर उसे कवर कर सकती है।

एक बार किसी जोखिम को स्वीकार करने का निर्णय लिया जाता है तो 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 उच्च जोखिम प्रदर्शित करते हैं एक उच्च जोखिम समूह में वर्गीकृत किये जाते हैं तथा उच्च दर से प्रभारित किये जाते हैं। इस प्रकार जोखिम समूह यह निर्णय करने में उपयोग के लिए बहुत उपयोगी होते हैं कि प्रस्तावक को क्या प्रीमियम 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 आश्यकतानुरूप पॉलिसी जारी कर दी जाती है, यदि प्रस्तावक द्वारा प्रदर्शित जोखिम के बारे में विचार करना 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 सूचित किया जाना चाहिए।

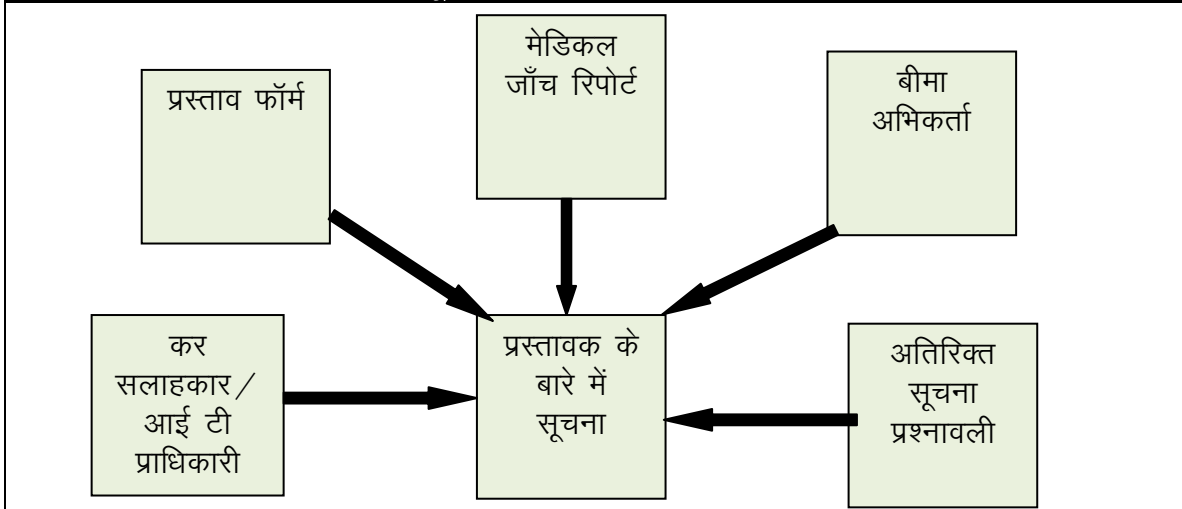
प्रश्न 4.1

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

ब. वांछित सूचना प्राप्त करना

जोखिमांकनकर्ता प्रस्तावक के बारे में अलग-अलग स्रोतों से सूचना एकत्र कर सकता है। जिन तथ्यों/सूचनाओं 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



ब 1 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 जैसी सूचनाएँ होती हैं।

प्रस्तावक एवं बीमित जीवन अलग-अलग व्यक्ति होने के मामले में, प्रस्तावक का नाम एवं पता भी फार्म में लिखने की आवश्यकता होती है।

मेडिकल सूचना :

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 है। 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 डी देखें) पर ली जाती है, तब प्रस्तावक को उसकी विगत बीमारी, चोट एवं सर्जिकल ऑपरेशन, उसके डॉक्टर के बारे में सूचनाएँ देने के लिए कहा जा सकता है।

अभिकर्ता की टिप्पणी:

फार्म में प्रस्तावक के बारे में अभिकर्ता द्वारा की गई टिप्पणी भी शामिल होती है। अभिकर्ता प्रस्तावक के जीवन स्तर, 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 है, का भी वर्णन करना होगा।

ब 2 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, उदाहरणतः 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। निम्न आयु समूह में उनके लिए आवश्यक मेडिकल परीक्षणों की संख्या कम होगी, उच्चतर आयु समूह तक अनवरत 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 द में देखेंगे।

ब 3 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।

ब 3 अ अभिकर्ता का गोपनीय प्रतिवेदन

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

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

इन दिनों, कुछ विशेषज्ञ निरीक्षण एजेंसियाँ कार्यरत हैं जो कि बीमाकर्ता के लिए निरीक्षण कर सकती हैं। ये कम्पनियाँ प्रस्तावक के रोजगार इतिहास, वित्तीय स्थिति तथा साख के बारे में एक प्रतिवेदन तैयार कर प्रस्तुत करती हैं।

ब 4 अतिरिक्त सूचना

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

ब 5 कर प्राधिकारियों के प्रतिवेदन

जोखिमांकनकर्ता एक प्रस्तावक के आय कर अभिलेखों, कर कटौती प्रतिवेदन आदि के सम्बन्ध में आयकर प्राधिकारियों तथा कर सलाहकारों से प्राप्त सूचना को सन्दर्भित कर सकते हैं। यह सूचनाएँ जोखिमांकनकर्ता को यह सुनिश्चित करने में समर्थ बनायेगी कि प्रस्तावक की कोई बकाया कर देनदारियाँ हैं या पूर्व में उसने इस सम्बन्ध में चूक की है।

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 मांगी जाती हैं?

