

کارپوریٹ ایجنٹس- کامن (مجاز تصدیق کنندگان)

شکرگزاری

یہ کورس بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (IRDAI) کے ذریعہ تجویز کردہ نظرثانی شدہ نصاب پر مبنی ہے۔ اسے بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، ممبئی نے تیار کیا ہے۔

مصنف/ جائزہ لینے والا (حروف تہجی کی ترتیب میں)
ڈاکٹر آر کے دگل

ڈاکٹر ششیدھرن کے کٹی
مسٹر ویپاچیٹو جینتھ کمار

سی اے پی کوٹیشور راؤ

ڈاکٹر پردیپ سرکار

ڈاکٹر رمیش کمار ستلوری

پروفیسر مادھوری شرما

ڈاکٹر جارج ای تھامس

پروفیسر ارچنا ویز

مسٹر کرشنموہن وائی

اس کورس کا اُردو ترجمہ اور تصدیق (جائزہ) مندرجہ ذیل ساتھیوں کے تعاون سے کیا گیا ہے
سی۔ ڈیک، پونے
جناب نہال احمد
جناب این اے فاروقی



جی - بلاک، پلاٹ نمبر-46-C، باندرا کرا کیمپلیکس، باندرا (E)، ممبئی -
400 051

کارپوریٹ ایجنٹس- کامن (مجاز تصدیق کنندگان)

ایڈیشن کا سال : 2023

جملہ حقوق محفوظ ہیں

یہ متنی مواد بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا (III) کا کاپی رائٹ ہے۔ اس کورس کو بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا کے امتحانات میں شرکت کرنے والے طلباء کو تعلیمی معلومات فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ اس کورس کے مواد کو تجارتی مقاصد کے لیے، مکمل یا جزوی طور پر، انسٹی ٹیوٹ کی پیشگی واضح تحریری اجازت کے بغیر دوبارہ پیش نہیں کیا جا سکتا۔

اس کورس میں موجود مواد مروجہ بہترین طریقوں پر مبنی ہیں اور ان کا مقصد قانونی یا دیگر تنازعات کی تشریح یا حل فراہم کرنا نہیں ہے۔

یہ صرف ایک اشارے والا متنی مواد ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ امتحان میں پوچھے گئے سوالات صرف اس متن تک محدود نہیں ہوں گے۔

ناشر: جنرل سکریٹری، بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، جی بلاک، پلاٹ نمبر۔ سی-46، باندرہ کرلا کمپلیکس، باندرہ (مشرقی) ممبئی - 400 051، پریس

اس کورس کے مواد سے متعلق کوئی بھی بات چیت ctd@iii.org.in کے ساتھ کی جا سکتی ہے، جہاں کور پیج پر مضمون کا نام اور منفرد پبلی کیشن نمبر کا ذکر کرنا ضروری ہوگا۔

پیش لفظ

بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا (انسٹی ٹیوٹ) نے بیمہ ایجنٹس کے لیے یہ کورس مواد بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (IRDAI) کے تجویز کردہ نصاب کی بنیاد پر تیار کیا ہے۔ اس کورس کے مواد کی تیاری میں صنعت کے ماہرین کا تعاون بھی لیا گیا ہے۔

یہ کورس زندگی، جنرل اور ہیلتھ بیمہ کے بارے میں بنیادی معلومات فراہم کرتا ہے۔ یہ بیمہ کی متعلقہ لائنوں میں ایجنٹوں کو اپنے پیشہ ورانہ کیریئر کو صحیح تناظر میں سمجھنے اور جانچنے میں مدد کرتا ہے۔

اس کورس کو چار حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ (1) جائزہ - یہ ایک عام سیکشن ہے جو بیمہ کے اصولوں، قانونی اصولوں اور ریگولیٹری معاملات پر بحث کرتا ہے جن کی معلومات بیمہ ایجنٹوں کو ہونا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ، تین الگ الگ حصے ہیں (2) لائف بیمہ ایجنٹس، (3) جنرل بیمہ ایجنٹس اور (4) ہیلتھ بیمہ ایجنٹس بننے کے خواہشمند طلباء کی مدد کے لیے ہیں۔

اس کورس میں ماڈل سوالات کا ایک سیٹ بھی فراہم کیا گیا ہے جس سے طلباء کو امتحان کے پیٹرن اور امتحان میں پوچھے گئے مختلف قسم کے آجیکٹو قسم کے سوالات کا اندازہ ہو گا۔ ماڈل سوالات کی مدد سے، طلباء یہ بھی چیک کر سکتے ہیں اور دیکھ سکتے ہیں کہ انہوں نے کیا سیکھا ہے۔

بیمہ بدلتے ہوئے ماحول میں کام کرتا ہے۔ ایجنٹوں کے لیے مارکیٹ میں ہونے والی تبدیلیوں سے باخبر رہنا ضروری ہے۔ ان کو چاہیے کہ وہ پرائیویٹ اسٹڈیز کے ساتھ ساتھ انسٹی ٹیوٹ میں متعلقہ بیمہ کمپنیوں کے زیر اہتمام تربیتی پروگراموں میں حصہ لے کر اپنے علم کو تازہ رکھیں۔

یہ ادارہ اس کورس کی تیاری کی ذمہ داری دینے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کا شکریہ ادا کرتا ہے۔ انسٹی ٹیوٹ ان تمام طلباء کو بیمہ مارکیٹنگ میں کامیاب کیریئر کی خواہش کرتا ہے جو اس کورس کے مواد کا مطالعہ کرنے کے خواہشمند ہیں۔

یہ ادارہ اس کورس کی تیاری کی ذمہ داری دینے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کا شکریہ ادا کرتا ہے۔ انسٹی ٹیوٹ اس کورس کے مواد کا مطالعہ کرنے کے خواہشمند ان تمام طلباء کی بیمہ مارکیٹنگ میں کامیاب کیریئر کی خواہش کرتا ہے۔

مشمولات

صفحہ نمبر	عنوان	باب نمبر
	عام ابواب	سیکشن
2	انشورنس کا تعارف	C-01
20	بیمہ کے بنیادی عناصر	C-02
30	بیمہ کے اصول	C-03
44	انشورنس معاہدوں کی خصوصیات	C-04
52	انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی	C-05
61	دعووں پر کارروائی	C-06
68	دستاویزات کی تیاری	C-07
77	گاہک سروس	C-08
93	شکایات کے ازالے کا نظام	C-09
102	کارپوریٹ ایجنٹس کے لیے ریگولیٹری پہلو	C-10
121	فاصلاتی مارکیٹنگ سے متعلق ہدایات	C-11
124	ٹییلی فون کرنے والوں کے لیے ضابطہ اخلاق - آداب، کیا کرنا چاہیے اور کیا نہیں کرنا چاہیے۔	C-12

سیکشن
مختصر معلومات

باب C-01 انشورنس کا تعارف

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد آپ کو بیمہ کی بنیادی باتوں کے ساتھ ساتھ اس کی نشوونما اور کام کاج سے متعارف کرانا ہے۔ اس میں یہ بتایا گیا ہے کہ انشورنس کس طرح غیر متوقع واقعات کے نتیجے میں ہونے والے معاشی نقصانات کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے اور یہ کس طرح جوکھم کی منتقلی کے آلے کے طور پر کام کرتا ہے۔

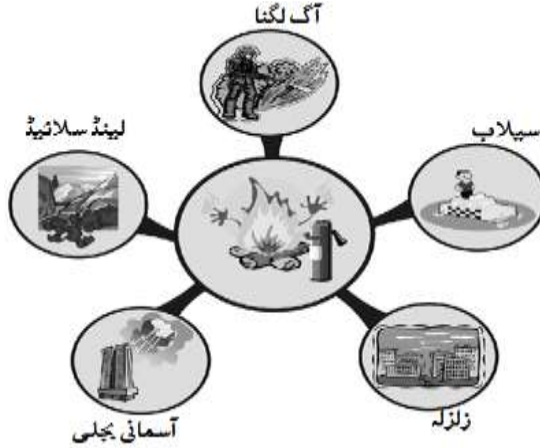
قابل غور امور

- A. انشورنس - تاریخ اور ارتقاء
- B. رسک پولنگ کا اصول
- C. رسک مینجمنٹ کی تکنیک
- D. بیمہ بطور رسک مینجمنٹ ٹول
- E. بیمہ کا انتخاب کرنے سے پہلے غور کرنے کی چیزیں
- F. انشورنس مارکیٹ کمپنیاں
- G. معاشرے میں بیمہ کا کردار

ہم ایک غیر یقینی دنیا میں رہتے ہیں۔ ہم اکثر ان واقعات کے بارے میں سنتے ہیں:

- ✓ ریل حادثہ / ٹرین کا تصادم
- ✓ سیلاب سے پوری برادری کا صفایا ہوجانا۔
- ✓ زلزلے سے عمارتوں کی تباہی۔
- ✓ نوجوان کی غیر متوقع موت

شکل 1: ہمارے ارد گرد ہونے والے واقعات



یہ واقعات لوگوں کو خوفزدہ اور پریشان کیوں کرتے ہیں؟ اس کی وجہ سادہ ہے۔

- i. سب سے پہلے، یہ واقعات غیر یقینی ہیں۔ اگر کسی واقعہ کی پیشین گوئی کی جا سکتی ہے تو اس کے لیے تیاری بھی کی جا سکتی ہے۔
- ii. دوم، ایسے غیر متوقع اور ناخوشگوار واقعات اکثر معاشی نقصان اور مصائب کا باعث بنتے ہیں۔

قریبی لوگ ایسے واقعات سے متاثرہ افراد کی مدد کے لیے آگے آ سکتے ہیں۔ اس کے لیے باہمی تعاون اور اشتراک کا نظام ہونا چاہیے۔ انشورنس کا خیال ہزاروں سال پرانا ہے۔ پھر بھی، انشورنس کی موجودہ شکل صرف دو یا تین صدی پرانی ہے۔

1. بیمہ کی تاریخ

بیمہ کسی نہ کسی شکل میں 3000 قبل مسیح سے موجود ہے۔ بہت سی تہذیبوں نے کمیونٹی کے کچھ ممبروں کو ہونے والے تمام نقصانات کی تلافی کے لیے آپس میں جمع کرنے اور بانٹنے کے تصور کو نافذ کیا ہے۔ آئیے کچھ طریقوں پر نظر ڈالیں جن میں اس تصور کو نافذ کیا گیا تھا۔

2. صدیوں سے مروجہ بیمہ - کچھ مثالیں۔

<p>بے بی لون کے تاجر اپنے قرض دہندگان کو اضافی رقم دیتے تھے تاکہ شپ مینٹ کے گم ہونے یا چوری ہونے کی صورت میں ان کے قرض معاف کر دیئے جائیں گے۔</p> <p>بھروچ اور سورت کے سوداگر بھی اسی طرح کے طریقوں پر عمل پیرا تھے۔</p>	<p>تہہ دار (باٹمری) قرض</p>
<p>فلاحی معاشرے / دوستانہ معاشرے ساتویں صدی کے یونانی متوفی کے خاندان کی دیکھ بھال کے ساتھ ساتھ ممبر کی آخری رسومات کے اخراجات بھی پیشگی ادا کرتے تھے۔</p> <p>انگلینڈ میں بھی اسی طرح کی رسومات اپنائی جاتی تھیں</p>	<p>فلاحی معاشرے / دوستانہ معاشرے</p>
<p>روڈس کے تاجر جو سمندری راستے سامان بھیجتے تھے، سامان کو بچانے کی کوشش میں (جیٹیسن) کسی بھی سامان کے کھو جانے کے نقصان کو اپنے درمیان تقسیم کرتے تھے۔</p>	<p>روڈس</p>
<p>قدیم زمانے میں چینی تاجر اپنا سامان مختلف بحری جہازوں کے ذریعے پہنچایا کرتے تھے تاکہ اگر کچھ کشتیاں ڈوب بھی جائیں تو ان کا نقصان زیادہ نہ ہو۔</p>	<p>چینی تاجر</p>

3. بیمہ کے جدید تصورات

ہندوستان میں لائف انشورنس کا اصول مشترکہ خاندانی نظام میں دیکھا جاتا تھا۔ اس میں ایک رکن کی موت سے ہونے والے نقصان کو خاندان کے کئی افراد میں بانٹ دیا جاتا تھا، تاکہ خاندان کا ہر فرد اپنے آپ کو محفوظ محسوس کرے۔

جدید دور میں جو انٹ فیملی سسٹم کے ٹوٹنے اور انفرادی خاندان کے وجود میں آنے کے بعد روزمرہ کی زندگی کے تناؤ نے سیکورٹی کے لیے متبادل نظام تیار کرنا ضروری بنا دیا ہے۔ یہ ایک فرد کے لیے زندگی کی بیمہ کی اہمیت کو واضح کرتا ہے۔

i. **لائڈز:** جدید تجارتی بیمہ کی ابتداء لندن کے لائیڈز کافی ہاؤس سے ملتی ہے، جہاں تاجر سمندر میں مختلف خطرات کی وجہ سے ہونے والے نقصانات کو بانٹنے پر راضی ہوئے۔

ii. ایمی کیبل سوسائٹی فار پریچوئل ایشورنس (ایمی کیبل سوسائٹی فار پریچوئل ایشورنس) کی بنیاد سال 1706 میں، لندن میں ہوئی تھی، جسے دنیا کی پہلی زندگی کا بیمہ کی کمپنی مانا جاتا ہے۔

4. ہندوستان میں بیمہ کی تاریخ

(a) ہندوستان: ہندوستان میں جدید انشورنس 1800 کی دہائی کے اوائل یا اس کے آس پاس کی ہے، جب غیر ملکی انشورنس کمپنیوں کی ایجنسیوں نے میرین انشورنس کا کاروبار کرنا شروع کیا۔

ہندوستان میں بننے والی پہلی لائف انشورنس کمپنی ایک انگریزی/برطانوی کمپنی تھی۔	لائف کمپنی اورینٹل انشورنس لمیٹڈ
یہ ہندوستان میں قائم ہونے والی پہلی نان لائف انشورنس کمپنی تھی۔	ٹرائٹن انشورنس کمپنی لمیٹڈ
پہلی ہندوستانی انشورنس کمپنی۔ یہ 1870 میں ممبئی میں قائم ہوئی تھی۔	میوچول ایشورنس لمیٹڈ سوسائٹی
ہندوستان کی سب سے پرانی انشورنس کمپنی۔ یہ کمپنی 1906 میں بنائی گئی تھی۔	انشورنس کمپنی نیشنل لمیٹڈ

بعد میں، صدی بدلنے کے ساتھ، سودیشی تحریک کے نتیجے میں بہت سی دوسری ہندوستانی کمپنیاں بن گئی۔

اہم

(a) انشورنس ایکٹ 1938 ہندوستان میں انشورنس کمپنیوں کے طرز عمل کو منظم کرنے کے لیے بنایا گیا پہلا قانون تھا۔ یہ قانون وقتاً فوقتاً ترامیم کے ساتھ آج بھی نافذ العمل ہے۔

(b) لائف انشورنس کے کاروبار کو یکم ستمبر 1956 کو قومیا گیا اور لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا (LIC) کا قیام عمل میں آیا۔ 1956 سے 1999 تک، LIC کو ہندوستان میں لائف انشورنس کاروبار کرنے کا خصوصی حق حاصل تھا۔

(c) 1972 میں، نان لائف انشورنس کاروبار کو بھی قومیا لیا گیا اور جنرل انشورنس کارپوریشن آف انڈیا (GIC) اس کے چار ذیلی اداروں کے ساتھ مل کر تشکیل دی گئی۔

(d) ملہوترا کمیٹی نے 1994 میں اپنی رپورٹ پیش کی جس میں مارکیٹ کو مقابلے کے لیے کھولنے کی سفارش کی گئی۔

(e) انشورنس مارکیٹ کو سال 2000 میں آزاد کیا گیا تھا، جب انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ ایکٹ 1999 (IRDAI) منظور ہوا تھا۔ نیز، انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (IRDAI) اپریل 2000 میں انشورنس انڈسٹری کے لیے ایک قانونی ریگولیٹری ادارے کے طور پر تشکیل دی گئی تھی۔

(f) 2021 میں انشورنس ایکٹ میں ترمیم نے غیر ملکی سرمایہ کاروں کو ہندوستانی انشورنس کمپنی میں ادا شدہ ایکویٹی کیپیٹل کا 74% رکھنے کی اجازت دی۔ اب غیر ملکی انشورنس کمپنیاں ری بیمہ کے لیے ہندوستان میں شاخیں کھول سکتی ہیں۔

a. آج کی انشورنس انڈسٹری (30 ستمبر 2021 تک)

- (a) ہندوستان میں 24 لائف انشورنس کمپنیاں کام کر رہی ہیں۔ یقیناً، لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا (LIC) ایک پبلک سیکٹر کمپنی (PSU) ہے اور باقی 23 لائف انشورنس کمپنیاں نجی شعبے میں ہیں۔
- (b) جنرل انشورنس کمپنیوں کی تعداد 34 ہے جن میں سے 4 کمپنیاں - نیشنل انشورنس کمپنی لمیٹڈ، نیو انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ، اورینٹل انشورنس کمپنی لمیٹڈ اور یونائیٹڈ انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ PSU کمپنیاں ہیں جو جنرل انشورنس کی تمام لائنوں سے متعلق ہے۔ 6 جنرل انشورنس کمپنیاں صرف ہیلتھ انشورنس میں کام کرتی ہیں۔ دو خصوصی انشورنس کمپنیاں ہیں۔۔۔ زرعی انشورنس کمپنی [AIC] اور ایکسپورٹ کریڈٹ اینڈ گارنٹیز کارپوریشن [ECGC]۔۔۔ دونوں کو پبلک سیکٹر کے اداروں کے طور پر تشکیل دیا گیا ہے۔
- (c) ایک ری انشورنس کمپنی ہے - جنرل انشورنس کارپوریشن آف انڈیا [GIC Re] اور 11 غیر ملکی ری انشورنس کمپنیاں برانچ آفس کے ذریعے کام کر رہی ہیں۔
- (d) حکومت ہند کا محکمہ ڈاک (جسے انڈیا پوسٹ کہا جاتا ہے) زندگی کا بیمہ بھی کرتا ہے۔ جسے پوسٹل لائف انشورنس کہتے ہیں۔ انڈیا پوسٹ کو انشورنس ریگولیٹر کے کنٹرول سے باہر رکھا گیا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

- مندرجہ ذیل میں سے کون سا ہندوستانی انشورنس انڈسٹری کے لیے ریگولیٹری ادارہ ہے؟
- I. انشورنس اتھارٹی آف انڈیا
 - II. انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا
 - III. لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا
 - IV. جنرل انشورنس کارپوریشن آف انڈیا

انشورنس کیسے کام کرتا ہے

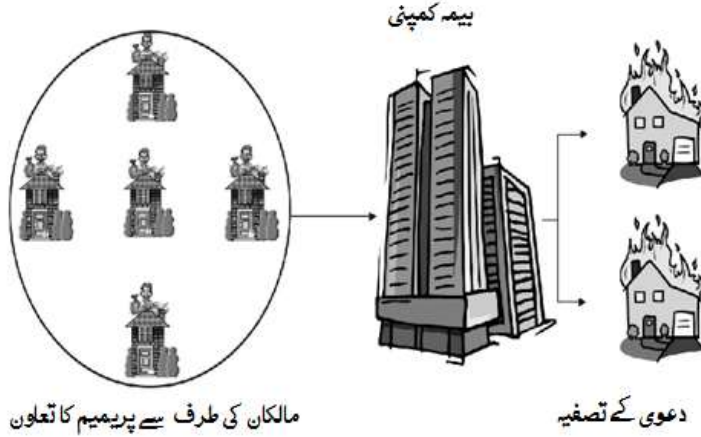
جدید کاروبار کا تصور جائیداد کی ملکیت کے اصول پر کیا گیا تھا۔ جب کسی اثاثے کی قدر میں کمی کی جاتی ہے (نقصان یا نقصان کی وجہ سے)، تو جائیداد کے مالک کو مالی نقصان اٹھانا پڑتا ہے۔ اس نقصان کی تلافی ایک مشترکہ فنڈ سے کی جا سکتی ہے جو اس طرح کی متعدد جائیدادوں کے مالکان کی طرف سے چھوٹے چنڈہ سے بنی۔ انشورنس ایک نقصان دہ واقعہ کے امکان اور نتائج کو منتقل کرنے کا عمل ہے۔

جوکہم کو جمع کرنے کا یہ نظام موت اور معذوری/معذوری کی صورت میں مختلف طریقے سے کام کرتا ہے، کیونکہ کسی تجارتی املاک کو کوئی نقصان/نقصان نہیں ہوتا ہے۔

تعریف

لہذا، انشورنس کو ایک عمل کے طور پر سمجھا جا سکتا ہے جس کی وجہ سے چند لوگوں کا نقصان بہت سے لوگوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو اسی طرح کے غیر یقینی واقعات/حالات کی زد میں ہیں۔

شکل 2: بیمہ کیسے کام کرتا ہے۔



تاہم، کچھ سوالات کا جواب دینا ضروری ہے۔

i. کیا لوگ اتنا آسان فنڈ بنانے کے لیے اپنی محنت کی کمائی دینے پر راضی ہوں گے؟

ii. وہ کس طرح اس بات کا یقین کر سکتے ہیں کہ ان کی شراکت درحقیقت مطلوبہ مقصد کے لیے استعمال ہو رہی ہے؟

iii. وہ کیسے جانتے ہیں کہ وہ بہت زیادہ یا بہت کم ادا کر رہے ہیں؟

iv. ان فنڈز کے انتظام اور نقصانات کا شکار ہونے والوں کو رقم دینے کی ذمہ داری کون لے گا؟

ان تمام سوالوں کے جواب کے لیے ایک انشورنس کمپنی کی ضرورت ہے۔ انشورنس کمپنی جوکہم کی تشخیص کرتی ہے، انفرادی شراکت (جسے پریمیم کہتے ہیں) طے کرتی ہے اور جمع کرتا ہے، جوکہموں اور پریمیموں کا پول بناتی ہے، اور نقصان اٹھانے والوں کو پیسے دینے کا انتظام کرتی ہے۔ اس کے علاوہ، بیمہ کمپنی کو لوگوں اور سماج کا اعتماد جیتنا ہوتا ہے۔

1. بیمہ کا تعلق قیمت سے ہے۔

(a) سب سے پہلے، ایک ایسا اثاثہ ہونا چاہیے جس کی اقتصادی قدر ہو۔ جائیداد ہو سکتی ہے:

i. جسمانی (جیسے کار یا عمارت) یا

ii. غیر مادی (جیسے شہرت، خیر سگالی، کسی کو ادائیگی کرنے کی ذمہ داری) یا

iii. انفرادی (مثال کے طور پر، کسی کی آنکھیں، اعضاء، جسم، اور جسمانی صلاحیتیں)۔

(b) اگر کوئی واقعہ پیش آتا ہے تو اثاثہ اپنی قیمت کھو سکتا ہے۔ نقصان کے اس امکان کو جوکہم کہا جاتا ہے۔ جوکہم کی موجودگی کی وجہ کو جوکہم کہا جاتا ہے۔

(c) پولنگ کا ایک اصول ہے۔ اس میں، بہت سے لوگوں کے انفرادی تعاون (جسے پریمیم کہا جاتا ہے) کو جمع کیا جاتا ہے۔ ان لوگوں کے

پاس ایک جیسے اثاثے ہیں اور وہ ایک جیسے جوکھم سے دوچار ہیں۔ بہت سے معاملات میں، ان کے اثاثوں کو 'جوکھم' بھی کہا جاتا ہے۔

(d) فنڈز کے اس پول کا استعمال ان چند لوگوں کی تلافی کے لیے کیا جاتا ہے جو جوکھم کی وجہ سے نقصان کا شکار ہو سکتے ہیں۔

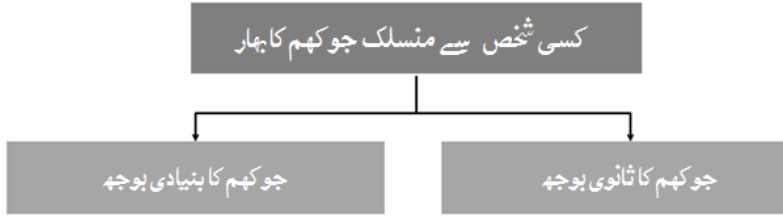
(e) فنڈز جمع کرنے اور چند بدقسمت افراد کو معاوضہ ادا کرنے کا یہ عمل بیمہ کنندہ (انشورنس کمپنی) نامی تنظیم کے ذریعے مکمل کیا جاتا ہے۔

(f) انشورنس کمپنی ہر اس شخص کے ساتھ انشورنس معاہدہ کرتی ہے جو پولنگ کے اس نظام میں حصہ لینا چاہتا ہے۔ اس میں حصہ لینے والا شخص بیمہ شدہ کہلاتا ہے۔

2. جوکھم کے بہار کو کم کرتا ہے

جوکھم کے بوجھ سے مراد وہ اخراجات، نقصانات اور ناکاریاں ہیں جو کسی شخص کو نقصان کی مخصوص صورت حال/واقعہ کے سامنے آنے کے نتیجے میں اٹھانا پڑتی ہے۔

شکل 3: کسی شخص کے ساتھ رہنے والا جوکھم کا بہار



ایک شخص دو قسم کے جوکھم کو برداشت کرتا ہے - بنیادی اور ثانوی جوکھم۔

(a) جوکھم کا بنیادی بوجھ

جوکھم کے بنیادی بوجھ میں وہ نقصانات شامل ہیں جو گھرانوں (اور کاروباری اکائیوں) کو درحقیقت خالص جوکھم کے واقعات کے نتیجے میں اٹھانا پڑتے ہیں۔ یہ نقصانات اکثر براہ راست اور قابل پیمائش ہوتے ہیں اور انشورنس کے ذریعے آسانی سے پورا کیا جا سکتا ہے۔

مثال

جب کوئی فیکٹری آگ سے تباہ ہو جاتی ہے تو تباہ شدہ یا نقصان پہنچانے والے سامان کی اصل قیمت کا اندازہ لگایا جا سکتا ہے اور نقصان کا سامنا کرنے والے فیکٹری کے مالک کو معاوضہ ادا کیا جا سکتا ہے۔

اسی طرح اگر کوئی شخص دل کی سرجری کرواتا ہے تو اس کی طبی لاگت کا تعین کر کے معاوضہ دیا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ کچھ بالواسطہ نقصانات بھی ہو سکتے ہیں۔

مثال

آگ کاروباری سرگرمیوں میں خلل ڈال سکتی ہے اور اس کے نتیجے میں منافع کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ اس کا اندازہ لگا کر نقصان اٹھانے والے کو معاوضہ دیا جا سکتا ہے۔

اگر کسی شخص کا اسکوائر پیدل چلنے والے سے ٹکراتا ہے تو اسے متاثرہ شخص کو معاوضہ ادا کرنا ہوگا، جس کی رقم عدالت نے طے کی ہے۔

(b) جوکھم کا ثانوی بوجھ

ایسا واقعہ نہ ہونے کی صورت میں اور کوئی نقصان نہ ہونے کی صورت میں جوکھم سے دوچار شخص کو کچھ بوجھ اٹھانا پڑتا ہے۔ یعنی بنیادی بوجھ کے علاوہ فرد پر جوکھم کا ایک ثانوی بوجھ بھی ہے۔

جوکھم کے ثانوی بوجھ میں وہ اخراجات اور دباؤ شامل ہیں جو ایک شخص کو برداشت کرنا پڑتا ہے یہاں تک کہ اگر مذکورہ واقعہ پیش نہیں آیا ہو۔ یہ صرف اس حقیقت کی وجہ سے ہوتا ہے کہ اس شخص کو نقصان کی صورت حال کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

آئیے ان میں سے کچھ بوجھ پر ایک نظر ڈالتے ہیں:

i. سب سے پہلے، خوف اور پریشانی جسمانی اور ذہنی دباؤ کا باعث بنتی ہے۔ اس تناؤ کی وجہ سے انسان کی صحت اور تندرستی متاثر ہو سکتی ہے۔

ii. دوسری بات یہ ہے کہ ایسی ہنگامی صورتحال سے نمٹنے کے لیے ریزرو فنڈ رکھنا دانشمندی ہے جب اس شخص کو یقین نہ ہو کہ نقصان ہوگا یا نہیں۔ ایسے فنڈز نقد میں رکھے جا سکتے ہیں اور کم آمدنی حاصل کرتے ہیں۔

انشورنس کمپنی کو خطرہ منتقل کرنے سے، ذہنی سکون سے لطف اندوز ہونا اور فرد کے فنڈز کو زیادہ موثر طریقے سے سرمایہ کاری کرنا ممکن ہے۔ انہی وجوہات کی بنا پر بیمہ کی ضرورت محسوس کی جاتی ہے۔

ہندوستان میں، اگر کسی شخص کے پاس گاڑی ہے تو اسے تھرڈ پارٹی انشورنس خریدنا لازمی ہے، اگر اُسے عوامی سڑک پر گاڑی چلانا ہے۔ اس کے علاوہ، گاڑی کو پہنچنے والے نقصان کی وجہ سے ہونے والے نقصان کے امکان کا احاطہ کرنا سمجھداری ہوگی، چاہے یہ لازمی نہ ہو۔ مالک ڈرائیور کے پاس ذاتی حادثے کا احاطہ بھی ہونا چاہیے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

درج ذیل میں سے کون سا جوکھم کا ثانوی بھار ہے؟

I. کاروبار میں رکاوٹ کی لاگت

II. تباہ شدہ سامان کی قیمت

III. مستقبل میں ہونے والے ممکنہ نقصانات کی تلافی کے لیے ریزرو کو ایک طرف رکھیں

IV. دل کے دورے کی وجہ سے ہسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات

B. جوکھم پولنگ کا اصول

انشورنس کمپنیاں مختلف اداروں کے ساتھ معاہدہ کرتی ہیں یعنی پالیسی ہولڈرز، جو افراد یا کارپوریٹ ہو سکتے ہیں۔ پالیسی ہولڈرز کو فوائد کی ادائیگی ایک معاہدہ کی ذمہ داری ہے۔ بیمہ کے معاہدے صرف اس صورت میں معنی خیز ہیں جب انشورنس کمپنیاں مالی طور پر خطرہ مول لینے اور نقصان کی صورت میں نقصانات کا معاوضہ ادا کرنے کی اہل ہوں۔ یہ فریم ورک باہمی تعاون یا پولنگ کے اصول کو لاگو کرنے پر بنایا گیا ہے۔

مالیاتی منڈیوں میں رسک کو کم کرنے کے لیے باہمی تعاون اور تنوع دو اہم طریقے ہیں۔ وہ بنیادی طور پر مختلف ہیں۔

تنوع	باہمی تعاون
اس میں فنڈ کو مختلف اثاثوں میں تقسیم کیا جاتا ہے (یعنی انڈے مختلف ٹوکریوں میں رکھے جاتے ہیں)۔	باہمی یا پولنگ میں، متعدد افراد کو ایک ساتھ جمع کیا جاتا ہے (یعنی تمام انڈے ایک ہی ٹوکری میں رکھے جاتے ہیں)۔
فنڈز ایک ذریعہ سے متعدد مقامات پر جاتے ہیں۔	فنڈز ایک جگہ پر متعدد ذرائع سے آتے ہیں۔

شکل 4: باہمی تعلق - باہمی تعلق (فنڈز متعدد ذرائع سے ایک جگہ جاتے ہیں)



باہمی تعاون کا اصول وہی ہے جو بیمہ کے معاہدوں کو طاقت اور خصوصیت دیتا ہے۔ ایک چھوٹا سا حصہ (پریمیم) ادا کرنے سے، بیمہ شدہ فوری طور پر ایک بڑا کارپس بناتا ہے، جو بیمہ شدہ خطرے کی وجہ سے نقصان کی صورت میں اسے دستیاب ہوتا ہے۔ رقم کا یہ ممکنہ کارپس انشورنس کو منفرد بناتا ہے اور اسے تمام مالیاتی مصنوعات کے لیے متبادل نہیں بنایا جا سکتا۔

C. جوکھم کے انتظام کی تکنیک

یہ بھی پوچھا جا سکتا ہے کہ کیا انشورنس ہر قسم کے جوکھم کے حالات کا صحیح حل ہے۔ جواب ہے 'نہیں'۔

انشورنس ان بہت سے طریقوں میں سے ایک ہے جس کے ذریعے لوگ اپنے جوکھموں کو سنبھال سکتے ہیں۔ یہاں وہ اپنے جوکھم انشورنس کمپنی کو منتقل کرتے ہیں۔ تاہم، جوکھم سے نمٹنے کے دیگر طریقے ہیں، جن کی تفصیل ذیل میں دی گئی ہے۔

1. جوکھم سے بچنا

نقصان کی صورت حال سے بچ کر جوکھم کو کم کرنا رسک ایورشن کہلاتا ہے۔ لہذا، وہ شخص سرگرمیوں یا حالات سے بچنے یا جائیداد یا لوگوں سے بچنے کی کوشش کر سکتا ہے جو جوکھم کا باعث بن سکتے ہیں۔

i. تعمیراتی ٹھیکہ کسی اور کو دے کر تعمیراتی جوکھم سے بچا جا سکتا ہے۔

ii. کوئی شخص کسی حادثے کا شکار ہونے کے خوف سے گھر سے باہر نکلنا بند کر سکتا ہے یا بیمار ہونے کے خوف سے بیرون ملک کے سفر کا خیال ترک کر سکتا ہے۔

جوکھم سے بچنے کو خطرے سے نمٹنے کا منفی طریقہ سمجھا جاتا ہے۔ افراد اور معاشرے کو اپنی سرگرمیوں میں ترقی کے لیے کچھ جوکھم مول لینے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسی رسک لینے والی سرگرمیوں سے پرہیز کرنے سے ان سرگرمیوں کے فوائد حاصل نہیں ہوں گے۔

2. جوکھم کی برقراری

اس میں فرد جوکھم کے اثرات کو منظم کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ وہ خود جوکھم مول لینے اور اس کے اثرات کو برداشت کرنے کا فیصلہ کرتا ہے۔ اسے سیلف انشورنس کہتے ہیں۔

ایک کاروباری تنظیم اس خطرے کو برقرار رکھنے کا فیصلہ کر سکتی ہے، ایک خاص حد تک چھوٹے نقصانات کو برداشت کرنے کی اپنی صلاحیت کے تجربے کی بنیاد پر۔

3. جوکھم کو کم اور کنٹرول کرنا

یہ خطرے سے بچنے سے زیادہ عملی اور متعلقہ طریقہ ہے۔ اس کا مطلب ہے نقصان کے ہونے کے امکانات کو کم کرنے اور/یا اس طرح کے نقصان کی صورت میں اس کے اثرات کی شدت کو کم کرنے کے لیے اقدامات کرنا۔

نقصان کا باعث بننے والے واقعہ کے امکان کو کم کرنے کے اقدامات کو 'نقصان کی روک تھام' کہا جاتا ہے۔ نقصان کی صورت میں، نقصان کی ڈگری کو کم کرنے کے اقدامات کو 'نقصان میں کمی' / 'نقصان کی تخفیف' کہا جاتا ہے۔

جوکھم کی تخفیف میں درج ذیل اقدامات کے ذریعے فریکوئنسی اور/یا نقصانات کے سائز کو کم کرنا شامل ہے:

(a) مختلف قسم کے ملازمین کو خطرے میں کمی کے مناسب طریقوں کے بارے میں سکھانا اور تربیت دینا - جیسے ' (i) فائر ڈرلز' میں حصہ لینا؛ (ii) کاروں پر سیٹ بیلٹ، ہیلٹ پھینا۔

(b) ماحول کو تبدیل کرنا - جیسے جسمانی حالات کو بہتر بنانا - مثال کے طور پر، (i) فائر الارم لگانا؛ (ii) ملیریا کے پھیلاؤ کو کم کرنے کے لیے کیڑے مار ادویات کا چھڑکاؤ۔

(c) ایسی سرگرمیوں کو تبدیل کرنا جو خطرناک ہوں (مشینری اور آلات استعمال کرتے ہوئے یا کوئی اور کام کرتے وقت کی جا سکتی ہیں) - جیسے (i) تعمیراتی مقامات کے اندر ہیلٹ پھینا؛ (ii) کیمیکل استعمال کرتے وقت دستانے اور چہرے کی ڈھال پھینیں۔

(d) صحت مند طرز زندگی کو اپنانا - بیمار پڑنے کے واقعات کو کم کرنے میں مدد کرتا ہے - جیسے کہ (i) باقاعدہ طبی معائنہ کروانا؛ (ii) باقاعدگی سے یوگا کرنا۔

(e) ایک جگہ پر حادثے کے اثرات کو کم کرنے کے لیے جائیداد کی مختلف اشیاء کو ایک جگہ پر ذخیرہ کرنے کے بجائے الگ کرنا یا منتشر کرنا - جیسے (i) آتش گیر مواد کی بڑی مقدار کو الگ کرنا - مختلف جگہوں پر رکھنا؛ (ii) فیکٹریوں کے خطرناک علاقوں میں فائر پروف دروازوں کی تنصیب۔

4. رسک فنانسنگ

اس کا مطلب ہے کہ مستقبل میں ہونے والے نقصانات کو پورا کرنے کے لیے فنڈز کا بندوبست کرنا۔

(a) سیلف فنانسنگ کے ذریعے خطرے کو برقرار رکھنا - اس میں، نقصان کی صورت میں اپنے طور پر خطرہ مول لینا۔ ایک فرم اپنے خطرے کو قبول کرتی ہے اور اسے یا تو خود سے یا ادھار فنڈز کے ساتھ فنانس کرتی ہے، جسے سیلف انشورنس کہا جاتا ہے۔

(b) بڑے گروپ کے اندر خطرے کو برقرار رکھنا : اگر خطرہ کسی بڑے گروپ کا حصہ ہے، جیسے کہ پیرنٹ کمپنی، خطرے کو بڑے گروپ میں برقرار رکھا جا سکتا ہے، جو نقصانات کو پورا کرے گا۔ یہ باہمی رضامندی سے تشکیل پانے والا گروپ بھی ہو سکتا ہے۔

(c) خطرے کی منتقلی خطرے کو برقرار رکھنے کا متبادل ہے۔ اس میں نقصانات کی ذمہ داری دوسرے فریق کو منتقل کرنا بھی شامل ہے۔

بیمہ خطرے کی منتقلی کی مختلف شکلوں میں سے ایک ہے۔ مختلف قسم کی غیر یقینی صورتحال کا سامنا کرنے کے بجائے، لوگ انشورنس کو ترجیح دیتے ہیں، کیونکہ یہ یقین اور ذہنی سکون فراہم کرتا ہے۔

5. انشورنس (انشورنس بمقابلہ یقین دہانی)

بیمہ زیادہ تر عام بیمہ کے معاہدوں کے لیے استعمال ہوتا ہے جو کسی ایسے واقعے کے خلاف تحفظ فراہم کرتے ہیں جو ہوسکتا ہے یا نہیں بھی ہو سکتا ہے۔ جہاں نقصان کی مقدار کا اندازہ واقعے کے بعد ہی لگایا جا سکے گا۔

انشورنس کا مطلب ہے ایک توسیع شدہ مدت یا موت تک مالی کوریج۔ زندگی کے معاملے میں موت (ایک نقصان کا واقعہ) ہونا یقینی ہے۔ صرف اس کا وقت مقرر نہیں ہے۔ مزید یہ کہ کسی شخص کی موت سے ہونے والے معاشی نقصان کی مقدار کا اندازہ لگانا بھی ممکن نہیں۔ نقصان کی تلافی کی رقم پہلے سے طے کی جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ لوگ لائف انشورنس کے معاملے میں انشورنس کا استعمال کرتے ہیں۔

اگرچہ کچھ ٹھیک ٹھیک تکنیکی اختلافات ہیں؛ 'انشورنس' اور 'ایشورنس' کی اصطلاحات ہندوستان سمیت بیشتر بازاروں میں ایک دوسرے کے بدلے استعمال ہوتی ہیں۔ [ہندوستان کی سب سے بڑی انشورنس کمپنیوں میں سے ایک کا نام نیو انڈیا ایشورنس کمپنی لمیٹڈ ہے اور ہندوستان میں کوئی بھی لائف انشورنس کمپنی اپنے نام میں 'ایشورنس' کا لفظ استعمال نہیں کرتی ہے!]