स. नैतिक तथा भौतिक जोखिम

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

- भौतिक जोखिम; तथा
- नैतिक जोखिम

इस खण्ड में हम इस विषय पर अधिक विस्तार से विचार करेंगे कि किस प्रकार भौतिक जोखिम जीवन तथा स्वास्थ्य बीमा पर लागू होता है।

स 1 भौतिक जोखिम

भौतिक जोखिम 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 जोखिम निम्नानुसार हैं:

आयु

बीमित जीवन से सम्बद्ध जोखिम का निर्धारण करते समय एक व्यक्ति की आयु एक महत्वपूर्ण जोखिम है।

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 जोखिमों पर निम्नलिखित मापदण्डों के आधार पर विचार किया जा सकता है:-

पर्यावरणीय:- किसी आपदा या हिंसा से प्रभावित होने वाले व्यक्तियों के जोखिमग्रस्त जीवन जीने के कारण शीघ्र मृत्यु की संभावना बढ़ जाती है।

भौतिक स्थितियाँ:- 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:- प्रस्तावक एक चालक के रूप में या मशीन पर कार्य करता है, तो दुर्घटना का जोखिम बढ़ता है।

उदाहरण

प्रस्तावक का व्यवसाय जोखिम 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 प्रभारित करती हैं।

निवास

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

आदतें

शराब पीने, धूम्रपान करने तथा तम्बाकू का उपयोग करने की आदतें स्वास्थ्य के लिए हानिकारक 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 उड़ान, स्कूबा डाइविंग आदि में लगा हुआ हो तब व्यक्ति के जीवन का जोखिम बढ़ता है। इस तरह के साहसपूर्ण खेल बीमा कम्पनी के लिए कम आकर्षक होते हैं।

विशिष्ट 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 आंकड़े 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 उसके स्वास्थ्य के निर्धारण के लिए उसके रक्त चाप तथा नाडी का भी परीक्षण किया जायेगा। क्या प्रस्तावक को कोई बीमारी 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 उच्च भौतिक जोखिम 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 होना 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।

स 2. नैतिक जोखिम

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

जीवन बीमा के सम्बन्ध में निम्नलिखित उदाहरण नैतिक जोखिम 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 अभिलेखों की जाँच करने पर होता है);

- पूर्व दावों का इतिहास यदि कपटता/दावों की बारम्बारता, दिवालियापन या अन्य वित्तीय संकटों के इतिहास का खुलासा होता हो।

कपट तथा नैतिक जोखिम

कपट करने की मंशा नैतिक जोखिम का एक पहलू है जिस पर 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 उद्देश्य 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 आय-अर्जक न हो (क्योंकि किसी गैर आय अर्जक व्यक्ति 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 किया विगत प्रीमियम उसकी आय के आधार पर उसकी भुगतान क्षमता से बहुत अधिक है।
- जब स्वास्थ्य परीक्षण प्रस्तावक के निवास के 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।

अभिगोपक प्रस्तावक द्वारा प्रस्तुत परिस्थितियों के आंकलन के लिए खण्ड ब में वर्णित सूचना का उपयोग कर सकता है।

प्रश्न 4.2

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

द. वित्तीय, मेडिकल तथा गैर-मेडिकल जोखिमांकन

द 1. 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(एच एल

वी) सिद्धान्त द्वारा निर्धारित की जाती है। एच एल वी सिद्धान्त एक व्यक्ति के आर्थिक मूल्य का मौद्रिक रूप में मापन का प्रयास करता है। एच एल वी पर अधिक विवरण इस अध्याय के खण्ड य 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 ब से जाना है कि एक वैध जीवन बीमा संविदा के लिए बीमा योग्य हित होना चाहिए। बीमा योग्य हित का अर्थ है कि आवेदित बीमा राशि के लिए प्रबल औचित्य 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।

द 2. मेडिकल जोखिमांकन

मेडिकल जोखिमांकन में जोखिमांकनकर्ता प्रस्तावके के विगत 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 की मेडिकल जाँच के परिणामों, 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 निम्न जोखिम का माना जायेगा।

ध्यान रहे!

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

द 3. 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 में समय का अपव्यय तथा खर्चीला दोनो हो सकता है। साथ ही कई मामलों में (अधिकांशतः जहाँ प्रस्तावक ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं), विशेषज्ञ मेडिकल सेवाएँ उपलब्ध नहीं होती 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 फार्म के अनुसार 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 प्रतिवेदन लिया जा सकता है। कहा जा सकता है यदि प्रस्तावक एक नियमित रोजगार में हो तो एक कर्मचारी होने के नाते उसके अवकाश अभिलेख का आंकलन किया जा सकता है। यदि एक व्यक्तिगत विवरणी या पारिवारिक इतिहास से प्राप्त असंतोषजनक स्वास्थ्य स्थिति के आधार पर आवश्यक हो तो मेडिकल जाँच करायी जा सकती है।

गैर मेडिकल बीमा जोखिमांकन में बीमाकर्ता को अधिक जोखिम रहता है जैसे प्रस्तावक किसी ऐसी मेडिकल स्थिति में हो सकता है जो कि एक मेडिकल जाँच में खुलासा हो जाता है, परन्तु वह प्रस्ताव फार्म 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 से 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 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;
- अनुमत बीमा योजना के प्रकारों पर एक प्रतिबन्ध करके;
- उच्च जोखिम योजनाओं प्रतिबन्ध करके;
- कुछ श्रेणियों के जीवन(शिक्षा, सामाजिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि पर आधारित) कवर को सीमित करके;
- जीवन/जोखिम समूहों वर्गों की पात्रता पर प्रतिबन्ध करके (प्रतिष्ठित संगठनों में नियोजित व्यक्तियों के लिए जिनकी भर्ती के समय एक मेडिकल जाँच की गई हो, जिनके अवकाश लेखे रखे जाते हैं, तथा जिन्होंने सेवा का एक वर्ष पूर्ण कर लिया है;) तथा
- बीमाकर्ता के एक अधिकारी से एक नैतिक जोखिम रिपोर्ट मांगकर।

संस्तुत क्रिया

किसी बीमा कम्पनी में जायें तथा मेडिकल एवं गैर मेडिकल आधार पर प्रदान किये जाने वाले बीमों के लिए प्रस्ताव-पत्र प्राप्त करें। उन प्रस्ताव पत्रों का अध्ययन कर देखें कि 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।

य. मानव जीवन मूल्य

जीवन बीमा की मुख्य भूमिका बीमित के परिवार को सुरक्षा प्रदान करना है जब बीमित की अप्रत्याशित 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 जीवन का आर्थिक मूल्य कितना होता है?

य 1. 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 क्षतिपूर्ति 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 (एच एल वी) 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 (एच एल वी) के माध्यम से बीमा कम्पनी किसी व्यक्ति के आर्थिक मूल्य या व्यक्ति का मौद्रिक राशि के रूप में कितना मूल्य है, को मापने का प्रयास करती है।

जीवन बीमा में, एच एल वी का उपयोग एक मानदण्ड की तरह यह निर्धारित करने में किया जाता है कि किसी व्यक्ति का जीवन बीमा कवर कितना होना चाहिए। समुचित कवर यह सुनिश्चित करता है कि यदि व्यक्ति की आज मृत्यु हो जाती है, तो उसके परिवार को कोई आर्थिक हानि नहीं होगी। निःसन्देह भावनात्मक हानि की क्षतिपूर्ति नहीं की जा सकती है। व्यक्ति के परिवार को बीमा कम्पनी से प्राप्त एकमुश्त राशि बीमित जीवन की भावी आय की क्षतिपूर्ति करेगी; जिसे वह उपार्जित करता यदि वह जीवित रहता।

य-2 : एक व्यक्ति को कितनी राशि का जीवन बीमा लेना चाहिए ?

प्रायः लोग यह नहीं समझते हैं कि अनेक बीमा पॉलिसियाँ लेने के बावजूद यदि सभी पॉलिसियों में बीमा राशि छोटी-छोटी हो तो उन सभी की सकल राशि भी आवश्यकता से कम बीमा सुरक्षा प्रदान करती है। तो जीवन बीमा कवर की समुचित राशि क्या होगी जो एक व्यक्ति को लेनी चाहिए। इसका उत्तर **HLV** निर्धारित करने के विभिन्न विधियों पर निर्भर करता है। अतः किसी व्यक्ति को उसके **HLV** के बराबर बीमा राशि लेनी चाहिए।

य 2 .अ आय प्रतिस्थापन विधि

इस विधि में एक व्यक्ति द्वारा उसके कार्यशील जीवन के शेष वर्षों के दौरान भावी सकल आय उपार्जन क्षमता पर ध्यान दिया जाता है ताकि उसकी असमय मृत्यु होने पर उसका परिवार वित्तीय कठिनाईयों नहीं उठायें।