شکل 5: بیمہ کس طرح بیمہ شدہ کو معاوضہ دیتا ہے۔



اپنے آپ کو چیک کریں 3

درج ذیل میں سے کون سا رسک ٹرانسفر کا طریقہ ہے؟

I. بینک فکسڈ ڈپازٹ

II. انشورنس

III. ایکویٹی شیئر

IV. ریل اسٹیٹ

D. جوکھ مینجمنٹ ٹول کے طور پر انشورنس

لفظ 'جوکھ' کا مطلب ایسا نقصان نہیں ہے جو واقعاً ہوا ہے، بلکہ ایسا نقصان ہے جو ہونے کا امکان ہے۔ اس طرح، یہ ایک متوقع نقصان ہے۔ اس متوقع نقصان کی قیمت دو عوامل کی بناء ہے:

i. امکان یہ ہے کہ خطرہ جس کے خلاف بیمہ شدہ کو بیمہ کیا گیا ہے، ہو سکتا ہے، جس سے نقصان ہو سکتا ہے۔

ii. اس واقعے کے نتیجے میں ہونے والے نقصان کی شدت (اثر) یا مقدار۔

جوکھ کی قیمت امکان اور شدت (نقصان کی مقدار) دونوں کے براہ راست تناسب میں بڑھے گی۔ یہ مختلف طریقوں سے کام کرتا ہے (a) - اگر نقصان کی مقدار بہت زیادہ ہے اور اس کے ہونے کا امکان کم ہے، تو جوکھ کی قیمت کم ہوگی، کیونکہ ایسے معاملات بہت کم ہوسکتے ہیں۔ (b) نقصان کی حد کم ہونے کے باوجود اگر اس کے وقوع پذیر ہونے کا امکان زیادہ ہے تو جوکھ کی قیمت زیادہ ہوگی، کیونکہ ایسے بہت سے واقعات ہوں گے۔ انشورنس کو کسی کے جوکھ سے نمٹنے کے لیے ایک طاقتور ٹول کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے۔ یہ بیمہ شدہ کو نقصان کے واقع ہونے کی وجہ سے شخص کے اثاثوں/پیسے کے نقصان کے مالی اثرات سے بچاتا ہے۔

شکل 6: انشورنس کا انتخاب کرنے سے پہلے غور و فکر



E. انشورنس کا انتخاب کرنے سے پہلے غور کریں۔

بیمہ کروانے یا نہ کروانے کا فیصلہ کرتے وقت، فرد کو خود جوکھ اٹھانے کی لاگت کے برخلاف جوکھ کو منتقل کرنے کی لاگت [انشورنس پریمیم] کا اندازہ لگانا ضروری ہے۔ انشورنس کی سب سے زیادہ ضرورت ہوگی وہاں جہاں نقصان کا اثر زیادہ ہوگا، لیکن اس کا امکان (اور اس وجہ سے پریمیم) بہت کم ہوگا۔ جیسے، (i) زلزلے کا امکان؛ (ii) جہاز کے ڈوبنے کا امکان۔

(a) چھوٹے فوائد کے لیے بہت بڑا جوکھ مول نہ لیں : جوکھ کی منتقلی کی لاگت اور موصول ہونے والی قیمت کے درمیان ایک منصفانہ تعلق ہونا چاہیے۔

کیا سادہ قلم کا بیمہ کروانا کوئی معنی رکھتا ہے؟

(b) جتنا کھونے کی طاقت ہے اس سے زیادہ جوکھ مت لیں : اگر کسی واقعے کے نتیجے میں ہونے والا نقصان اتنا بڑا ہے کہ دیوالیہ ہونے کا خطرہ ہے، تو خطرے کو برقرار رکھنا مناسب نہیں ہوگا۔

اگر کوئی بڑی آئل ریفائٹری گر جاتی ہے تو اس کے مالکان اس نقصان کو برداشت نہیں کر سکتے۔

(c) جوکہم کے ممکنہ نتائج پر احتیاط سے غور کریں: ایسے اثاثوں کا بیمہ کرانا بہتر ہے جن کے نقصان ہونے کا امکان (تعدد) کم ہے، لیکن ممکنہ اثر (شدت) زیادہ ہے۔

خلائی سیٹلائٹ کو ہونے والا نقصان اتنا زیادہ ہو سکتا ہے کہ اس کی بیمہ کرنا انتہائی ضروری ہو گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 4

- ان میں سے کن حالات میں انشورنس کی ضرورت ہوگی؟
- I. خاندان کے واحد کمانے والے کی قبل از وقت موت
 - II. کوئی اپنا بٹوہ کھو سکتا ہے۔
 - III. حصص کی قیمتیں تیزی سے گر سکتی ہیں۔
 - IV. ایک گھر عام ٹوٹ پھوٹ کی وجہ سے اپنی قیمت کھو سکتا ہے۔

F. انشورنس مارکیٹ کے کھلاڑی (کمپنیاں)

انشورنس کمپنیاں (انشورنس کنندہ) بیمہ کی صنعت میں اہم کھلاڑی ہیں۔ انشورنس کمپنیوں کے علاوہ، بہت سی اور فریقین انشورنس کی ویلیو چین کا حصہ ہیں۔ ایک انشورنس ریگولیٹر بھی ہے، جو پوری مارکیٹ کو کنٹرول کرتا ہے۔

درمیانی جیسے ایجنٹس، بروکرز، بینک (بینک انشورنس کے ذریعے)، انشورنس مارکیٹنگ فرم اور پوائنٹ آف سیل پرسنز جو بیمہ شدہ/ممکنہ صارفین کے ساتھ بات چیت کے شعبے میں مصروف ہیں، صارفین کی ضروریات کی نشاندہی کرنے اور ان کا احاطہ کرنے کے لیے پالیسیاں کے بارے میں صارفین کو معلومات فراہم کرتے ہیں۔

سرویٹرز اور نقصان کا جائزہ لینے والے/ایڈجسٹر دعووں کی تشخیص کے ساتھ ساتھ دیگر متعلقہ کام بھی کرتے ہیں۔ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر صحت اور سفری بیمہ کے دعووں پر کام کرتے ہیں۔ ضوابط فراہم کرتے ہیں کہ تمام درمیانی (بیچولیوں) کی گاہک کے لیے ذمہ داری ہے۔

ایجنٹ انشورنس کمپنی اور بیمہ شدہ کے درمیان بیچوان ہوتے ہیں، اس بات کو یقینی بنانے کی ذمہ داری کے ساتھ کہ بیمہ دار کی طرف سے بیمہ کمپنی کو تمام اہم معلومات فراہم کی جائیں۔

اہم

ممکنہ گاہک کی طرف انشورنس ایجنٹ/بیچوان کی ڈیوٹی

IRDAI کے ضوابط فراہم کرتے ہیں کہ ثالثوں کی ممکنہ کسٹمر کے لیے کچھ ذمہ داریاں ہوتی ہیں۔ اسی طرح بیچوان کی بھی انشورنس کمپنی کی طرف ذمہ داری ہوتی ہے۔

ضابطے میں کہا گیا ہے کہ جہاں ایک ممکنہ صارف انشورنس کمپنی یا اس کے ایجنٹ یا انشورنس بیچوان کے مشورے پر انحصار کرتا ہے، ایسا شخص ممکنہ صارف کو مناسب طریقے سے مشورہ دے گا۔ اس میں یہ بھی کہا گیا

ہے کہ " ایک بیمہ کمپنی یا اس کا ایجنٹ یا دیگر ثالث ممکنہ گاہک کو کسی بھی مجوزہ کور سے متعلق تمام مادی معلومات فراہم کرے گا، تاکہ ممکنہ صارف اپنے مفاد میں بہترین کور کے بارے میں کوئی فیصلہ کر سکے۔ "

اگر گاہک کی طرف سے پیشکش اور دیگر متعلقہ دستاویزات نہیں پُر کیے گئے ہیں، تو گاہک کی جانب سے ایک سرٹیفکیٹ کہ فارم اور دستاویز کی اُسے صحیح طریقے سے وضاحت کی گئی ہے اور یہ کہ اس نے پروپوزل فارم مکمل کر لیا ہے اس میں شامل ہوسکتا ہے کہ مجوزہ معاہدے کی اہمیت اچھی طرح سمجھ لیا ہے۔

جب صارف انشورنس کمپنی کو پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے، تو انشورنس کمپنی کو رسید جاری کرنا ہوتی ہے۔ پیشگی پریمیم ادا کرکے بھی ایسا کرنا ضروری ہے۔

G. معاشرے میں انشورنس کا کردار

انشورنس کمپنیاں ملک کی معاشی ترقی میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔ وہ اس بات کو یقینی بناتے ہیں کہ ملک کی املاک کی حفاظت ہو۔ ان کی چند شراکتیں درج ذیل ہیں۔

(a) بیمہ کا تصور باہمی تعاون کے اصول کی بنیاد پر کیا جاتا ہے، جس میں معاشرے کی مشترکہ طاقت کو کچھ بدقسمت اراکین کی مدد کے لیے اکٹھا کیا جاتا ہے جنہیں معاشی نقصان کا سامنا کرنا پڑجاتا ہے۔ انشورنس کا کوئی آپشن نہیں ہے۔

(b) انشورنس کمپنیاں پریمیم کی چھوٹی چھوٹی رقم جمع کرکے اُن کا پُول بنا کر ایک بہت بڑا فنڈ بناتی ہیں۔ ان فنڈز کو پالیسی بولڈرز اور سوسائٹی کے فائدے کے لیے رکھا اور لگایا جاتا ہے۔ وہ قیاس آرائی یا قیاس جیسی چیزوں میں غیر معقول طور پر سرمایہ کاری نہیں کرتے ہیں۔

(c) بیمہ بہت سے بیمہ شدہ افراد یعنی افراد اور اداروں کو حادثات یا حادثاتی واقعات کی وجہ سے ہونے والے نقصانات سے تحفظ کے فوائد فراہم کرتا ہے۔ یہ سرمائے کو محفوظ رکھتا ہے اور پھر اسے کاروبار اور صنعت کی ترقی کے لیے استعمال کرتا ہے جس سے ملک کی ترقی میں مدد ملتی ہے۔

(d) انشورنس سرمائے کی سرمایہ کاری کو قابل بناتا ہے جو تجارتی اور صنعتی ترقی کا باعث بنتا ہے۔ یہ کاروبار سے وابستہ خوف، اندیشے اور اضطراب کو دور کرنے میں بھی مدد کرتا ہے۔

(e) بہت سے بینک اور مالیاتی ادارے جائیداد کے خلاف قرض نہیں دیتے جب تک کہ اسے نقصان یا نقصان کے خلاف بیمہ نہ کیا جائے۔ ان میں سے بہت سے لوگ پالیسی کو ضمانت کے طور پر تفویض کرنے پر بھی اصرار کرتے ہیں۔

(f) جنرل انشورنس کمپنیاں بڑے اور پیچیدہ خطرات کو قبول کرنے سے پہلے اہل انجینئرز/دیگر ماہرین سے جائیداد کی تصدیق کا بندوبست کرتی ہیں۔ وہ خطرے کا اندازہ لگاتے ہیں اور خطرے کو کم کرنے اور درجہ بندی میں مدد کے لیے رسک مینجمنٹ کے اقدامات تجویز کرتے ہیں۔

- (g) بیمہ ملک کے لیے زرمبادلہ بھی پیدا کرتا ہے، جیسے تجارت، شپنگ اور بینکنگ خدمات۔
- (h) انشورنس کمپنیاں ایسے اداروں سے وابستہ ہیں جو آگ سے ہونے والے نقصان کی روک تھام، کارگو کے نقصان کی روک تھام، صنعتی حفاظت اور سڑک کی حفاظت میں شامل ہیں۔
- (i) انشورنس کے ذریعے فراہم کردہ تحفظ نئے اور نسبتاً نامعلوم علاقوں میں سرمایہ کاری کرنے کے لیے کاروباری افراد میں اعتماد پیدا کرتا ہے۔

معلومات

انشورنس اور سماجی تحفظ

- (a) سماجی تحفظ ریاست کی ذمہ داری ہے۔ ریاستی سماجی تحفظ کی اسکیموں میں لازمی یا رضاکارانہ بیمہ کو سماجی تحفظ کے ایک ذریعہ کے طور پر استعمال کرنا شامل ہے۔ ایمپلائز اسٹیٹ انشورنس ایکٹ، 1948 میں، ایمپلائز اسٹیٹ انشورنس کارپوریشن کے لیے صنعتی کارکنوں اور ان کے خاندانوں کی بیماری، معذوری، زچگی اور موت کے اخراجات کو پورا کرنے کا انتظام کیا گیا ہے۔
- (b) بیمہ کمپنیاں حکومت کے زیر اہتمام سماجی تحفظ کی اسکیموں میں اہم کردار ادا کرتی ہیں، جیسے

1. پی ایم جے جے بی وائے - پردھان منتری جیون جیوتی بیمہ یوجنا۔
2. پی ایم ایس بی وائے - پردھان منتری سورکشا بیمہ یوجنا۔
3. پی ایم ایف بی وائے - پردھان منتری فصل بیمہ یوجنا۔
4. پی ایم جے اے وائے - پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا (آیوشمان بھارت)
5. پی ایم وی وی وائے - پردھان منتری ویا وندنا یوجنا - ایک پنشن اسکیم
6. اے پی وائے - اٹل پنشن یوجنا

یہ اور دیگر سرکاری اسکیمیں ہندوستانی سماج/کمپونٹی کو فائدہ پہنچا رہی ہیں۔

- (c) سرکاری اسکیموں کی حمایت کے علاوہ، انشورنس انڈسٹری تجارتی بنیادوں پر انشورنس کور بھی فراہم کرتی ہے، جس کا بنیادی مقصد سماجی تحفظ فراہم کرنا ہے۔ تجارتی بنیادوں پر چلائی جانے والی **دیہی انشورنس اسکیمیں** دیہی گھرانوں کو سماجی تحفظ فراہم کرنے کے حساب سے ڈٹزائن کی گئی ہیں۔

خود کو چیک کریں 5

ان میں سے کون سی بیمہ اسکیمیں حکومت ہند کی طرف سے اسپانسر کی جاتی ہیں؟

I. پی ایم جن آروگیہ یوجنا - آیوشمان بھارت

II. پی ایم فصل بیمہ اسکیم

خلاصہ

- انشورنس کے معنی جوکھم پولنگ کے ذریعے سے جوکھم کی منتقلی ہے۔
- آج جس پیشہ ورانہ انشورنس کاروبار کا رجحان ہے اُس کی شروعات لندن کے لائیڈز کافی ہاؤس میں ہوئی تھی۔
- انشورنس کی فراہمی میں شامل ہیں:
 - ✓ جائیداد
 - ✓ جوکھم
 - ✓ خطرہ
 - ✓ معاہدہ
 - ✓ انشورنس کمپنی اور
 - ✓ بیمہ شدہ
- جب ایک جیسے اثاثے رکھنے والے اور ایک جیسے خطرات کا سامنا کرنے والے افراد فنڈز کے مشترکہ پول میں حصہ ڈالتے ہیں تو اسے پولنگ کہتے ہیں۔
- انشورنس کے علاوہ، جوکھم مینجمنٹ کی دیگر تکنیکوں میں شامل ہیں:
 - ✓ جوکھم سے بچاؤ ،
 - ✓ جوکھم کنٹرول،
 - ✓ جوکھم کی برقراری،
 - ✓ جوکھم فنانسنگ اور
 - ✓ جوکھم ٹرانسفر
- بیمہ کا نصب العین یہ ہیں :
 - ✓ کھونے کی استطاعت سے زیادہ جوکھم مت لیں،
 - ✓ احتیاط سے جوکھم کے ممکنہ نتائج پر غور کریں اور
 - ✓ چھوٹے فوائد کے لیے بہت بڑا جوکھم مول نہ لیں۔

کلیدی اصطلاح

1. جوکھم
2. پولنگ
3. اثاثہ / ایسٹ
4. جوکھم کا بہار
5. جوکھم سے بچاؤ
6. جوکھم کنٹرول
7. جوکھم کو برقرار رکھنا
8. جوکھم کی فنانشنگ
9. جوکھم ٹرانسفر

خود جوابات چیک کریں

- جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 4 - صحیح آپشن I ہے۔
- جواب 5 - صحیح آپشن IV ہے۔

باب C-02 بیمہ کے بنیادی عناصر

باب کا تعارف

اس باب میں، ہم انشورنس کے کام کرنے والے مختلف کلیدی عناصر اور اصولوں کے بارے میں سیکھیں گے۔

قابل غور امور

A. انشورنس کے عناصر
اثاثے اور جوکھم
خطرہ اور جوکھم
جوکھم پولنگ

اس باب کو پڑھنے کے بعد یہ باتیں سمجھ میں آئیں گی:

1. اثاثے کیا ہیں
2. جوکھم، خطرات اور آفات کیا ہیں
3. جوکھم کے انتظام کی تشخیص
4. انشورنس میں جوکھم پولنگ کو سمجھنا

A. بیم کے عناصر

ہم نے دیکھا ہے کہ انشورنس کے عمل میں چار عناصر ہوتے ہیں۔

✓ اثاثہ

✓ جوکھم

✓ جوکھم پولنگ

آئیے اب انشورنس کے عمل کے مختلف عناصر کو تھوڑی تفصیل سے جانیں۔

1. اثاثہ

تعریف

ایک اثاثہ کی تعریف 'ایسی چیز کے طور پر کی جا سکتی ہے جو کچھ فائدہ فراہم کرتی ہو اور اس کے مالک کے لیے معاشی قدر ہو۔'

ایک اثاثہ میں یہ خصوصیات ہوسکتی ہیں:

➤ اقتصادی قدر: جائیداد کی اقتصادی قدر ہونی چاہیے۔ قدر دو طریقوں سے پیدا کی جا سکتی ہے۔

(a) مدنی حاصل کرکے: اثاثہ نتیجہ خیز ہوسکتا ہے اور اس سے آمدنی حاصل کی جاسکتی ہے۔

مثال

بسکٹ بنانے کے لیے استعمال ہونے والی مشین یا دودھ دینے والی گائے، دونوں اپنے مالک کے لیے آمدنی پیدا کرتی ہیں۔ ایک صحت مند ملازم ادارے کا اثاثہ ہے۔

(b) ضروریات کو پورا کرنا: ایک اثاثہ کسی ضرورت یا ضروریات کے سیٹ کو پورا کر کے بھی قدر حاصل کر سکتا ہے۔

مثال

ایک ریفریجریٹر کھانے کو ٹھنڈا اور محفوظ رکھتا ہے، جب کہ کار نقل و حمل میں آرام اور سہولت فراہم کرتی ہے۔ اسی طرح بیماری سے پاک جسم فرد کے ساتھ ساتھ اس کے خاندان کے لیے بھی قیمتی ہے۔

➤ قلت اور ملکیت

ہوا اور سورج کی روشنی کے بارے میں کیا خیال ہے؟ کیا وہ اثاثے نہیں ہیں؟ جواب ہے 'نہیں'۔

کچھ چیزیں ہوا اور سورج کی روشنی کی طرح قیمتی ہیں۔ ہم ان کے بغیر نہیں رہ سکتے۔ تاہم، انہیں اقتصادی لحاظ سے اثاثہ نہیں سمجھا جاتا ہے۔

اس کی دو وجوہات ہیں:

✓ ان کی سپلائی وافر ہے اور کوئی کمی نہیں ہے۔

✓ وہ کسی ایک شخص کی ملکیت نہیں ہیں، بلکہ وہ سب کے لیے آزادانہ طور پر دستیاب ہیں۔

اس کا مطلب یہ ہے کہ معاشی تناظر کے لیے ایک اثاثہ کو دو دیگر شرائط کو پورا کرنا ضروری ہے - اس کی کمی/غیر موجودگی اور اس کی ملکیت ۔

➤ جائیداد کی انشورنس

انشورنس صرف غیر متوقع واقعات کی وجہ سے ہونے والے معاشی نقصانات سے تحفظ فراہم کرتی ہے۔ یہ وقت کے ساتھ ساتھ اثاثوں کے استعمال کی وجہ سے قدرتی ٹوٹ پھوٹ کے خلاف تحفظ فراہم نہیں کرتا ہے ۔

ہمیں یہ نوٹ کرنا ہوگا کہ انشورنس کسی جائیداد کو نقصان یا نقصان سے نہیں بچا سکتا ۔ گھر کا بیمہ ہو یا نہ ہو ، زلزلہ اسے تباہ کر دے گا ۔ انشورنس کمپنی صرف ایک رقم ادا کر سکتی ہے ، جو نقصان کے معاشی اثرات کو کم کر دے گی ۔

معائدے کی خلاف ورزی کے نتیجے میں نقصانات بھی ہو سکتے ہیں ۔

مثال

برآمد کنندہ کو بھاری نقصان ہو جائیں گے ، اگر دوسری طرف درآمد کنندہ سامان کو قبول نہ کریں۔ یا ایسا کرنے کے لئے سے انکار کر دیتا ہے یا ادائیگیوں میں کوتاہی کرتا ہے۔

➤ زندگی انشورنس

ہماری زندگی کی کے بارے میں آپ کیا کہیں گے؟ دراصل ، ہمارے لیے ہماری اپنی زندگی اور ہماری پیاروں کی زندگی سے مزید قیمتی کچھ نہیں ہے کوئی بھی حادثہ یا بیماری ہماری زندگیوں کو متاثر کر سکتے ہیں۔

یہ دو طریقے سے اثر انداز ہو سکتے ہیں :

✓ سب کے لئے سب سے پہلے ، کچھ خصوصی بیماری کی علاج کے اخراجات ہوتے ہیں

✓ دوسرا ، موت یا نااہلی ، دونوں کی وجہ سے مالی آمدنی کا نقصان ہو سکتا ہے ۔

اس طرح کے نقصانات کو شخص یا انشورنس کی انفرادی لائین کی انشورنس کی چینل سے احاطہ کیا جا سکتا ہے۔ انشورنس ہر اُس شخص کے لئے ممکن ہے جس کے پاس اثاثہ ہے۔ (اثاثہ جو کہ آمدنی مہیا کراتا ہے یا کوئی ضرورت پورا کرتا ہے۔) اثاثہ کے نقصان (جو کہ حادثہ یا بد قسمتی سے وقوع ہو) سے مالی نقصان ہوتا ہے۔ اس نقصان کو روپیے پیسے کے مقدار میں تول سکتے ہیں۔

لہذا ، انشورنس کی بول چال میں عام طور سے اثاثہ کو انشورنس کا موضوع _ کہا جاتا ہے

2. جوکھم

انشورنس کی عمل میں دوسرا عنصر جوکھم کی منظوری ہے۔ جوکھم کو نقصان کے امکان کے طور پر بیان کر سکتے ہیں۔ جوکھم سے مراد کسی حادثہ کی وجہ سے ممکنہ نقصان ہے۔ [جوکھم بسا اوقات انشورنس کے موضوع کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔ کوئی بھی شخص اپنے گھر کو جلتا ہوا دیکھنے کی امید نہیں کرتا ہے یا اپنی کار کو حادثہ کا شکار ہوتے نہیں دیکھنا چاہتا ہے۔

جوکہم کے مثال گھر کے جل جانے کے بعد کا مالی نقصان ہونا یا کسی حادثہ کے بناؤ پر ہاتھ پاؤں کا ٹوٹ جانا شامل ہے۔

اس دو مضمرات ہیں

i. سب سے پہلے، اس کے معنی ہے کہ نقصان ہو سکتا ہے یا نہیں بھی ہو سکتا۔

ii. دوسرا، جو واقعہ کی وجہ سے حقیقت میں نقصان ہوا ہے اسے خطرہ (پیرل) کہا جاتا ہے۔ یہ نقصان کی وجہ ہے۔

مثال

خطرہ (پیرل) کی مثالوں میں آگ، زلزلہ، سیلاب، بجلی، چوری، دل کی دھڑکن رک جانا وغیرہ شامل ہیں۔

قدرتی ٹوٹ پھوٹ

یہ سچ ہے کہ کوئی بھی چیز ہمیشہ کے لیے نہیں رہتی۔ ہر اٹائم کی ایک مقررہ زندگی ہوتی ہے جس کے دوران اسے استعمال کیا جاسکتا ہے اور اس سے فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ یہ ایک فطری عمل ہے۔ ایک شخص اپنے موبائل، واشنگ مشین اور کپڑوں کو مکمل طور پر استعمال کرنے کے بعد تباہ یا بدل دیتا ہے۔ لہذا، عام ٹوٹ پھوٹ کی وجہ سے ہونے والے نقصانات بیمہ میں شامل نہیں ہوتے ہیں۔

جوکہم کا دائرہ : ضروری نہیں کہ خطرے کی موجودگی کا نتیجہ نقصان ہو۔ ساحلی آندھرا پردیش میں سیلاب کی وجہ سے ممبئی میں رہنے والے کسی شخص کو کوئی نقصان نہیں پہنچے گا۔ نقصان ہونے کے لیے اٹائم/اٹائم خطرے کے زون میں ہونا چاہیے۔ بیمہ کے معاوضہ کے لئے اکیلے خطرے کا لینا کافی نہیں ہے۔

مثال

کارخانے کے احاطے میں آگ لگ سکتی ہے جس سے حقیقت میں کوئی نقصان نہیں ہو سکتا۔ بیمہ صرف اس صورت میں کام کرتا ہے جب خطرے کے واقعے کی وجہ سے کوئی حقیقی معاشی (مالی) نقصان ہوا ہو۔

خطرے کی نمائش کی ڈگری:

دو اٹائم/اٹائم ایک ہی خطرے سے مشروط ہو سکتے ہیں، لیکن نقصان کا امکان یا نقصان کی مقدار نمایاں طور پر مختلف ہو سکتی ہے۔ دھماکہ خیز مواد لے جانے والے ٹینکر کو پانی کے ٹینکر سے زیادہ آگ لگنے کا خطرہ ہو سکتا ہے۔

3. جوکہم مینجمنٹ

➤ **نقصان کی حد جو ہو سکتی ہے۔**

اس کا حساب نقصان کی ڈگری اور فرد یا کاروبار پر اس کے اثرات کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ اس بنیاد پر تین قسم کے خطرے کے واقعات یا حالات کی نشاندہی کی جا سکتی ہے:

➤ **مبصرانہ**

جہاں نقصان کی شدت اتنی زیادہ ہو کہ مکمل نقصان یا دیوالیہ ہونے کا خطرہ ہو۔ نقصانات اس وقت شدید ہو سکتے ہیں جب حادثے کا اثر بہت بڑا

اور شدید ہو۔ جسمانی معذوری ہے؛ سازوسامان اور ماحول کو پہنچنے والا نقصان جسے کسی حد تک ٹھیک کیا جا سکتا ہے۔ سنگین نقصانات میں وہ نقصانات شامل ہوں گے جن کے نتیجے میں بہت بڑا مالی نقصان ہوتا ہے، جو فرم کو اپنا کام جاری رکھنے کے لیے قرض لینے پر مجبور کرتا ہے۔

مثال: سنگین (نازک)

- ✓ گڑگاؤں میں ایک بڑی ملٹی نیشنل کمپنی کے پلانٹ میں آگ لگنے سے ایک کروڑ روپے کا سامان جل کر خاکستر ہو گیا۔ نقصان بہت بڑا ہے، لیکن اتنا زیادہ نہیں کہ اس کی وجہ سے کمپنی دیوالیہ ہو جائے۔
- ✓ قزاقوں کے جہاز کا ایک تارپیڈو پورے مسافر جہاز کو غرق کر دیتا ہے، لیکن زیادہ تر مسافر بچا لیے جاتے ہیں۔
- ✓ ایک بڑے حادثے میں ایک شخص کا گردہ خراب ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے گردے کی پیوند کاری کی ضرورت پڑتی ہے۔ اس خرچ سے بچا نہیں جا سکتا۔

➤ تباہ کن نقصان

تباہ کن نقصانات کے نتیجے میں بڑی تعداد میں لوگوں کی موت یا مکمل معذوری ہوتی ہے، جس سے املاک کو بڑے پیمانے پر نقصان ہوتا ہے، جس کے شدید ماحولیاتی اثرات ہوتے ہیں جو عملی طور پر ناقابل تلافی ہوتے ہیں۔ تباہ کن نقصانات میں عام طور پر ایسی آفات شامل ہوتی ہیں جو اچانک اور بڑے پیمانے پر ہوتی ہیں۔ جسے روکا نہیں جا سکتا۔

مثال : تباہ کن نقصان

- ✓ ایسا زلزلہ یا سیلاب جو کچھ گاؤں کو مکمل طور پر تباہ کر دیتا ہے۔
- ✓ ایک بڑے علاقے میں پھیلنے والی خوفناک آگ جس سے کروڑوں روپے کی مالیت کا ادارہ تباہ ہو جاتا ہے۔
- ✓ ستمبر 2011 میں ورلڈ ٹریڈ ٹاور پر دہشت گرد حملہ ہوا جس کے نتیجے میں بڑی تعداد میں ہلاکتیں ہوئیں۔
- ✓ کووڈ۔ 19 جیسی وبائی بیماری، جس نے پوری دنیا میں لاکھوں افراد کو بیمار کر دیا ہے۔

➤ جزوی/معمولی نقصان

جہاں ممکنہ نقصانات معمولی ہوں؛ جسے فرد یا فرم کے موجودہ اثاثوں یا موجودہ آمدنی سے آسانی سے پورا کیا جاسکتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ کوئی غیر ضروری معاشی دباؤ بھی نہیں ہے۔

مثال

- ✓ ایک معمولی کار حادثے میں اس کی سائیڈ پر معمولی خراشیں پڑ جاتی ہیں جس کی وجہ سے پینٹ کا کچھ حصہ خراب ہو جاتا ہے اور فینڈر تھوڑا سا مڑ جاتا ہے۔
- ✓ ایک شخص جو عام نزلہ زکام کا سامنا کر رہا ہے۔

4. خطرے اور جوکھم

ایسے حالت یا حالات جو نقصان کے امکانات یا شدت کو بڑھاتے ہیں اور اس طرح جوکھم کو متاثر کرتے ہیں انہیں خطرات کہتے ہیں۔ جب انشورنس کمپنیاں جوکھم کا اندازہ لگاتی ہیں، تو یہ عام طور پر اس خطرے کے حوالے سے کیا جاتا ہے جو میں انشورنس کا موضوع ہوتا ہے۔

بیمہ کی زبان میں، لفظ 'خطرہ' کا مطلب ایسے حالات یا خصوصیات یا علامات ہیں جو مخصوص خطرے سے نقصان کا امکان پیدا کرتے یا بڑھاتے ہیں۔ انڈر رائٹنگ کے لیے ان مختلف جوکھم سے پوری طرح آگاہ ہونا بہت ضروری ہے جن میں کوئی جوکھم آتا ہے۔ ذیل میں اثاثوں، خطرات اور جوکھم کے درمیان تعلقات کی مثالیں ہیں۔

خطرہ	جوکھم / پریل	اثاثہ/ اثاثہ
ضرورت سے زیادہ تمباکو نوشی	کینسر	زندگی
دھماکہ خیز مواد کھلے میں چھوڑ دیا گیا۔	آگ	فیکٹری
ڈرائیور کا لاپرواہی سے گاڑی چلانا	کار حادثہ	گاڑی
کارگو میں پانی کا داخل ہونا اور اس کا خراب ہونا؛ کارگو واٹر پروف کنٹینر میں پیک نہیں ہے۔	طوفان	کارگو

اہم معلومات

➤ خطرات کی اقسام

(a) جسمانی خطرہ ایک جسمانی صورت حال ہے جو نقصان کے امکانات کو بڑھاتی ہے۔

مثال

i. عمارت میں ناقص وائرنگ

ii. پانی کے کھیلوں میں حصہ لینا

iii. ایک غیر فعال طرز زندگی کو اپنانا

(b) اخلاقی خطرہ کا مطلب ہے کسی شخص میں بے ایمانی یا کردار کی خرابی، جو نقصان کی تعدد یا شدت کو متاثر کرتی ہے۔ کوئی بھی بے ایمان شخص دھوکہ دہی اور انشورنس کی سہولت کا غلط استعمال کر کے پیسہ کمانے کی کوشش کر سکتا ہے۔

مثال

اگر کوئی شخص جان بوجھ کر کسی جائیداد کو آگ لگاتا ہے اور پالیسی کے تحت ہرجانے کا دعویٰ حاصل کرتا ہے۔ اس طرح کے دعوے واضح طور پر دھوکہ دہی پر مبنی ہیں اور ان کی معقول تردید کی جا سکتی ہے۔

اخلاقی خطرے کی ایک اچھی مثال فیکٹری کے لیے انشورنس خریدنا اور پھر انشورنس کی رقم حاصل کرنے کے لیے اسے جلا دینا ہے۔ کسی بڑی بیماری کے بعد ہیلتھ انشورنس خریدنا بھی اسی دائرے میں آتا ہے۔

(c) قانونی خطرہ ان معاملات میں زیادہ پایا جاتا ہے جن میں برجانے کی ادائیگی کی ذمہ داری شامل ہوتی ہے۔ یہ اس وقت ہوتا ہے جب قانونی نظام یا ریگولیٹری ماحول کی کچھ خصوصیات نقصانات کے واقعات یا شدت کو بڑھا سکتی ہیں۔

مثال

حادثات کی صورت میں ملازم کو معاوضہ ادا کرنے کے عمل کو کنٹرول کرنے والے قانون کا نفاذ ادا کی جانیوالی ذمہ داری کی رقم کو بہت زیادہ بڑھا سکتا ہے۔

انشورنس کے اہم خدشات میں سے جوکھم اور ان سے وابستہ خطرات کے درمیان تعلق ہے۔ اس بنیاد پر اثاثوں کو جوکھم کے مختلف زمروں میں درجہ بندی کیا جاتا ہے اور اگر متعلقہ خطرات کی موجودگی کے نتیجے میں نقصان کا امکان زیادہ ہو تو بیمہ کی کوریج کے لیے وصول کی جانے والی لاگت [پریمیم] بڑھ جاتی ہے۔

5. بیمہ کا ریاضیاتی اصول (جوکھم پولنگ)

انشورنس میں تیسرا عنصر ایک ریاضیاتی اصول ہے جو انشورنس کو ممکن بناتا ہے۔ اسے جوکھم پولنگ کا اصول کہا جاتا ہے۔

مثال

مان لیں کہ 100000 آر سی سی مکانات آگ کے جوکھم کے دائرے میں آتے ہیں جس سے اوسطاً 50000 روپے کا نقصان ہو سکتا ہے۔ اگر گھر میں آگ لگنے کا امکان 1000 میں سے 2 ہے [یا $1000/2 = 0.002$]، تو اس کا مطلب ہے کہ کل نقصان $[= 50000 \times 0.002 \times 100000]$ 10000000 ہوگا۔

اگر ایک انشورنس کمپنی کو 100000 گھروں میں سے ہر گھر سے 100 روپے کا عطیہ وصول کرتی ہے اور ان عطیات $(100000 \times 100 = \text{Rs.}10000000)$ کا پُل بنا کر ایک فنڈ بنانے کے لیے جمع کرتی ہے، تو اس سے کچھ بدقسمت لوگوں کو آگ لگنے سے ہونے والے نقصان کی تلافی کے لیے کافی ہوگا۔

اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ بیمہ کیے جانے والے تمام لوگوں کے لیے مساوات [انصاف] ہے، یہ ضروری ہے کہ تمام مکانات یکساں طور پر جوکھم سے دوچار ہوں۔ مندرجہ بالا مثال میں، کچے گھروں کے لیے جوکھم کوریج مختلف ہوگی۔

(a) انشورنس میں یہ اصول کیسے کام کرتا ہے؟

یہ ایک یکساں خطرہ اور اس خطرے کی وجہ سے نقصانات کی امکانی نمائش میں آنے والے تمام بیمہ شدہ کو بہت سے جوکھموں کا پول تیار کر کے کیا جاتا ہے۔ اس کے لیے کمپنی کا جوکھم اور اس کے مالیاتی اثر کو قبول کرنے میں قابل اعتماد ہونا ہے۔

نقصان کا سامنا کرنے والے کچھ لوگوں کو ادائیگی کی جاتی ہے۔	پریمیم	پریمیم کی ادائیگی	بڑی تعداد میں لوگ
نقصان اٹھانے والوں کو بھاری رقم ادا کی جاتی ہے۔	ان چھوٹی مقداروں کو ملا کر ایک مشترکہ پول بنایا جاتا ہے جو اعداد و شمار کے مطابق تخمینہ شدہ دعووں کی ادائیگی کے لیے کافی ہے۔	پریمیم کے طور پر ایک چھوٹی سی رقم	کئی لوگ دیتے ہیں

(b) جوکھم پولنگ اور بڑی تعداد کا قانون

نقصان کا امکان [جو اوپر دی گئی مثال میں 1000 میں سے 2 یا 0.002 کے طور پر طے کیا گیا تھا] وہ بنیاد بنتا ہے جس پر پریمیم کا تصفیہ ہوتا ہے۔ اگر حقیقی تجربہ توقع کے مطابق ہو تو انشورنس کمپنی کو نقصان کے کسی خطرے کا سامنا نہیں کرنا پڑے گا۔ ایسی صورت حال میں ایک سے زیادہ بیمہ داروں سے موصول ہونے والا پریمیم ان لوگوں کے نقصانات کو پورا کرنے کے لیے کافی ہوگا جو خطرے سے متاثر ہوئے ہیں۔ تاہم، اگر حقیقی تجربہ توقعات کے برعکس نکلتا ہے، تو انشورنس کمپنی کو خطرے کا سامنا کرنا پڑے گا اور جمع شدہ پریمیم دعووں کی ادائیگی کے لیے کافی نہیں ہوگا۔