इस विधि में निम्नांकित दो चरण होते हैं :

चरण 1:- कुल भावी आय की गणना जिसे व्यक्ति अपनी शेष कार्यशील वर्षों के दौरान कमाने में समर्थ होगा।

चरण 2:- 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 एच एल

वी राशि के बराबर होगा। इस विधि में किसी व्यक्ति की असमय मृत्यु होने की स्थिति में भविष्य में उसके द्वारा उपार्जित की जाने वाली राशि का आंकलन किया जाता है जिसे वह अपनी सेवानिवृत्ति आयु तक जीवित रहते कमाता। सारांश में इस विधि में मानव जीवन मूल्य को भावी सकल आय के वर्तमान मूल्य के समतुल्य माना जाता है।

उदाहरण

राजेश रू. 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 है जो कि अब उस पर आश्रित है। कर एवं व्यक्तिगत व्ययों को घटाने के बाद राजेश द्वारा परिवार के लिए शुद्ध योगदान रू. 25,000 प्रतिमाह(रू. 3,00,000 प्रति वर्ष) है।

अब कल्पना करें कि राजेश का वेतन 5% प्रति वर्ष बढ़ेगा तथा उसका पारिवारिक योगदान भी 5% प्रतिवर्ष बढ़ेगा।

वार्षिक आय	रू. 4,00,000 प्रतिवर्ष
वेतन में अपेक्षित वृद्धि	5% प्रति वर्ष
कर तथा व्यक्तिगत व्ययों के पश्चात शुद्ध आय	रू. 3,00,000 प्रतिवर्ष
वर्तमान आयु	35 वर्ष
शेष कार्यशील आयु	25 वर्ष
उपार्जन क्षमता का भावी मूल्य	रू.1,43,18,129
डिस्काउंट दर (पी पी एफ दर)	8%
भावी उपार्जन का वर्तमान मूल्य	रू. 20,90,703

राजेश के शेष कार्यशील जीवन के दौरान उसके परिवार के लिए उसका मूल्य रू. 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 रू.1.43 करोड. का वर्तमान मूल्य प्राप्त करने की जरूरत है। अतः हम एक कमी /बट्टा दर 8% लेते है।(जोखिम मुक्त पी पी एफ दर) तब रू. 1.43 करोड. का वर्तमान मूल्य रू. 20,90,703 (रू.20.90 लाख) के बराबर आता है।

इसका अर्थ है कि एक रू.20.90 लाख की एकमुश्त राशि को 25 वर्षों के लिए 8% ब्याज दर पर निवेश करने पर परिपक्वता पर रू. 1.43 करोड. होगा।

अतः रू. 20.90 लाख राजेश का मानव जीवन मूल्य है तथा उसे अपनी भावी आय की सुरक्षा के लिए रू. 20.90 लाख का जीवन बीमा कवर लेना चाहिए।

य 2 ब. सरल विधि

एच.एल.वी. की गणना करने की वैकल्पिक विधि आय प्रतिस्थापन विधि से सरल है।

उदाहरण

एक बार फिर वही राजेश का उदाहरण ले। कल्पना करे कि बाजार में वर्तमान बैंक सावधि जमा दर 8% है। अतः यदि कोई व्यक्ति बैंक एफ डी में रू.37,50,000(रू.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 एच एल वी 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 एफ डी में 8% ब्याज दर पर निवेश करते हैं, तो यह उन्हें रु.3,00,000 वार्षिक आय प्रदान करेगा। यह 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	$3,00,000 / 8\%$ $= 3,00,000 / 0.08$ $= रु. 37,50,000$
आवश्यक बीमा राशि(एच एल वी)	= रु. 37,50,000

बैंक एफ डी में 8% ब्याज दर पर रु. 37,50,000 का निवेश $37,50,000 \times 0.08 =$ रु. 3 लाख प्रति वर्ष का प्रतिफल देगा।

यह विधि यह सुनिश्चित करती है कि उसका परिवार इतने लम्बे समय तक रु. 3 लाख प्रति वर्ष प्राप्त करता रहेगा जब तक बैंक एफ डी ब्याज 8% रहती है। इस विधि में ऐसा माना जाता है कि वार्षिक आय हमेशा रु. 4,00,000 स्थिर रहेगी, तथा वेतन में किसी अपेक्षित वृद्धि पर विचार नहीं किया जाता है। इसमें यह भी कल्पना की जाती है कि हमेशा बैंक एफ डी 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 सुधार की आवश्यकता होती है। आयु बढ़ने पर मानव जीवन मूल्य घटता है।

र. ग्रहणाधिकार

कुछ मामले ऐसे होते हैं जहाँ जोखिमांकनकर्ता अनुभव करता है कि एक व्यक्ति से सम्बद्ध जोखिम समय के 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 जोखिमों के कारण कम्पनी के सामान्य प्रीमियम हेतु मानक जोखिम से अधिक जोखिम प्रस्तुत करता है तो कम्पनी उसे उच्च प्रीमियम श्रेणी में वर्गीकृत कर उच्च प्रीमियम प्रभारित करेगी। तथापि प्रस्तावक के पास ग्रहणाधिकार की प्रार्थना

करने का विकल्प है। यदि ग्रहणाधिकार प्रदान कर दिया जाता है, तो बीमा कम्पनी बीमा धन की केवल एक प्रतिबन्धित 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 दर से घटना चाहिए।
- यदि पॉलिसी अवधि तीन के गुणक में है, तब ग्रहणाधिकार पॉलिसी की एक तिहाई अवधि 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 स्थितियाँ 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।

इसके 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।

प्रश्न 4.3

बीमा में ग्रहणाधिकार क्या है?

ल . मूल्य निर्धारण एवं प्रीमियम की गणना करना

मूल्य निर्धारण से अभिप्राय प्रीमियम की गणना से है जिसको बीमा पॉलिसी के लिए प्रभारित किया जायेगा।

बीमा पॉलिसी का मूल्य निर्धारण बीमा कम्पनी के लिए एक महत्वपूर्ण निर्णय होता है तथा उसे इस सम्बन्ध में कई उद्देश्यों को ध्यान में रखना होता है।

साथ ही प्रीमियम प्रभारित करते समय विचार करना होगा कि वह दावों का खर्चा तथा इच्छित स्तर पर लाभ प्रदान करने में पर्याप्त हो; कम्पनी को यह भी सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि प्रीमियम प्रतिस्पर्धी हो ताकि उसे अन्य बीमा कम्पनियों का प्रीमियम अपेक्षाकृत कम होने से व्यवसाय की हानि नहीं हो।

यह भी ध्यान रखा जायेगा कि प्रभारित 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 प्रभारित प्रीमियम मृत्यु सारणियों में प्रदर्शित मृत्यु दर पर आधारित होता है (आपको याद होगा कि हमने इसे अध्याय 2 भाग ब 2 में बताया 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 प्रभारित 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।

ल 1. मूल्य निर्धारण के तत्व

कम्पनी के मुख्य उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए, कई अन्य कारक बीमा कम्पनी द्वारा कवर के लिए प्रभारित होने 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

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 ल 2 अ 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 हैं। 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 प्राप्त सुनिश्चित लाभों पर निर्भर करेगा। बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित किये जाने वाले उच्च 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 उच्च 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 प्रीमियम योजना : इस योजना में, पॉलिसीधारक को पॉलिसी के प्रारम्भ में एकल (एकमुश्त) भुगतान करना होता है।

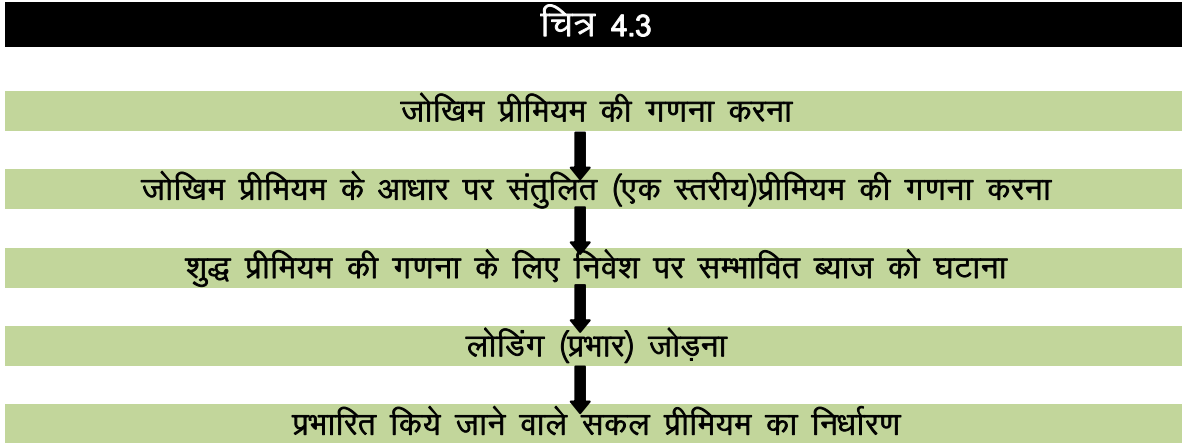
संतुलित प्रीमियम योजना : इस प्रकार की योजना में, पॉलिसीधारक पॉलिसी की पूर्ण अवधि के लिए एक समान (एक स्तरीय)प्रीमियम राशि का भुगतान करता है। इस प्रकार की पॉलिसी का मूल्य निर्धारण करते समय बीमा कम्पनी को धन के वर्तमान/तात्कालिक मूल्य की आवश्यकता होगी, अन्य शब्दों में, यह भावी दावों, भावी प्रशासन तथा मुद्रास्फीति के प्रभावों के अनुरूप पर्याप्त होना चाहिए। सामान्यतः जीवन बीमा पॉलिसियाँ एक संतुलित प्रीमियम आधार पर जारी होती हैं तथा हम भाग ल 2 ब में संतुलित प्रीमियम की गणना किस प्रकार की जाती है, के बारे में विस्तार से अध्ययन करेंगे।