بیمہ کمپنی اپنی پیشن گوئی کے بارے میں یقینی ہوسکتا ہے؟ یہ ایک اصول کی وجہ سے ممکن ہوتا ہے جسے "بڑی تعداد کا اصول" کہا جاتا ہے۔ یہ اصول کہتا ہے کہ جوکھم کے پول کا سائز جتنا بڑا ہوگا، نقصان کا حقیقی اوسط تخمینہ یا اوسط نقصان کے قریب تر ہوگا۔

(c) بیمہ کمپنیاں قرض ادا کرنے کے قابل ہیں (بیمہ کمپنیاں سالوینٹ رہیں) :

اگر جوکھم کا پول اور پریمیم کا پول دعووں کی ادائیگی کی ذمہ داریوں کو پورا کرنے کے لیے کافی نہیں ہے (اگر وہ پیدا ہوتے ہیں)، تو جوکھم پولنگ اور انشورنس کا نظام ناکام ہو سکتا ہے۔ انشورنس کمپنیوں کے پاس پول کے تمام اراکین سے کیے گئے وعدوں کو پورا کرنے کے لیے کافی فنڈز ہونا چاہیے۔ اگر ان کے پاس ناکافی فنڈز ہیں، تو وہ دیوالیہ ہونے کے قابل سمجھے جاتے ہیں :

دوسرے الفاظ میں، انشورنس کمپنیوں کو اپنے پاس کچھ اضافی فنڈز (یا سالوینسی مارجن) رکھنے کی ضرورت ہے، تاکہ وہ متوقع اور حقیقی دعووں کے حالات کے درمیان غیر متوقع فرق کو پورا کر سکیں۔ سالوینسی کا تناسب اندازہ لگاتا ہے کہ مستقبل کی ادائیگیوں کے حوالے سے انشورنس کمپنی کے وعدوں کو پورا کرنے کے لیے اثاثے کس حد تک دستیاب ہیں۔ مختلف ممالک سالوینسی تناسب کا حساب لگانے کے لیے مختلف اقدامات استعمال کرتے ہیں۔ ہندوستان میں آئی آر ڈی اے

آئی نے اسے لازمی قرار دیا ہے۔ کہ انشورنس کمپنیوں کو کم از کم 1.5 کا سالوینسی تناسب برقرار رکھنے کی ضرورت ہے۔

مثال

ایک سادہ مثال کے طور پر، سگے کو اچھالنے پر بیڈ ملنے کا امکان 2 میں سے ایک ہوتا ہے۔ لیکن اگر ایک سگے کو چار بار پھینکا جائے تو اس کے اصل میں 2 بیڈ ملے گا، یہ ایسا یقین سے نہیں کہا جا سکتا۔

جب سگے اچھالنے کی تعداد بہت زیادہ اور لامحدودیت کے قریب ہو، صرف تبھی دو بار سگے اچھالنے جانے پر ایک معاملے میں بیڈ ملنے کا امکان ایک کے قریب ہوتا ہے۔

اس کا مطلب یہ ہے کہ انشورنس کمپنیاں صرف اس صورت میں ان کی بنیاد پر انحصار کر سکتی ہیں جب وہ بڑی تعداد میں بیمہ شدہ کا بیمہ کروانے کے قابل ہوتے ہیں۔ ایسی بیمہ کمپنی جس نے صرف کچھ سو گھروں کا بیمہ کیا ہے، ایسی بیمہ کمپنی کے مقابلے میں وہ بری طرح متاثر ہو سکتی ہے جس نے کئی ہزار مکانوں کا بیمہ کیا ہے۔

اہم

جوکھم کا بیمہ کرنے کی شرطیں

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظر سے، کسی جوکھم کا بیمہ کرنا کب فائدہ مند ہوتا ہے؟

بیمہ کے قابل سمجھے جانے والے جوکھم کے لیے درج ذیل چھ وسیع شرائط درکار ہیں۔

i. ایک بہت بڑی تعداد میں، جوکھم کے دائرے میں آنے والی ایک جیسی [اسی طرح] اکائیوں کے نقصانات کا سامنا کرنا مناسب طریقے سے تخمینہ لگایا جا سکتا ہے۔ ایسا بڑی تعداد کے اصولوں کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ اس کے بغیر اندازہ لگانا مشکل ہو گا۔

ii. جوکھم کی وجہ سے ہونے والے نقصانات کو طے شدہ اور قابل پیمائش ہونا چاہیے۔ اگر یہ یقین سے نہیں کہا جا سکتا کہ نقصان اصل میں ہوا ہے اور کتنا ہوا ہے، اس لیے معاوضہ طے کرنا مشکل ہو جائے گا۔

iii. نقصان حادثاتی یا حادثے کی وجہ سے ہونا چاہیے۔ یہ کسی ایسے واقعے کا نتیجہ ہونا چاہیے جو ہو سکتا ہے یا نہیں ہو سکتا۔ واقعہ بیمہ دار کے کنٹرول سے باہر ہونا چاہیے۔ کوئی بھی انشورنس کمپنی ایسے نقصان کو کور نہیں کرے گی جو جان بوجھ کر بیمہ شدہ کی وجہ سے ہوا ہو۔

iv. کئی لوگوں کے ذریعہ کچھ لوگوں کے نقصانات کا اشتراک۔ یہ صرف تبھی کام کر سکتا ہے جب بیمہ شدہ گروپ کے چھوٹے سے فیصد کو کسی مخصوص مدت میں نقصان اٹھانا پڑتا ہے۔

v. اقتصادی فزیبلٹی: ممکنہ نقصان کے سلسلے میں انشورنس کی لاگت بہت زیادہ نہیں ہونی چاہیے۔ دوسری صورت میں، انشورنس مالی طور پر قابل عمل نہیں ہو گا۔

vi. عوامی پالیسی: آخر میں، معاہدے عوامی پالیسی اور اخلاقیات کے خلاف نہیں ہونے چاہئیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون قابل بیمہ جوکھم کی نمائندگی نہیں کرتا؟

I. آگ

II. چوری کا سامان

III. چوری

IV. جہاز الٹنے سے سامان کا نقصان

خلاصہ

- (a) بیمہ کے عمل کے چار عناصر ہیں (اثاثہ ، جوکھم، جوکھم پولنگ اور بیمہ کنٹریکٹ)۔
- (b) ایک اثاثہ وہ ہے جو کچھ فائدہ فراہم کرتا ہے اور اس کے مالک کو معاشی قدر حاصل ہوتی ہے۔
- (c) نقصان کا امکان جوکھم کی عکاسی کرتا ہے۔
- (d) ایسے حالت یا حالات جو نقصان کے امکانات یا شدت کو بڑھاتے ہیں اسے خطرہ کہا جاتا ہے۔
- (e) ریاضیاتی اصول جو انشورنس کو ممکن بناتا ہے اسے جوکھم پولنگ کا اصول کہا جاتا ہے۔

کلیدی اصطلاح

- (a) اثاثہ
- (b) جوکھم
- (c) خطرہ
- (d) جوکھم پولنگ
- (e) پیشکش اور قبولیت
- (f) قانونی تحفظات/غور و فکر

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

باب 03-C بیمہ کے اصول

باب کا تعارف

اس باب میں، ہم ان اصولوں پر بات کریں گے جن کے بنیاد پر بیمہ کا نظام کام کرتا ہے۔

(a) انتہائی نیک نیتی یا "Uberrima fides" کو اس طرح کے انتظام کے طور پر بیان کیا گیا ہے جس میں "مجوزہ جوکھم سے منسلک تمام مادی حقائق کو رضاکارانہ طور پر، درست طریقے سے اور مکمل طور پر ظاہر کرنے کے لیے ایک مثبت ذمہ داری بھی شامل ہے، چاہے اس کی درخواست کی گئی ہو یا نہیں۔" تمام انشورنس معاہدے حتمی ہم آہنگی (Uberrima Fides) کے اصول پر مبنی ہیں۔

(b) 'قابل بیمہ مفاد' کا وجود ہر معاہدے کا ایک لازمی جزو ہے؛ اسے بیمہ کے لیے قانونی شرط مانا جاتا ہے۔

(c) معاوضہ اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ کسی حادثاتی واقعہ کی صورت میں بیمہ شدہ کو اس کے نقصان کی حد تک معاوضہ دیا جائے۔

(d) سبروگیشن کا مطلب یہ ہے کہ بیمہ کے موضوع سے متعلق تمام حقوق اور علاج بیمہ شدہ سے انشورنس کمپنی کو منتقل کر دیئے جاتے ہیں۔

(e) شراکت کے اصول میں کہا گیا ہے کہ اگر ایک ہی جائیداد کا ایک سے زیادہ انشورنس کمپنی کے ساتھ بیمہ کیا گیا ہو تو، تمام انشورنس کمپنیوں کے ذریعہ ادا کیا جانے والا کل معاوضہ فرد کو ہونے والے اصل نقصان سے زیادہ نہیں ہو سکتا۔

(f) قربت کا سبب بیمہ کا بنیادی اصول ہے اور اس کا تعلق اس بات سے ہے کہ نقصان درحقیقت کیسے ہوا اور کیا یہ واقعی بیمہ شدہ خطرے کے نتیجے میں ہوا ہے۔

قابل غور امور

- A. انتہائی نیک نیتی
- B. قابل بیمہ مفاد
- C. قریبی وجہ
- D. معاوضہ
- E. متبادل
- F. شراکت

بیمہ کے معاہدوں کی کئی خاص خصوصیات ہیں جن کا ذکر ذیل میں کیا گیا ہے۔

1. انتہائی نیک نیتی یا 'Uberrima Fides'

انتہائی نیک نیتی یا "Uberrima fides" انشورنس معاہدے کے بنیادی اصولوں میں سے ایک ہے۔ اس کی تعریف "رضاکارانہ طور پر، درست اور مکمل طور پر مجوزہ خطرے سے متعلق تمام مادی حقائق کو ظاہر کرنے کی مثبت ذمہ داری کے طور پر کی گئی ہے، چاہے درخواست کی گئی ہو یا نہیں۔"

تمام کاروباری معاہدے اس حد تک نیک نیتی پر مبنی ہوتے ہیں کہ معلومات فراہم کرنے یا لین دین کرتے وقت کوئی دھوکہ دہی یا فراڈ نہ ہو۔ یہاں "خریدار ہوشیار" یا "مشتري ہوشیار باش" کے اصول کی پیروی کی گئی ہے جس کا مطلب ہے خریدار ہوشیار۔ معاہدے کے فریقین سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ معاہدے کے موضوع کی جانچ کریں گے؛ جب تک ایک فریق دوسرے کو گمراہ نہ کرے اور سوالوں کے قابل اعتماد جواب دے؛ دوسرے فریق کے معاہدے سے فرار ہونے کا سوال ہی پیدا نہیں ہوتا۔

بیمہ کے معاہدے مختلف بنیادوں پر کھڑے ہوتے ہیں کیونکہ معاہدے کا موضوع بالواسطہ ہوتا ہے اور بیمہ کمپنی آسانی سے اس کے بارے میں جان نہیں سکتی۔ اس کے علاوہ، بہت سے حقائق ہیں جن سے صرف حامی ہی واقف ہو سکتا ہے۔ انشورنس کمپنی کو معلومات کے لیے مکمل طور پر تجویز کنندہ پر بھروسہ کرنا پڑتا ہے۔ لہذا، یہ تجویز کنندہ کی قانونی ذمہ داری ہے کہ وہ انشورنس کمپنیوں کو انشورنس کے موضوع کے بارے میں تمام مادی حقائق کا انکشاف کرے۔ یعنی، بیمہ کنندہ کو کسی بھی ایسی حقیقت کے سلسلے میں کوئی غلط بیانی نہیں کرنی چاہیے جو بیمہ کے معاہدے میں شامل ہو۔ بیمہ کے معاہدوں کے حوالے سے مکمل پیشکش اور مکمل انکشاف کی یہ بڑی ذمہ داری معاہدوں کو انتہائی نیک نیتی کا معاہدہ بناتی ہے۔

اگر کسی بھی فریق کی طرف سے مکمل نیک نیتی کا مشاہدہ نہیں کیا جاتا ہے، تو دوسرا فریق معاہدہ کو کالعدم کر سکتا ہے۔ اس کے پیچھے منطق یہ ہے کہ کسی کو بھی اپنی غلطی کا فائدہ اٹھانے کی اجازت نہیں ہونی چاہیے، خاص طور پر انشورنس کا معاہدہ کرتے وقت۔

(a) اہم حقائق کو اس طور پر بیان کیا گیا ہے جو کہ خطرے کے بارے میں فیصلہ کرنے میں مددگار ثابت ہوتے ہیں۔ وہ حقائق جن پر پریمیم کی شرح اور قواعد و ضوابط کا انحصار ہوتا ہے۔ یہ بیمہ کنندہ کی ذمہ داری ہے کہ وہ معاہدے سے متعلق تمام مادی حقائق کو مکمل اور درست طریقے سے ظاہر کرے۔

جس حقیقت کا انکشاف نہیں کیا گیا ہے وہ اہم تھا یا نہیں، یہ الگ الگ معاملے کی حالات پر منحصر کرتا ہے۔ آخر کار، اس کا فیصلہ عدالت میں ہی ہو سکتا ہے۔ بیمہ دار کو ان حقائق کو ظاہر کرنا ہوتا ہے جو جوکھم کو متاثر کرتے ہیں۔

اہم حقائق سے مراد وہ معلومات ہے جو انشورنس کمپنیوں کو درج ذیل فیصلے کرنے میں مدد کرتی ہے:

✓ کیا وہ جوکھم قبول کریں گے؟

✓ اگر ہاں، تو پریمیم کی شرح اور شرائط و ضوابط کیا ہوں گے؟

حتمی خیر سگالی کی یہ قانونی ذمہ داری مشترکہ قانون کے تحت پیدا ہوتی ہے۔ یہ ذمہ داری صرف ان مادی حقائق پر لاگو نہیں ہوتی جن سے تجویز کنندہ واقف ہے، بلکہ اس کا اطلاق ان اہم حقائق پر بھی ہوتا ہے جن سے اسے آگاہ ہونا چاہیے۔ اسی طرح، یہ انشورنس کمپنی کی ذمہ داری ہے کہ وہ بیمہ شدہ سے پالیسی کے بارے میں کوئی معلومات نہ چھپائے۔

مثال

ذیل میں اہم معلومات کی کچھ مثالیں دی گئی ہیں جو تجویز کنندہ کو تجویز کی تیاری کے وقت ظاہر کرنی چاہیے:

i. **لائف انشورنس:** فرد کی اپنی طبی تاریخ، جینیاتی امراض کی خاندانی تاریخ، سگریٹ نوشی اور شراب نوشی جیسی عادات، کام سے غیر حاضری، عمر، مشاغل، مالی معلومات جیسے کہ تجویز کنندہ کی آمدنی کی تفصیلات، پہلے سے موجود لائف انشورنس پالیسیاں، پیشہ وغیرہ۔

ii. **فائر انشورنس:** تعمیر، مقام/جوکہم کی حالت اور عمارت کے استعمال، عمارت کی عمر، احاطے کے مواد کی نوعیت وغیرہ۔

iii. **مرین انشورنس:** سامان کی تفصیل، پیکنگ کا طریقہ اور نقل و حمل کا طریقہ وغیرہ۔

iv. **موٹر انشورنس:** گاڑی کی تفصیلات، خریداری کی تاریخ اور علاقائی رجسٹریشن اتھارٹی وغیرہ۔

v. **بیلٹھ انشورنس:** پہلے سے موجود بیماری، عمر وغیرہ۔

(b) جب کوئی حقیقت 'اہم' ہو جاتی ہے: کچھ اہم حقائق جن کا اظہار کرنا ضروری ہوتا ہے، وہ حقائق ہیں جن کے ظاہر کرنے سے کسی خاص جوکہم میں عام طور پر توقع سے زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

مثال

جہاز سے بھیجے جا رہے کارگو کی خطرناک نوعیت، بیماری کی ماضی کی تاریخ، گھر کی چوری کی ماضی کی تاریخ۔

i. تمام انشورنس کمپنیوں سے لی گئی پالیسیوں کی موجودگی اور موجودہ حیثیت۔

ii. پروپوزل فارم یا انشورنس کی درخواست میں موجود تمام سوالات کو اہم سمجھا جاتا ہے، کیونکہ وہ انشورنس کے موضوع کے مختلف پہلوؤں اور جوکہم کے دائرہ کار سے نمٹتے ہیں۔ ان کا جواب تمام معاملات میں ایمانداری سے اور مکمل طور پر دیا جانا چاہیے۔

ذیل میں کچھ ایسے منظرنامے دیئے گئے ہیں جن میں اہم حقائق کو ظاہر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

معلومات

a. اہم حقائق جن کو ظاہر کرنے کی ضرورت نہیں ہے: جب تک کہ انڈر رائٹرز کی طرف سے کوئی خاص انکوائری نہیں کی جاتی ہے، تجویز کنندہ حقائق کو ظاہر کرنے کا پابند نہیں ہے جیسے:

i. جوکہم کو کم کرنے کے لیے اٹھائے گئے اقدامات۔ مثال کے طور پر فائر فائٹرز کی موجودگی۔

ii. ایسے حقائق جن کے بارے میں بیمہ دار کو علم نہیں ہے۔ مثال کے طور پر، ایک شخص جسے ہائی بلڈ پریشر کا مسئلہ ہے، لیکن پالیسی لیتے وقت اسے اس بات کا علم نہیں تھا، اس پر اس حقیقت کو ظاہر نہ کرنے کا الزام نہیں لگایا جا سکتا۔

iii. ایسے حقائق جو مستعدی سے معلوم نہیں ہو سکتے۔ ضروری نہیں کہ ہر چھوٹی بڑی حقیقت کو ظاہر کیا جائے۔ اگر انڈر رائٹرز کو مزید معلومات کی ضرورت ہے، تو انہیں اس کے بارے میں پوچھ گچھ کرنے کی تلاش میں رہنا چاہیے۔ اس طرح، کپڑے کی دکان کی بیمہ کرتے وقت، یہ خاص طور پر بتانا ضروری نہیں ہے کہ اسٹور میں کچھ مصنوعی کپڑے جلدی سے آگ پکڑ سکتے ہیں۔

iv. قانون کے معاملات: ہر ایک سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ زمین کے قانون سے واقف ہو۔ مثال کے طور پر، دھماکہ خیز مواد رکھنے سے متعلق میونسپل قوانین۔

v. کون سی بیمہ کمپنی غیر جانبدار نظر آتی ہے (یا کون سی مزید معلومات کی ضرورت کو چھوڑ دیتی ہے) اس بات سے آگاہ ہونا

ایسے معاملات میں، بیمہ کمپنی بعد میں اس بنیاد پر ذمہ داری سے بچ نہیں سکتی کہ جواب نامکمل تھے۔

b. ظاہر کرنے کی ذمہ داری : بیمہ کے معاہدوں کی صورت میں، ظاہر کرنے کی ذمہ داری گفت و شنید کی پوری مدت تک رہتی ہے، جب تک پیشکش قبول نہیں ہو جاتی اور لائف انشورنس پالیسی جاری نہیں ہو جاتی۔

ایک بار لائف انشورنس پالیسی کو قبول کر لینے کے بعد، پالیسی کی مدت کے دوران سامنے آنے والے کسی بھی مادی حقائق کو ظاہر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

مثال

مسٹر راجن نے پندرہ سال کی مدت کے لیے لائف انشورنس پالیسی لی ہے۔ پالیسی لینے کے چھ سال بعد، مسٹر راجن کو دل کا مسئلہ پیدا ہوا اور انہیں دل کی سرجری کرانی پڑی۔ مسٹر راجن کو انشورنس کمپنی کو اس حقیقت کا انکشاف کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

[تاہم، اگر پالیسی واجب الادا پریمیم کی ادائیگی میں ناکامی کی وجہ سے لیمپس حالت میں ہے اور پالیسی بولڈر اسے بحال کر کے پالیسی کنٹریکٹ کو بحال کرنا چاہتا ہے، لہذا ایسے احیاء کے وقت اس کی ذمہ داری ہے کہ وہ تمام اہم اور متعلقہ حقائق کو اس طرح ظاہر کرے جیسے یہ کوئی نئی پالیسی ہو۔]

اگر مسٹر راجن کے پاس پالیسی کی تجدید کے وقت ہیلتھ انشورنس ہے، تو انہیں اس صحت کے مسئلے کی اطلاع انشورنس کمپنی کو دینی ہوگی۔

اسی طرح، جنرل انشورنس کے معاملے میں، کسی انٹریپرائز/فیکٹری کے لیے فائر انشورنس پالیسی کی تجدید کرتے وقت، بیمہ دار کو انشورنس کمپنی

کو مطلع کرنا ہوگا کہ آیا عمارت کے استعمال میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے۔

کسی جہاز کے لیے ہل پالیسی کی تجدید کرتے وقت، بیمہ دار بیمہ کمپنی کو مطلع کرے گا کہ آیا جہاز کو مختلف قسم کے سامان کی نقل و حمل کے لیے تبدیل کیا گیا ہے۔ جیسے دالوں کی جگہ خطرناک کیمیکلز کی نقل و حمل۔

c. **حقائق کو ظاہر نہ کرنے کے حالات** اس وقت پیدا ہو سکتے ہیں جب بیمہ دار مادی حقائق کے بارے میں خاموش ہو، کیونکہ انشورنس کمپنی نے کوئی خاص انکوائری شروع نہیں کی ہے۔ اس طرح کے حالات انشورنس کمپنی کی طرف سے اٹھائے گئے سوالات کے جوابات دینے سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔

اگر عدم انکشاف غیر ارادی ہے (یعنی یہ شخص کے علم یا ارادے کے بغیر کیا گیا ہے) یا اس کی وجہ سے حقیقت یہ ہے کہ تجویز کنندہ نے محسوس کیا ہوگا اہم نہیں ہے۔ ایسے میں وہ بے قصور ہے۔

جب کسی حقیقت کو جان بوجھ کر دبایا جاتا ہے تو کہا جاتا ہے کہ اسے چھپایا گیا ہے۔ یہاں دھوکہ دینے کا ارادہ ہے۔

d. **غلط بیانی:** انشورنس کے معاہدے سے متعلق گفت و شنید کے دوران کیا گیا کوئی بھی بیان نمائندگی کہلاتا ہے۔ نمائندگی ایک مضبوط بیان یا حقیقت کا معتبر بیان، ارادے یا توقع کا بیان ہو سکتا ہے۔ توقع ہے کہ بیان بہت درست ہوگا۔ ایسی نمائندگی جس میں یقین یا توقع کی چیزیں شامل ہوں نیک نیتی سے کی جانی چاہئیں۔ غلط بیانی کی دو قسمیں ہیں :-

i. بے قصور غلط بیانی سے مراد دھوکہ دینے کے ارادے کے بغیر کیے گئے جھوٹے بیانات ہیں۔

ii. **دھوکہ دہی پر مبنی غلط بیانی** کا مطلب ہے بیمہ کمپنی کو دھوکہ دینے کے ارادے سے حقیقت کو جانے بغیر جان بوجھ کر یا لاپرواہی سے بیان کیے گئے ہیں۔

بیمہ کا معاہدہ عام طور پر اس وقت غلط ہو جاتا ہے جب دھوکہ دینے کے ارادے سے حقائق کو جان بوجھ کر دبایا جاتا ہے یا جب دھوکہ دہی سے غلط بیانی کی جاتی ہے۔

انشورنس ایکٹ، 1938 کی ترمیم (مارچ 2015) ان حالات کے بارے میں کچھ رہنما اصول فراہم کرتی ہے۔ جس کے تحت فراڈ کی وجہ سے کسی بھی پالیسی پر سوالیہ نشان لگ سکتا ہے۔ نئی دفعات حسب ذیل ہیں:-

e. **فراڈ/جعلی:** اصطلاح "فراڈ/جعل سازی" کو انشورنس ایکٹ کے سیکشن 45 (2) (2015 میں ترمیم شدہ) کے تحت تجویز کیا گیا ہے۔ اس کے مطابق، ایک لائف انشورنس پالیسی پر انشورنس کمپنی کی طرف سے دھوکہ دہی کی بنیاد پر ایک مدت کے اندر پوچھ گچھ کی جا سکتی ہے (اس کے بعد نہیں)۔ تاہم، انشورنس کمپنی ذیل میں دی گئی تاریخ سے صرف تین سال کے اندر ایسا کر سکتی ہے: (a) پالیسی جاری کرنے کی تاریخ (b) جوکہم کے آغاز کی تاریخ (c) پالیسی کے احیاء کی تاریخ یا پالیسی میں رائڈر میں اضافہ کی تاریخ، جو بھی بعد میں ہو۔

بیمہ کمپنی پر لازم ہے کہ وہ بیمہ شدہ یا اس کے قانونی نمائندوں، نامزد افراد یا تفویض کو تحریری طور پر ان وجوہات کے بارے میں مطلع کرے جن پر پالیسی پر سوال کیا گیا ہے۔

"فراڈ/جعل سازی" کا مطلب ہے بیمہ کرنے والے کی طرف سے انشورنس کمپنی کو دھوکہ دینے یا انشورنس کمپنی کو انشورنس پالیسی جاری کرنے پر آمادہ کرنے کے ارادے سے کی گئی کوئی بھی کارروائی۔ اس میں یہ بھی شامل ہے کہ اگر پالیسی ہولڈر زندہ نہیں ہے، تو دھوکہ دہی کو جھوٹا ثابت کرنے کی ذمہ داری فائدہ اٹھانے والوں پر ہے۔

B. قابل بیمہ مفاد

قابل بیمہ مفاد' کا وجود بیمہ کے ہر معاہدے کا ایک لازمی جزو ہے اور اسے انشورنس کے لیے قانونی شرط سمجھا جاتا ہے۔

قابل بیمہ مفاد کے تین ضروری عناصر ہیں:

i. کوئی بھی جائیداد، حق، مفاد، زندگی یا ممکنہ ذمہ داری ہونی چاہیے جس کی بیمہ کی جا سکے۔

ii. ایسی جائیداد، حق، مفاد، زندگی یا ممکنہ ذمہ داری بیمہ کا موضوع ہونا چاہیے۔

iii. بیمہ شدہ کا موضوع سے ایسا قانونی تعلق ہونا چاہیے کہ اسے جائیداد، حق، مفاد اور زندگی کے تحفظ یا ذمہ داری سے آزادی کا فائدہ ملے۔ اس بنیاد پر، اسی طرح سے ہونے والا کوئی، نقصان، چوٹ یا ذمہ داری مالی نقصان کا ذمہ دار ہوگا۔

آئیے دیکھتے ہیں کہ انشورنس جوئے یا داؤں کے معاہدے سے کس طرح مختلف ہے۔

(a) جو اور انشورنس: تاش کے کھیل کے برعکس، جس میں کوئی شخص جیت سکتا ہے یا ہار سکتا ہے، آگ لگنے کا نتیجہ صرف ایک ہی نکل سکتا ہے - مالک مکان کو نقصان۔

مکان کا مالک اس بات کو یقینی بنانے کے لیے انشورنس لیتا ہے کہ اسے ہونے والے نقصانات کے لیے کسی نہ کسی طریقے سے معاوضہ دیا جائے۔

دوسرے لفظوں میں، قابل بیمہ مفاد وہ چیز ہے جو بیمہ دار کو بیمہ کے موضوع میں ہوتا ہے۔ قابل بیمہ مفاد انشورنس کے معاہدے کو درست اور قانون کے تحت قابل اطلاق بناتا ہے۔

مثال

اگر مسٹر پٹیل نے بینک سے 15 لاکھ روپے کا رهن قرض لے کر مکان خریدا ہے اور اگر اس نے اس رقم میں سے 12 لاکھ روپے ادا کیے ہیں، تو بینک کا سود صرف 3 لاکھ روپے واجب الادا ہوگا۔

اس طرح بینک کے پاس قرض کی بقایا رقم کے لیے گھر میں مالی طور پر قابل بیمہ مفاد بھی ہوگا اور بینک اس بات کو یقینی بنائے گا کہ اسے پالیسی میں شریک بیمہ شدہ بنایا جائے۔

مسٹر پٹیل ایک مکان کے مالک ہیں جس پر انہوں نے بینک سے 15 لاکھ روپے کا ربن قرض لیا ہے۔ ذیل کے سوالات پر غور کریں:

✓ کیا اُن کا مکان کے رکھ رکھاؤ میں دلچسپی ہے؟

✓ کیا مکان میں بینک کا قابل بیمہ مفاد ہے؟

✓ اُن کے پڑوسی کے بارے میں کیا کہیں گے؟

مسٹر داس کے خاندان میں بیوی، دو بچے اور بوڑھے والدین ہیں۔ ذیل کے سوالات پر غور کریں:

✓ کیا مسٹر داس کو اپنی صحت میں قابل بیمہ مفاد ہے؟

✓ اگر ان میں سے کسی کو ہسپتال میں داخل ہونا پڑے تو کیا مسٹر داس کو مالی نقصان اٹھانا ہو گا؟

✓ ان کے پڑوسی کے بچوں کا کیا ہوگا؟ کیا مسٹر داس کو ان کے لیے بھی کوئی قابل بیمہ مفاد ہوگا؟

بیمہ کے موضوع اور بیمہ کے معاہدے کے موضوع کے درمیان فرق کرنا یہاں متعلقہ ہوگا۔

انشورنس کے موضوع سے مراد وہ جائیداد ہے جس کے خلاف اس کا بیمہ کیا جا رہا ہے اور جس کی اپنی ایک موروثی قیمت ہے۔

دوسری طرف، بیمہ کے معاہدے کا موضوع اس پراپرٹی میں بیمہ شدہ کا مالی مفاد ہے۔ یہ تب ہی ہوتا ہے جب بیمہ دار کو جائیداد میں اتنی دلچسپی ہوتی ہے کہ اسے بیمہ کروانے کا قانونی حق حاصل ہوتا ہے۔ صحیح معنوں میں، ایک انشورنس پالیسی اصل میں جائیداد کا احاطہ نہیں کرتی، بلکہ جائیداد میں بیمہ شدہ کی مالی دلچسپی کا احاطہ کرتی ہے۔

شکل 1: عام قانون کے تحت قابل بیمہ مفاد



(b) وہ وقت جب قابل بیمہ مفاد کا موجود ہونا ضروری ہے: لائف انشورنس میں، پالیسی لینے کے وقت قابل بیمہ مفاد کا موجود ہونا ضروری ہے۔ عام بیمہ میں، قابل بیمہ مفاد کا ہونا ضروری ہے پالیسی لینے کے وقت اور دعویٰ کرنے کے وقت؛ اس میں بھی کچھ مستثنیات ہیں، جیسے کہ سمندری پالیسیاں جن میں دعویٰ کے وقت ایک بیمہ مفاد کا ہونا ضروری ہے۔

آگ اور حادثاتی بیمہ کی صورت میں، قابل بیمہ مفاد پالیسی لینے کے وقت اور نقصان کے وقت موجود ہونا چاہیے۔

صحت اور ذاتی حادثے کی بیمہ کی صورت میں، تجویز کنندہ اپنے علاوہ خاندان کا بیمہ کرا سکتا ہے، کیونکہ اگر گھر والوں کے ساتھ کوئی حادثہ ہو جائے یا انہیں ہسپتال میں داخل ہونا پڑے تو تجویز کنندہ کو مالی نقصان اٹھانا پڑ سکتا ہے۔ تاہم، میرین کارگو انشورنس کے معاملے میں، قابل بیمہ مفاد صرف نقصان کے وقت موجود ہونا چاہیے، کیونکہ قیمت کی ادائیگی کے بعد سامان کی ملکیت کسی دوسرے شخص کو منتقل ہو جاتی ہے۔ یہ سامان کی نقل و حمل کے دوران ہو سکتا ہے۔

C. قریبی وجہ

قریبی کا سبب انشورنس کا بنیادی اصول ہے اور اس کا تعلق اس بات سے ہے کہ نقصان اصل میں کیسے ہوا اور آیا یہ بیمہ شدہ خطرے کے نتیجے میں ہوا ہے۔ اگر نقصان بیمہ شدہ خطرے کی وجہ سے ہوا ہے، تو انشورنس کمپنی ذمہ دار ہے۔ اگر قریبی وجہ بیمہ شدہ خطرہ ہے، تو انشورنس کمپنی نقصان کی تلافی کرنے کے پابند ہے، ورنہ نہیں۔ اصول کا یہ اطلاق عملی طور پر کے معاملے میں زیادہ ہوتا ہے۔

جب کوئی غیر زندگی دعوے نقصان ہوتا ہے، تو اکثر واقعات کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جو واقعہ کا باعث بنتا ہے۔ اس لیے بعض اوقات قریب ترین یا قریبی وجہ کا پتہ لگانا مشکل ہو جاتا ہے۔ اس اصول کے تحت، انشورنس کمپنی اس اہم وجہ کی تلاش کرتی ہے جو نقصان کا سبب بننے والے واقعات کے سلسلے کو حرکت میں لاتی ہے۔ ضروری نہیں کہ یہ واقعہ سے فوراً پہلے کا آخری واقعہ ہو، یعنی ضروری نہیں کہ یہ واقعہ نقصان کی وجہ کے قریب ترین یا براہ راست ذمہ دار ہو۔ مثال کے طور پر، آگ لگنے کی وجہ سے پانی کا پائپ پھٹ سکتا ہے۔ اس کے باوجود کہ اس کے نتیجے میں ہونے والا نقصان پانی سے ہونے والا نقصان ہے، آگ کو اب بھی واقعے کی ایک قریبی وجہ سمجھا جائے گا۔ دیگر وجوہات کو دور کی وجوہات میں درجہ بندی کیا جا سکتا ہے، پھر قربت کے اسباب سے الگ۔ دور کی وجوہات موجود ہو سکتی ہیں لیکن وہ واقعہ کی وجہ میں تعاون نہیں کریں گے۔

تعریف

قریبی کی وجہ کو اس طرح کے ایک فعال اور غالب سبب کے طور پر بیان کیا گیا ہے جو واقعات کے سلسلہ کو حرکت میں لاتا ہے جو نتیجہ کی طرف لے جاتا ہے، اس میں کسی طاقت کا کوئی عمل دخل نہیں جو کسی نئے اور آزاد ذریعہ سے شروع ہو کر سرگرم عمل ہے۔

بیمہ کے معاہدوں میں قریبی وجہ کا اصول کیسے لاگو ہوتا ہے؟ کیونکہ انشورنس موت کی وجہ سے قطع نظر، موت کے فوائد کی ادائیگی کے لیے فراہم کرتا ہے، اس لیے عام طور پر قربت کا اصول لاگو نہیں ہوتا۔ تاہم، بیمہ کے بہت سے معاہدوں میں حادثاتی فائدہ کا اضافہ بھی شامل ہو سکتا ہے۔ جہاں حادثاتی موت کی صورت میں اضافی بیمہ کی رقم قابل ادائیگی ہے۔ ایسی صورت حال میں اس کی وجہ تلاش کرنا ضروری ہو جاتا ہے۔۔۔ کیا موت کسی حادثے کے نتیجے میں ہوئی؟ ایسی صورتوں میں قربت کا اصول لاگو ہوگا۔

قریبی وجہ کے اصول کو سمجھنے کے لیے درج ذیل صورت حال پر غور کریں:

منظر 1: مسٹر وجے نے اپنی کار گیراج کے سامنے کھڑی کی اور لمبی چھٹی پر چلے گئے۔ چھ ماہ بعد جب وہ واپس آیا اور کار اسٹارٹ کی تو اسے معلوم ہوا کہ گاڑی کا اینرکنڈیشن کام نہیں کر رہا ہے۔ مسٹر اجے نے اینر کنڈیشننگ کی مرمت کے اخراجات کے لیے انشورنس کمپنی کے پاس دعویٰ دائر کیا، انشورنس کمپنی نے دعویٰ مسترد کر دیا۔ انشورنس کمپنی نے دلیل دی کہ نقصان کار اور اینر کنڈیشننگ سسٹم کے 'عام ٹوٹ پھوٹ' کی وجہ سے ہوا، جو کہ انشورنس پالیسی میں ایک خارج شدہ خطرہ تھا۔ مسٹر اجے نے عدالت کا دروازہ کھٹکھٹایا۔ سروے رپورٹ چیک کرنے کے بعد جس میں بتایا گیا کہ گاڑی 12 سال پرانی ہے۔ اور پچھلے 6 سالوں کے دوران نہ تو کار اور نہ ہی اینر کنڈیشننگ کی سروس/مرمت کی گئی ہے، لہذا نقصان 'نارمل ٹوٹ پھوٹ' کی وجہ سے ہوا اور انشورنس کمپنی کلیم ادا کرنے کی ذمہ دار نہیں تھی۔

منظر 2: مسٹر پنٹو، گھوڑے پر سوار، زمین پر گرے اور اس کی ٹانگ ٹوٹ گئی۔ وہ کافی دیر تک گیلی زمین پر پڑا رہا جس کے بعد اسے ہسپتال لے جایا گیا۔ گیلی زمین پر لیٹنے کی وجہ سے اسے بخار چڑھ گیا جو نمونیا میں بدل گیا اور اسی وجہ سے اس کی موت ہو گئی۔ اگرچہ نمونیا قریبی کی وجہ سے ہوا ہے، حادثے میں گرنے کو ایک قریبی وجہ سمجھا گیا اور دعویٰ کی ادائیگی پرسنل ایکسیڈنٹ انشورنس کے تحت کیا گیا۔

آگ لگنے سے کچھ نقصانات ہیں جو بیمہ دار کو برداشت کرنا پڑتے ہیں، لیکن انہیں فوری طور پر آگ لگنے کی وجہ سے حادثہ نہیں کہا جا سکتا۔ عملی طور پر، ان میں سے کچھ نقصانات روایتی طور پر آگ انشورنس پالیسیوں کے تحت کاروبار کے ذریعے پورے کیے جاتے ہیں۔

ایسے نقصانات کی مثالیں یہ ہو سکتی ہیں۔

- ✓ آگ بجھانے کے لیے استعمال ہونے والے پانی کی وجہ سے املاک کو نقصان
- ✓ فائر بریگیڈ کی ڈیوٹی کرتے ہوئے املاک کو پہنچنے والا نقصان
- ✓ کسی جلتی ہوئی عمارت سے محفوظ مقام پر منتقل ہونے سے املاک کو پہنچنے والا نقصان۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