परिवर्तनशील/लचीली प्रीमियम योजना — 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 सुविधा तथा सामर्थ्य के अनुसार परिवर्तन करना चाहते हैं। प्रीमियम राशि सामान्यतः 5 % वार्षिक बढ़ती है, लेकिन परिवर्तनशीलता के लिए वास्तविक शर्तें एवं निर्बन्धन बीमा कम्पनी निर्धारित करती हैं।

ये सभी उस प्रीमियम को प्रभावित करेंगे जो कि पॉलिसीधारक पर अन्ततः प्रभारित होता है।

ल 2 प्रीमियमों की गणना करना

प्रीमियम की गणना करने की प्रक्रिया निम्नानुसार है :-



ल 2 अ. जोखिम प्रीमियम की गणना

बीमा कम्पनी द्वारा एकत्रित जीवन बीमा प्रीमियम एक 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 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 कम्पनी व्यक्ति की उसके अगले जन्म दिन से पूर्व मृत्यु होने की प्रायिकता का अनुमान कर सकती हैं। यह प्रायिकता मृत्यु दर के नाम से जानी जाती है जो जोखिम प्रीमियम की गणना के लिए उपयोग की जाती है।

ध्यान रहे!

प्रत्येक आयु 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। व्यक्तियों की निश्चित विशाल संख्या के समूह में से एक निश्चित संख्या में व्यक्तियों की मृत्यु उनकी अगली वर्षगांठ से पूर्व हो जायेगी यह प्रायिकता मृत्यु दर सारणी से जानी जा सकती है। मृत्यु सारणियाँ गणितज्ञों द्वारा तैयार की जाती हैं जिन्हें बीमांकक कहते हैं। बीमांकक 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।

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 आई.टी. 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 जो 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 सारभूत रूप में अपने जीवन की आवश्यकता के लिए रु. 40,00,000 का 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 प्रभारित प्रीमियम मृत्यु दर तथा बीमा धन के आधार पर अलग-अलग होता है। बीमा धन बड़ा होता है, तो प्रीमियम उच्च होता है। हम यह भी देख सकते हैं कि मृत्यु दर बीमित व्यक्ति की आयु के साथ बढ़ती है।

ल 2 ब 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 प्रभारित करती है जिसे बदला नहीं जा सकता है। अतः प्रीमियम निर्धारण में बीमा कम्पनी द्वारा किये जाने वाले भावी खर्चों तथा 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 लगने वाले प्रीमियम को उच्चतर स्तर पर लाने की आवश्यकता होगी। प्रारम्भिक वर्षों में एकत्रित उच्च प्रीमियम बीमा कम्पनी द्वारा भविष्य के दावों तथा खर्चों की लागत पूरा करने के लिए संचित 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)

	दावा भुगतान	खर्च	प्रीमियम का पृथक्करण
वर्ष 1	केवल एक 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 उच्च 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
—			संचित निधि बढ़ेगी
—			संचित निधि बढ़ेगी
वर्ष 10	भुगतान की गई राशि उच्च होगी।	प्रशासनिक खर्च कम होंगे।	इस वर्ष के लिए 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 के लिए एकत्रित प्रीमियम दावों तथा खर्चों की पूर्ति के लिए पर्याप्त नहीं होता है। अतः कमी को पूरा करने के लिए संचित निधि से एक 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 तथा संचित निधि दावा भुगतान हेतु पर्याप्त होगी।

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 के लिए गणना होती है, लेकिन बीमा कम्पनियाँ प्रीमियम की गणना पॉलिसियों के एक समूह के लिए करती है। दावों का भुगतान सामान्य निधि से किया जाता है तथा संचित निधि पॉलिसियों के समूह के लिए संरक्षित रखी जाती है।

अतः बीमा कराने वाले लोगों के समान आयु समूहों, सम्बद्ध जोखिम स्तर, पॉलिसी के प्रकार तथा अवधि के आधार पर एक समान पॉलिसियों के समूह के लिए पृथक रखे जाने वाले आरक्षण/संचय निधि की सकल राशि का निर्धारण जारी की गई 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 पंजीयन कराते रहते हैं अतः प्रीमियम एवं दावों का निधि में आना जाना लगा रहता है।

ल 2 स प्रीमियम की गणना

बीमा कम्पनी द्वारा परम्परागत योजनाओं के लिए एकत्रित प्रीमियम राशि को बीमा अधिनियम 1938 में उल्लिखित प्रावधानों के अनुसार प्रतिभूतियों में निवेश किया जाता है। बीमा कम्पनियाँ इन निवेशों से ब्याज के रूप में आय अर्जित करती है।

इस अर्जित ब्याज को प्रीमियम गणना में भी ध्यान में रखा जाता है। बीमांकक निवेश से अपेक्षित राशि का अनुमान लगाता है। इस उपाजित ब्याज के अनुमान के आधार पर प्रभाजित प्रीमियम घट भी सकता है।

चित्र 4.5

$$\text{प्रीमियम} - \text{अर्जित ब्याज} = \text{शुद्ध प्रीमियम}$$

अर्जित ब्याज के आधार पर प्रीमियम में समायोजन करते समय निम्नलिखित महत्वपूर्ण बिन्दुओं/तथ्यों पर विचार किया जाता है :-

- प्रीमियम निवेशित रखा जाता है, जब तक कि दावों के भुगतान हेतु इसकी आवश्यकता नहीं होती है;
- संतुलित प्रीमियम से उत्पन्न संरक्षित 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 रुढिवादी दृष्टिकोण का अनुसरण करते हैं(बदलते आर्थिक, औद्योगिक तथा सामाजिक परिवेश की अनदेखी करना)।

ल 2 द लोडिंग जोड़ना/ करना

सकल 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 आधार पर जोखिमांकन के संबंध में होने वाला व्यय ;
- प्रक्रिया शुल्क;
- पॉलिसियों के पुनर्चलन के संबंध में होने वाला व्यय/लागत ;
- दावा निपटान सम्बन्धी खर्चे,
- लाभ सीमा ; तथा
- लाभ युक्त पॉलिसियों में बोनस लोडिंग।

ध्यान रहें!

अधिकतर खर्चे पॉलिसी के प्रारम्भ के समय होते हैं। प्रीमियम का निर्धारण करते समय इन खर्चों को पॉलिसी की सम्पूर्ण अवधि में विस्तारित कर दिया जाता है।

ल 2 य प्रभारित किये जाने वाले सकल प्रीमियम का निर्धारण

पॉलिसी का प्रकार—चाहे वह एक एकल प्रीमियम योजना, संतुलित प्रीमियम योजना, परिवर्तनशील प्रीमियम योजना या वार्षिक नवीनीकरण योजना हो—प्रभारित किये जाने वाले सकल 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 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 लोडिंग" प्रभारित करती हैं।

उदाहरण

चलो कल्पना करते हैं कि एक बीमा कम्पनी मासिक प्रीमियम योजना के लिए 5 % आवृत्ति लोडिंग प्रभारित करती है। वार्षिक सकल प्रीमियम की गणना रु. 25,000 की जाती है। अतः पॉलिसीधारकों द्वारा भुगतान किया जाने वाला मासिक सकल प्रीमियम होगा:

$$25,000 \times 1.05 = \text{रु.}2187.50$$

12

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 है। अतः बीमा कम्पनी द्वारा प्रस्तावित छूट पॉलिसीधारकों को वार्षिक प्रीमियम भुगतान योजना के चयन हेतु प्रोत्साहित करती है।

प्रश्न 4.4

निम्नलिखित की संक्षिप्त परिभाषा लिखिए।

- लोडिंग
- आवृत्ति लोडिंग

व. 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 बोनस
- मिश्रित प्रत्यावर्तित बोनस
- अन्तिम बोनस, तथा
- अन्तरिम बोनस।

व 1 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 ए बी सी 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।

व 2 मिश्रित प्रत्यावर्तित बोनस

इस व्यवस्था में बीमा कम्पनी वार्षिक बोनस की गणना चक्रवृद्धि आधार पर करती है उदाहरणार्थः 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 प्रत्यावर्तित व्यवस्था 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 के पास रु. 5,00,000 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 = 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 = 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 बढ़ी हुई राशि पर की जायेगी तथा यह उस राशि में जोड़ी जायेगी जिस पर गणना की गई।

व 3 अन्तिम 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 ऊपर वर्णित बोनस के साथ एक अन्तिम बोनस दे सकती है जिसकी घोषणा कम्पनी द्वारा प्रति वर्ष की जाती है। कुछ कम्पनियाँ अन्तिम बोनस की घोषणा प्रति वर्ष करती है लेकिन यह पॉलिसी की परिपक्वता पर निहित तथा भुगतान योग्य होता है। यह बोनस "सततता" बोनस भी कहलाता है।