گھوڑے کی سواری کے حادثے کے بعد، گیلی زمین پر لیٹنے کے بعد مسٹر پنٹو کو نمونیا ہو گیا۔ مسٹر پنٹو کی موت نمونیا سے ہوئی۔ موت کی فوری وجہ کیا ہے؟

I. نمونیا

II. گھوڑا

III. گھڑ سواری کا حادثہ

IV. بد قسمتی

معاوضے کا اصول نان لائف انشورنس پالیسیوں پر لاگو ہوتا ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ پالیسی ہولڈر، جو نقصان اٹھاتا ہے، اسے اس قدر معاوضہ دیا جاتا ہے کہ اسے اسی مالی حالت میں واپس کر دیا جائے جیسا کہ نقصان کے واقعے سے پہلے تھا۔ بیمہ کا معاہدہ اس بات کی ضمانت دیتا ہے کہ بیمہ شدہ کو صرف نقصان کی حد تک معاوضہ دیا جائے گا، اس سے زیادہ نہیں۔

اس کے پیچھے اصول یہ ہے کہ فرد کو اپنی جائیدادوں کا بیمہ کروانے سے کوئی فائدہ نہیں ہونا چاہیے اور نقصان کی زیادہ تلافی نہیں کرنی چاہیے۔ انشورنس کمپنی نقصان کی معاشی قیمت کا اندازہ لگائے گی اور اس کے مطابق معاوضہ ادا کرے گی۔

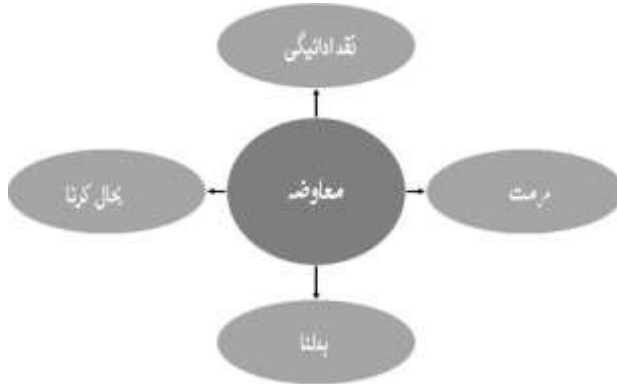
مثال

رام نے 10 لاکھ روپے کی پوری رقم کے لیے اپنے گھر کا بیمہ کرایا۔ آگ لگنے سے ان کا 70 ہزار روپے کا نقصان ہوا ہے۔ انشورنس کمپنی اسے 70,000 روپے کی رقم ادا کرے گی۔ بیمہ شدہ اس رقم سے زیادہ کا دعویٰ نہیں کر سکتا۔

معاوضے کی رقم اس بات پر منحصر ہوگی کہ اس شخص نے کس قسم کا بیمہ لیا ہے۔ درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ ذرائع سے معاوضہ دیا جا سکتا ہے:

- ✓ نقد ادائیگی
- ✓ تباہ شدہ سامان کی مرمت
- ✓ کھوئی ہوئی یا خراب اشیاء کو تبدیل کرنا
- ✓ بحالی، مثال کے طور پر، آگ سے تباہ شدہ گھر کی تعمیر نو

شکل 2 : معاوضہ



(a) **متفق قدر:** تاہم، کچھ مضامین ایسے بھی ہیں جن کی قیمت نقصان کے وقت آسانی سے اندازہ یا تعین نہیں کیا جاسکتا۔ مثال کے طور پر، خاندانی وراثت کی شے یا آرٹ ورک کے ٹکڑے کی صورت میں، اس کی قیمت کا اندازہ لگانا مشکل ہو سکتا ہے۔ اسی طرح، میرین انشورنس پالیسیوں میں، پوری دنیا میں کسی جہاز کے آدھے راستے میں حادثے کی صورت میں نقصانات کا اندازہ لگانا مشکل ہو سکتا ہے۔

ایسے معاملات میں ایک اصول اپنایا جاتا ہے جسے 'متفقہ قدر' کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنی اور بیمہ کنندہ بیمہ کے معاہدے کے آغاز پر بیمہ کے قابل اثاثہ کی قیمت پر متفق ہیں۔ مکمل نقصان کی صورت میں، انشورنس کمپنی پالیسی کی متفقہ رقم ادا کرنے پر راضی ہے۔ اس قسم کی پالیسی کو "اتفاق شدہ قدر کی پالیسی" کہا جاتا ہے۔

(b) **کم بیمہ:** اب آئیے ایک ایسی صورت حال پر غور کریں جہاں جائیداد کی پوری قیمت کے لیے بیمہ نہیں کیا گیا ہے۔ ایسی صورت میں، وہ شخص اپنے بیمہ کے تناسب سے نقصان کا معاوضہ حاصل کرنے کا حقدار ہوگا۔

فرض کریں کہ 10 لاکھ روپے کے گھر کا بیمہ صرف 5 لاکھ روپے میں ہے۔ اگر آگ لگنے سے 60,000 روپے کا نقصان ہوا ہے تو وہ شخص پوری رقم کا دعویٰ نہیں کر سکتا۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ مالک مکان نے گھر کی نصف قیمت کا ہی بیمہ کروایا ہے اور اس طرح وہ نقصان کی رقم کا صرف 50% [Rs.30,000] کا دعویٰ کرنے کا حقدار ہے۔ اسے کم بیمہ کہتے ہیں۔

نان لائف انشورنس کی زیادہ تر شکلوں میں، جہاں جائیداد اور ذمہ داری کا بیمہ کیا جاتا ہے، بیمہ شدہ کو نقصان کی اصل رقم کی حد تک معاوضہ دیا جاتا ہے۔ یعنی کھوئی ہوئی یا تباہ شدہ جائیداد کو اس کی موجودہ مارکیٹ ویلیو پر بدلنے کے لیے درکار رقم؛ اس میں فرسودگی کی کٹوتی کی جائے گی۔

E. متبادل

متبادل (سبروگیشن) کا مطلب ہے بیمہ کے موضوع سے متعلق تمام حقوق اور علاج بیمہ شدہ سے انشورنس کمپنی کو منتقل کرنا۔ پیشکش معاوضے کے اصول پر مبنی ہے۔ اسلئے، اسے معاوضہ کا نتیجہ (corollary) کہا جاتا ہے۔

دوسرے لفظوں میں، اگر کسی بیمہ شدہ کو نقصان ہوتا ہے اور بیمہ کمپنی نے نقصان کی تلافی کردی ہے، تو بیمہ شدہ کا حق اس نقصان کے لیے تیسرے فریق کو معاوضہ دینے کا حق انشورنس کمپنی کو جاتا ہے۔ نوٹ کریں کہ بیمہ کمپنی کو تیسرے فریق سے ہرجانے کی رقم صرف انشورنس کمپنی کی طرف سے ادا کی جانے والی رقم تک محدود ہوگی۔

اہم

متبادل (سبروگیشن): یہ ایک ایسا عمل ہے جو انشورنس کمپنی کے ذریعے پالیسی ہولڈر کو ادا کی گئی دعویٰ کی رقم کو لاپرواہ تیسرے فریق سے وصول کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔

پیشکش کو بیمہ شدہ کی جانب سے حقوق کی بیمہ کمپنی کے حوالے کرنے کے طور پر بھی بیان کیا جا سکتا ہے جس نے فریق ثالث کے خلاف دعویٰ کی ادائیگی کی ہے۔

مثال

مسٹر کشور کے خاندان کا سامان سلوین ٹرانسپورٹ سروس لے جا رہا ہے۔ ڈرائیور کی لاپرواہی سے 45000 روپے تک کے سامان کو نقصان پہنچا؛ انشورنس کمپنی نے مسٹر کشور کو 30,000 روپے کی رقم ادا کی۔ انشورنس کمپنی نے صرف 30,000 روپے کی حد تک پیشکش کی ہے اور وہ یہ رقم سلوین ٹرانسپورٹ سے وصول کرتی ہے۔

اگر اس معاملے پر مقدمہ چلایا جاتا ہے اور عدالت مسٹر کشور کو سلوین ٹرانسپورٹ کو 35,000 روپے بطور معاوضہ ادا کرنے کی ہدایت کرتی ہے،

لہذا مسٹر کشور پلیسمنٹ کی شق کے تحت 30,000 روپے کی دعویٰ رقم انشورنس کمپنی کو ادا کرنے کے ذمہ دار ہیں اور وہ 5,000 روپے کی بقیہ رقم اپنے پاس رکھ سکتے ہیں۔

پروویژن کی شق بیمہ کنندہ کو انشورنس کمپنی اور کسی تیسرے فریق سے نقصان کی رقم سے زیادہ رقم وصول کرنے سے روکتی ہے۔ پیشکش صرف معاوضے کے معاہدوں کی صورت میں کام کرتی ہے۔ یہ فائدے کی پالیسیوں جیسے لائف انشورنس پالیسیوں یا ذاتی حادثاتی پالیسیوں کے خلاف کام نہیں کرتا ہے۔

مثال

مسٹر سریش کی بوائی جہاز کے حادثے میں موت ہو گئی۔ اس کا خاندان اس انشورنس کمپنی سے 50 لاکھ روپے کی مکمل بیمہ شدہ رقم وصول کرنے کا حقدار ہے جس نے ذاتی حادثے کی پالیسی جاری کی ہے۔ اس کے علاوہ اہل خانہ کو ایئر لائن کی جانب سے 15 لاکھ روپے کا معاوضہ بھی دیا جائے گا۔

F. شراکت (تعاون)

متبادل کی طرح، 'تعاون' بھی معاوضے کے اصول پر کام کرتا ہے۔ اسلئے، اسے بھی معاوضے کا نتیجہ (corollary) کہا جاتا ہے۔ شراکت وہ اصول ہے جو عام بیمہ کے معاہدوں میں کام کرتا ہے۔ یہ ہمیں بتاتا ہے کہ اس ذمہ داری کو کیسے پورا کیا جائے گا اگر بیمہ دار نے ایک سے زیادہ انشورنس کمپنی سے انشورنس لی ہے۔ شراکت کا مطلب ہے کہ اگر ایک ہی جائیداد کا ایک سے زیادہ انشورنس کمپنی کے ساتھ بیمہ کیا گیا ہے، لہذا تمام انشورنس کمپنیوں کے ذریعہ ادا کیا جانے والا کل معاوضہ اصل نقصان کی رقم سے زیادہ نہیں ہو سکتا۔ پالیسی ہولڈر ہر انشورنس کمپنی سے نقصان کے حصہ کا دعویٰ صرف اس رقم کے تناسب سے کر سکتا ہے جو اس نے انفرادی انشورنس کمپنی کے ساتھ بیمہ کرایا ہے۔

مثال: مسٹر سری نواس نے اپنے گھر پر دو انشورنس کمپنیوں سے فائر انشورنس پالیسی لی ہے اور دونوں کے ساتھ اس نے 12 لاکھ روپے کی پوری قیمت کا بیمہ کرایا ہے۔ فرض کریں کہ اس کے گھر میں آگ لگ جاتی ہے اور اس سے 3 لاکھ روپے کا نقصان ہوتا ہے، لہذا وہ ہر انشورنس کمپنی سے 1.5 لاکھ روپے کی رقم کا دعویٰ کر سکتا ہے۔

شراکت کا اصول صرف معاوضے کی پالیسیوں پر لاگو ہوتا ہے۔ یہ اصول لائف انشورنس کے معاملے میں لاگو نہیں ہوتا، کیونکہ ایسی کوئی بالائی حد نہیں ہے جو جانی نقصان کی صورت میں ہونے والے نقصانات پر عائد کی جا سکے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سی زبردستی/ دباؤ کی مثال ہے؟

- I. ہمیشہ مضمون جانے بغیر معاہدے پر دستخط کرتا ہے۔
- II. ہمیشہ ہمیش کو دھمکی دیتا ہے کہ اگر وہ معاہدہ پر دستخط نہیں کرتا تو اسے جان سے مار ڈالے گا۔

III. ہمیش ہمیش سے معاہدہ پر دستخط کروانے کے لیے اپنی پیشہ ورانہ حیثیت کا استعمال کرتا ہے۔

IV. ہمیش ہمیش سے معاہدہ پر دستخط کروانے کے لیے غلط معلومات دیتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

ہمیش درج ذیل میں سے کون سے اختیارات کا بیمہ نہیں کرا سکتا؟

I. ہمیش کا مکان

II. ہمیش کی بیوی

III. ہمیش کا دوست

IV. ہمیش کے والدین

اپنے آپ کو چیک کریں 4

شراکت کے اصول کی کیا اہمیت ہے؟

I. اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ انشورنس کمپنی کے ساتھ ساتھ بیمہ دار بھی دعوے کے کچھ حصے میں شراکت کرتا ہے۔

II. اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ تمام بیمہ دار جو پول کا حصہ ہیں پول کے کسی بھی شریک کے ذریعہ کئے گئے دعوے کے لئے اپنے پریمیم کی ادائیگی کے تناسب سے شراکت ڈالیں۔

III. اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ ایک ہی موضوع کا احاطہ کرنے والی متعدد بیمہ کمپنیاں، ایک ساتھ مل کر موضوع سے ان کی نمائش کے تناسب سے، دعوے کی رقم میں حصہ لیتے ہیں۔

IV. اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ بیمہ شدہ کئی سالوں تک مساوی قسطوں میں پریمیم کا حصہ دیتے رہیں گے۔

خلاصہ

انشورنس پالیسیوں کی اہم خصوصیات میں شامل ہیں:

i. انتہائی نیک نیتی،

ii. قابل بیمہ مفاد،

iii. قریبی وجہ

iv. معاوضہ

v. متبادل

vi. شراکت

کلیدی اصطلاح

1. عدم انکشاف
2. غلط بیانی
3. اہم حقائق
4. متفقہ قیمت
5. کم بیمہ

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 4 - صحیح آپشن III ہے۔

باب 04-C

انشورنس معاہدوں کی خصوصیات

باب کا تعارف

اس باب میں، ہم ان عناصر پر بات کریں گے جو بیمہ کے معاہدے کے کام کرنے اور نمایاں خصوصیات کو کنٹرول کرتے ہیں۔

قابل غور امور

- A.** انشورنس معاہدوں کے قانونی پہلو
- B.** ایک درست معاہدے کے عناصر
- C.** پیشگی پریمیم کی ادائیگی
- D.** درخواست / التجا
- E.** رعایتی مدت اور مُفت نظر جیسی دفعات کو فعال کرنا

A. بیمہ کا معاہدہ - قانونی پہلو اور خاص خصوصیات

اس باب میں انشورنس معاہدہ کے قانونی پہلوؤں اور نمایاں خصوصیات پر بھی بحث کی گئی ہے۔

1. بیمہ کا معاہدہ

انشورنس ایک قانونی معاہدے پر مشتمل ہوتا ہے جو انشورنس کمپنی کو قیمت یا پریمیم کے لیے مخصوص خطرات سے مالی تحفظ فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ قانونی معاہدہ انشورنس پالیسی کی شکل میں ہوتا ہے۔

2. انشورنس معاہدے کے قانونی معاملات

اس سیکشن میں ہم بیمہ کے معاہدوں کی کچھ خصوصیات دیکھیں گے اور عام طور پر بیمہ کے معاہدوں کو کنٹرول کرنے والے قانونی اصولوں پر غور کریں گے۔

اہم معلومات

معاہدہ مختلف فریقوں کے درمیان ایک سمجھوتہ ہے جسے قانون کے ذریعے نافذ کیا جاتا ہے۔ ہندوستان میں کئے گئے تمام معاہدے انڈین کنٹریکٹس ایکٹ، 1872 کے تابع ہیں، جس میں بیمہ کے معاہدے بھی شامل ہیں۔

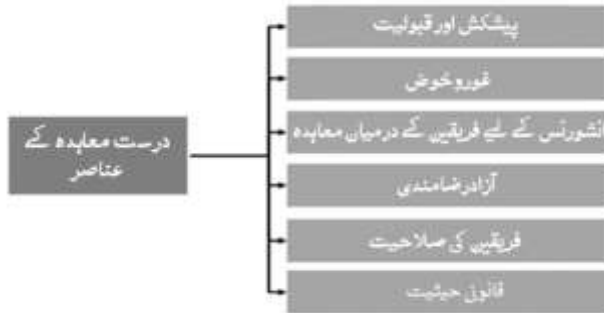
بیمہ دو فریقوں کے درمیان ایک معاہدہ ہے، یعنی بیمہ کمپنی (بیمہ کنندہ) اور پالیسی ہولڈر، جسے بیمہ شدہ کہا جاتا ہے، اور یہ معاہدہ ہندوستانی معاہدہ ایکٹ، 1872 کے تحت ضروریات کو پورا کرتا ہے۔

شکل 1: بیمہ کا معاہدہ



B. درست معاہدے کے عناصر

تصویر 2 درست معاہدے کے عناصر



کسی بھی چیز کو تسلیم کیا جاتا ہے:

1. پیشکش اور قبولیت

جب کوئی شخص کسی عمل کے لیے دوسرے کی رضامندی حاصل کرنے کے مقصد سے کوئی کام کرنا چاہے یا اس سے پرہیز کرے تو اس عمل کو تجویز کرنا کہتے ہیں۔ پیشکش عام طور پر تجویز کنندہ (بیمہ شدہ) کے ذریعہ کی جاتی ہے، اور قبولیت بیمہ کمپنی کی طرف سے کی جاتی ہے۔

جب کوئی شخص جس کو پیشکش کی جاتی ہے وہ اس پر رضامندی دیتا ہے، اسے قبولیت سمجھا جاتا ہے۔ اس لیے جب پیشکش قبول ہو جاتی ہے تو یہ وعدہ بن جاتا ہے۔ یہ قبولیت تجویز کنندہ کو بتائی جانی چاہیے، جس کے نتیجے میں معاہدہ بنتا ہے۔

جب تجویز کنندہ انشورنس پلان کی شرائط کو قبول کرتا ہے اور جمع کی رقم ادا کر کے اپنی رضامندی دیتا ہے، یہ ڈپازٹ رقم پہلے پیشکش کو قبول کرنے پر پریمیم میں تبدیل ہو جاتی ہے، پھر پیشکش ایک پالیسی بن جاتی ہے۔ اگر کوئی شرط لاگو ہوتی ہے، تو یہ جوابی پیشکش بن جاتی ہے۔ پالیسی بانڈ معاہدہ کا ثبوت بن جاتا ہے۔

2. غور و خوض

اس کا مطلب ہے کہ معاہدہ میں بیمہ شدہ فریقین کے لیے کچھ باہمی فائدے کا ہونا ضروری ہے۔ پریمیم بیمہ شدہ سے موصول ہونے والی روپیہ ہے اور معاوضے کا وعدہ بیمہ کمپنیوں سے موصول ہونے والی ادائیگی ہے۔

3. دونوں فریقوں کے درمیان معاہدہ

دونوں فریقین، بیمہ کمپنی اور بیمہ کنندہ کو ایک ہی چیز پر متفق ہونا چاہیے۔ دوسرے الفاظ میں، دونوں جماعتوں کو متفق ہونا ضروری ہے۔

4. باہمی رضامندی

معاہدہ غلامی سے پاک ہونا چاہیے۔ رضامندی کو آزاد کہا جا سکتا ہے جب اسے مندرجہ ذیل سے نہیں لیا جاتا ہے۔

✓ دباؤ/زبردستی

✓ غیر ضروری اثر و رسوخ

✓ دھوکہ

✓ غلط بیانی

✓ غلطی

اگر معاہدہ زبردستی / دھوکہ دہی، دھوکہ دہی یا غلطی کے ذریعے حاصل کیا گیا ہے تو اس طرح کے معاہدے کو منسوخ کیا جاسکتا ہے۔

5. بیمہ کے لیے فریقین کی اہلیت

معاہدے کے دونوں فریق قانونی طور پر معاہدے میں داخل ہونے کے اہل ہوں۔ پالیسی ہولڈر کو تجویز پر دستخط کرتے وقت قانون کے مطابق علم اور عقل ہونا چاہیے اور اسے قانون کے ذریعے نااہل نہیں کیا جانا چاہیے۔ مثال کے طور پر، ایک نابالغ بیمہ کا معاہدہ نہیں کر سکتا۔

6. قانونی حیثیت

معائدے کا مقصد قانونی ہونا چاہیے۔ مثال کے طور پر، انشورنس کسی غیر قانونی کام کے لیے نہیں ہو سکتی۔ کوئی بھی معاہدہ جس کا مقصد یا ادائیگی غیر قانونی ہو قانون کے ذریعہ باطل ہے۔ انشورنس معاہدہ کا مقصد ایک قانونی معاملہ ہے۔

مزید، بیمہ کے معاہدے میں کسی شخص کا داخلہ اس کی آزاد مرضی سے ہونا چاہیے؛ اس میں کوئی دباؤ، خوف یا غلطی نہیں ہونی چاہیے۔

C. پریمیم کی پیشگی ادائیگی

ہندوستانی قانون کے تحت، انشورنس کمپنی کو جو کھم کو قبول کرنے کی اجازت نہیں ہے جب تک کہ وہ پیشگی پریمیم حاصل نہ کر لیں۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ ہندوستان میں کریڈٹ / کریڈٹ کی بنیاد پر انشورنس کور فروخت نہیں کیا جاسکتا۔

انشورنس ایکٹ 1938 کے سیکشن 64 VB میں کہا گیا ہے، "خطرہ قبول نہیں کیا جا سکتا جب تک کہ پریمیم پہلے سے موصول نہ ہو جائے"۔ انشورنس کمپنی اس وقت تک کوئی خطرہ قبول نہیں کرتی جب تک کہ پریمیم ایڈوانس میں موصول نہ ہو جائے یا پیشگی رقم جمع کیے بغیر یا مقررہ فارم میں جمع کیے بغیر کوئی ضمانت نہ ہو۔

انشورنس قواعد، 1939 کے مطابق، انشورنس کی کچھ اقسام پیشگی پریمیم ادا کرنے کی شرط کے لیے مخصوص استثناء فراہم کرتی ہیں۔ انشورنس قواعد کا سیکشن 59 بیماری کی بیمہ، گروپ ہیلتھ فوائڈ کے انشورنس کے لیے ذاتی حادثے کا بیمہ اور کچھ شرائط کے ساتھ علاج کے لیے ہسپتال میں داخل ہونے والی انشورنس منصوبوں میں، قسطوں میں پریمیم قبول کرنے کی اجازت دیتا ہے۔ انشورنس قواعد کا سیکشن 59 کچھ شرائط کے تحت، سرکاری اور نیم سرکاری اداروں کو جاری کردہ پالیسیوں کے لیے چھوٹ کی اجازت دیتا ہے، سرکاری اور نیم سرکاری اداروں کے ملازمین کا احاطہ کرنے والی قابل اعتماد گارنٹی انشورنس پالیسیاں، کارکنوں کے معاوضے کی پالیسیاں، کیش ان ٹرانزٹ پالیسیاں اور بیمہ کی بعض دیگر اقسام کے لیے رعایت کی اجازت دیتا ہے۔

درخواست

انشورنس کو ہمیشہ ایک ایسی چیز سمجھا جاتا ہے جسے پروڈکٹ کے بارے میں صحیح سمجھ رکھنے کے بعد ہی خریدا جاتا ہے، اسے اکیلے خریدنا/بیچنا درست نہیں ہے۔ لہذا، بیمہ 'درخواست' کیا جاتا ہے یا صارف اس کا مطالبہ کرتا ہے۔ روایتی طور پر، انشورنس کمپنیاں اعلان کرتی ہیں کہ "بیمہ درخواست کا موضوع ہے واضح طور پر، انشورنس کوئی تیار شدہ پروڈکٹ نہیں ہے جیسے بسکٹ کا پیکٹ یا چاکلیٹ بار جسے بالکل فروخت کیا جا سکتا ہے۔ صارفین کو اپنی بیمہ کی ضروریات کے بارے میں کسی ایسے شخص سے بات کرنی چاہیے جو اہل ہو اور پیشہ ورانہ مشورے کی بنیاد پر صحیح انشورنس پروڈکٹ خریدی جائے۔ انشورنس پروڈکٹ کو اچھی طرح سمجھ کر، پالیسی کوریج، اخراج، شرائط و ضوابط کے لحاظ سے کسٹمر کی توقعات اور خصوصی ضروریات کے مطابق سب سے موزوں پیشکش پر غور کیا جانا چاہیے۔

عام طور پر جب کوئی بیمہ کمپنی یا بااختیار ثالث کسی بیمہ کے متلاشی/ممکنہ سے اس کی بیمہ کی ضروریات کی وضاحت کے لیے رابطہ کرتا ہے، تو ایک "درخواست" کی جاتی ہے اور مناسب انشورنس پلان کو منتخب

کرنے کے لیے پیشہ ورانہ مشورہ دیا جاتا ہے۔ بیمہ شدہ مناسب مشورہ/جواب، درخواست کرتا ہے اور تمام ضروری تفصیلات کنسلٹنٹ کو پیش کرتا ہے۔ IRDAI کے قواعد کے مطابق، انشورنس کمپنیاں انشورنس ایجنٹوں کی خدمات حاصل کرتی ہیں اور درخواست کے عمل کو شروع کرنے کے مقصد سے انشورنس کاروبار حاصل کرتی ہیں، جس میں کاروبار سے متعلق انشورنس پالیسی کو جاری رکھنا، تجدید کرنا اور بحال کرنا شامل ہے۔ انشورنس کمپنی کے صرف مجاز ملازمین، جو لائسنس یافتہ بیچوانوں کے ذریعے ہدایت یافتہ ہیں، جو درخواست کے عمل اور بیمہ کی فروخت کے عمل کا حصہ بننے کے لیے تربیت یافتہ اور مجاز ہیں۔

D. دفعات کی منظوری

1. رعایتی مدت

رعایتی مدت وہ مدت ہے جو پریمیم کی مقررہ تاریخ کے فوراً بعد متعین کی جاتی ہے جس کے دوران پالیسی شروع کرنے کے فوائد کا کوئی نقصان نہیں ہوتا ہے جیسے کہ انشورنس تحفظ کے چالو ہونے کے انتظار کی مدت اور آپ انشورنس کور کی تجدید یا جاری رکھنے کے لیے پریمیم ادا کر سکتے ہیں۔ موجودہ بیماریوں۔ گریس پیریڈ پریمیم کی ادائیگی کی مقررہ تاریخ کے بعد کا دن ہے۔

لائف انشورنس کے لیے، اگر کوئی رعایتی مدت نہیں ہوتو پریمیم کی ادائیگی میں ایک دن کی تاخیر بھی پالیسی کے خاتمے کا باعث بن سکتی ہے۔ یہ پالیسی بولڈر، انشورنس کمپنی اور عام طور پر انشورنس انڈسٹری کے لیے نقصان دہ ہو گا۔ IRDAI کے ضوابط مابانہ پریمیم کی ادائیگی کی صورت میں 15 دن اور دیگر معاملات میں 30 دن کی رعایتی مدت کی اجازت دیتے ہیں۔

ہیلتھ انشورنس کی صورت میں بھی انفرادی ہیلتھ انشورنس پالیسیوں کی تجدید کے لیے مخصوص دنوں کو رعایتی مدت کے طور پر دیا جاتا ہے۔ یہ مدت کمپنی کی پالیسی اور پیش کردہ مصنوعات پر منحصر ہے۔ اگر پالیسی کی رعایتی مدت کے اندر تجدید کی جاتی ہے، تو پالیسی جاری رکھنے کے تمام فوائد باقی رہے ہیں۔ تاہم، وقفے کے دوران پیدا ہونے والے کسی بھی دعوے پر غور نہیں کیا جائے گا۔ IRDAI کے ضوابط کے مطابق، مابانہ پریمیم کی ادائیگی کے معاملے میں 15 دن اور دیگر معاملات میں 30 دن کی رعایتی مدت ہے۔

موثر انشورنس پالیسیاں عام طور پر ایک سال کی مدت کے لیے درست ہوتی ہیں اور مقررہ تاریخ سے پہلے ان کی تجدید کی ضرورت ہوتی ہے۔ پریمیم کی ادائیگی کے لیے رعایتی مدت لاگو نہیں ہوتی۔ اگر کوئی جامع پالیسی 90 دنوں سے زائد عرصے تک ختم ہوتی ہے، تو کوئی دعوئی نہ کرنے کا جمع شدہ فائدہ (NCB) بھی دستیاب نہیں رہتا ہے۔

COVID-19 کی وبا کے دوران سرگرمیوں کے ہموار انعقاد کے لیے، IRDAI نے ان مراعات کی اجازت دی ہے:

i. لائف انشورنس پالیسیوں کے معاملے میں، انشورنس کمپنیوں سے اضافی 30 دن کی رعایتی مدت بڑھانے کے لیے کہا گیا تھا؛ یہ پالیسی بولڈرز کی درخواست پر کیا جا سکتا ہے؛

ii. ہیلتھ انشورنس پالیسیوں کے معاملے میں، انشورنس کمپنیوں سے تجدید میں 30 دن تک کی تاخیر کو معاف کرنے کو کہا گیا تھا؛ اس طرح، اس تاخیر کو پالیسی میں رکاوٹ نہیں سمجھا جا سکتا تھا۔

انشورنس کمپنی سے پہلے ہی درخواست کی گئی تھی کہ وہ انشورنس کور کی خلاف ورزی سے بچنے کے لیے پالیسی بولڈر سے رابطہ کرے۔

iii. موٹر ویکل تیسری پارٹی انشورنس پالیسی کی تجدید میں تاخیر اور پرمیم کوویڈ 19 شرائط کی عدم ادائیگی کی وجہ سے، **IRDAI** نے رعایتی مدت میں 15 مئی 2020 تک توسیع کر دی ہے۔

2. "آئی آر ڈی اے آئی" کے ذریعہ فری لوک کی مدت کا آغاز

بیمہ کے معاہدے انشورنس کمپنیاں تیار کرتی ہیں اور اگر دوسرا فریق انشورنس لینا چاہتا ہے تو اسے اس کی پابندی کرنی پڑتی ہے۔ ایسے معاہدے جہاں کسی شخص کو جیسا ہے ویسا ہی معاہدہ قبول کرنا ہوتا ہے اور وہ اس میں کوئی تبدیلی نہیں کر سکتا، اُسے قانونی طور پر پابند معاہدہ کہا جاتا ہے۔ اس یکطرفہ پوزیشن کی وجہ سے، عدالتیں ہمیشہ انشورنس کمپنیوں کو ایسی کسی بھی ابہام یا مخمصے کا ذمہ دار ٹھہراتی ہیں، جو ان شرائط و ضوابط کی تشریح میں پیدا ہو سکتی ہے۔

اس یکطرفہ صورتحال کو کم کرنے اور انشورنس لین دین کو صارف دوست بنانے کے لیے، اس میں ایک پروویژن شامل ہے جسے 'فری لوک مدت' کہا جاتا ہے۔ دریں اثنا، **IRDAI** نے اپنے ضوابط میں ایک صارف دوست سہولت متعارف کرایا ہے اگر کوئی صارف پالیسی کے کسی بھی شرائط و ضوابط سے مطمئن نہیں ہے، تو وہ اسے واپس کر سکتا ہے اور رقم کی واپسی حاصل کر سکتا ہے۔ ایسی فراہمی جس کے تحت پالیسی بولڈرز کو پالیسی دستاویز کی وصولی کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر پالیسی منسوخ کرنے کا اختیار دیا جاتا ہے۔ (الیکٹرانک پالیسیوں اور فاصلاتی موڈ کے ذریعے حاصل کردہ پالیسیوں کی صورت میں یہ مدت 30 دن ہے)؛ اگر صارف پالیسی سے مطمئن نہیں ہے تو ایسا کیا جا سکتا ہے؛ یہ شرط لائف انشورنس اور بیلٹھ انشورنس پالیسیوں پر نافذ کیا گیا ہے۔ (جس کی مدت کم از کم ایک سال ہوتی ہے)۔ کمپنی کو تحریری طور پر نوٹس دینا ہوگا اور پرمیم واپس کر دیا جاتا ہے، اس طرح پرمیم، بیمہ کی لاگت اور انشورنس کے درست ہونے کی مدت کے لیے چارجز کم ہو جاتے ہیں۔

پالیسیوں کی منسوخی : جب انشورنس کمپنی پالیسیوں کو منسوخ کرتی ہے، پھر بیمہ کی میعاد ختم ہونے والی مدت کے مطابق پرمیم کا تناسب وصول کرتا ہے اور بیمہ کی غیر ختم شدہ مدت کے مطابق تناسب بیمہ شدہ کو واپس کر دیا جاتا ہے، بشرطیکہ پالیسی کے تحت کوئی دعویٰ ادا نہ کیا گیا ہو۔ پرمیم کے ایسے متناسب حساب کو متناسب پرمیم کہا جاتا ہے۔

جب بیمہ شدہ سالانہ پالیسیوں کو منسوخ کرتا ہے، تو بیمہ کمپنی عام طور پر زیادہ شرح پر پرمیم وصول کرتی ہے اور پرو-راٹا پرمیم کمپیوٹنگ کرنے کے بجائے زیادہ شرحوں پر پرمیم واپس کرتی ہے۔ یہ انشورنس کمپنیوں کے خلاف منفی انتخاب کو روکتا ہے اور انشورنس کمپنی کے ابتدائی اخراجات کا خیال رکھتا ہے۔ اس طرح شرحوں کا انکشاف انشورنس معاہدے کے شرائط و ضوابط کے حصے کے طور پر کیا جاتا ہے۔ اسے مختصر مدت کا پیمانہ کہا جاتا ہے۔

- i. زبردستی / دباؤ - اس میں مجرمانہ طریقوں سے کیا گیا زبردستی بھی شامل ہے۔
- ii. غیر مناسب اثر و رسوخ کا استعمال - کسی دوسرے شخص کی مرضی پر اثر انداز ہونے کے لیے اپنے اثر و رسوخ کا استعمال، تاکہ اس شخص سے ناجائز فائدہ حاصل کیا جا سکے۔
- iii. دھوکہ دہی / جعلسازی - نمائندگی کے ذریعہ ایک غلط تاثر بنا کر دوسرے کو آزمانا جس کو دوسرا شخص سچ نہیں مانتا ہے۔ اس کی وجہ حقائق کو جان بوجھ کر چھپانا یا ان کے بارے میں غلط معلومات دینا ہو سکتا ہے۔
- iv. غلطی - کسی کے علم یا ادراک یا کسی چیز یا واقعہ کی تشریح میں خلل۔ اس سے معاہدے کے موضوع کو سمجھنے اور اس سے اتفاق کرنے میں تضاد پیدا ہو سکتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

- درج ذیل میں سے کون سا ایک درست بیمہ معاہدہ کا عنصر نہیں ہو سکتا؟
- i. پیشکش اور قبولیت
 - ii. زبردستی/ دباؤ
 - iii. غور و خوض
 - iv. قانونی حیثیت

خلاصہ

- i. انشورنس میں ایک سمجھوتے کا معاہدہ شامل ہے جس میں انشورنس کمپنی قیمت یا غور کے بدلے مخصوص جوکھم کے خلاف تحفظ فراہم کرنے پر راضی ہوتی ہے۔ اس غور کو پریمیم کہا جاتا ہے۔
- ii. معاہدہ بیمہ کے فریقین کے درمیان ایک سمجھوتہ ہے جسے قانون کے تحت نافذ کیا جا سکتا ہے۔
- iii. ایک درست معاہدے کے عناصر میں شامل ہیں:

- پیشکش اور قبولیت
- غور و خوض،
- اتفاق رائے،
- آزادانہ رضامندی
- بیمہ کے لیے فریقین کی اہلیت اور
- مقصد کی درستگی

1. پیشکش اور قبولیت
2. قانونی غور
3. اتفاق رائے (Consensus ad idem)

اپنے آپ کو چیک کریں 2

- فری لوک کی مدت کے دوران، اگر پالیسی بولڈر، جس نے کسی ایجنٹ کے ذریعے پالیسی خریدی ہے، اس کی کسی بھی شرائط و ضوابط سے متفق نہیں ہے، تو وہ اسے واپس کر سکتا ہے اور رقم کی واپسی حاصل کر سکتا ہے۔ یہ رقم کی واپسی ان شرائط کے ساتھ ہوگی:
- I. وہ پالیسی دستاویز کی وصولی کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر اس اختیار کو استعمال کر سکتا ہے۔
 - II. اسے انشورنس کمپنی کو تحریری طور پر مطلع کرنا ہوگا۔
 - III. پریمیم کی واپسی کو احاطہ شدہ مدت کے لیے رسک پریمیم کے تناسب سے ایڈجسٹ کیا جائے گا۔ اس کے علاوہ، بیمہ کمپنی کی طرف سے اٹھائے جانے والے طبی معائنے اور اسٹامپ ڈیوٹی کے اخراجات کو بھی پریمیم کی واپسی کی رقم سے کاٹ لیا جائے گا۔
 - IV. مندرجہ بالا تمام

اپنے آپ کو چیک کریں 3

- اگر پالیسی بولڈر نے کوئی پالیسی خریدی ہے اور وہ اسے رکھنا نہیں چاہتا ہے تو وہ اسے _____ کی مدت کے دوران واپس کر سکتا ہے اور رقم کی واپسی حاصل کر سکتا ہے۔
- I. آزاد تشخیص
 - II. فری لوک
 - III. منسوخ کرنا
 - IV. فری ٹرائل

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن IV ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن II ہے۔

باب C-05 انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی

باب کا تعارف

اس باب میں آپ انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی کی بنیادی باتیں سیکھیں گے۔ اس کے علاوہ، آپ جوکھموں کی درجہ بندی کے عمل میں خطرات سے نمٹنے کے مختلف طریقوں کے بارے میں بھی جانیں گے۔ آپ انڈر رائٹنگ، پروڈکٹ کی منظوری اور درجہ بندی کے عمومی پہلوؤں کا جائزہ لے سکیں گے۔

قابل غور امور

A. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول

B. آئی آر ڈی اے آئی کے پاس پروڈکٹ فائل کرنا

C. درجہ بندی کے بنیادی اصول

D. درجہ بندی کے عوامل

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے کہ:

1. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصولوں کی وضاحت کرنا
2. ہندوستان میں مصنوعات کی منظوری کے بنیادی اصولوں کو سمجھنا
3. درجہ بندی کے عوامل اور درجہ بندی کی اہمیت کا اندازہ لگانا

A. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول

پچھلے ابواب میں، ہم نے دیکھا کہ انشورنس کے تصور میں پُولنگ کے ذریعے جوکھم کا انتظام کرنا شامل ہے۔ بیمہ کمپنیاں کئی افراد/کاروباری/صنعتی فرموں/تنظیموں کے ذریعے ادا کیے جانے والے پریمیم کا ایک پُول بناتی ہیں۔

جوکھموں کو سمجھنے، جوکھموں کی درجہ بندی، ان کے زمرے کی شناخت، جوکھم کو قبول کرنے یا نہ کرنے کا فیصلہ کرنے کا عمل اور اگر جوکھم قبول کر لیا جاتا ہے تو انشورنس کمپنی کو کتنا پریمیم درکار ہو گا اور جوکھم کیا ہے کس کے ساتھ مشروط ہو گا۔ اضافی شرائط - یہ سب انڈر رائٹنگ کا حصہ ہے۔

یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ رسک کے لیے کیا شرح وصول کی جائے گی اور نرخوں کا تعین کیسے کیا جائے گا۔

تعریف

انشورنس میں انڈر رائٹنگ اس بات کا تعین کرنے کا عمل ہے کہ انشورنس کے لیے پیش کردہ جوکھم کو قبول کرنا ہے یا نہیں، اور اگر ایسا کرنا ہے تو کس شرح پر، اور اس کی شرائط و ضوابط کیا ہوگا۔

انشورنس میں انڈر رائٹنگ کے درج ذیل مراحل ہوتے ہیں :

۱. تعدد اور نقصان کی شدت کے لحاظ سے خطرات اور جوکھم کا تشخیص اور اندازہ لگانا

۱.۱. پالیسی کی کوریج اور شرائط و ضوابط کی تشکیل

۱.۱.۱. پریمیم کی شرح کی ترتیب

انڈر رائٹر فیصلہ کرتا ہے کہ جوکھم قبول کرنا ہے یا نہیں۔

اگلا مرحلہ ان شرحوں، شرائط و ضوابط کا فیصلہ کرنا ہوگا جس کے تحت جوکھم قبول کیا جائے گا۔

انڈر رائٹنگ کی اہلیت کو مسلسل سیکھنے کے عمل کے ذریعے حاصل کیا جا سکتا ہے، جس میں مناسب تربیت، فیلڈ سے رابطہ، اور گہری سمجھ حاصل کرنا شامل ہے۔ فائر انشورنس کا انڈر رائٹر بننے کے لیے ضروری ہے کہ آگ لگنے کی ممکنہ وجوہات، مختلف طبعی اشیاء اور املاک پر آگ کے اثرات، انشورنس انڈسٹری میں اپنایا جانے والا طریقہ کار، جغرافیائی محل وقوع، موسمی حالات وغیرہ کے بارے میں اچھی طرح علم ہو۔

اسی طرح، میرین انشورنس کے انڈر رائٹر کے لیے ضروری ہے کہ وہ بندرگاہ/سڑک کے حالات، کارگو/سامان کی نقل و حمل یا ذخیرہ کرنے میں درپیش مسائل، جہازوں اور ان کی سمندری صلاحیت وغیرہ کی معلومات ہونا ضروری ہے۔

ہیلتھ انشورنس کے انڈر رائٹر کو جوکھم کی پروفائل، عمر، طبی پہلوؤں، صحت کی سطح اور بیمہ شدہ کی خاندانی تاریخ کو سمجھنے اور جوکھم کو متاثر کرنے والے ہر ایک عوامل کے اثرات کی پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

انڈر رائٹنگ کے لیے معلومات کے ذرائع

کسی بھی عددی (یا شماریاتی) تجزیہ میں پہلا قدم ڈیٹا کا مجموعہ ہے۔ جوکھم کی قدر کرتے وقت، انڈر رائٹر کو درست تشخیص میں مدد کے لیے زیادہ سے زیادہ معلومات اکٹھی کرنی چاہیے۔

معلومات کے ذرائع یہ ہیں:

i. پروپوزل فارم یا انڈر رائٹنگ کی پرزینٹیشن

ii. جوکھم کا سروے

iii. ماضی کے دعووں کے تجربے کا ڈیٹا: بیمہ کی بعض اقسام کے لیے جیسے کہ ذاتی اور موٹر لائنز، انڈر رائٹرز اکثر ماضی کے دعووں کے تجربے سے ڈیٹا استعمال کرتے ہیں، تاکہ مستقبل کے ممکنہ دعووں کا تجربہ حاصل کیا جا سکے اور ایک مناسب پریمیم طے کیا جا سکے۔

انڈر رائٹنگ، ایکویٹی اور کاروبار کو برقرار رکھنا

انشورنس میں گارنٹی کے محتاط تبادلے اور جوکھم کی درجہ بندی کی ضرورت اس سادہ سی حقیقت سے آتی ہے کہ تمام جوکھم ایک جیسے نہیں ہوتے۔ اس طرح ہر جوکھم کا صحیح اندازہ لگایا جانا چاہیے اور نقصان کے امکان اور شدت کے مطابق قیمت کا تعین کیا جانا چاہیے۔

چونکہ تمام جوکھم ایک جیسے نہیں ہوتے، بیمہ کے لیے پیش کیے گئے تمام لوگوں سے ایک ہی پریمیم ادا کرنے کے لیے کہنا درست نہیں ہوگا۔ انڈر رائٹنگ کا مقصد جوکھم کی اس طرح درجہ بندی کرنا ہے کہ ان کی خصوصیات اور جوکھم کی ڈگری کی بنیاد پر پریمیم کی درست شرح وصول کی جائے۔ انڈر رائٹر کے لیے یہ یقینی بنانا ضروری ہے کہ جوکھم کا صحیح اندازہ لگایا جائے اور لیے جانے والا پریمیم جوکھم کو کور کرنے کے لیے نہ تو کم ہے اور نہ ہی اتنا زیادہ ہے کہ غیر مسابقتی قرار دیا جاسکے۔

انڈر رائٹنگ کی اہم خصوصیات درج ذیل ہیں:-

i. علامات کی بنیاد پر خطرے کی نشاندہی کرنا

ii. تجویز کنندہ کی طرف سے لاحق جوکھم کی سطح کا پتہ لگانے کے لیے

مختصراً، انڈر رائٹنگ کے مقاصد بیمہ کی قبولیت کی سطح، پریمیم کی کفایت اور دیگر شرائط طے کر کے حاصل کیے جاتے ہیں۔

B. مصنوعات کو آئی آر ڈی اے آئی کے پاس فائل کرنا

ہر بیمہ پروڈکٹ کو فروخت کے لیے دستیاب کرنے سے پہلے، اسے منظوری کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کے پاس دائر کرنے کی ضرورت ہے۔ آئی آر ڈی اے آئی ہر انشورنس پروڈکٹ کو ایک منفرد شناختی نمبر یا منفرد شناختی نمبر (یو آئی این) الاٹ کرتا ہے۔ ایک بار جب مصنوعات بازار میں دستیاب ہو جاتی ہیں، تو مصنوعات کی واپسی کے لیے ہدایات پر عمل کرنے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

1. ریگولیٹر انشورنس کمپنی کے بورڈ سے واضح عزم کا خواہاں ہے کہ وہ پالیسی میں شامل خطرات کو قبول کرنے کے لیے تیار ہے۔ ریگولیٹر انشورنس کمپنی سے یہ بھی کہتا ہے کہ وہ یہ وعدہ کرے

کہ پالیسی میں مذکور چیزوں کی وضاحت کی گئی ہے اور قیمتوں کا تعین سائنسی بنیادوں پر کیا گیا ہے۔

2. انشورنس کمپنی کو مستقبل میں مصنوعات کو واپس منگوائے جانے کی صورت میں پالیسی ہولڈر کے لیے دستیاب اختیارات کے حساب سے منصوبہ بندی کرنی چاہیے۔

3. واپس لیے گئے پروڈکٹ کو ممکنہ گاہکوں کو فروخت کے لیے دستیاب نہیں کیا جا سکتا۔

C. شرح سازی کی بنیادی باتیں

انشورنس کی بنیاد انشورنس کمپنی کو جو کھم کی منتقلی ہے۔ انشورنس پالیسی خرید کر، بیمہ دار اس جو کھم سے پیدا ہونے والے مالی نقصانات کے اثرات کو کم کرنے کے قابل ہوتا ہے، جس کے خلاف جائیداد کا بیمہ کیا جاتا ہے۔ انشورنس کمپنی کو بیمہ کے دعووں اور اخراجات کے ساتھ ساتھ منافع کے مارجن سے وابستہ مستقبل کے اخراجات کو پورا کرنے کے لیے قیمت کی گنتی کے عمل سے گزرنا پڑتا ہے۔ اسے شرح ترتیب یا درجہ بندی کہتے ہیں۔

شرح بیمہ کی مخصوص یونٹ کی قیمت ہے۔ مثال کے طور پر، زلزلے کی کوریج کی شرح 1.00 روپے فی ہزار بیمہ کی رقم کے طور پر ظاہر کی جا سکتی ہے۔ ہر شرح کا تعین ماضی کے رجحانات اور موجودہ ماحول میں ہونے والی تبدیلیوں کو دیکھ کر کیا جاتا ہے جو مستقبل میں ممکنہ نقصانات کو متاثر کر سکتے ہیں۔

نوٹ کریں کہ شرحیں اور پریمیم ایک جیسے نہیں ہیں۔
پریمیم = (بیمہ کی رقم) × (ریٹ)

مثال

آئیے ہیلتھ انشورنس کی مثال لیتے ہیں۔ یہاں عددی یا فیصدی کی تشخیص خطرے کے ہر جزو کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔ عمر، ذات، پیشہ، عادات وغیرہ جیسے عوامل کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے اور پہلے سے طے شدہ معیار کی بنیاد پر نمبروں کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔

ہر فرد کی طرف سے ادا کی جانے والی پریمیم کی رقم شرح پر منحصر ہے، جس کا فیصلہ دو عوامل کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

✓ نقصان کے ہونے کی وجہ سے ہونے والے نقصان کا امکان (بیمہ شدہ خطرے کی وجہ سے) اور

✓ نقصان کی تخمینی مقدار جو نقصان کے واقع ہونے کی وجہ سے ہوسکتی ہے۔

مثال

مان لیجئے کہ آگ سے تباہ ہونے والے گھر کی اوسط مقدار /رقم 1,00,000 روپے ہے۔

آگ سے گھر کے تباہ ہونے کی وجہ سے نقصان کا امکان 100 میں 1 ہے [0.01]۔ یعنی تجربہ یہ ہے کہ بیمہ شدہ 100 گھروں میں سے ایک گھر آگ کی وجہ سے تباہ ہو جاتا ہے۔

متوقع اوسط نقصان . 1000 = Rs. 1,00,000 × 0.01 = Rs. 1,00,000 ہوگا۔

اس لیے، 1,00,00 روپے کے گھر کا بیمہ کروانے کے لیے، بیمہ کمپنیوں کو کم از کم 1000 روپے چارج کرنے ہوں گے۔

انشورنس کمپنی کس طرح اس بات کو یقینی بنا سکتی ہے کہ پُول ان نقصانات کو پورا کرنے کے لیے کافی ہے جو حقیقت میں بیمہ کیے گئے تھے؟

جیسا کہ پہلے دیکھا گیا ہے، انشورنس کے پورے کام میں ایک جیسے متعدد خطرات کا ایک پُول بنانا شامل ہے، تاکہ نقصانات کی تعداد (تعداد)، امکان اور نقصان کی حد (شدت) کا اندازہ لگایا جا سکے۔ یہ اصول، جسے 'بڑی تعداد کا قانون' کہا جاتا ہے، یہ بتاتا ہے کہ جیسے جیسے نمونے کا سائز بڑا ہوتا جاتا ہے، نتیجہ متوقع قدر کے قریب تر ہوتا جاتا ہے۔ انشورنس کمپنیوں کو زیادہ سے زیادہ لوگوں کو زیادہ سے زیادہ پالیسیاں فروخت کرنی ہوں گی، تاکہ ان کی توقعات/اندازے درست ثابت ہوں۔

ایک مثال یہ ہے کہ اگر کوئی سکہ اچھالا جائے تو 'ہیڈ' یا 'ٹیل' ملنے کا امکان 50:50 ہے۔ تاہم، اگر سکہ کو صرف ایک بار اچھالا جائے تو نتیجہ 100% ہیڈ اور 0% 'ٹیل' یا 0% 'ہیڈ' اور 100% ٹیل ہو سکتی ہے۔ تاہم، اگر کوئی شخص ایک سکہ کو متعدد بار اچھالتا ہے، تو 'ہیڈ' اور 'ٹیل' کی اوسط تعداد 100% اور 0% تک کم ہو جاتی ہے اور 50:50 کے قریب ہو جاتی ہے۔

مثال

جائیداد کی بیمہ کے شعبے میں، پتھر کے ڈھانچے کے مقابلے لکڑی کے ڈھانچے میں آگ لگنے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا، لکڑی کے ڈھانچے کو بیمہ کرنے کے لیے زیادہ پریمیم کی ضرورت ہوتی ہے۔

یہی تصور زندگی اور ہیلتھ انشورنس میں بھی لاگو ہوتا ہے۔ ہائی بلڈ پریشر یا ذیابیطس میں مبتلا شخص کو دل کا دورہ پڑنے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

انشورنس میں درجہ بندی کو متاثر کرنے والے دو عوامل کی نشاندہی کریں۔

I. جوکھم کا امکان اور شدت

II. جوکھم کا ماخذ اور نوعیت

III. جوکھم کا ذریعہ اور وقت

IV. جوکھم کی نوعیت اور اثرات

1. پریمیم کی شرح کی ترتیب

خالص پریمیم کی شرح کا فیصلہ ماضی کے نقصان کے تجربے کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ لہذا، ماضی کے نقصانات سے متعلق شماریاتی اعداد و شمار شرحوں کا حساب لگانے کے مقصد کے لیے انتہائی اہمیت کا حامل ہے۔ شرحیں طے کرنے کے لیے، خطرات کو 'ریاضیاتی قدر' تفویض کرنا ضروری ہے۔

اگر 10 سال کی مدت کے دوران بڑی تعداد میں موٹر سائیکلوں کے نقصان کے تجربے کا ڈیٹا اکٹھا کیا جائے، تو ہمیں گاڑیوں کو پہنچنے والے نقصانات کی کل رقم مل جائے گی۔ اس نقصان کی مقدار کو موٹر سائیکل کی کل قیمت کے فیصد کے طور پر ظاہر کرتے ہوئے، ہم خطرے کی 'ریاضیاتی قدر' کا حساب لگا سکتے ہیں۔ اس کا اظہار درج ذیل فارمولے میں کیا جا سکتا ہے۔

یہاں L کا مطلب مجموعی نقصانات کا ہے، V کا مطلب ہے تمام موٹر سائیکلوں کی کل قیمت اور M کا مطلب ہے اوسط نقصان کا فیصد۔	$M = \frac{L \times 100}{V}$
--	------------------------------

فرض کریں:

- ✓ موٹر سائیکل کی قیمت: روپے 50,000/-
- ✓ نقصان ہوا: 10 سال کے عرصے میں 1000 موٹر سائیکلوں میں سے 50 موٹر سائیکلیں چوری ہو گئیں۔
- ✓ ہر سال اوسطاً 5 موٹر سائیکلیں چوری کی وجہ سے مکمل طور پر ضائع ہو جاتی ہیں۔

اس فارمولے کو لاگو کرنے سے، نتیجہ یہ ہوگا:

$$\text{سالانہ نقصان} = \text{Rs. } 2,50,000 = (\text{Rs. } 50,000 \times 5) \text{ روپے}$$

$$1000 \text{ موٹر سائیکلوں کی کل قیمت} = \text{Rs. } 50,000 \times 1000 = \text{Rs. } 5,00,00,000 \text{ روپے}$$

$$\text{اس کا مطلب ہے کہ ہر گاڑی کے لیے اوسط نقصان کا فیصد} = (L/V) \times 100 = [2,50,000 / 5,00,00,000] \times 100 = 0.5\%$$

لہذا، موٹر سائیکل کا مالک جو پریمیم ریٹ ادا کرے گا وہ 50,000/- روپے کا نصف فیصد ہے، یعنی 250/- سالانہ۔ اسے 'نیٹ' پریمیم اور 'برننگ لاگت' بھی کہا جاتا ہے۔

250 روپے فی موٹر سائیکل کے حساب سے 2.5 لاکھ روپے جمع ہوتے ہیں، جو 5 گاڑیوں کے مکمل نقصان پر کیے گئے دعوے میں ادا کیے جاتے ہیں۔

اگر اوپر دیا گیا خالص پریمیم جمع کیا جاتا ہے، تو یہ ایک فنڈ بن جائے گا، جو صرف نقصانات کو پورا کرنے کے لیے کافی ہوگا۔

اوپر کی مثال میں ہم دیکھ سکتے ہیں کہ کوئی زائد نہیں ہے۔ لیکن انشورنس کے کام میں انتظامی اخراجات (انتظامی اخراجات) اور کاروبار حاصل کرنے کے اخراجات (ایجنسی کمیشن) بھی شامل ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ، غیر متوقع بھاری نقصانات کے لیے مارجن کی فراہمی بھی ضروری ہے۔

آخر میں، چونکہ انشورنس کسی دوسرے کاروبار کی طرح تجارتی بنیادوں پر لین دین کیا جاتا ہے، اس لیے منافع کے مارجن کے لیے فراہم کرنا ضروری ہو جاتا ہے، جو کاروبار میں لگانے گئے سرمائے پر واپسی ہے۔

لہذا، اخراجات، ذخائر اور منافع کا بندوبست کرنے کے لیے، 'خالص پریمیم' میں شامل کردہ فیصد کو درست طریقے سے شامل یا لوڈ کیا جاتا ہے۔

حتمی طور پر طے شدہ پریمیم کی شرح میں درج ذیل اجزاء شامل ہوں گے:

✓ نقصانوں کی ادائیگی

✓ نقصان کے اخراجات (مثلاً، سروے فیس)

✓ ایجنسی کمیشن

✓ انتظامی اخراجات

✓ غیر متوقع بھاری نقصانات کے لیے مارجن، جیسے کہ 5 متوقع نقصانات کے بجائے 7 مطلق نقصانات

✓ منافع سے مارجن

درجہ بندی کے تمام متعلقہ عوامل پر غور کرتے ہوئے، اس بات کو یقینی بنایا جا سکتا ہے کہ شرحیں ایک جیسی قسم اور معیار کے خطرات کے درمیان کافی، ضرورت سے زیادہ یا غیر معقول حد تک امتیازی ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

خالص پریمیم کیا ہے؟

I. پریمیم اتنا زیادہ ہے کہ صرف نقصانات کو پورا کیا جا سکے۔

II. انشورنس پریمیم تنظیم کے عام ممبران پر نافذ ہوتا ہے۔

III. انتظامی اخراجات کے لیے لوڈنگ کے بعد پریمیم

IV. حالیہ نقصان کے تجربے کی مدت سے موصول ہونے والا پریمیم

2. کٹوتیاں (Deductible)

'کٹوتیاں' یا 'بہتات' ایک انشورنس کمپنی اور بیمہ شدہ کے درمیان لاگت کا اشتراک کرنے کا ایک انتظام ہے۔ کٹوتیاں یہ فراہم کرتی ہیں کہ انشورنس کمپنی صرف جو ایک خاص حد سے زیادہ ہوں ان دعووں کی ادائیگی کرے گی۔ دوسرے الفاظ میں، انشورنس کمپنی مقررہ سطح سے نیچے کے دعووں کے لیے ذمہ دار نہیں ہوگی۔ اس سطح یا تھریشلڈ ایک مخصوص رقم یا فیصد کے طور پر یا ایک مخصوص مدت (جب بھی وقت سے زیادہ کہا جاتا ہے) کے دوران مقرر کیا جائے گا۔ ہیلتھ انشورنس پالیسیوں کے معاملے میں، ایک شرط ہو سکتی ہے کہ دعوے صرف اس صورت میں ادا کیے جائیں گے۔ جب بیمہ شدہ شخص مقررہ دنوں/گھنٹوں سے زیادہ ہسپتال میں داخل رہتا ہے۔ کٹوتیوں کو لائف انشورنس پالیسیوں میں استعمال نہیں کیا جاتا ہے۔

پراپرٹی، موٹر اور ہوم انشورنس جیسی مصنوعات میں، کٹوتیاں پہلے سے طے شدہ رقم ہیں۔ جس کا بوجھ بیمہ دار کو معاوضے کے دعوے کی صورت میں اٹھانا پڑتا ہے۔ کچھ پالیسیوں کے لیے کٹوتیاں لازمی یا رضاکارانہ ہو سکتی ہیں۔ انشورنس کمپنیاں عام طور پر کم پریمیم وصول کرتی ہیں بیمہ شدہ رضاکارانہ طور پر زیادہ کٹوتیوں کا انتخاب کرتا ہے۔ ایجنٹ کو یہ پتہ لگانا ضروری ہوتا ہے کہ خصوصی کٹوتیاں کیسے کام کرتی ہیں اور اسے بیمہ دار کو مطلع کرنا ہوگا کہ کٹوتیوں کا اطلاق 'سالانہ' یا 'فی واقعہ' کی بنیاد پر کیا جائے گا۔

کٹوتیوں کو استعمال کرنے کی بہت سی وجوہات ہیں۔ کارپوریٹ کلائنٹس جو فیکٹریوں، متعدد کارگو کنسائنمنٹ، ملازمین کی بڑی تعداد، عوامی ذمہ داری کے جوکھم وغیرہ کا احاطہ کرتے ہیں اور ایک بھاری بیمہ رقم رکھتے ہیں، وہ چھوٹے دعووں کی قیمت خود برداشت کرنے کو ترجیح دے سکتے ہیں اور دعووں کو ثابت کرنے کے لیے دستاویزات جمع کرانے سے گریز کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، لاکھوں روپے کا پریمیم ادا کرنے والی ایک بڑی فیکٹری کا مالک مشین کی مرمت میں 2000 روپے کے معمولی اخراجات کی پرواہ نہیں کرے گا۔

کچھ قسم کی پالیسیوں میں بیمہ کرنے والے کو نقصان کا ایک حصہ خود برداشت کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے تاکہ اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ وہ مناسب احتیاطی تدابیر اختیار کر رہا ہے۔ مثال کے طور پر، بیلٹھ انشورنس کمپنیاں کٹوتی پر اصرار کر سکتی ہیں تاکہ بیمہ دار ہسپتال کے مہنگے کمروں پر صرف اس وجہ سے زیادہ خرچ نہ کرے کہ اس نے بیمہ لیا ہے۔ کچھ انشورنس کمپنیاں چھوٹے دعووں پر کارروائی کرنے میں وقت دینا پسند نہیں کر سکتی ہے۔ اس کے علاوہ، کچھ حالات میں، یہ ہو سکتا ہے کہ انشورنس کمپنیاں بڑی تعداد میں چھوٹے چھوٹے نقصانات کے کسی ایک جگہ پر جمع ہونے کی وجہ سے مالی دباؤ کا شکار نہیں ہونا چاہیں۔ مثال کے طور پر، ایک صنعتی علاقے میں ایک معمولی سیلاب اس علاقے کے تمام گوداموں سے کم قیمت کے چھوٹے دعووں کا باعث بن سکتا ہے۔

فرنچائز: یہاں فرنچائز کا مطلب ایک تھریڈشیلڈ سیٹ، جو عام طور پر بیمہ کی رقم کے فیصد کے طور پر ہوتا ہے، جس کے نیچے کوئی دعویٰ قابل قبول نہیں ہو گا، جیسا کہ کٹوتیوں کے معاملے میں ہوتا ہے۔ حالانکہ جب دعوے کی رقم اس فرنچائز کی حد سے زیادہ ہوتی ہے، تو بیمہ کمپنی کو پورا دعوے کے لیے قابل قبول ہے۔ دوسرے الفاظ میں، فرنچائز انشورنس کمپنیوں کی مالی ذمہ داری کے لیے کم از کم حد مقرر کرتی ہے۔

پالیسی پر فرنچائز اسی طریقے سے اور انہی وجوہات کی بناء پر نافذ کیا جائے گا جیسا تھریڈشیلڈ سے کم کے دعووں کے معاملے میں کٹوتیوں کا اطلاق کیا جا تا ہے۔ حالانکہ، اگر دعویٰ فرنچائز سے زیادہ ہوتا ہے، تو نقصان کی پوری رقم کی بھرپائی کی جائے گی۔

D. درجہ بندی کے عوامل

متعلقہ عناصر شرحوں کو بڑھانے اور درجہ بندی کے منصوبے بنانے میں استعمال ہوتے ہیں۔ بیمہ کمپنیاں 'درجہ بندی کے عوامل' استعمال کرتی ہیں جو جوکھم اور وصول کی جانے والی قیمت کا تعین کرتی ہیں۔

✓ بیمہ کمپنی بنیادی شرح کا تعین کرنے کے لیے اپنے تخمینوں کا استعمال کرتی ہے۔

✓ پھر انشورنس کمپنی اس شرح کو مثبت چیزوں کے طور پر درجہ بندی کرے گی، اس طرح کہ جوکھم سے دوچار جائیداد بہترین فائر پروٹیکشن سسٹم کے لیے لاگو چھوٹ سے ایڈجسٹ ہو جائے؛ اسی طرح، منفی باتوں، جیسے کہ احاطے میں آتش گیر مواد کی موجودگی، مسلط کردہ لوڈنگ کے شرح کو منفی عوامل کے لیے ایڈجسٹ کیا جاتا ہے۔

✓ لائف انشورنس میں، لوڈنگ کا اطلاق عام طور پر خراب صحت، بری عادات، جینیاتی یا پیشہ ورانہ عوامل کے لیے کیا جاتا ہے۔

کلیدی اصطلاح

• کٹوتیاں

• فرنچائز

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن I ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن I ہے۔

باب C-06 دعووں پر کارروائی

باب کا تعارف

بیمہ دار کو انشورنس کا فائدہ صرف اس وقت ملتا ہے جب وہ نقصانات سے متاثر ہوتا ہے۔ پوری انشورنس انڈسٹری بیمہ شدہ کو پہنچنے والے نقصانات کے لیے حساس ہے۔ اور ممکنہ حد تک خوش اسلوبی سے اور جلد از جلد پیدا ہونے والے دعووں کو حل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔

قابل غور امور

A. نقصان کی تشخیص اور دعویٰ کا تصفیہ

B. دعووں کے زمرے

C. ثالثی

D. دیگر تنازعات کے حل کے طریقہ کار

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ کو ان باتوں کی سمجھ ہونی چاہیے :

1. دعووں کا تصفیہ

2. دعوے کے طریقہ کار کی اہمیت

دعووں کی تشخیص (نقصان کی تشخیص) تعین کرنے کا عمل ہے کہ کیا بیمہ شدہ کو پہنچنے والے نقصان کو انشورنس پالیسی کے ذریعے پورا کیا گیا تھا، اس کا مطلب ہے کہ نقصانات کو کسی بھی اخراج سے پورا نہیں کیا جاتا ہے اور نہ ہی کسی وارنٹی کی خلاف ورزی ہوتی ہے۔

منصفانہ تحفظات کی بنیاد پر دعویٰ طے کیے جائیں۔ انشورنس کمپنی کے لیے، دعووں کا فوری تصفیہ اس کی خدمات کی کارکردگی کا ایک معیار ہے۔ ہر کمپنی کے پاس دعووں پر کارروائی کرنے میں لگنے والے وقت کے حوالے سے داخلی رہنما خطوط ہوتے ہیں، جس کی پیروی اس کے ملازمین کرتے ہیں۔

اسے عام طور پر "ٹرن اراؤنڈ ٹائم" (ٹی اے ٹی) کہا جاتا ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیوں نے بیمہ دار کو وقتاً فوقتاً آن لائن دعوؤں کی حالت چیک کرنے کی سہولت بھی فراہم کی ہے۔ کچھ انشورنس کمپنیوں نے دعووں کی تیز رفتار کارروائی کے لیے دعویٰ سینٹرز بھی قائم کیے ہیں۔

انشورنس دعویٰ کے اہم پہلو

اگرچہ زیادہ تر کمپنیاں اپنے ٹرن اراؤنڈ ٹائم (ٹی اے ٹی) سے منسلک ہیں، پھر بھی ایجنٹ کے لیے ان پہلوؤں کو جاننا ضروری ہے جن پر دعویٰ کے تصفیہ کے وقت غور کیا جاتا ہے۔ ذیل میں نان لائف انشورنس دعوؤں کے چھ اہم ترین پہلو دیئے ہیں۔

- i. کیا نقصان کا سبب بننے والا واقعہ پالیسی کے تحت آتا ہے۔
- ii. کیا بیمہ دار نے پالیسی میں اپنے حصہ کی شرائط و ضوابط کی تعمیل کی ہے۔
- iii. وارنٹی کے ساتھ عمل کریں۔ سروے رپورٹ بتائے گی کہ آیا وارنٹی کی تعمیل کی گئی ہے۔
- iv. پالیسی کی موجودہ مدت کے دوران، تجویز کنندہ کی طرف سے انتہائی نیک نیتی کا استعمال۔
- v. نقصان کی صورت میں، بیمہ کرنے والے سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ کام کرے گا گویا اس نے انشورنس نہیں کیا ہو۔ دوسرے لفظوں میں، وہ نقصان کو کم سے کم کرنے کے لیے اقدامات کرے اس کا فرض ہے۔
- vi. واجب الادا رقم کا تعین۔ قابل ادائیگی نقصانات کی رقم بیمہ کی رقم پر منحصر ہے۔ تاہم، قابل ادائیگی رقم اس پر بھی منحصر ہوگی:

✓ متاثرہ جائیداد میں بیمہ شدہ کے قابل بیمہ مفاد کی حد

✓ بجائے گئے سامان کی قیمت

✓ کم بیمہ کا اطلاق

✓ شراکت اور پیشکش کی شرائط کا اطلاق کیا جانا

لائف انشورنس کے دعووں کی صورت میں، انشورنس کمپنی اس بات کی تحقیقات کرتی ہے کہ کیا۔

(1) پالیسی کی شرائط کی خلاف ورزی نہیں کی گئی ہے۔

(2) سپریم ہم آہنگی کی پیروی کی گئی ہے اور

(3) دھوکہ دہی کی نیت سے کسی مادی حقیقت کو نہیں چھپایا گیا ہے۔

بیمہ کے دعوے ان زمروں میں آتے ہیں:

i. معیاری دعوے

یہ وہ دعوے ہیں جو پالیسی کے شرائط و ضوابط میں واضح طور پر لکھے ہوتے ہیں۔ دعوے کا اندازہ بیمہ کی رقم اور منتخب کردہ دائرہ کار کے ساتھ ساتھ بیمہ کے مختلف زمروں کے لیے تجویز کردہ معاوضے کے دیگر طریقوں کو مدنظر رکھتے ہوئے کیا جاتا ہے۔

ii. اوسط شرط یا اوسط کلان

کچھ پالیسیوں میں ایک شرط ہوتی ہے جو بیمہ کرنے والے پر جائیداد کی اصل قیمت سے کم بیمہ شدہ رقم کی بیمہ کرنے پر جرمانہ عائد کرتی ہے، اسے انڈر انشورنس کہتے ہیں۔ دعوے کی صورت میں، بیمہ شدہ کو ایک رقم ملتی ہے جس کا تعین مختصر بیمہ شدہ کی رقم کے مطابق اس کے حقیقی نقصان سے تناسب سے کٹوتی کر کے کیا جاتا ہے۔ ایسے حالات نان لائف انشورنس کے معاملے میں زیادہ عام ہیں۔

iii. قدرتی واقعات سے وابستہ خطرات - تباہ کن نقصان

قدرتی خطرات جیسے سمندری اسٹروم، طوفان، باڑھ، سیلاب اور زلزلوں کو "قدرتی واقعات" سے جڑے خطرے کہتے ہیں۔ یہ خطرات متاثرہ علاقے میں انشورنس کمپنی کی بہت سی پالیسیوں کو نقصان پہنچا سکتے ہیں۔ نان لائف بیمہ کے دعووں کی بعض اقسام کا جائزہ لینے کے لیے سرویٹرز کا تقرر کیا جاتا ہے۔

اتنے بڑے اور تباہ کن نقصانات میں، سرویٹر سے کہا جاتا ہے کہ وہ فوری طور پر نقصان کی جگہ پر پہنچ جائے، نقصان کا فوری جائزہ لے اور نقصان کو کم کرنے کے لیے اقدامات کرے۔ اس کے ساتھ ہی انشورنس کمپنیوں کے اہلکار بھی نقصان کی جگہ کا دورہ کرتے ہیں؛ خاص طور پر جب اس میں شامل نقصان کی رقم بڑی ہوتی ہو۔ نقصان کی جگہ پر بھیجنے کا مقصد نقصان کی نوعیت اور دائرہ کار کو فوری طور پر پرکھنا ہوتا ہے۔

اگر سرویٹر کو نقصانات کی تشخیص کے سلسلے میں کچھ مسائل کا سامنا کرنا پڑتا ہے، تو پرائمری رپورٹ بھی جمع کرائی جاتی ہے۔ ساتھ ہی نیز انشورنس کمپنیوں سے رہنمائی اور ہدایات طلب کی گئی ہیں، اس کے بعد، اگر ضروری ہو تو، سرویٹر کو بیمہ دار کے ساتھ مسائل پر بات کرنے کا موقع دیا جاتا ہے۔

iv. اکاؤنٹ میں ادائیگی

نان لائف انشورنس کلیمز میں، پرائمری رپورٹ کے علاوہ، وقتاً فوقتاً عبوری رپورٹس پیش کی جا سکتی ہیں، جہاں تبدیلی اور/یا مرمت کا کام طویل عرصے کے دوران کیا گیا ہے۔ عبوری رپورٹ انشورنس کمپنی کو نقصانات کے تخمینے میں ہونے والی پیش رفت کا اندازہ بھی دیتی ہے۔ نیز، یہ بیمہ شدہ کی درخواست پر "اکاؤنٹ میں ادائیگی" کے دعووں کی سفارش کرنے میں مدد کرتا ہے۔ یہ عام طور پر اس وقت ہوتا ہے جب نقصان زیادہ ہوتا ہے اور تشخیص مکمل ہونے میں کچھ وقت لگ سکتا ہے۔

اگر دعویٰ درست پایا جاتا ہے، تو دعویدار کو ادائیگی کر کے اسے کمپنی کے ریکارڈ میں درج کیا جاتا ہے۔ کو-انشورنس کمپنیوں اور ری انشورنس

کمپنیوں سے مناسب فنڈز (اگر کوئی ہیں) موصول ہوتے ہیں۔ بعض صورتوں میں، یہ ہو سکتا ہے کہ بیمہ شدہ وہ شخص نہیں ہے جسے رقم ادا کی جانی ہے۔

۷. ڈسچارج و اوچر

پالیسی کے تحت ڈسچارج موصول ہونے کے بعد ہی دعویٰ طے کیا جاتا ہے۔ ذاتی حادثاتی بیمہ کے تحت چوٹ کے دعووں کے لیے ایک نمونہ خارج ہونے والی رسید حسب ذیل ہے: (یہ مختلف کمپنی میں مختلف ہوسکتے ہیں)۔

بیمہ شدہ کا نام	دعویٰ نمبر
پالیسی نمبر	ان سے موصول ہوا
کمپنی لمیٹڈ	
_____ کو یا اس کے آس پاس، مجھے حادثے کی وجہ سے چوٹ لگنے کی صورت میں معاوضے کے مکمل اور حتمی تصفیے کے طور پر _____ روپے کی رقم موصول ہوئی؛ میں اس کے ذریعے مذکورہ دعویٰ کے سلسلے میں براہ راست یا بالواسطہ طور پر پیدا ہونے والے تمام موجودہ یا مستقبل کے دعووں کے اپنے مکمل اور حتمی تصفیے میں کمپنی کو یہ ڈسچارج رسید دیتا ہوں۔	
تاریخ	(دستخط)

۷.۱. تصفیہ کے بعد کی کارروائی

انڈر رائٹنگ کے سلسلے میں، نان لائف انشورنس دعوؤں کے تصفیہ کے بعد کی جانے والی کارروائی بیمہ کے طبقے سے مختلف ہوتی ہے۔

مثال

فائر انشورنس پالیسی کے تحت بیمہ کی رقم دعوے کی ادائیگی کی رقم کی حد تک کم کردی جاتی ہے۔ تاہم، دعوے کی ادائیگی کی رقم سے کٹوتی کی گئی رقم کا تناسب پریمیم ادا کر کے بحال کیا جا سکتا ہے۔

ذاتی حادثے کی پالیسی کے تحت بیمہ شدہ سرمائے کی رقم کی ادائیگی پر، پالیسی ختم ہو جاتی ہے۔

اسی طرح، ذاتی اعتبار کی ضمانت کی پالیسی کے تحت، دعوے کی ادائیگی پر پالیسی خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

۷.۲. سالویج

سالویج کا مطلب ہے تباہ شدہ جائیداد۔ ہرجانے کی ادائیگی کے بعد، ہجائے گئے سامان کے حقوق انشورنس کمپنی کے پاس چلے جاتے ہیں۔

مثال

جب موٹر انشورنس دعوے مکمل نقصان کی بنیاد پر ادا کیے جاتے ہیں، چنانچہ انشورنس کمپنی خراب گاڑی کو اپنے پاس رکھتی ہے۔ سالویج دیگر نان لائف انشورنس جیسے فائر انشورنس کلیمز، میرین کارگو انشورنس کلیمز وغیرہ میں بھی ہوسکتا ہے۔

سالویج کے مقصد کے لیے انشورنس کمپنیوں کے وضع کردہ طریقہ کار کے مطابق نجات کا بندوبست کیا جاتا ہے۔ نقصان کی تشخیص کرنے والے سروے کرنے والے تلف کرنے کے طریقوں کے بارے میں تجاویز بھی دے سکتے ہیں۔

viii. وصولیاں

دعووں کے تصفیہ کے بعد، بیمہ کنندگان ایسے تھرڈ پارٹی سے بیمہ کنندہ کے حقوق اور علاج کے ساتھ ساتھ انشورنس معاہدوں پر لاگو مجوزہ حقوق کے تحت ادا کردہ برجانے کی رقم کی وصولی کے حقدار ہیں جو متعلقہ قابل اطلاق قوانین کے تحت نقصانات کے لیے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ اس طرح، انشورنس کمپنیاں شپنگ کمپنیوں، ریلوے، روڈ ٹرانسپورٹ کمپنیوں، اینر لائنز، پورٹ ٹرسٹ اتھارٹیز وغیرہ سے نقصانات کی وصولی کر سکتی ہیں۔

مثال

سامان کی ترسیل نہ ہونے کی صورت میں نقصان کی ذمہ دار ٹرانسپورٹ کمپنیاں ہوں گی۔ اسی طرح، ایک پورٹ ٹرسٹ ان سامان کے لیے ذمہ دار ہے جو محفوظ طریقے سے اترتے ہیں لیکن پھر غائب ہو جاتے ہیں۔ اس مقصد کے لیے، دعوے کے تصفیہ سے پہلے، بیمہ دار سے ایک مستند مہر والا پیشکش خط حاصل کیا جاتا ہے۔

ix. دعووں سے متعلق تنازعات

بہترین کوششوں کے باوجود ادائیگیوں میں تاخیر ہو سکتی ہے، دعویٰ کی ادائیگی نہیں کی جا سکتی ہے (اعلان دستبرداری) یا کم رقم کے لیے دعویٰ قبول کیا جا سکتا ہے، جو انشورنس کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان عدم اطمینان اور تنازعہ کا باعث بن سکتا ہے۔