व 4 अन्तरिम बोनस

विधिक प्रावधानों के अनुसार बीमा कम्पनियों को प्रति वर्ष मूल्यांकन कराना होता है। पॉलिसियाँ जिन पर मृत्यु दावा उत्पन्न होता है या जो दो मूल्यांकन तिथियों के मध्य परिपक्व होती है भी अधिशेष अवधि के लिए अधिशेष में योगदान देती है, यद्यपि इन पॉलिसियों के अन्तर्गत दावा भुगतान हो जाने के बाद मूल्यांकन किया जाता है। क्योंकि ये पॉलिसियाँ मूल्यांकन तिथि पर बीमा कम्पनी की पुस्तकों में विद्यमान नहीं होती है, वे मूल्यांकन प्रक्रिया में भाग नहीं लेगी। तथापि बीमा कम्पनियाँ गत मूल्यांकन पर आधारित दरों पर ऐसी पॉलिसियों को एक अन्तरिम बोनस का भुगतान करती है। भारत में बीमा अधिनियम 1938 की धारा 112 के अन्तर्गत अन्तरिम बोनस का भुगतान अनिवार्य किया गया है।

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?

श. जोखिमांकन में अभिकर्ता की भूमिका

अभिकर्ता प्रस्तावक के सीधे सम्पर्क में होते हैं तथा इसलिए जोखिमांकन प्रक्रिया में एक महत्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं तथा "प्राथमिक जोखिमांकनकर्ता" 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/सम्भावी ग्राहक 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 की गणना में मदद कर सकता है जिसे उसे लेना चाहिए। एच एल वी की गणना के अनुसार जीवन बीमा लेना परिवार को आय की सुरक्षा प्रदान करता है तथा आयप्रदाता 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 डाक्टर से साक्षात्कार हेतु समय निर्धारित करने में प्रस्तावक की सहायता करनी चाहिए तथा जल्द से जल्द डॉक्टर की रिपोर्ट को जमा करवाना 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 में चर्चित मुख्य विचार निम्न प्रकार सारांश में प्रस्तुत किये जा सकते हैं :-
बीमा जोखिमांकन की प्रक्रिया
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 आधार एवं दिशानिर्देश विकसित करती है। ● बीमा जोखिमांकन प्रक्रिया में निम्नलिखित चरण सम्मिलित है : सूचनाओं को एकत्रित करना, जोखिम का विश्लेषण, संभावित हानि का आंकलन करना, हानि की प्रायिकता 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।
वांछित सूचना प्राप्त करना
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 जोखिम
<ul style="list-style-type: none"> ● भौतिक जोखिम 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 जोखिम से तात्पर्य प्रस्तावक के दृष्टिकोण, सोच या उद्देश्य से है।
वित्तीय, मेडिकल तथा गैर मेडिकल जोखिमांकन
<ul style="list-style-type: none"> ● वित्तीय जोखिमांकन द्वारा समान्यतः बीमा राशि की अधिकतम सीमा, जिसके लिए किसी व्यक्ति को आवरित (कवर) किया जा सकता है, निर्धारित की जाती 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 जोखिमांकन के लिए, प्रस्ताव फार्म अधिक विस्तृत होना चाहिए। 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 (एच एल वी)
<ul style="list-style-type: none"> ● 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। एच एल वी गणना करने में आय प्रतिस्थापन विधि के अनुसार भावी सकल आय के वर्तमान मूल्य को एच.एल.वी. के समतुल्य माना जाता है।
ग्रहणाधिकार
<ul style="list-style-type: none"> ● 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।

<ul style="list-style-type: none">● 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 प्रभारित होगी।
<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– प्रभारित होने वाले सकल प्रीमियम ज्ञात करना।
बोनस की गणना करना
<ul style="list-style-type: none">● सहभागिता बीमा पॉलिसियाँ (लाभ युक्त 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 जोखिम होता है। यदि आस पड़ौस ऐसा हो जहाँ लोगों का जीवन असुरक्षित, अशान्त एवं खतरनाक 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 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, 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 सकल प्रीमियम की गणना करते समय बीमा कम्पनी लाभों तथा खर्चों को ध्यान में रखते 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 का समायोजन 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. अन्तरिम बोनस क्या है ?
2. "संतुलित प्रिमियम" की गणना करते समय कोई बीमा कम्पनी मुद्रास्फीति के प्रभाव को किस प्रकार दूर या कम करती है ?

आप अगले पृष्ठ पर उत्तर पायेंगे।

स्व-परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

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 मांग 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 पूर्व 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।