ان کے علاوہ چند عام وجوہات کا ذکر ذیل میں کیا جاتا ہے :

- ✓ اہم حقائق کا خلاصہ نہ کرنا
 - ✓ کوریج کی کمی
 - ✓ خارج شدہ جوکہم کی وجہ سے نقصان
 - ✓ کافی بیمہ شدہ رقم کا نہ ہونا
 - ✓ وارنٹی کی خلاف ورزی
 - ✓ کم بیمہ، فرسودگی وغیرہ کی وجہ سے مقدار درست کرنے کے مسائل۔
- ان تمام وجوہات کی وجہ سے بیمہ دار کو بہت تکلیف ہوتی ہے جب وہ پہلے ہی نقصانات کی وجہ سے مالی بحران کا سامنا کر رہا ہوتا ہے۔ اس کی تکلیف کو کم کرنے کے لیے، شکایت کے ازالے اور تنازعات کے حل کے طریقہ کار پالیسی میں پہلے سے طے شدہ ہیں۔ آگ یا پراپرٹی انشورنس پالیسیوں میں ثالثی یا "ثالثی" کی شرط ہوتی ہے۔

C. ثالثی

ثالثی معاہدوں سے پیدا ہونے والے تنازعات کے حل کا ایک طریقہ ہے۔ ثالثی اور مفاہمت ایکٹ 1996 کی دفعات کے مطابق کی جاتی ہے۔ کسی معاہدے کو نافذ کرنے یا اس کے تحت کسی تنازعہ کو حل کرنے کا معمول کا طریقہ عدالت میں جانا ہوگا۔ تاہم، اس طرح کی قانونی چارہ جوئی میں بہت زیادہ تاخیر اور اخراجات شامل ہوتے ہیں۔ ثالثی کا قانون فریقین کو بیمہ کرنے کی اجازت دیتا ہے کہ وہ معاہدے کے تحت پیدا ہونے والے تنازعات کو ثالثی کے زیادہ غیر رسمی، کم خرچ اور نجی عمل میں جمع کرائیں۔

ثالثی ایک یا ایک سے زیادہ ثالثوں کے ذریعے کی جا سکتی ہے، جن کا انتخاب تنازعہ کے فریقین کرتے ہیں۔ ثالث کی صورت میں، معاہدہ کرنے والے فریقین کو اس شخص کے بارے میں اتفاق کرنا ہوگا۔ بہت سی کاروباری انشورنس پالیسیوں میں ایک **ثالثی کلاز** ہوتی ہے جو کہتی ہے کہ تنازعات ثالثی کے تابع ہوں گے۔ آگ اور زیادہ تر متفرق انشورنس پالیسیوں میں ثالثی کی کلاز ہوتی ہے۔ جس میں کہا گیا ہے کہ اگر کمپنی پالیسی کے تحت ذمہ داری قبول کرتی ہے اور ادا کی جانے والی رقم میں فرق ہے، لہذا اس فرق کا معاملہ ثالثی کے پاس بھیجا جانا چاہیے۔ عام طور پر، ثالث کے فیصلے کو حتمی سمجھا جاتا ہے اور یہ دونوں فریقوں پر پابند ہوتا ہے۔

شرائط و ضوابط کی باتیں ہر پالیسی کے معاملے میں مختلف ہوتی ہیں۔ عام طور پر اس میں ایسا کہا جاتا ہے:

i. تنازعہ معاہدے کے فریقین کی طرف سے مقرر کیے جانے والے واحد ثالث کے فیصلے پر پیش کیا جاتا ہے؛ فریقین کے درمیان کسی ایک ثالث کی تقرری پر اختلاف کی صورت میں، تنازعہ کو فریقین کی جانب سے معاہدے کے لیے مقرر کیے جانے والے دو ثالثوں کے فیصلے کے لیے بھیجا جاتا ہے۔

ii. یہ دونوں ثالث ایک امپائر مقرر کریں گے جو اجلاسوں کی صدارت کرے گا۔ ان میٹنگوں کے دوران عمل کرنے کا طریقہ کار عدالت میں پیروی کرنے کے مترادف ہے۔ جب ضروری ہو، ہر فریق ایک مشیر کی مدد سے اپنا مقدمہ پیش کرتا ہے اور گواہوں کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔

iii. اگر دونوں ثالث کسی فیصلے پر متفق نہیں ہوتے ہیں، تو معاملہ امپائر کو بھیج دیا جاتا ہے، جو پھر اپنا فیصلہ دیتا ہے۔

iv. اخراجات کا فیصلہ فیصلہ کرنے والے ثالث/ثالث یا امپائر کی صوابدید پر کیا جاتا ہے۔

ذمہ داری کے سوال سے متعلق تنازعات قانونی چارہ جوئی کے ذریعے طے کیے جاتے ہیں۔

مثال

اگر انشورنس کمپنیاں یہ استدلال کرتی ہیں کہ نقصانات قابل ادائیگی نہیں ہیں کیونکہ پالیسی کے تحت نقصان کا احاطہ نہیں کیا گیا تھا، اس معاملے کا فیصلہ عدالت میں ہوگا۔ پھر، اگر انشورنس کمپنیاں زمین پر کلیم ادا کرنے سے انکار کر دیں کہ پالیسی غلط ہے کیونکہ یہ دھوکہ دہی کے ارادے سے لی گئی ہے، مادی حقائق کو ظاہر نہ کرکے (جو کہ 'حتمی نیک نیتی' کی قانونی ذمہ داری کی خلاف ورزی ہے)، تو معاملہ قانونی چارہ جوئی کے ذریعے حل کیا جائے گا۔

D. تنازعات کے حل کے دیگر طریقے

آئی آرڈی اے آئی کے ضوابط کے مطابق، تمام پالیسیوں میں بیمہ دار کے لیے دستیاب شکایات کے ازالے کے طریقہ کار کا ذکر کرنا ضروری ہوگا، جسے وہ استعمال کر سکتا ہے اگر وہ کسی بھی وجہ سے انشورنس کمپنی کی سروس سے مطمئن نہیں ہے۔

کاروبار کے ذاتی خطوط کے تحت آنے والے دعووں کی صورت میں، ایک بیمہ دار بیمہ محتسب سے رجوع کر سکتا ہے۔ اس عمل پر باب 9 میں تفصیل سے بحث کی گئی ہے۔ انشورنس محتسب کے دفتر کے بارے میں معلومات

پالیسی میں دی گئی ہیں۔ محتسب کا فیصلہ انشورنس کمپنی پر پابند ہے لیکن بیمہ شدہ کے لیے نہیں۔
محتسب کے مالی اختیارات اور حدود پر بھی باب 9 میں تفصیل سے بات کی گئی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

ان میں سے کون سی سرگرمیوں کو دعووں کے پیشہ ورانہ تصفیے کے تحت درجہ بندی نہیں کیا جائے گا؟
I. نقصان کی وجہ سے متعلق معلومات حاصل کرنا
II. تعصب کے ساتھ دعویٰ پر غور کریں
III. یہ معلوم کرنا کہ نقصان بیمہ شدہ خطرے کا نتیجہ تھا۔
IV. دعوے کے تحت قابل ادائیگی رقم کا تعین کرنا

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

کلیدی اصطلاح

وقت کے گرد گھومنا
بچایا ہوا سامان
رسیدیں (وصولی)
دعووں کی تشخیص

باب 07-C دستاویزات کی تیاری

باب کا تعارف

انشورنس انڈسٹری میں ہم بڑی تعداد میں فارم اور دستاویزات پر کام کرتے ہیں۔ بیمہ شدہ اور بیمہ کمپنی کے درمیان تعلق کو واضح کرنے کے لیے ان دستاویزات کی ضرورت ہے۔ اس باب میں، ہم ان دستاویزات اور ان کی اہمیت کے بارے میں بات کریں گے جو تجویز کی سطح پر شامل ہیں۔

قابل غور امور

ان چیزوں کی اہمیت کو سمجھیں :

A. پراسپیکٹس

B. تجویز فارم

C. اپنے گاہک کو جانیں (KYC) سے متعلق دستاویزات

اس باب کو جان کر، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

- تجویز کے مرحلے کی دستاویزات اور ان کی اہمیت کو سمجھیں۔
- پراسپیکٹس کے مقاصد کو جانیں۔
- پروپوزل فارم کی اہمیت کو سمجھیں۔
- اینٹی منی لانڈرنگ (AML)، اپنے KYC کے معیارات اور اہم دستاویزات کا جائزہ لیں، جو عملی طور پر تمام پالیسیوں پر یکساں طور پر نافذ ہوتے ہیں۔
- عمر کے ثبوت اور قابل قبول دستاویزات کی اہمیت

پراسپیکٹس وہ دستاویز ہے جسے تجویز کے مرحلے میں استعمال کیا جانا ہے۔ پراسپیکٹس ایک رسمی قانونی دستاویز ہے جو انشورنس کمپنیوں کے ذریعہ استعمال ہوتی ہے جو کسی پروڈکٹ کے بارے میں معلومات فراہم کرتی ہے۔ اس کا مطلب انشورنس کمپنی کی طرف سے براہ راست، الیکٹرانک یا کسی دوسرے فارمیٹ میں انشورنس مصنوعات کی فروخت یا فروغ کے مقصد سے جاری کردہ دستاویز ہو سکتا ہے۔ اس مقصد کے لیے، انشورنس پروڈکٹس میں ایڈ آن کور/رائیڈر آفرز (اگر کوئی ہو) بھی شامل ہو سکتی ہیں۔ پراسپیکٹس ایک تعارفی دستاویز کی طرح ہوتا ہے جو ممکنہ پالیسی ہولڈر کو کمپنی کی مصنوعات کے بارے میں جاننے میں مدد کرتا ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی (پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ) کے ضوابط، 2017 کے مطابق، پراسپیکٹس میں ایسے تمام حقائق شامل ہونے چاہئیں جو ایک ممکنہ پالیسی ہولڈر کے لیے پالیسی کی خریداری کے بارے میں باخبر فیصلہ کرنے کے لیے ضروری ہیں۔ اس میں بیمہ کے ہر پلان کے لیے درج ذیل چیزیں شامل ہونی چاہئیں:

- متعلقہ انشورنس پروڈکٹ کے لیے اتھارٹی کی طرف سے الاٹ کردہ منفرد شناختی نمبر یا منفرد شناختی نمبر (UIN)
 - انشورنس کور کا دائرہ کار
 - ضمانت یافتہ اور غیر ضمانتی فوائد/حقوق کا دائرہ (اسکوپ)
 - وارنٹی، اخراج/انشورنس کور کے اخراج (مکمل تفصیلات کے ساتھ)
 - انشورنس کور کی شرائط و ضوابط
 - حادثاتی واقعہ یا واقعات کی تفصیلات جو انشورنس میں شامل کی جائیں گی۔
 - زندگی یا جائیداد کی وہ کلاس یا زمرے جو اس طرح کے پراسپیکٹس کی شرائط میں بیمہ کی ضروریات کو پورا کرتے ہیں۔
 - منصوبہ شریک ہے یا غیر شریک
- پروڈکٹ پر ایڈ آن کور (جسے لائف انشورنس میں رائڈر بھی کہا جاتا ہے) کی اجازت ہے اور ان کے فوائد بھی بیان کیے گئے ہیں۔
- پراسپیکٹس میں شامل کی جانے والی دیگر اہم معلومات:
1. کور اور پریمیم کے درمیان کوئی فرق۔ مثال کے طور پر، مختلف عمر کے گروپوں کے لیے یا انشورنس میں داخلے کی مختلف عمروں کے لیے
 2. پالیسی کی تجدید کی شرائط
 3. بعض حالات میں پالیسی کی منسوخی کی شرائط
 4. انفرادی حالات میں قابل اطلاق چھوٹ یا لوڈنگ کے بارے میں معلومات
 5. پریمیم کے ساتھ پالیسی کی شرائط میں کسی ترمیم یا تبدیلی کا امکان

6. ابتدائی داخلے پر پالیسی ہولڈرز کو انعام دینے کے لیے کوئی ترغیب، اسی انشورنس کمپنی کے ساتھ بار بار تجدید، دعویٰ کا سازگار تجربہ وغیرہ۔

7. پراسپیکٹس میں لازمی طور پر **IRDAI** کے ذریعہ الاٹ کردہ پروڈکٹ کا **UIN** ہوگا۔

8. **IRDAI** کے ضوابط کا حکم ہے کہ پراسپیکٹس میں سیکشن 41 کی ایک کاپی شامل ہوگی۔ یہ سیکشن نئی انشورنس خریدنے، ہندوستان میں زندگی یا جائیداد سے متعلق انشورنس کی کسی بھی شکل کو جاری رکھنے یا تجدید کرنے کے لیے کسی بھی قسم کی ترغیب سے منع کرتا ہے۔ اس میں پالیسی پر قابل ادائیگی مکمل یا جزوی کمیشن کی کوئی چھوٹ شامل ہے۔

خاص طور پر، پراسپیکٹس تجویز کنندہ کو نامزدگی کی سہولت کی دستیابی کے بارے میں مطلع کرتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا عام طور پر انشورنس پراسپیکٹس کا حصہ نہیں ہے؟

I. محتسب کا نام

II. فوائد کے دائرہ کار کی تاریخ

III. استحقاق

IV. رعایت

B. تجویز فارم

انشورنس پالیسی انشورنس کمپنی اور پالیسی ہولڈر کے درمیان ایک قانونی معاہدہ ہے۔ جیسا کہ کسی بھی معاہدے کی ضرورت ہوتی ہے، یہ پیشکش اور اس کی قبولیت پر مشتمل ہوتا ہے۔ "پروپوزل فارم" درخواست کی دستاویز ہے جو پیشکش کرنے کے لیے استعمال ہوتی ہے۔ یہ ایک ایسا فارم ہے جسے تحریری طور پر یا الیکٹرانک شکل میں یا اتھارٹی کی منظوری سے کسی اور شکل میں تجویز کے ذریعے پُر کیا جائے۔ اس میں انشورنس کمپنی کی طرف سے پوچھی گئی تمام ضروری معلومات شامل ہیں، جو رسک کور کو قبول کرنے یا مسترد کرنے کا فیصلہ کرنے میں مدد کرتا ہے۔ اگر جوکھم قبول کر لیا جاتا ہے، تو انشورنس کمپنی، اس معلومات کی بنیاد پر، پیش کیے جانے والے کور کے شرح، شرائط و ضوابط کا فیصلہ کرتی ہے۔

مکمل نیک نیتی کا اصول اور اہم معلومات کو ظاہر کرنے کی ذمہ داری انشورنس کی پیشکش کی شکل سے شروع ہوتی ہے۔ تجویز کنندہ کو تمام معلومات درست اور مکمل طور پر فراہم کرنی ہوں گی کیونکہ یہ دستاویز انشورنس فراہم کرنے کی بنیاد بناتی ہے؛ اس طرح، کوئی بھی غلط معلومات یا معلومات کو دبانا دعویٰ کو مسترد کرنے کا باعث بن سکتا ہے۔

اہم معلومات کو ظاہر کرنے کی یہ ذمہ داری تجویز کے مرحلے کے بعد، بیمہ کے معاہدے کو حتمی شکل دینے کے بعد بھی جاری رہتی ہے۔ یعنی نان

لائف انشورنس پالیسیوں کے معاملے میں ضروری ہے کہ پالیسی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت ہونے والی کسی بھی مادی تبدیلیوں کو ظاہر کیا جائے۔

انشورنس پالیسی کی درخواست یا انشورنس پالیسی کے اجراء کے دوران پیشکش فارم سے جمع کی گئی معلومات خفیہ ہے اور اسے کسی تیسرے فریق کے ساتھ شیئر نہیں کیا جانا چاہیے۔ جہاں پیشکش کی جمع رقم کسی بھی وجہ سے واپس کی جانی ہے، اسے پیشکش پر انڈر رائٹنگ کے فیصلے کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر واپس کر دیا جانا چاہیے۔

IRDAI کے رہنما خطوط کے مطابق، یہ انشورنس کمپنی کی ذمہ داری ہے کہ وہ بیمہ شدہ کو پیشکش کی قبولیت کے 30 دنوں کے اندر، بیمہ شدہ کی طرف سے پیش کردہ تجویز کی ایک نقل، مفت فراہم کرے۔ ایجنٹ سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ ان ٹائم لائنز کا مشاہدہ کرے، معلومات حاصل کرے اور وقتاً فوقتاً کسٹمر سروس کے ذریعے تجویز کنندہ/ بیمہ شدہ کے ساتھ بات چیت کرے، جیسا کہ اور جب ضرورت ہو۔

(a) پروپوزل فارم - تفصیلات

پروپوزل فارم دستاویزات کی تیاری کا پہلا مرحلہ ہے جس کے ذریعے بیمہ دار انشورنس کمپنی کو مطلع کرتا ہے:

- ✓ وہ کون ہے
- ✓ اسے کس قسم کی انشورنس کی ضرورت ہے۔
- ✓ اس بارے میں تفصیلات کہ وہ کس چیز کا بیمہ کروانا چاہتا ہے اور
- ✓ کس مدت کے لیے بیمہ کروانا ہے۔
- ✓ جوکہم کی تفصیل (مثلاً زندگی اور صحت کی بیمہ کے لیے - صحت یا کسی پچھلی بیماری کی اطلاع لازمی ہے)
- ✓ اس معلومات میں انشورنس کے موضوع پر مجوزہ اقتصادی قدر اور مجوزہ انشورنس سے متعلق تمام مادی حقائق شامل ہوں گے۔

دوسرے لفظوں میں، تجویز فارم پیشکش کی شناخت کرنے والی معلومات کو جمع کرتا ہے، جیسے نام، والد کا نام، پتہ اور دیگر شناختی معلومات۔ پیشکش کے ساتھ ایڈریس پروف، پین کارڈ، تصویر وغیرہ جیسے دستاویزات صارفین کی حقیقی شناخت کا تعین کرنے کے لیے حاصل کیے جاتے ہیں۔

زندگی اور صحت کی بیمہ کے سلسلے میں، تجویز کنندہ کے خاندان کے اراکین (بشمول والدین) کے بارے میں معلومات جمع کی جاتی ہیں، جس میں ان کی عمر، صحت کی حیثیت اور کسی بھی سابقہ بیماری کو بیان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ مصنوعات کے لحاظ سے، کسی سے طبی معلومات، ذاتی خصوصیات اور ان کی بیماری کی ذاتی تاریخ کے بارے میں بھی پوچھا جا سکتا ہے جس کی بیمہ کی تجویز ہے۔

بیمہ کی متعدد سطروں میں، بیمہ کے موضوع، مجوزہ اقتصادی قدر اور پیش کردہ بیمہ سے وابستہ اہم حقائق کے بارے میں معلومات اکٹھی کی جائیں گی۔

انشورنس صلاح کار کی سفارشات کے ساتھ ایسی سفارش کی وجوہات بھی تجویز فارم کا حصہ بن سکتی ہیں۔ اس میں ایک اعلان بھی شامل ہوگا کہ تجویز

کردہ پالیسی کی تجویز کنندہ کو اچھی طرح سے وضاحت کی گئی ہے اور تجویز کنندہ نے اسے قبول کر لیا ہے۔

پیشکش فارم میں درج ذیل حصے شامل ہو سکتے ہیں، انشورنس کمپنی اور ایجنٹ کی معلومات، پروڈکٹ کی معلومات، بیمہ کی رقم، پریمیم ادائیگی کا طریقہ وغیرہ۔ فارم میں اس حقیقت کے ثبوت کے طور پر تجویز کنندہ کے دستخط بھی شامل ہوں گے کہ اس نے خود فارم کو پُر کر کے تجویز پیش کی ہے۔

مانگی گئی دیگر معلومات میں تجویز کنندہ کا نام، تاریخ پیدائش، رابطے کی تفصیلات، ازدواجی حیثیت، قومیت، والدین اور بیوی کا نام، تعلیمی قابلیت، عادات اور شناختی ثبوت، خاندان کی تفصیلات، ملازمت کی تفصیلات، بینک کی تفصیلات شامل ہیں۔ نامزد/مقرر کردہ شخص کا نام، انشورنس کی موجودہ معلومات اور پالیسی کو منتخب کرنے کی وجوہات شامل ہوتے ہیں۔

مصنوعات پر منحصر ہے، بیمہ کی تجویز کردہ زندگی کے بارے میں طبی معلومات، ذاتی علامات اور بیماری کی ذاتی تاریخ مانگی جاتی ہے۔

انشورنس کے لیے تجویز کردہ زندگی کی ذاتی مالی منصوبہ بندی سے متعلق پہلوؤں کے ساتھ ساتھ اس کے کام کا تجربہ، متوقع آمدنی اور اخراجات، بچت اور سرمایہ کاری کی ضروریات، صحت، ریٹائرمنٹ اور انشورنس سے متعلق بھی پوچھ گچھ کی جا سکتی ہے۔

ایجنٹوں کی سفارشات کے ساتھ ساتھ ایسی سفارش کی وجوہات بھی تجویز فارم کا حصہ بن سکتی ہیں۔ IRDAI کے مندرجہ بالا ضابطوں کی تعمیل میں، ایجنٹ یہ اعلان کرے گا کہ تجویز کردہ پالیسی تجویز کنندہ کو اچھی طرح سمجھائی گئی ہے اور تجویز کنندہ نے اسے قبول کر لیا ہے۔

انشورنس کمپنیاں عام طور پر پروپوزل فارم کو انشورنس کمپنی کے نام، لوگو، ایڈریس اور بیمہ کی قسم/قسم/پروڈکٹ کے ساتھ پرنٹ کرتی ہیں جس کے لیے اسے استعمال کیا جاتا ہے۔ انشورنس کمپنیاں روایتی طور پر تجویز فارم میں ایک پرنٹ شدہ نوٹ شامل کرتی ہیں۔ تاہم، اس کے ساتھ کوئی معیاری شکل یا مشق منسلک نہیں ہے۔

(b) تجویز فارم میں اعلان

انشورنس کمپنیاں عام طور پر پیشکش فارم کے آخر میں ایک اعلامیہ شامل کرتی ہیں، جس پر تجویز کنندہ کے دستخط ہوتے ہیں۔ یہ یقینی بناتا ہے کہ بیمہ دار نے فارم کو درست طریقے سے پُر کرنے کی کوشش کی ہے اور اس میں دیے گئے حقائق کو سمجھ لیا ہے، تاکہ دعویٰ کے وقت حقائق کے غلط بیانی کی وجہ سے اختلاف کی گنجائش نہ رہے۔ ایسا اعلان عام قانون کے پابند مطلق نیک نیتی کے اصول کو مکمل نیک نیتی کے معاہدے کی ذمہ داری میں بدل دیتا ہے۔

مثال

اس طرح کے اعلانات کی مثالیں درج ذیل ہیں :

میں/ہم اس کے ذریعے یہ اعلان اور ضمانت دیتے ہیں کہ مندرجہ بالا بیانات ہر لحاظ سے درست اور مکمل ہیں ؛ ایسی کوئی دوسری معلومات نہیں ہے جو بیمہ کی درخواست سے متعلق ہو اور آپ کو اُس کا خلاصہ نہ کیا گیا ہو۔

'میں/ہم اس بات سے اتفاق کرتے ہیں کہ یہ پیشکش اور اعلانات میرے/ہمارے اور (بیمہ کمپنی کے نام) کے درمیان معاہدے کی بنیاد بنیں گے۔'

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مندرجہ ذیل اختیارات میں سے کون سا تجویز فارم کے حوالے سے متعلق نہیں ہے؟

- I. حتمی ہم آہنگی۔
- II. دعوے کی متوقع رقم
- III. مادی حقائق کا خلاصہ کرنے کی ذمہ داری
- IV. فراہم کردہ معلومات کی رازداری

اس طرح کے نوٹ کے کچھ مثالیں درج ذیل ہیں:

مادی حقائق کا انکشاف نہ کرنا، گمراہ کن معلومات فراہم کرنا، دھوکہ دہی یا جوکھم کی تشخیص کے لیے بیمہ دار کی جانب سے عدم تعاون، جاری کردہ پالیسی کے تحت کور کو غلط قرار دیا جائے گا۔

'کمپنی کو اس وقت تک کوئی جوکھم نہیں ہوگا جب تک کمپنی اس پیشکش کو قبول نہیں کرتی اور مکمل پریمیم ادا نہیں کیا جاتا۔'

C. اپنے کسٹمر (کے وائے سی) کے اصولوں کو جانیں۔

اینٹی منی لانڈرنگ اور کے وائے سی معیارات

منی لانڈرنگ ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے مجرم کسی مجرمانہ سرگرمی سے حاصل ہونے والی رقم کی اصل اصلیت اور ملکیت کو چھپانے کے لیے رقوم کی منتقلی کرتے ہیں۔ منی لانڈرنگ کے عمل کو جرائم پیشہ افراد غیر قانونی سرگرمیوں سے حاصل ہونے والی رقم کو جائز رقم کے طور پر ظاہر کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ اس عمل میں، وہ رقم کی مجرمانہ اصلیت کو چھپانے اور اسے جائز ظاہر کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

مجرم اپنی غیر قانونی رقم کو جائز رقم کے طور پر ظاہر کرنے کے لیے بینک اور انشورنس کے ساتھ ساتھ مالیاتی خدمات کو استعمال کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ وہ جھوٹی شناخت کا استعمال کرتے ہوئے لین دین کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر، کسی قسم کا بیمہ خریدنا اور پھر جب ان کا مقصد پورا ہو جائے اور غائب ہو جائے تو رقم نکالنا۔ بھارت سمیت دنیا بھر کی حکومتیں منی لانڈرنگ کی ایسی کوششوں کو روکنے میں مصروف ہیں۔

تعریف

منی لانڈرنگ ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے غیر قانونی پیسہ اپنی غیر قانونی اصلیت کو چھپا کر معیشت میں لایا جاتا ہے تاکہ اسے قانونی طور پر وصول ہونے والی رقم کا درجہ مل جائے۔ حکومت ہند نے منی لانڈرنگ کی سرگرمیوں کو روکنے کے لیے پی ایم ایل اے، 2002 متعارف کرایا ہے۔

منی لانڈرنگ کی روک تھام کا ایکٹ (پی ایم ایل اے)، 2002، منی لانڈرنگ کی سرگرمیوں کو کنٹرول کرنے اور منی لانڈرنگ سے حاصل کی گئی جائیداد کو ضبط کرنے کے لیے 2005 میں نافذ ہوا تھا۔

اس کے فوراً بعد، آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے جاری کردہ اینٹی منی لانڈرنگ رہنما خطوط میں انشورنس خدمات کی درخواست کرنے والے صارفین کی حقیقی شناخت کا پتہ لگانے، مشکوک لین دین کی اطلاع دینے وغیرہ کی ضرورت شامل تھی اور منی لانڈرنگ میں ملوث یا مشتبہ کیسز کا ریکارڈ رکھنے کے لیے مناسب اقدامات کیے گئے ہیں۔ معاہدہ کے آغاز سے ہی، محتاط رہنا اور اس بات کو یقینی بنانا ضروری ہے کہ اسے کسی بھی طرح منی لانڈرنگ کے ذریعہ استعمال نہیں کیا جائے گا۔

منی لانڈرنگ کی روک تھام ایکٹ، 2002 (پی ایم ایل اے) کو حکومت ہند نے یکم جولائی 2005 سے نافذ کیا تھا۔ اس ایکٹ کے مطابق، ہر بینکنگ کمپنی، مالیاتی ادارہ (جس میں انشورنس کمپنیاں شامل ہیں) اور بیچوان PMLA کے تحت تجویز کردہ تمام لین دین کا ریکارڈ رکھنا ہوگا۔ اسی کے مطابق، آئی آر ڈی اے آئی نے 31 مارچ 2006 کو انسداد منی لانڈرنگ/پریونشن آف فنانسنگ آف ٹیررازم (اے ایم ایل/سی ایف ٹی) سے متعلق ہدایات جاری کیں۔

اپنے گاہک کو جانیں وہ عمل ہے جسے کاروبار میں اپنے صارفین کی شناخت کی تصدیق کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ بینک اور انشورنس کمپنیاں مسلسل اپنے صارفین سے شناخت کی چوری، مالی فراڈ اور منی لانڈرنگ کو روکنے کے لیے تفصیلی معلومات فراہم کرنے کو کہتے ہیں۔ کے وائے سی کے ہدایات کا مقصد جرائم پیشہ عناصر کو منی لانڈرنگ کی سرگرمیوں کے لیے مالیاتی اداروں کا استعمال کرنے سے روکنا ہے۔

لہذا، انشورنس کمپنیوں کے لیے یہ ضروری ہے کہ وہ اپنے صارفین کی حقیقی شناخت کا پتہ لگائیں۔ ایجنٹوں کو اس بات کو یقینی بنانا چاہیے کہ تجویز کنندگان کے وائے سی کے عمل کے حصے کے طور پر درج ذیل کے ساتھ اپنا پروپوزل فارم جمع کرائیں:

- i. شناخت کا ثبوت - ڈرائیونگ لائسنس، پاسپورٹ، ووٹر شناختی کارڈ، پین کارڈ، تصویر وغیرہ۔
- ii. ایڈریس پروف - ڈرائیونگ لائسنس، پاسپورٹ، ٹیلی فون بل، بجلی کا بل، بینک پاس بک وغیرہ۔ افراد، کارپوریٹس، پارٹنرشپ فرمز، ٹرسٹ اور فاؤنڈیشنز کے لیے الگ الگ دستاویزات تجویز کیے گئے ہیں۔
- iii. آمدنی کے ثبوت اور مالی پوزیشن سے متعلق دستاویزات، خاص طور پر زیادہ قیمت کے لین دین کے معاملے میں۔
- iv. انشورنس معاہدے کا مقصد

(a) عمر کا ثبوت - انفرادی لائٹوں کے لیے

انفرادی انشورنس جیسے زندگی، صحت، ذاتی حادثہ وغیرہ کی صورت میں، بیمہ کمپنیاں بیمہ شدہ کے خطرے کی پروفائل کا پتہ لگانے کے لیے عمر کو ایک اہم عنصر کے طور پر استعمال کرتی ہیں۔ چونکہ زندگی کی بیمہ کے کاروبار میں عمر بہت اہم ہے، اس لیے لائف انشورنس کمپنیاں عمر کی دستاویزات کے مزید تفصیلی معیارات پر عمل کرتی ہیں۔ [تاہم، حکومت، ریزرو بینک آف انڈیا اور IRDAI KYC کے اصولوں پر عمل کرنے میں زیادہ سخت ہیں۔] انڈر رائٹنگ کے عمل کا ایک اہم حصہ، عمر کے ثبوت کی تصدیق کے بعد، عمر کی قبولیت ہے۔

i. معیاری عمر کا ثبوت

بیمہ کمپنیاں عمر کے ثبوت کے طور پر دو قسم کے عمر کے ثبوت کو قبول کرتی ہیں۔ درست عمر کا ثبوت معیاری یا غیر معیاری ہو سکتا ہے۔

✓ معیاری عمر کے ثبوت عام طور پر پبلک اتھارٹی کے ذریعہ جاری کیے جاتے ہیں۔ جیسے میونسپلٹی یا دوسرے سرکاری ادارے کی طرف سے جاری کردہ پیدائش کا سرٹیفکیٹ، اسکول چھوڑنے کا سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ وغیرہ۔

✓ غیر معیاری ثبوت، جب معیاری عمر کا ثبوت دستیاب نہ ہو (فوری طور پر قبول نہیں کیا جائے گا)

بعض دستاویزات کو معیاری عمر کا ثبوت سمجھا جاتا ہے جو کہ ہیں:

i. اسکول یا کالج کا سرٹیفکیٹ

ii. پیدائشی سرٹیفکیٹ میونسپل ریکارڈ سے نکالا گیا۔

iii. پاسپورٹ

iv. پین کارڈ

v. سروس رجسٹر (سروس رجسٹر)

vi. ڈیفنس پرسنل کی صورت میں شناختی کارڈ

vii. شادی کا سرٹیفکیٹ متعلقہ اتھارٹی کی طرف سے جاری کیا گیا ہے۔

ii. غیر معیاری عمر کا ثبوت

جب اوپر مذکور معیاری عمر کا ثبوت دستیاب نہ ہو، تو لائف انشورنس کمپنی غیر معیاری عمر کا ثبوت جمع کرانے کی اجازت دے سکتی ہے۔ غیر معیاری عمر کے ثبوت کے طور پر سمجھے جانے والے دستاویزات میں سے کچھ یہ ہیں:

i. زائچہ

ii. راشن کارڈ

iii. خود اعلان کی شکل میں ایک حلف نامہ

iv. گرام پنچایت کا سرٹیفکیٹ

اپنے آپ کو چیک کریں 3

درج ذیل میں سے کون سا درست عمر کے ثبوت کے طور پر قابل قبول نہیں ہے؟

I. میونسپل ریکارڈ سے پیدائش کا سرٹیفکیٹ

II. ایم ایل اے کے ذریعہ جاری کردہ پیدائش کا سرٹیفکیٹ

III. پاسپورٹ

IV. پین کارڈ

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن I ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن II ہے۔

خلاصہ

- پراسپیکٹس ایک رسمی قانونی دستاویز ہے جو انشورنس کمپنیوں کے ذریعہ استعمال ہوتی ہے جو کسی پروڈکٹ کے بارے میں معلومات فراہم کرتی ہے۔
- پیشکش کرنے کے لیے استعمال ہونے والی درخواست کی دستاویز کو عام طور پر 'پروپوزل فارم' کہا جاتا ہے۔
- بعض دستاویزات کو معیاری عمر کا ثبوت سمجھا جاتا ہے، بشمول اسکول یا کالج کے سرٹیفکیٹ، میونسپل ریکارڈز سے اخذ کردہ پیدائشی سرٹیفکیٹ وغیرہ۔
- معیاری عمر کا ثبوت سمجھے جانے والے کچھ دستاویزات میں اسکول یا کالج کے سرٹیفکیٹ، میونسپل ریکارڈز سے اخذ کردہ پیدائشی سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔
- انشورنس کمپنیوں کو اپنے صارفین کی حقیقی شناخت کا تعین کرنا ہوتا ہے۔ کے وائے سی کے عمل کے حصے کے طور پر، کے وائے سی دستاویزات جیسے ایڈریس پروف، پین کارڈ اور تصویر حاصل کرنا ضروری ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. پراسپیکٹس
2. تجویز فارم
3. اخلاقی خطرہ
4. اپنے گاہک کو جانیں (KYC)
5. عمر کا ثبوت
6. معیاری اور ذیلی معیاری عمر کا ثبوت
7. فری ٹک کی مدت

باب 08-C گاہک سروس

باب کا تعارف

اس باب میں آپ صارفین کے خدمات کی اہمیت سیکھیں گے۔ آپ صارفین کو خدمات فراہم کرنے میں ایجنٹوں کے کردار کے بارے میں جانیں گے۔ اس کے علاوہ، گاہکوں کے ساتھ بات چیت اور تعلقات استوار کرنے کا طریقہ سیکھیں گے۔

قابل غور امور

- A. گاہک سروس - عمومی تصورات
- B. گاہک سروس فراہم کرنے میں انشورنس ایجنٹ کا کردار
- C. گاہک سروس میں مواصلات کی مہارت
- D. غیر زبانی مواصلات
- E. اخلاقی طرز عمل

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

گاہک سروس کی اہمیت کو سمجھنا

1. سروس کے معیار کے بارے میں بتانا

2. بیمہ کی صنعت میں خدمات کی اہمیت کو تلاش کرنا

3. بہتر سروس فراہم کرنے میں انشورنس ایجنٹ کے کردار پر تبادلہ خیال کریں۔

4. مواصلات کے عمل کی وضاحت

5. غیر زبانی بات چیت کی اہمیت کو ظاہر کرنا

6. اخلاقی برتاؤ کی تجویز کرنا

1. کیوں کسٹمر سروس؟

گاہک کسی بھی صنعت کا سب سے اہم حصہ ہوتے ہیں؛ کوئی بھی ادارہ اس کو نظر انداز نہیں کر سکتا۔ سروس سیکٹر میں گاہک سروس اور تعلقات کا کردار اہم ہے۔ یہ انشورنس میں بھی اتنا ہی اہم ہے۔

گاہک کو خوش کرنے کے لیے ہر انٹرپرائز کا اپنا مقصد ہوتا ہے۔ اس کی وضاحت یہ جانچ کر کے کی جا سکتی ہے کہ انشورنس خریدنا کار خریدنے سے کس طرح مختلف ہے۔

کار کو دیکھ کر، چھو کر، ٹیسٹ ڈرائیو لے کر اور اس کا تجربہ کر کے خریدا جا سکتا ہے، جب کہ کار انشورنس کسی حادثے کی وجہ سے کار کو ہونے والے نقصان یا نقصان کی تلافی کا وعدہ ہے۔ یہ وعدہ بالواسطہ ہے - اسے دیکھا، چھوا یا محسوس نہیں کیا جا سکتا۔

جہاں کار کا صارف آسانی سے کار کو سمجھنے اور اس کا تجربہ کرنے کے قابل ہو گا، وہیں بیمہ شدہ گاہک جس انشورنس کور کو خرید رہا ہے اس کا اندازہ صرف اس وقت کر سکے گا جب نقصان کا کوئی واقعہ ہو اور انشورنس کمپنی کلیم کو نمٹا دے گی۔ تمام صارفین کو اس کا تجربہ کرنے کا موقع نہیں ملتا ہے۔ انشورنس میں، جب ایسی صورت حال پیدا ہوتی ہے اور گاہک کو توقع سے بہتر سروس ملے گی تو وہ بہت خوش ہوگا۔

2. سروس کا معیار

یہ انشورنس کمپنیوں اور ان کے ملازمین کے ساتھ ساتھ ان کے ایجنٹوں کے لیے بھی ضروری ہے کہ وہ اعلیٰ معیار کی خدمات فراہم کریں اور صارف کو خوش رکھیں۔

اعلیٰ معیار کی خدمت کیا ہے؟ اس کی خصوصیات کیا ہیں؟

جیتھامل، پراسورمن اور بیری کا سروس کے معیار کے لیے معروف سروکل اپروچ، سروس کے معیار کے 5 کلیدی اشارے پر روشنی ڈالتا ہے:

(a) **قابل اعتبار:** قابل اعتماد اور درست طریقے سے سروس فراہم کرنے کی صلاحیت جس کا وعدہ کیا گیا ہے بہتر سروس کا سب سے اہم اشارہ سمجھا جاتا ہے۔ یہ وہ بنیاد ہے جس پر اعتبار کی عمارت کھڑی ہے۔

(b) **جوابدہی:** اس سے مراد صارفین کی مدد کرنے اور گاہک کی ضروریات کا فوری جواب دینے کے لیے سروس اہلکاروں کی فوری جواب دینا اور قابلیت ہے۔ یہ رفتار، درستگی اور سروس فراہم کرنے کے رجحان جیسے اشارے سے ماپا جا سکتا ہے۔

(c) **یقین دہانی:** اس کا مطلب ہے کسی ملازم یا ایجنٹ کی طرف سے گاہک کی ضروریات کو سمجھنے اور پورا کرنے کے لیے علم، قابلیت اور شائستگی، جس سے اعتماد اور اعتماد پیدا ہوتا ہے۔

(d) **ہمدردی:** ہمدردی کو انسانی پہلو کہا جا سکتا ہے۔ یہ گاہکوں کا خیال رکھنے اور انفرادی گاہک پر توجہ مرکوز کرنے کے رجحان سے ظاہر ہوتا ہے۔

(e) **ٹھوس سامان:** اس سے مراد وہ پیشہ ورانہ رویہ ہے جو گاہک کی طرف سے اختیار کیا جاتا ہے اور ساتھ ہی وہ جسمانی ماحولیاتی عوامل

جیسے مقام، ترتیب اور صفائی جو صارف کسی خدمت فراہم کنندہ سے رابطہ کرتے ہوئے محسوس کرتا ہے۔ پہلا اثر طویل عرصے تک رہتا ہے۔

3. گاہک سروس اور انشورنس

انشورنس انڈسٹری کے معروف بیمہ فروشوں کا کہنا ہے کہ سب سے اوپر تک پہنچنے اور اس پر قائم رہنے کا راز موجودہ گاہکوں کی ایک بڑی تعداد کی وفاداری اور حمایت حاصل کرنے میں ہے جو کاروبار کو بڑھانے میں مدد کرتے ہیں۔

یہ گاہک موجودہ معاہدوں کی تجدید سے کمیشن کا ذریعہ ہیں۔ یہ نئے گاہکوں کو حاصل کرنے کے لیے ایک اہم ذریعہ ہو سکتے ہیں۔

انشورنس کی فروخت میں کامیابی کی کلیدوں میں سے ایک یہ ہے کہ آپ اپنے گاہکوں کو اپنے کلائنٹس میں تبدیل کر سکتے ہیں۔ گاہک وہی ہیں جو مصنوعات خریدتے ہیں۔ دوسری طرف، کلائنٹ وہ لوگ ہیں جن کے ساتھ ایجنٹ زندگی بھر کا رشتہ بناتا ہے، جو اس سے مسلسل انشورنس خریدتے ہیں اور اس کی مدد کرتے ہیں۔ وہ شاید دوسرے صارفین تک پہنچنے اور ان کو انشورنس بیچنے میں بھی اُس کی مدد کرتے ہیں۔

کلائنٹس اپنے کلائنٹس کو سروس فراہم کرنے کے لیے گہری وابستگی کے ساتھ کام کر کے تخلیق کیے جاتے ہیں۔ یہ سمجھنے کے لیے کہ کس طرح کسی گاہک کو خوش رکھنے سے ایجنٹ اور کمپنی کو فائدہ ہوتا ہے، کسٹمر لائف ٹائم ویلیو کے تصور کو سمجھنا چاہیے۔

گاہک کی زندگی بھر کی قیمت کو ان معاشی فوائد کے مجموعے کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے جو گاہک کے ساتھ طویل عرصے تک مضبوط تعلقات استوار کرنے سے حاصل ہوتے ہیں۔

شکل 1: گاہک کی زندگی بھر کی قیمت



ایک ایجنٹ جو اپنے گاہکوں کی خدمت کرتا ہے اور ان کے ساتھ قریبی تعلقات استوار کرتا ہے اس کی ساکھ اور برانڈ ویلیو بناتا ہے، جو اسے اپنے کاروبار کو بڑھانے میں مدد کرتا ہے۔

گاہک زندگی بھر کی قیمت سے کیا مراد ہے؟

- I. گاہک کو زندگی کی خدمت فراہم کرنے میں ہونے والے اخراجات کا مجموعہ
- II. گاہک کے ٹرن اور کی بنیاد پر گاہک کو تفویض کردہ رینک
- III. گاہک کے ساتھ طویل مدتی تعلقات استوار کرنے سے حاصل ہونے والے معاشی فوائد کا مجموعہ
- IV. زیادہ سے زیادہ بیمہ جو کسی صارف کو دیا جا سکتا ہے۔

4. گاہک تعلقات اور خدمت

اگرچہ گاہک خدمت مطمئن اور بھروسہ مند گاہک بنانے میں کلیدی عنصر ہے، صارفین کے ساتھ مضبوط تعلقات استوار کرنا بھی ضروری ہے۔ انشورنس کمپنی کے بارے میں گاہک کا نقطہ نظر انشورنس کمپنی کی طرف سے فراہم کردہ خدمت اور تعلقات کے تجربے پر منحصر ہوتا ہے۔

کوئی ایک صحت مند/بہتر تعلقات کی طرف کیسے لے جاتا ہے؟ یقیناً اس کے دل میں ایمان ہے۔ اس کے ساتھ دیگر عناصر بھی ہیں جو اعتماد کو مضبوط اور بڑھاتے ہیں۔ آئیے اس کے کچھ عناصر کو جانتے ہیں۔

شکل 2: اعتماد کے عناصر



i. ہر تعلقات کشش کے ساتھ شروع ہوتا ہے: کشش کا مطلب ہے پسند کیا جانا اور گاہک کے ساتھ قریبی تعلقات استوار کرنا، جس کا آغاز ایک بہترین پہلا تاثر بنانے سے ہوتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ کشش ہر دل کے دروازے کھولنے کی کلید ہے۔ اس کے بغیر رشتہ بنانا مشکل ہے۔ اگر گاہک سیلز پرسن کو پسند نہیں کرتا ہے، تو وہ سیلز پرسن زیادہ آگے نہیں جا سکتا۔

ii. تعلق کا دوسرا عنصر موجودگی ہے، یعنی ضرورت کے وقت دستیاب ہونا۔

iii. مواصلت: یہاں تک کہ اگر کوئی بیچنے والا مکمل طور پر موجود نہیں ہے اور اپنے صارفین کی تمام توقعات پر پورا نہیں اتر سکتا ہے، تب بھی وہ یقین دہانی، ہمدردی اور ذمہ داری کے احساس کو ظاہر کرنے والے انداز میں بات چیت کر کے ایک مضبوط رشتہ برقرار رکھتا ہے۔

مواصلات کی مندرجہ بالا جہتوں کے لیے نظم و ضبط اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ بالآخر ایک شخص کے سوچنے اور دیکھنے کے انداز سے ظاہر ہوتا ہے۔

کمپنیاں گاہک تعلقات مینجمنٹ پر زور دیتی ہیں کیونکہ گاہک کو برقرار رکھنے کی لاگت نئے گاہک کو حاصل کرنے کی لاگت سے بہت کم ہے۔ گاہک کے تعلقات استوار کرنے کا موقع رابطے کے ہر مقام پر موجود ہے۔ جیسے صارفین کی انشورنس ضروریات کو سمجھنا، کوریج کے بارے میں وضاحت کرنا، فارم بھرنے میں مدد کرنا۔

B. کسٹمر سروس فراہم کرنے میں انشورنس ایجنٹ کا کردار

آئیے اب غور کریں کہ ایک ایجنٹ کس طرح گاہک کو بہترین سروس فراہم کر سکتا ہے۔ یہ سمجھنا ضروری ہے کہ سیلز کے نمائندے کے گاہک کے ساتھ بات چیت کے وقت سے لے کر دعوے کا تصفیہ کے آخری نقطہ تک، گاہک اس سفر پر ہے جسے ہم 'گاہک سفر' کہیں گے۔ ایجنٹ کو معاہدے کی پوری مدت کے دوران گاہک کے ساتھ شراکت داری کرنی ہوگی۔ اس سفر کے ہر قدم پر ہاتھ پکڑ کر چلنا پڑتا ہے تاکہ ہر قدم کو یادگار تجربہ مل سکے۔

آئیے اب اس سفر کے چند اہم سنگ میلوں اور ہر مرحلے کے کردار کے بارے میں جانتے ہیں۔

1. فروخت

ایسا کہا جاتا ہے کہ بیچنا ایک فن بھی ہے اور سائنس بھی۔ یہ ایک سائنس ہے کیونکہ اس کے لیے ایک طے شدہ عمل کی ضرورت ہوتی ہے جس پر اگر مسلسل اور مناسب طریقے سے عمل کیا جائے تو کامیابی کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ سیلز اس لحاظ سے بھی ایک فن ہے کہ ہر سیلز کا نمائندہ عمل میں اپنا الگ تاثر، انداز اور شخصیت لاتا ہے۔ نتائج کا انحصار اس بات پر ہے کہ ہر شخص اس عمل میں کیا حصہ ڈالتا ہے۔

• **پراسپیکٹنگ :** فروخت کا عمل توقعات کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جس کا سیدھا مطلب ہے ممکنہ گاہک کی تلاش۔ تلاش کرنا ضروری ہے کیونکہ 'جب تک آپ تلاش نہیں کرتے آپ اسے کبھی نہیں ڈھونڈ سکیں گے۔' یہ اس عمل کا سب سے اہم مرحلہ ہے۔ ایجنٹ عام طور پر آپ کے سامنے بازار کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جو جان-پہچان کے لیے اور آسانی سے رابطہ قائم کرنے والوں کو تلاش کرنے والوں کو مل جاتا ہے۔ اسی طرح کے لوگوں کو زیادہ سے زیادہ نیٹ ورک سے رابطہ کرنا پڑتا ہے جو شخص آس پاس کی دنیا سے باہر ہوتا ہے - ان کے بارے میں جاننا اور ان کی درمیانی شناخت بنانا سب سے اہم ہے۔

وہ لوگ جن سے وہ شخص شناخت کرے گا اور جن لوگوں سے وہ رابطہ کرتا ہے وہ سبھی بیمہ کے لیے موزوں امیدوار نہیں ہوسکتے ہیں یا بیمہ کی خریداری میں دلچسپی نہیں رکھتے۔ لہذا، ان کی اہلیت کا پتہ لگانا ضروری ہے، تاکہ صرف ان لوگوں کو نشانہ بنایا جا سکے جو بیمہ کی استطاعت رکھتے ہوں۔ ممکنہ گاہک کو تلاش کرنے کا عمل اسی وقت کامیاب ہوتا ہے جب ایجنٹ امکان کے ساتھ مضبوط رشتہ استوار کرنے کے قابل ہو۔ لہذا، کسی بھی سیلز نمائندے کا پہلا کام بھروسہ بیچ کر اعتماد بڑھانا ہے۔

• **انٹرویو کے لیے کال کرنا :** اگرچہ ذاتی تعلقات وہ بنیاد ہیں جس پر انشورنس کا کاروبار قائم ہے، یہ بھی ضروری ہے کہ کمائے گئے کریڈٹ کو سیلز میں تبدیل کیا جائے۔ یہ تب شروع ہوتا ہے جب سیلز کا نمائندہ ایک تفصیلی سیلز انٹرویو کے لیے باضابطہ ملاقات کرتا

ہے۔ یہ مرحلہ آپ کی پیشہ ورانہ اسناد بنانے کے ساتھ ساتھ کاروبار کو غیر رسمی بات چیت سے الگ کرنے کے لیے اہم ہے۔

• **ضروریات کا پتہ لگانا اور حل تجویز کرنا** : سیلز انٹرویو میں سب سے اہم مراحل وہ مراحل ہوتے ہیں جن میں سیلز ایجنٹ ممکنہ گاہک کی صحیح ضروریات کی نشاندہی کرتا ہے اور ان سے رابطہ کرتا ہے جس کے لیے انشورنس ایک حل ہے۔ ایک ہنر مند سیلز نمائندے کو ممکنہ گاہک کی رہنمائی کرنے میں اس کی مہارت، اچھے سوالات پوچھنے کے فن، اور حفاظتی خامیوں کو سمجھنے کی صلاحیت سے پہچانا جاتا ہے جو انشورنس کی ضروریات کو بڑھا سکتے ہیں۔

ایجنٹ ممکنہ کلائنٹ کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے صحیح قسم کے انشورنس حل کے حوالے سے بہترین مشورہ فراہم کرنے کا ذمہ دار ہے۔ سب سے پہلے، درست تقاضوں کا پتہ لگانا اور ممکنہ گاہک تک پہنچانا ہے جس کے لیے انشورنس ایک حل ہے۔ اس میں خریدی جانے والی بیمہ کی رقم کے بارے میں صحیح مشورہ دینا بھی شامل ہے۔ مثال کے طور پر، زندگی کی انشورنس کی رقم ایک شخص کو خریدنی چاہیے، اس کا تعلق اس کی آمدنی اور پریمیم ادا کرنے کی صلاحیت سے ہونا چاہیے۔

ذہن میں بنیادی تصور رکھنا ضروری ہے، خاص طور پر جب نان لائف انشورنس خریدتے ہو۔ بیمہ کی سفارش نہیں کی جانی چاہئے جہاں جوکھم کا انتظام دوسرے ذرائع سے کیا جاسکتا ہے۔

انشورنس کی ضرورت ہے یا نہیں یہ حالات پر منحصر ہے۔ اگر پریمیم کی ادائیگی اس میں شامل نقصان سے زیادہ ہے، تو بہتر ہے کہ خود ہی جوکھم مول لیں۔ دوسری طرف، اگر نمائش سے ہونے والے نقصانات سنگین ہوسکتے ہیں، تو ان کے خلاف بیمہ کروانا دانشمندی ہوگی۔

مثال

سیلاب زدہ علاقے میں رہنے والے گھر کے مالک کے لیے سیلاب کے خلاف ایڈ آن کور خریدنا مددگار ثابت ہوگا۔ دوسری طرف، اگر مالک مکان کا مکان ایسی جگہ پر ہے جہاں سیلاب کا امکان کم ہو، تو اس طرح کا احاطہ ضروری نہیں ہو سکتا۔

کئی گاہک ہر روپے کے خرچ پر زیادہ سے زیادہ انشورنس خریدنے کی تاک میں نہیں رہتے ہیں بلکہ وہ رسک مینجمنٹ کی لاگت کو کم کرنے میں دلچسپی رکھتے ہیں۔ یہاں تشویش ان جوکھم کی نشاندہی کرنی ہوگی جو گاہک اٹھانے کے متحمل نہیں ہیں اور اس لیے بیمہ کروانے کی ان کو ضرورت ہے۔

ایک ایجنٹ تب ہی کامیاب ہوتا ہے جب وہ بہترین مشورہ دیتا ہے۔ ایجنٹ کو مسلسل اپنے آپ سے یہ سوال کرنے کی ضرورت ہے کہ گاہک کے سامنے اس کا کردار کیا ہے۔ اسے کلائنٹ سے نہ صرف انشورنس بیچنے کے لیے، بلکہ ایک کوچ اور پارٹنر کے طور پر کلائنٹ سے تعلقات استوار کرنے کے لیے کلائنٹ کے پاس جانا چاہیے، تاکہ اسے کلائنٹ کے جوکھم کو زیادہ مؤثر طریقے سے منظم کرنے میں اس کی مدد کرسکے۔

• **اعتراضات سے نمٹنا اور فروخت مکمل کرنا**: گاہک کو صحیح پروڈکٹ خریدنے کے بارے میں بہترین مشورے اور تجاویز دینا کافی نہیں ہوگا۔ گاہک کو انشورنس خریدنے پر آمادہ کرنا بھی ضروری ہے۔ اکثر، گاہک کے ذہن میں بہت سے سوالات پیدا ہو سکتے ہیں اور وہ

اعتراضات بھی دائر کر سکتے ہیں، جنہیں انشورنس خریدنے کا فیصلہ کرنے سے پہلے حل کرنے کی ضرورت ہے۔ ان سوالات سے نمٹنے کے دوران، یہ سمجھنا انتہائی ضروری ہے کہ دائر کیے جانے والے اعتراضات میں بنیادی خدشات ہو سکتے ہیں جن کی نشاندہی اور ان پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔

مختصراً، انشورنس ایجنٹ کا کردار صرف سیلز کے نمائندے سے کہیں زیادہ ہے۔ اسے نقصان کا جائزہ لینے والا، انڈر رائٹر، رسک مینجمنٹ کنسلٹنٹ، ضرورت پر مبنی مفاہمت کرنے والا اور رشتہ بنانے والا (جو اعتماد اور طویل مدتی تعلقات استوار کرنے کی کوشش کرتا ہے) ہم جہت شخص ہونا چاہیے۔

2. تجویز کا مرحلہ

ایجنٹ کو انشورنس کی پیشکش کو پُر کرنے میں گاہک کی مدد کرنی چاہیے۔ بیمہ دار پیشکش میں دیے گئے بیانات کی ذمہ داری لے گا۔ تجویز فارم کے اہم پہلوؤں پر اگلے باب میں بحث کی جائے گی۔

ایجنٹ کو پروپوزل فارم میں پوچھے گئے ہر سوال کی وضاحت کرنی چاہیے تاکہ جواب پُر کیا جا سکے۔ درست اور مکمل معلومات فراہم کرنے میں ناکامی گاہک کے دعوے کو خطرے میں ڈال سکتی ہے۔

بعض اوقات، جب پالیسی کو مکمل کرنے کے لیے اضافی معلومات کی ضرورت ہوتی ہے، تو کمپنی صارف کو براہ راست یا کسی ایجنٹ/کنسلٹنٹ کے ذریعے مطلع کر سکتی ہے۔ ایجنٹ کو وضاحت کرنی چاہیے کہ یہ معلومات کیوں ضروری ہے جب کہ اس طرح کی رسمی کارروائیوں کو پورا کرنے میں کسٹمر کی مدد کریں۔

IRDAI (ای-انشورنس پالیسی کا اجراء) ریگولیشنز، 2016 ای-پروپوزل فارمز فراہم کرتا ہے جو کہ براہ راست پیشکش فارمز کی طرح ہیں؛ یہ تجویز کنندہ کو پیشکش پر اپنی رضامندی دینے کے لیے فراہم کرتا ہے، جس کی تصدیق ایک بار استعمال کرنے والے پاس ورڈ (موبائل فون OTP) سے کی جا سکتی ہے۔

3. قبولیت کا مرحلہ

a) کور نوٹ/انشورنس کا سرٹیفکیٹ

انڈر رائٹنگ کا عمل مکمل ہونے کے بعد، پالیسی جاری ہونے میں کچھ وقت لگ سکتا ہے۔ پالیسی کے تحت تحفظ اس وقت دستیاب ہوتا ہے جب پالیسی بنائی جا رہی ہو یا جب انشورنس پر بات چیت ہو اور اسے عارضی بنیادوں پر کور فراہم کرنا ضروری ہو یا جب لاگو اصل شرح کا تعین کرنے کے لیے احاطے کا معائنہ کیا جا رہا ہو تو اس کی تصدیق کے لیے ایک کور نوٹ جاری کیا جاتا ہے۔

چونکہ کور نوٹس اور انشورنس کے سرٹیفکیٹ بنیادی طور پر کاروبار کے سمندری اور موٹر انشورنس زمروں میں استعمال ہوتے ہیں، اس لیے عام انشورنس سیکشن میں کور نوٹس پر تفصیل سے بات کی گئی ہے۔

یہ ایجنٹ کی ذمہ داری ہے کہ وہ بیمہ شدہ کو یقینی بنائے کہ کمپنی نے ایک کور نوٹ جاری کیا ہے، جہاں قابل اطلاق ہو۔ اس سلسلے میں جلد بازی سے صارف کو معلوم ہوتا ہے کہ اس کے مفادات ایجنٹ اور کمپنی کے ہاتھ میں محفوظ ہیں۔

(b) پالیسی دستاویز

پالیسی ایک رسمی دستاویز ہے جو انشورنس کے معاہدے کا ثبوت فراہم کرتی ہے۔ اس دستاویز پر انڈین سٹیمپ ایکٹ 1899 کی دفعات کے مطابق مہر لگائی جانی چاہیے۔ یہ انشورنس کمپنی کی ذمہ داری ہے کہ وہ بیمہ شدہ کو پالیسی دستاویز فراہم کرے۔

4. پریمیم ادائیگی

پریمیم، بیمہ کے معاہدے کے تحت، بیمہ کرنے والے کی طرف سے بیمہ کے موضوع کو بیمہ کرنے کے لیے انشورنس کمپنی کو ادا کی جانے والی رقم یا غور ہے۔

ایک اچھا ایجنٹ اس بات کو یقینی بنانے میں پوری دلچسپی ظاہر کرتا ہے کہ پالیسی بولڈر نے پالیسی لینے یا جاری رکھنے یا تجدید کرنے کے لیے پریمیم ادا کیے ہیں اور پریمیم کی ادائیگی کے لیے دستیاب مختلف آپشنز گاہک کو بتائے گئے ہیں۔

5. پریمیم ادائیگی کا طریقہ

انشورنس کمپنی کو پریمیم کی ادائیگی کسی بھی شخص کی طرف سے کی جا سکتی ہے جو انشورنس پالیسی لینے کی تجویز پیش کر رہا ہو یا پالیسی بولڈر درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ طریقوں سے:

(a) نقدی

(b) کسی تسلیم شدہ بینک کا ایک قابل تبادلہ آلم، جیسے کہ چیک، ڈیمانڈ ڈرافٹ، پی آرڈر، بینکرز کا چیک، جو ہندوستان میں کسی شیڈول بینک پر نکالا جا سکتا ہے۔

(c) پوسٹل منی آرڈر؛

(d) کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ؛

(e) بینک گارنٹی یا کیش ڈپازٹ؛

(f) انٹرنیٹ؛

(g) ای ٹرانسفر؛

(h) بینک ٹرانسفر کے ذریعے، تجویز کنندہ یا پالیسی بولڈر یا لائف بیمہ شدہ کی مستقل ہدایات کے ذریعے دیا گیا براہ راست کریڈٹ؛

(i) ادائیگی یا ادائیگی کا کوئی دوسرا طریقہ جو کہ اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً منظور کیا جا سکتا ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی کے ضوابط کے مطابق، اگر تجویز کنندہ/پالیسی بولڈر نیٹ بینکنگ یا کریڈٹ کارڈ کے ذریعے پریمیم کی ادائیگی کا انتخاب کرتا ہے، تو ادائیگی صرف نیٹ بینکنگ اکاؤنٹ یا ایسے تجویز کنندہ/پالیسی بولڈر کے نام سے جاری کردہ کریڈٹ/ڈیبٹ کارڈ کے ذریعے سے ادائیگی کی جانا چاہیے۔

6. پالیسی دستاویز کے اجراء اور پریمیم کی رسید کی وصولی کے بعد سروس

جب گاہک پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے تو انشورنس کمپنی رسید جاری کرنے کی پابند ہوتی ہے۔ پریمیم کی پیشگی ادائیگی کی صورت میں رسید بھی جاری کی جاتی ہے۔

ایجنٹ یہ جاننے کے لیے بیمہ دار سے رابطہ کر سکتا ہے کہ آیا اسے انشورنس کمپنی سے پالیسی دستاویز موصول ہوئی ہے۔ یہ ایجنٹ کو گاہک کے ساتھ مشغول ہونے کا موقع فراہم کرتا ہے۔ ایجنٹ گاہک کے کسی بھی شک کو دور کر سکتا ہے۔ وہ پالیسی کی مختلف دفعات، پالیسی بولڈر کے حقوق اور مراعات کے بارے میں وضاحت کر سکتا ہے۔ یہ گاہک سے وابستگی کو ظاہر کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ مسلسل تعاون اور خدمت کا وعدہ کرنے کا بھی موقع ہے۔ گاہک کو فری لک مدت کی فراہمی کی بھی وضاحت کرنی چاہیے جس کے دوران پالیسی واپس کر کے پریمیم ریفرنڈ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

اگر خریدی جا رہی پالیسی الیکٹرانک انشورنس پالیسی ہے، تو ایجنٹ رجسٹرڈ انشورنس ریپوزٹری کے ذریعے ای-انشورنس اکاؤنٹ (ٹی-آئی-اے) کھولنے میں صارف کی مدد کر سکتا ہے۔

یہ اگلے مرحلے کی راہ بھی ہموار کرتا ہے، جو کہ صارف سے اس کی شناخت اور دوسرے لوگوں کے نام اور تفصیلات جاننا ہے جو ایجنٹ کی سروس سے فائدہ اٹھا سکتے ہیں۔ یہ اور بھی بہتر ہو گا کہ گاہک/کلانٹ خود ان لوگوں سے رابطہ کرے اور ان کا ایجنٹ سے تعارف کرائے۔

7. پالیسی کی تجدید

زیادہ تر عام انشورنس پالیسیوں کو ہر سال تجدید کرنا پڑتا ہے۔ عام انشورنس پالیسیوں کی صورت میں، ہر بار تجدید کے وقت، صارف کے پاس ایک ہی کمپنی کے ساتھ انشورنس جاری رکھنے یا کسی دوسری کمپنی کا انتخاب کرنے کا اختیار ہوتا ہے۔ لائف انشورنس کے معاملے میں، اگر سبسکرائبر پریمیم کی ادائیگی کی مدت کے مطابق باقاعدگی سے پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے، تو پالیسی نافذ رہے گی۔ یہ ایک بار ادائیگی کی صورت میں لاگو نہیں ہوتا ہے۔

عام انشورنس کمپنیاں عام طور پر پریمیم کی ادائیگی کی مدت کے اختتام کی تاریخ سے پہلے تجدید کا نوٹس بھیجتی ہیں، اور پالیسی کی تجدید کے لیے کہتے ہیں۔

پالیسی کی تجدید یا جاری رکھنے کے لیے گاہک کا انتخاب اکثر ایجنٹ اور کمپنی کی طرف سے برقرار رکھے گئے خیر سگالی اور اعتماد پر منحصر ہوتا ہے۔ ایجنٹ کو پریمیم کی ادائیگی کی مقررہ تاریخ سے پہلے پالیسی کی تجدید یا جاری رکھنے کے بارے میں گاہک کو یاد دلانے کے لیے گاہک کے ساتھ رابطے میں رہنے کی ضرورت ہے۔

زیادہ انشورنس بیچنے والے ایجنٹس اپنے گاہکوں/کلانٹس کے ساتھ مسلسل رابطے میں رہتے ہیں۔ نیز، وہ مختلف قسم کی خدمات اور تعلقات کے ذریعے اپنا اعتماد اور بھروسہ جیتتے ہیں۔ ان میں مختلف مواقع جیسے تہواروں یا خاندانی تقریبات پر اپنے گاہکوں/کلانٹس کی خواہش کرنا، ان کی ہر خوشی اور غم میں ہمیشہ ان کا ساتھ دینا شامل ہے۔

8. دعوے کا مرحلہ

سب سے بڑا امتحان تصفیہ کا دعویٰ کے وقت ہوتا ہے۔ ایجنٹ کو اس بات کو یقینی بنانا ہوتا ہے کہ دعوے کو جنم دینے والے واقعے کی اطلاع فوری طور پر انشورنس کمپنی کو دی جائے اور یہ کہ صارف تمام رسمی کارروائیوں کی احتیاط سے عمل کرے۔ ایجنٹ کسی بھی تحقیقات میں مدد کر سکتا ہے جو نقصان کا اندازہ لگانے کے لیے ضروری ہو سکتی ہے۔ ایک اچھا ایجنٹ گاہک یا اس کے نمائندوں کی مدد کرتا ہے کہ وہ دعویٰ دائر

کرنے کی رسمی کارروائیوں کو جلدی، درست اور مؤثر طریقے سے مکمل کریں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

اس منظر نامے کی نشاندہی کریں جہاں انشورنس پر مباحثہ کی ضرورت نہیں ہے۔

I. اثاثہ انشورنس

II. کاروباری ذمہ داری انشورنس

III. تیسری پارٹی کی ذمہ داری کے لیے مؤثر انشورنس

IV. آگ کی انشورنس

C. گاہک خدمت میں مواصلات کی مہارت

ایجنٹوں کو اپنے کام کی جگہ پر مؤثر طریقے سے کارکردگی کا مظاہرہ کرنے کے لیے کچھ عمومی مہارتیں (سافٹ اسکلز) کی ضرورت ہوتی ہے۔

عام مہارتیں (سافٹ اسکیلز) کام کاج کی جگہ پر اور باہر، دوسروں کے ساتھ مؤثر طریقے سے بات چیت کرنے کی صلاحیت کا حوالہ دیتی ہیں۔ مواصلات کی مہارتیں ان سافٹ اسکلز میں سب سے اہم ہیں۔

1. مکالمے کا عمل

مکالمہ کیا ہے؟

ہر مواصلت میں ایک بھیجنے والا (جو پیغام بھیجتا ہے) اور ایک وصول کنندہ (جو وہ پیغام وصول کرتا ہے) ہونا ضروری ہے۔ یہ عمل اس وقت مکمل ہوتا ہے جب وصول کنندہ بھیجنے والے کے پیغام کو سمجھتا ہے۔

شکل 1: مکالمے کی شکلیں۔



بات چیت آمنے سامنے، فون پر، ای میل یا انٹرنیٹ کے ذریعے ہو سکتی ہے۔ یہ رسمی یا غیر رسمی ہو سکتا ہے۔ پیغام کے مواد یا شکل یا ذرائع (میڈیا) کے استعمال سے قطع نظر، مواصلت کی تاثیر اس بات پر منحصر ہے کہ آیا پیغام وصول کرنے والا شخص سمجھ گیا ہے کہ کیا پہنچانے کی کوشش کی گئی تھی۔

چونکہ بیمہ پالیسی دراصل ایک وعدہ ہے، اس لیے یہ ضروری ہے کہ بیمہ کمپنی کی طرف سے کیے گئے وعدے کو بیمہ دار واضح طور پر سمجھے۔ ایک ثالث کے طور پر ایجنٹ کو نہ صرف بیمہ شدہ کو بیمہ کی شرائط کے بارے میں مکمل، درست اور واضح معلومات فراہم کرنی ہوتی ہے، بلکہ گاہک کو جو بھی خدشات یا سوالات ہو سکتے ہیں ان کے بارے میں پوچھ کر واضح کرنا ہوتا ہے۔

2. مؤثر مواصلات میں رکاوٹیں

مندرجہ بالا عمل کے ہر مرحلے پر، مؤثر مواصلات میں مختلف قسم کی رکاوٹیں پیدا ہوسکتی ہیں، جس کی وجہ سے مواصلات خراب ہوسکتے ہیں۔ ان رکاوٹوں کو دیکھنا، سمجھنا اور ان پر قابو پانا ایک چیلنج ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

مندرجہ ذیل میں سے کون سا صحت مند/بہتر تعلقات کا باعث نہیں بنتا؟

I. کشش

II. اعتماد

III. مواصلات

IV. ناپسند کرنا

D. غیر زبانی مواصلات

آئیے اب ان تصورات کو دیکھتے ہیں جن کو ایک ایجنٹ کو سمجھنے کی ضرورت ہے۔

اہم معلومات

1. ایک زبردست پہلا تاثر چھوڑنا

ممکنہ گاہک کسی ایجنٹ کے بارے میں اس کی ظاہری شکل، باڈی لینگویج، آداب، لباس اور بولی کی بنیاد پر اپنی رائے بناتا ہے۔ چونکہ کشش کسی رشتے کا پہلا ستون ہے اور پہلا تاثر طویل عرصے تک قائم رہتا ہے، اس لیے ذیل میں کچھ نکات یا ترکیبیں دی جا رہی ہیں تاکہ پہلے اچھا تاثر پیدا کیا جا سکے۔

i. ہمیشہ وقت پر رہنا (وقت کا پابند ہونا)۔ کسی بھی ممکنہ تاخیر کا نوٹس لیتے ہوئے چند منٹ قبل پہنچنے کا منصوبہ بنائیں۔

ii. اپنے آپ کو صحیح طریقے سے پیش کرنا۔

✓ ظاہری شکل ایسی ہونی چاہیے کہ ایک اچھا پہلا تاثر بن سکے۔

✓ لباس کسی بھی ملاقات یا موقع کے لیے موزوں ہونا چاہیے۔

✓ ظاہری طور پر شفاف اور صاف ستھرا ہونا چاہئے - بال اچھی طرح کاٹے جائیں اور داڑھی بو، کپڑے صاف ستھرے، میک اپ صاف اور منظم ہونا چاہیے۔

iii. گرم جوشی اور اعتماد سے بھری جیتی ہوئی مسکراہٹ انسان اور اس کے سامنے بیٹھے شخص کو سکون اور راحت فراہم کرتی ہے۔

iv. سچا، پر اعتماد اور مثبت ہونا

✓ اشارہ اعتماد اور اعتماد کا مظاہرہ کرنا چاہئے

✓ سیدھے کھڑے رہنا، مسکرانا، آنکھوں سے آنکھ ملا کر بات کرنا، گرم جوشی سے مصافحہ کریں۔

✓ جب بھی تنقید ہو یا جب ملاقات توقع کے مطابق نہ ہو رہی ہو تب بھی مثبت رہنا۔

✓ دوسرے شخص میں دلچسپی - سب سے اہم چیز دوسرے شخص میں حقیقی دلچسپی ظاہر کرنا ہے۔

✓ بحیثیت انسان گاہک کے بارے میں جاننے میں کچھ وقت لگانا۔

✓ دوسرے شخص کی بات کو غور سے سنیں۔

✓ اپنے گاہک کے لیے اچھی طرح سے موجود اور دستیاب ہونا۔

✓ انٹرویو کے دوران موبائل فون پر توجہ نہ دینا۔

2. جسمانی زبان

جسمانی زبان کا مطلب ہے حرکت، اشارے، چہرے کے تاثرات۔ ہم کس طرح بات کرتے ہیں؛ کس طرح بیٹھنا، کھڑا ہونا اور حرکت کرنا؛ وہ سب ہمارے بارے میں کچھ کہتے ہیں۔ یہ ہمیں یہ بھی بتاتا ہے کہ ہمارے دماغ میں کیا چل رہا ہے۔

یہ اکثر کہا جاتا ہے کہ لوگ توجہ سے سنتے ہیں جو حقیقت میں کہا جاتا ہے اس کا صرف ایک چھوٹا سا حصہ ہوتا ہے۔ جو ہم نہیں کہتے وہ ہمارے بارے میں زیادہ بولتا ہے۔ ظاہر ہے کسی کو اپنی باڈی لینگویج کے ساتھ بہت محتاط رہنا چاہیے۔

(a) خود اعتمادی

پراعتماد ظاہر ہونے کے لیے ذیل میں کچھ نکات ہیں، وہ شخص ہمارے گوی، یہ ظاہر کرنے کے لئے:

✓ انداز۔ کندھوں کو پیچھے رکھ کر سیدھا کھڑا ہونا۔

✓ آنکھ سے آنکھ ملا کر بات کرنا - چہرے پر "مسکراہٹ" ہونا۔

✓ صحیح نیت اور نیت کے ساتھ مثبت اشارے دکھانا

(b) اعتماد / اعتماد

✓ اکثر فروخت کے نمائندے کی باتوں پر زیادہ توجہ نہیں دی جاتی، کیونکہ سامنے والا شخص اس پر بھروسہ نہیں کرتا - اس کے اشاروں سے یہ یقین نہیں ہوتا کہ وہ جو کہہ رہا ہے اس میں کوئی صداقت ہے۔

3. سننے کی صلاحیت

مواصلات کی مہارتوں کا تیسرا مجموعہ جسے جاننے اور سمجھنے کی ضرورت ہے وہ ہے سننے کی مہارت۔ یہ ذاتی کارکردگی کے معروف اصول پر مبنی ہے - کسی کے نقطہ نظر کی وضاحت کرنے سے پہلے دوسرے شخص کے نقطہ نظر کو سمجھنا ضروری ہے۔

غور سے سننا کیوں ضروری ہے:

✓ سوال پوچھنے سے پہلے، اسپیکر کو ان کی ہر بات کو ختم کرنے کا موقع دیں۔

✓ بولنے والے کی بات کو درمیان میں کاٹ کر اپنی بات رکھنے کی کوشش نہ کریں۔

- ✓ اس کی ضرورت ہوگی کہ ہم اس کے پیغام پر غور کریں اور جو کچھ کہا گیا ہے اسے واضح کرنے کے لیے سوالات پوچھیں۔
- ✓ جواب دینے کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ گفتگو کے اختتام پر مقرر کے الفاظ کو مختصراً دہرائیں۔

آئیے اب غور کریں کہ غور سے سننا کیوں ضروری ہے:

(a) دکھائیں کہ وہ سن رہا ہے :

- ✓ مثال کے طور پر، ایک شخص یہ کر سکتا ہے:
- ✓ وقفے وقفے سے سر بلانا اور مسکرانا
- ✓ ایسی انداز بنانا تاکہ سامنے والا شخص آزادانہ بات کر سکے۔
- ✓ چھوٹے ریمارکس کرنا، جیسے "میں سمجھتا ہوں"، "یہ ٹھیک ہے"، "ہاں" اور "اوہ"۔
- ✓ "میں سمجھتا ہوں"، "میں دیکھ رہا ہوں"، "ہاں" اور "اے" جیسے چھوٹے زبانی تبصرے کریں۔

(b) توجہ دینا۔

دھیان سے سننا اور بولنے والے کی باتوں کو قبول کرنا ضروری ہے۔ توجہ کے چند پہلو درج ذیل ہیں:

براہ راست اسپیکر کو دیکھیں

- ✓ پریشان کن خیالات کو ایک طرف رکھو
- ✓ کسی کے ذہن کی تردید کے لیے تیار رکھنا ٹھیک نہیں ہے۔
- ✓ تمام خلفشار سے بچنا [مثلاً اپنے موبائل کو سائلنٹ موڈ پر رکھنا]
- ✓ اسپیکر کی تقریر پر "توجہ دیں"

(c) فلٹر ہٹانا:

جو کچھ ہم سنتے ہیں وہ بہت سے ذاتی فلٹرز کی وجہ سے رہ جاتا ہے، جیسے کہ ہمارے اپنے مفروضات، تعصبات، عقائد وغیرہ۔

کسی کے خلاف تعصب نہ کرنا: اگر سننے والا متعصب ہو تو کہنے والے کو سننے کے باوجود وہ اپنی متعصبانہ تاویل کے مطابق ہی ان باتوں کو سمجھے گا۔

(d) جذبات کے ساتھ سننا:

ہمدردی کا مطلب ہے صبر سے سننا اور سمجھنا: دوسرا شخص کیا کہہ رہا ہے اس پر پوری توجہ دینا، چاہے وہ ان سے متفق ہو یا نہ ہو۔ اسپیکر کو یہ بتانا ضروری ہے کہ ان کے نقطہ نظر کو تسلیم کیا گیا ہے، اس پر اتفاق نہیں کیا گیا ہے۔

(e) صحیح جواب دینا:

دھیان سے سننے کا مطلب ہے کہ بولنے والے شخص کو سننے سے زیادہ توجہ دینا۔ مکالمہ اسی وقت مکمل ہو سکتا ہے جب سننے والا کسی نہ کسی طریقے سے، یا تو بات کر کے یا اشاروں سے جواب دیتا ہے۔ اس بات کو یقینی

بنانے کے لیے کچھ اصولوں پر عمل کیا جانا چاہیے کہ بولنے والے کو مایوس نہ کیا جائے بلکہ اسے پورا احترام دیا جائے۔

یہ شامل ہیں:

- ✓ اپنے جوابات میں منصفانہ، سچے اور ایماندار بنیں۔
- ✓ کسی کی رائے کو احترام کے ساتھ قبول کریں
- ✓ دوسرے شخص کے ساتھ ایسا سلوک کرنا جیسا وہ خود چاہتا ہے۔

مثال

واضح کرنے کے لیے - "میں سمجھتا ہوں کہ شاید ہم نے اپنے کچھ صحت کے منصوبوں کے فوائد کو اچھی طرح سے بیان نہیں کیا ہے۔ کیا آپ اپنے خدشات کے بارے میں پوچھ کر ہماری مدد کرنا چاہیں گے؟"

دوسرے لفظوں میں مقرر کے نقطہ نظر کو دہراتے ہوئے - "آپ کہتے ہیں 'ہمارے صحت کے منصوبے اتنے پرکشش نہیں ہیں' - کیا میں آپ کی بات سمجھ گیا ہوں؟"

اپنے آپ کو چیک کریں 4

مندرجہ ذیل میں سے کون سا فعال سننے کا عنصر نہیں ہے؟

I. پوری توجہ دیں۔

II. انتہائی متعصب ہو

III. ہمدردی سے سنبھلو

IV. صحیح جواب دیں

E. اخلاقی طرز عمل

حالیکہ برسوں میں، نامناسب طرز عمل کی متعدد رپورٹس سامنے آئی ہیں جہاں کاروبار میں اخلاقی طرز عمل کے بارے میں سنگین سوالات اٹھائے گئے ہیں جس کی وجہ سے اعتماد کی خلاف ورزی ہوئی ہے۔

اس سے جوابدہی، کارپوریٹ گورننس اور انشورنس میں صارفین کے ساتھ منصفانہ سلوک کے تصورات کے بارے میں بات چیت ہوئی ہے جو کاروبار میں "اخلاقیات" کا حصہ ہیں۔

اپنے مفادات کا خیال رکھنا غلط نہیں لیکن دوسروں کے مفادات کو داؤ پر لگا کر ایسا کرنا غلط ہے۔ غیر اخلاقی سلوک اس وقت ہوتا ہے جہاں دوسروں کی فکر نہ ہو اور اپنی فکر بہت زیادہ ہو۔

انشورنس اعتماد کا کاروبار ہے۔ خیانت کا مطلب ہے دھوکہ۔ جب غلط معلومات ممکنہ گاہک کو انشورنس خریدنے کے لیے آمادہ کرنے کے ارادے سے دی جاتی ہیں یا دی گئی انشورنس ممکنہ صارف کی مخصوص ضروریات کو پورا نہیں کرتی ہے تو چیزیں غلط سمت میں جاتی ہیں۔

مختلف ضابطوں میں آئی آر ڈی آئی کے ذریعہ تجویز کردہ ضابطہ اخلاق اخلاقی طرز عمل کی طرف ہے۔ صرف اصول جاننا کافی نہیں ہے۔ انشورنس کمپنیوں اور ان کے نمائندوں کے لیے یہ زیادہ اہم ہے کہ تجویز کنندہ/پالیسی ہولڈر کے مفادات کو ہمیشہ ترجیح دی جائے۔

خصوصیات/کردار: اخلاقی طرز عمل کی کچھ خصوصیات درج ذیل ہیں:

- (a) گاہک/کلانٹ کے بہترین مفادات کو اپنے، براہ راست یا بالواسطہ سے بالاتر رکھنا۔
- (b) کلانٹ کے معاملات سے متعلق تمام کاروباری اور ذاتی معلومات کو مکمل رازداری کے ساتھ اور ایک استحقاق کے طور پر پیش کرنا۔
- (c) تمام حقائق کو مکمل اور مناسب طریقے سے ظاہر کریں، تاکہ کلانٹ/کلانٹ باخبر فیصلے کر سکے۔

درج ذیل حالات میں اخلاقیات سے سمجھوتہ ہونے کا امکان ہو سکتا ہے:

- (a) دو منصوبوں کے درمیان انتخاب کرنا، جن میں سے ایک دوسرے کے مقابلے میں بہت کم پریمیم یا کمیشن ادا کرتا ہے۔
- (b) موجودہ پالیسی کو ختم کر کے نئی پالیسی لینے کی ترغیب دینا۔
- (c) ایسے حالات سے باخبر رہنا، جن کا پتہ چلنے پر، مؤکل یا دعوے سے فائدہ اٹھانے والوں کے مفادات کو متعصبانہ طور پر متاثر کر سکتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

مندرجہ ذیل میں سے کون اخلاقی طرز عمل کی خصوصیت نہیں ہے؟

- I. صارف کو باخبر فیصلے کرنے کے قابل بنانے کے لیے درست انکشافات کرنا
- II. گاہک/کلانٹ کے کاروبار اور ذاتی معلومات کی رازداری کو برقرار رکھنا
- III. اپنے مفادات کو مؤکل کے آگے رکھنا
- IV. کلانٹ/کلانٹ کے مفادات کو اپنے سے آگے رکھنا

خلاصہ

- (a) انشورنس کے معاملے میں کسٹمر سروس اور تعلقات کا کردار دیگر مصنوعات کے مقابلے میں کہیں زیادہ اہم ہے۔
- (b) سروس کے معیار کے پانچ اہم اشاریوں میں وشوسنییتا، جوابدہی، یقین دہانی، ہمدردی، اور ٹھوس چیزیں شامل ہیں۔
- (c) ایک گاہک کی زندگی بھر کی قیمت کو ان معاشی فوائد کے مجموعے کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے جو گاہک کے ساتھ طویل عرصے تک مضبوط تعلقات استوار کرنے سے حاصل ہوتے ہیں۔
- (d) کسٹمر سروس کے میدان میں انشورنس ایجنٹ کا کردار انتہائی اہم ہے۔
- (e) فعال سننے میں غور سے سننا، جواب دینا، اور صحیح جواب دینا شامل ہے۔
- (f) اخلاقی طرز عمل میں گاہک کے مفادات کو ان کے مفادات سے آگے رکھنا شامل ہے۔

کلیدی اصطلاح

- (a) سروس کا معیار
- (b) ہمدردی
- (c) جسمانی زبان
- (d) توجہ سے سننا
- (e) اخلاقی برتاؤ

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن IV ہے۔
- جواب 4 - صحیح آپشن II ہے۔
- جواب 5 - صحیح آپشن III ہے۔

باب 09-C شکایات کے ازالے کا نظام

باب کا تعارف

انشورنس انڈسٹری دراصل ایک سروس انڈسٹری ہے جہاں صارفین کی توقعات مسلسل بڑھ رہی ہیں۔ خدمات کے معیار پر عدم اطمینان ہے۔ جدید ٹیکنالوجی کے استعمال، مصنوعات میں مسلسل جدت اور کسٹمر سروس کی سطح میں خاطر خواہ بہتری کی مدد سے انشورنس انڈسٹری صارفین کے عدم اطمینان اور خراب امیج کے لحاظ سے بری طرح متاثر ہے۔ حکومت اور ریگولیٹر نے صورتحال کو بہتر بنانے کے لیے مختلف اقدامات کیے ہیں۔

پالیسی ہولڈر کے مفادات کے تحفظ سے متعلق آئی آر ڈی اے آئی کے ضوابط 2017 کا حکم ہے کہ ہر انشورنس کمپنی کے پاس پالیسی ہولڈر کے مفادات کے تحفظ کے لیے اپنی بورڈ سے منظور شدہ پالیسی ہونی چاہیے، جس میں یہ شامل ہوں گے -

i. سروس کے پیرامیٹرز کے ساتھ ساتھ فراہم کردہ مختلف خدمات کے لیے ٹرنارائونڈ ٹائم۔

ii. شکایات کے فوری حل کے لیے عمل۔

قابل غور امور

- A. شکایات کے ازالے کا نظام
- B. انٹیگریٹڈ گریوینس مینجمنٹ سسٹم (IGMS)
- C. صارفین کے لئے عدالتیں
- D. صارفین کے تنازعات کے ازالے کی ایجنسیاں
- E. انشورنس محتسب
- F. معلومات حاصل کرنے کا حق

A. شکایات کے ازالے کا نظام

اعلیٰ ترجیحی کارروائی کا وقت وہ ہوتا ہے جب گاہک کو کوئی شکایت ہو۔ یاد رکھیں کہ شکایت کی صورت میں کسٹمر سروس فراہم کرنے میں ناکامی پر ناراض ہو جاتا ہے۔ یہ کہانی کا صرف ایک حصہ ہے۔

بعض اوقات، گاہک پریشان ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ صورتحال کو غلط سمجھتے ہیں۔ خدمت کی ناکامی سے دو قسم کے احساس پیدا ہوتے ہیں:

1. ایک یہ کہ انشورنس کمپنی منصفانہ نہیں تھی (دھوکہ دہی کا احساس)
2. خود اعتمادی کو ٹھیس پہنچانے کے احساسات (چھوٹا نظر آنے اور محسوس کرنے کی کوشش کرنا)

گاہک قدر کرنا چاہتا ہے؛ اس صورتحال میں انسانی لمس اہم ہے۔ ایک پیشہ ور انشورنس کنسلٹنٹ کے طور پر، سب سے پہلے ایجنٹ ایسی شکایت کی صورت حال پیدا نہیں ہونے دے گا۔ وہ اس معاملے کو کمپنی کے مناسب افسر کے پاس لے جائے گا۔

گاہک کے تعلقات میں، شکایت ایک اہم "سچائی کا لمحہ" ہے۔ اگر ایجنٹ/کمپنی صورتحال کو اپنی پوزیشن کی وضاحت کے لیے استعمال کرنے کے قابل ہے، تو یہ حالات درحقیقت گاہک کی ساکھ کو بہتر بنا سکتے ہیں۔

یاد رکھیں، کمپنی میں کوئی اور گاہک/کلانٹ کے مسائل پر اتنی توجہ نہیں دے سکتا جتنی ایک ایجنٹ دیتا ہے۔

شکایات/مسائل ہمیں یہ دکھانے کا موقع فراہم کرتے ہیں کہ ہم گاہک کے مفادات کا کتنا خیال رکھتے ہیں۔ درحقیقت، یہ وہ ستون ہیں جن پر انشورنس ایجنٹ اپنی ساکھ بناتا ہے اور کاروبار کو بڑھاتا ہے۔ **زبانی تشہیر (اچھی/خراب) انشورنس بیچنے اور سروس فراہم کرنے میں اہم کردار ادا کرتی ہے۔**

ہر پالیسی دستاویز کے آخر میں شکایت کے ازالے کے طریقہ کار کی تفصیل سے وضاحت کی گئی ہوتی ہے۔ یہ صارفین کی توجہ میں لایا جانا چاہئے۔ ضوابط کے مطابق، پالیسی ہولڈر کی طرف سے کوئی بھی شکایت پہلے انشورنس شکایت سیل کو بھیجی جانی چاہیے۔ اگر اسے تسلی بخش طریقے سے حل نہیں کیا جاتا ہے، تو شکایت کنندہ انٹیگریٹڈ گریوینس مینجمنٹ سسٹم کے ذریعے ریگولیٹر سے رجوع کر سکتا ہے۔

B. انٹیگریٹڈ گریوینس مینجمنٹ سسٹم (IGMS)

ہر انشورنس کمپنی کا اپنا شکایات کے ازالے کا نظام ہے۔ انشورنس کمپنیوں کے تمام آپریٹنگ/کنٹرولنگ/کارپوریٹ دفاتر میں شکایت کے ازالے کے افسران ہوتے ہیں۔ پالیسی ہولڈر کسی بھی شکایت کے ساتھ اس سے براہ راست رابطہ کر سکتا ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی نے ایک مربوط شکایات کے ازالے کا نظام (IGMS) شروع کیا ہے جو آن لائن صارفین کی شکایت کے اندراج کے نظام کے طور پر کام کرتا ہے۔ انشورنس کمپنیوں کو اس سسٹم میں موصول ہونے والی تمام شکایات کو رجسٹر کرنا ہوگا۔ یہ نظام آئی آر ڈی اے آئی کے IGMS کے ساتھ مربوط ہے۔ IGMS انشورنس انڈسٹری میں شکایات کے ازالے کا پتہ لگانے میں آئی آر ڈی اے آئی کی مدد کرتا ہے۔ یہ انشورنس کی شکایت کے ڈیٹا کے مرکزی ذخیرہ کے طور پر بھی کام کرتا ہے۔

پالیسی ہولڈر کسی بھی شکایت کے ساتھ پہلے متعلقہ انشورنس کمپنی سے رجوع کر سکتے ہیں۔ اگر اسے انشورنس کمپنی سے کوئی جواب نہیں ملتا ہے یا اگر وہ جواب/حل سے مطمئن نہیں ہے، تو وہ IGMS کے تحت ریگولیٹر سے رجوع کر سکتا ہے۔ شکایت کے اندراج کے عمل میں دو مراحل شامل ہیں - (i) اپنی شکایت درج کر کے اپنے آپ کو رجسٹر کرنا اور (ii) اپنی شکایت درج کرنا اور شکایت کی حیثیت کی جانچ کرنا۔ اس کے بعد، شکایات متعلقہ انشورنس کمپنیوں کو بھیجی جاتی ہیں اور آئی آر ڈی اے آئی شکایات کو نمٹانے میں سہولت فراہم کرتا ہے۔

آئی جی ایم ایس شکایات اور ان کے نمٹانے میں لگنے والے وقت پر نظر رکھتا ہے۔ درج ذیل یو آر ایل پر شکایات درج کی جا سکتی ہیں:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated_Grievance_Management.aspx

C. صارف کا تحفظ

کنزیومر پروٹیکشن ایکٹ، 2019: 1986 کا یہ پیرنٹ ایکٹ "صارفین کے مفادات کا بہتر تحفظ فراہم کرنے اور صارفین کے تنازعات کے حل کے لیے کنزیومر کونسلز اور دیگر اتھارٹیز کی تشکیل کے لیے" منظور کیا گیا تھا۔ اس ایکٹ میں کنزیومر پروٹیکشن (ترمیمی) ایکٹ 2002 اور اس کے بعد 2019 میں ترمیم کی گئی۔ اس ایکٹ میں دی گئی کچھ تعریفیں درج ذیل ہیں:

"خدمت" کا مطلب ہے ایسی کوئی بھی سروس جو ممکنہ صارفین کے لیے دستیاب ہو۔ اس میں بینکنگ، فنانسنگ، بیمہ، نقل و حمل، پروسیسنگ، بجلی یا دیگر توانائی کی فراہمی، رہائش یا رہائش یا دونوں، رہائشی تعمیرات، تفریح وغیرہ سے متعلق سہولیات فراہم کرنا شامل ہے۔ **انشورنس ایک خدمت کے طور پر شامل ہے۔** تاہم، "خدمت" میں مفت یا نجی سروس کے معاہدے کے تحت فراہم کی جانے والی کوئی بھی خدمت شامل نہیں ہے۔

"صارف" کا مطلب ہے وہ شخص جو

✓ کسی عوج میں سامان خریدتا ہے۔ اس میں اس طح کے سامان کا کوئی بھی صارف شامل ہے۔ (اس میں وہ شخص شامل نہیں ہے جو دوبارہ فروخت کرنے کے لئے یا کسی کاروبار کے مقصد سے ایسے سامان حاصل کرتا ہے) یا

✓ کسی بھی غور و فکر کے بدلے کسی بھی خدمت کی خدمات حاصل کرنا یا حاصل کرنا۔ اس میں ایسی خدمات کا فائدہ اٹھانے والا بھی شامل ہے۔ (اس میں وہ شخص شامل نہیں ہے جو کسی بھی کاروباری مقصد کے لیے ایسی سروس حاصل کرتا ہے۔)

"نقص/عیب" کا مطلب ہے معیار، نوعیت اور کارکردگی کے انداز میں کوئی نقص، کمی، نامکملیت جسے کسی قانون کے تحت یا اس کے مطابق یا سروس سے متعلق کسی معاہدے کی تعمیل میں برقرار رکھنے کی ضرورت ہے یا بصورت دیگر پورا کرنے کا وعدہ کیا گیا ہے۔

"شکایت" کا مطلب ہے شکایت کنندہ کی طرف سے تحریر میں لکھا گیا ہے کہ:

✓ تجارت کی اجازت ہے یا تجارت کی پابندی والی بات

✓ اس کے ذریعے خریدے گئے سامان میں ایک یا زیادہ خرابیاں ہیں۔

- ✓ اس کی مدد سے کسی بھی قسم کی کمی واقع ہوئی ہے۔
 - ✓ وصولی کی قیمت اس سے زیادہ ہے جو قانون کی قیمت طے کرتا ہے یا پیکیج پر دکھایا گیا ہے۔
 - ✓ اس طرح کے سامان جو استعمال کرتے ہوئے زندگی اور حفاظت کے لیے خطرناک ہوں گے، ان کے لیے اس طرح کے کسی بھی قانون کے ضوابط کے مطابق عام طور پر فروخت کے لیے دستیاب ہے، جو کہ تاجر کے لیے اس طرح کے سامان کی مواد، طریقہ کار اور اثر و رسوخ کا تعلق ہے۔ معلومات ظاہر کرنا ضروری ہے۔
- " صارفین کا تنازعہ " کا مطلب ہے ایک ایسا تنازعہ جس میں وہ شخص جس کے خلاف شکایت درج کی گئی ہے وہ شکایت میں شامل الزامات سے انکار کرتا ہے اور تنازعہ دائر کرتا ہے۔

D. صارفین کے تنازعات کے ازالے کی ایجنسیاں

ضلع، ریاستی اور قومی سطح پر صارفین کے تنازعات کے ازالے کی ایجنسیاں قائم کی گئی ہیں۔

i. ضلعی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

- ✓ ضلع کنزیومر ڈسپیوٹ ریڈریسل کمیشن (ضلع کمیشن) کا دائرہ اختیار ان شکایات کا جائزہ لینا ہے جہاں اشیا یا خدمات کی قیمت 1 کروڑ روپے سے زیادہ نہیں ہے۔ ڈسٹرکٹ کمیشن کو سول کورٹ کے اختیارات حاصل ہیں۔

ii. ریاستی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

- ✓ ریاستی صارفین کے تنازعات کے ازالے کے کمیشن (ریاستی کمیشن) کا بنیادی دائرہ اختیار ان شکایات کا جائزہ لینا ہے جہاں سامان/خدمات کی قیمت اور دعویٰ کردہ معاوضہ (اگر کوئی ہے) 1 کروڑ سے زیادہ ہے لیکن 10 کروڑ روپے سے زیادہ نہیں ہے۔
- ✓ اس کے لیے اپیل اور مانیٹرننگ کا دائرہ اختیار ڈسٹرکٹ کمیشن کی اپیلوں پر توجہ دینا بھی ہے۔
- ✓ دیگر اختیارات اور اختیارات ضلعی کمیشن کے اختیارات اور اختیارات کے برابر ہیں۔

iii. قومی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

- ✓ قومی صارف ڈسپیوٹ ریڈریسل کمیشن (قومی کمیشن) ایکٹ کے تحت تشکیل دیا گیا حتمی اتھارٹی ہے۔
 - ✓ اس کا اصل دائرہ اختیار تنازعات کو طے کرنا ہے جہاں سامان/خدمات اور معاوضے کا دعویٰ 10 کروڑ روپے سے زیادہ ہے۔
 - ✓ اس کے لیے اپیل اور مانیٹرننگ کا دائرہ اختیار ریاستی کمیشن کے ذریعے دیے گئے احکامات پر کی گئی اپیلوں کی سماعت کرنا ہے۔
- ضلعی کمیشن، ریاستی کمیشن یا قومی کمیشن کی طرف سے کئے گئے ہر حکم کو اسی طرح نافذ کیا جائے گا جیسے یہ کسی عدالت کے ذریعہ کسی پہلے کیس میں دیا گیا فیصلہ ہو۔ قومی کمیشن کے احکامات کے خلاف اپیلیں صرف سپریم کورٹ میں کی جائیں۔

شکل 1: صارفین کے تنازعات کے ازالے کے چینل



(a) شکایات درج کرنے کا عمل

مذکورہ تینوں ایجنسیوں میں شکایت درج کرانے کا طریقہ کار بہت آسان ہے۔ اسٹیٹ کمیشن یا نیشنل کمیشن میں شکایت درج کرانے یا اپیل دائر کرنے کے لیے کوئی فیس نہیں ہے۔ شکایت کنندہ خود یا اپنے مجاز ایجنٹ کے ذریعے شکایت درج کرا سکتا ہے۔ اسے ذاتی طور پر درج کیا جا سکتا ہے یا ڈاک کے ذریعے بھیجا جا سکتا ہے۔ واضح رہے کہ شکایت درج کرانے کے لیے وکیل کی مدد لینا ضروری نہیں ہے۔

(b) صارفین کمیشن کے احکامات

اگر کمیشن مطمئن ہے (a) جن سامان کے خلاف تنازعہ دائر کیا گیا ہے ان میں شکایت میں بیان کردہ نقائص ہیں یا (b) خدمات کے سلسلے میں لگائے گئے الزامات ثابت ہو چکے ہیں؛ پھر وہ دوسرے فریق کو درج ذیل میں سے کوئی ایک کرنے کا حکم دے سکتا ہے:

- i. شکایت کنندہ کو قیمت (یا انشورنس کی صورت میں پرمیم) اور/یا فیس واپس کرنے کے لیے جو اس کی طرف سے ادا کی گئی۔
- ii. دوسرے فریق کی لاپرواہی کی وجہ سے صارف کو ہونے والے کسی نقصان یا چوٹ کے لیے صارف کو معاوضہ ادا کرنے کا حکم دینا۔
- iii. زیربحث خدمت میں خامیوں یا نقائص کو دور کرنا۔
- iv. غیر منصفانہ تجارتی طریقوں یا پابندی والے تجارتی طریقوں کو اپنانا یا دہرانا بند کریں۔
- v. شکایت کنندگان کے لیے مناسب اخراجات کا بندوبست کرنا۔

(c) شکایات کی نوعیت

انشورنس کاروبار کے سلسلے میں تین کمیشنوں کے ساتھ صارفین کے زیادہ تر تنازعات ان اہم زمروں میں آتے ہیں:

- i. دعووں کے تصفیہ میں تاخیر
- ii. دعووں کی عدم تصفیہ
- iii. دعووں کی تردید
- iv. نقصان کی مقدار یا مقدار
- v. پالیسی کی شرائط و ضوابط وغیرہ۔

E. انشورنس محتسب

مرکزی حکومت نے 25 اپریل 2017 کو سرکاری گزٹ میں شائع شدہ نوٹیفکیشن کے ذریعے انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی ایکٹ 1999 کے اختیارات کے تحت انشورنس محتسب رولز، 2017 نافذ کیا ہے۔

بیمہ محتسب سے متعلق قوانین تمام انشورنس کمپنیوں، ان کے ایجنٹوں اور بیچوانوں/بیچولیوں پر لاگو ہوتے ہیں جو انشورنس کی تمام انفرادی لائنوں، گروپ انشورنس پالیسیوں، واحد ملکیت یا مائیکرو انٹرپرائز کو جاری کردہ پالیسیوں سے متعلق شکایات کے سلسلے میں ہوتے ہیں۔ [یہاں 'انفرادی خطوط' کا مطلب انفرادی طور پر لیا گیا انشورنس ہے، جیسا کہ کارپوریٹ اداروں کو بیچی جانے والی انشورنس کے برخلاف۔] سے متعلق شکایات - IRDAI (a) کی طرف سے مقرر کردہ وقت کی حد سے زیادہ دعووں کے تصفیے میں تاخیر، (b) انشورنس کمپنی کی طرف سے دعوا کو مکمل یا جزوی طور پر مسترد کر دینا، (c) انشورنس پالیسی کے سلسلے میں واجب الادا یا ادا شدہ پریمیم سے متعلق تنازعات، (d) پالیسی دستاویز یا پالیسی معاہدے میں کسی بھی وقت پالیسی کی شرائط و ضوابط کی غلط بیانی، (e) انشورنس پالیسیوں کا قانونی فریم ورک جو دعویٰ کو متاثر کرتا ہے؛ اور (f) پالیسی کی خدمت کے سلسلے میں اور اس کے سلسلے میں انشورنس کمپنیوں، ان کے ایجنٹوں اور بیچوانوں کے خلاف شکایات۔

(a) ایسی لائف انشورنس پالیسی، جنرل انشورنس پالیسی اور ہیلتھ انشورنس پالیسی کا اجراء جو تجویز کنندہ کے پیش کردہ تجویز فارم کے مطابق نہیں ہے۔

(b) پریمیم کی وصولی کے بعد بھی لائف انشورنس، جنرل انشورنس اور ہیلتھ انشورنس میں انشورنس پالیسی کا اجراء نہ کرنا اور

(c) انشورنس ایکٹ، 1938 کی دفعات یا IRDAI کی طرف سے وقتاً فوقتاً جاری کردہ ضوابط، قواعد، رہنما خطوط یا ہدایات یا پالیسی معاہدے کی شرائط و ضوابط کی خلاف ورزی سے پیدا ہونے والا کوئی دوسرا معاملہ، جہاں تک شق (a) اس کا تعلق (f) تک مذکور چیزوں سے ہے۔

ان قواعد کا مقصد مندرجہ بالا تمام قسم کی شکایات کو اقتصادی اور منصفانہ طریقے سے حل کرنا ہے۔

محتسب، بیمہ شدہ اور انشورنس کمپنی کی باہمی رضامندی سے، حوالہ کی شرائط کے دائرہ کار میں، ایک ثالث اور مشیر کے طور پر کام کر سکتا ہے۔

شکایت کو قبول کرنے یا مسترد کرنے کے بارے میں محتسب کا فیصلہ حتمی ہے۔

(a) محتسب کو شکایت

محتسب کو کوئی شکایت تحریری طور پر کی جانی چاہیے اور بیمہ شدہ یا اس کے قانونی ورثاء، نامزد یا تفویض کردہ کے دستخط شدہ ہونا ضروری ہے؛ اسے محتسب کو بھیجا جانا چاہیے جس کے دائرہ اختیار میں انشورنس کمپنی کی برانچ/دفتر ہے۔ اس میں ایسے حقائق پر مشتمل ہونا چاہیے جو شکایت کو جنم دیتے ہیں۔ اس میں معاون دستاویزات، شکایت کنندہ کو پہنچنے والے نقصان کی نوعیت اور حد کے ساتھ ساتھ مانگی گئی امداد بھی شامل ہونی چاہیے۔

محتسب سے شکایت کی جا سکتی ہے جب:

i. شکایت کنندہ نے پہلے انشورنس کمپنی کو ایک تحریری نمائندگی دی ہے اور:

✓ انشورنس کمپنی نے شکایت کو مسترد کر دیا ہے یا

✓ شکایت کنندہ کو انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت موصول ہونے کے ایک ماہ کے اندر کوئی جواب نہیں ملا ہے۔

ii. شکایت کنندہ انشورنس کمپنی کی طرف سے دیے گئے جواب سے مطمئن نہیں ہے۔

iii. شکایت انشورنس کمپنی کے مسترد ہونے کی تاریخ سے ایک سال کے اندر کی جاتی ہے۔

iv. شکایت کسی عدالت یا صارف کمیشن یا ثالثی میں زیر التوا نہیں ہے۔

v. اخراجات کے دعوے کے ساتھ دعوے کی قیمت 30 لاکھ روپے سے زیادہ نہیں ہے۔

(b) محتسب کی سفارشات/تجاویز

اومبڈسمین شکایات کی کاپیاں شکایت کنندہ اور انشورنس کمپنی دونوں کو بھیجے گا۔ اومبڈسمین شکایت کی وصولی کے ایک ماہ کے اندر اپنی سفارشات/تجاویز پیش کرے گا۔

(c) فیصلہ / ایوارڈ

تنازعات کو ثالثی کے ذریعے حل کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ ممکن نہیں ہے تو، محتسب، شکایت کنندہ سے مانگی گئی تمام معلومات کی وصولی کی تاریخ سے 3 ماہ کی مدت کے اندر، بیمہ دار کو ایک ایوارڈ دے گا جو اس کی رائے میں درست ہے اور اس ایوارڈ کی ایک کاپی شکایت کنندہ اور انشورنس کمپنی کو بھیجے گا۔

انشورنس کمپنی ایوارڈ کی وصولی کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر اس کی تعمیل کرے گی اور محتسب کو اس کی تعمیل سے آگاہ کرے گی۔ محتسب کا ایوارڈ انشورنس کمپنی پر لازم ہوگا۔

F. معلومات حاصل کرنے کا حق

انشورنس میں شکایات کے ازالے کے لیے وضع کردہ اصول و ضوابط کے علاوہ، کچھ عمومی قوانین ہیں جو ملک میں سب پر یکساں طور پر لاگو ہوتے ہیں۔ حکومت ہند کے ذریعہ رائٹ ٹو انفارمیشن (آر ٹی آئی) ایکٹ، 2005 ایک اہم قانون ہے جو ہندوستان کے شہریوں کو سرکاری حکام کے پاس دستیاب معلومات تک رسائی فراہم کرتا ہے، اس طرح ان تنظیموں میں شفافیت اور جوابدہی کو فروغ ملتا ہے۔ یہ ایکٹ معلومات کی درخواستوں کا جواب دینے کے لیے ایک چیف پبلک انفارمیشن آفیسر (CPIO) کی تقرری کا بندوبست کرتا ہے۔ IRDAI مذکورہ ایکٹ کی دفعات کے مطابق، عام لوگوں کو معلومات فراہم کرنے کا پابند ہے۔ ایجنٹوں کو آگاہ ہونا چاہیے کہ آر ٹی آئی ایکٹ کے تحت، آئی آر ڈی اے آئی اور انشورنس کمپنیوں کو صارفین اور دیگر کے پاس موجود کچھ معلومات کا انکشاف کرنا ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ، کام، دستاویزات، ریکارڈ، اقتباسات یا دستاویزات/ریکارڈز کی مصدقہ کاپیاں اور الیکٹرانک فارم میں محفوظ کردہ معلومات کو بھی تصدیق کرنے کی اجازت دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ تاہم، معلومات کے کچھ زمرے بھی ہیں جو ظاہر کرنے کی ذمہ داری سے خارج ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

_____ کا دائرہ اختیار ان شکایات پر غور کرنا ہے جہاں سامان یا خدمات کی قیمت اور دعویٰ کردہ معاوضہ ایک کروڑ روپے تک ہے۔

I. ڈسٹرکٹ کمیشن

II. ریاستی کمیشن

III. ضلع پریشد

IV. قومی کمیشن

- IRDAI نے ایک مربوط شکایات کے انتظام کے نظام (IGMS) کو لاگو کیا ہے جو انشورنس کی شکایت کے ڈیٹا کے مرکزی ذخیرہ کے طور پر کام کرتا ہے اور انشورنس انڈسٹری میں شکایات کے ازالے کی نگرانی کے ایک ذریعہ کے طور پر کام کرتا ہے۔
- بر ضلع اور ریاست کے ساتھ ساتھ قومی سطح پر صارفین کے تنازعات کے ازالے کی ایجنسیاں تشکیل دی گئی ہیں۔
- جہاں تک بیمہ کے کاروبار کا تعلق ہے، صارفین کے زیادہ تر تنازعات دعوے کے تصفیہ میں تاخیر، دعوے کی عدم تصفیہ، دعووں سے انکار، نقصان کی مقدار، پالیسی کی شرائط و ضوابط وغیرہ جیسے زمروں میں آتے ہیں۔
- محتسب، بیمہ شدہ اور انشورنس کمپنی کی باہمی رضامندی سے، حوالہ کی شرائط کے دائرہ کار میں ایک ثالث اور مشیر کے طور پر کام کر سکتا ہے۔
- اگر دعووں کا تصفیہ ثالثی کے ذریعے نہیں ہوتا ہے، تو محتسب بیمہ دار کو ایسا ایوارڈ دے گا جیسا کہ وہ مناسب سمجھے گا۔ یہ اس رقم سے زیادہ نہیں ہوگی جو بیمہ شدہ کے نقصان کو پورا کرنے کے لیے درکار ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. انٹیگریٹڈ گریوینس مینجمنٹ سسٹم (IGMS)
2. کنزیومر پروٹیکشن ایکٹ، 2019
3. ضلعی کمیشن
4. ریاستی کمیشن
5. قومی کمیشن
6. انشورنس محتسب

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح جواب I ہے

باب C-10

کارپوریٹ ایجنٹس کے لیے ریگولیٹری پہلو

باب کا تعارف "چیپٹر انٹروڈکشن"

اس باب میں، ہم کارپوریٹ ایجنٹوں کے ریگولیٹری پہلوؤں پر بات کی گئی ہے

تدریسی لرننگ نتائج

کارپوریٹ ایجنٹوں کے ضوابط یعنی ریگولیشن

IRDAI (رجسٹریشن آف کارپوریٹ ایجنٹ) کے ضوابط، 2015 یکم اپریل، 2016 سے لاگو ہوئے ہیں۔

اس سے پہلے IRDAI (لائسنسنگ آف کارپوریٹ ایجنٹس) کے ضوابط، 2002 کے مطابق کارپوریٹ ایجنسی کے لائسنسنگ وغیرہ سے متعلق دیکھ رہا تھا۔

IRDAI (کارپوریٹ ایجنٹ کی رجسٹریشن) کے ضوابط یعنی ریگولیشن، 2015۔ یہ ضوابط کارپوریٹ ایجنٹوں کا دائرہ کار یا اسکوپ اور اطلاق یا 'اپلیکیبیلٹی'، رجسٹریشن، مصنوعات یا پراڈکٹ کے ڈسٹریبیوشن کے لیے بیمہ کنندگان یعنی انشورر یا انشورنس کمپنی کے ساتھ معاملات طے کرنا اریجنمنٹ کرنا، معاوضہ، کوڈ آف کنڈکٹ وغیرہ سے متعلق معاملات ہیں۔

درج ذیل تعریفیں یا ڈیفینیشن موزون ہیں۔

1. تعریفیں یعنی ڈیفینیشن:

(a) "ایکٹ" سے مراد انشورنس ایکٹ، 1938 (1938 کا 4) ہے، جیسا کہ وقتاً فوقتاً ترمیم ہوتا رہا۔

(b) "درخواست گزار" یا اپلیکنٹ کا مطلب ہے :

(i) کمپنی ایکٹ، 2013 (18 کا 2013) یا اس کے کسی قانون کے تحت یا کسی سابقہ کمپنی کے قانون کے تحت نافذ تھا؛ یا

(ii) محدود ذمہ داری کی شراکت داری کا قیام اور محدود ذمہ داری پارٹنرشپ ایکٹ، 2008 کے تحت رجسٹرڈ؛ یا

(iii) ایک کوآپریٹو سوسائٹی جو کوآپریٹو سوسائٹیز ایکٹ، 1912 کے تحت رجسٹرڈ ہو یا کوآپریٹو سوسائٹیز کی رجسٹریشن کے لیے کسی قانون کے تحت، یا

(iv) ایک بینکنگ کمپنی جیسا کہ ایکٹ کے سیکشن 2 کے کلاز (A4) میں بیان کیا گیا ہے۔ یا

(v) بینکنگ کمپنی ایکٹ، 1949 (10 کا 1949) کے سیکشن 5 کی ذیلی دفعہ (1) کے کلاز (da) کے تحت بیان کردہ ایک متعلقہ نیا بینک؛ یا

(vi) علاقائی دیہی بینک ایکٹ، 1976 (21 کا 1976) کے سیکشن 3 کے تحت قائم کیا گیا؛ یا

(vii) کوآپریٹو سوسائٹیز ایکٹ، 1912 کے تحت شامل ایک غیر سرکاری تنظیم یا مائیکرو قرض دینے والی مالیاتی تنظیم یا ریزرو بینک آف انڈیا کے ساتھ رجسٹرڈ غیر بینکنگ مالیاتی کمپن (NBFC)؛ یا

(viii) کوئی دوسرا شخص جسے اتھارٹی نے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لیے تسلیم کیا ہو۔

(c) "منظور شدہ ادارہ" کا مطلب ہے کوئی بھی ادارہ جو تعلیم اور/یا تربیت میں مصروف ہے خاص طور پر انشورنس سہیلز، سروس اور مارکیٹنگ کے شعبے میں، جسے اتھارٹی کے ذریعہ وقتاً فوقتاً منظور شدہ اور مطلع کیا جاتا ہے، اور اس میں انشورنس انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، ممبئی بھی شامل ہے۔

(d) "مجاز تصدیق کنندہ" یا "آتھورائزڈ ویریفائر" سے مراد وہ شخص ہے جو ٹیلی مارکیٹر کے ذریعہ ٹیلی فون پر درخواست یا فروخت کے مقصد کے لئے ملازم ہے اور کسی مخصوص شخص کے لئے ان ضوابط کے 7(3) کے تحت بیان کردہ تقاضوں کو پورا کرے گا۔

- (e) "اتھارٹی" کا مطلب انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا ہے جو انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی ایکٹ 1999 (1999 کا 41) کے سیکشن 3 کے تحت قائم کی گئی ہے۔
- (f) "کارپوریٹ ایجنٹ" کا مطلب ہے کہ اوپر لکھے کلاز (b) میں بیان کردہ کوئی بھی درخواست دہندہ ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ رجسٹریشن کا قانونی طور پر صحیح سرٹیفکیٹ رکھتا ہے جو زندگی، عام (جنرل) اور صحت کے مخصوص زمرے میں سے کسی کے لیے انشورنس کاروبار کی درخواست اور خدمات فراہم کرتا ہے۔
- (g) "کارپوریٹ ایجنٹ (لائف)" سے مراد جس کے پاس رجسٹریشن کا درست سرٹیفکیٹ ہو، لائف بیمہ کنندگان کے لیے انشورنس کے کاروبار کی درخواست اور سروسنگ کے لیے بیان کردہ ضوابط کے مطابق اختیار ہو۔
- (h) "کارپوریٹ ایجنٹ (جنرل)" سے مراد جس کے پاس رجسٹریشن کا درست سرٹیفکیٹ ہو، عام یا جنرل بیمہ کنندگان کے لیے انشورنس کے کاروبار کی درخواست اور سروسنگ کے لیے بیان کردہ ضوابط کے مطابق اختیار ہو۔
- (i) "کارپوریٹ ایجنٹ (ہیلتھ)" سے مراد جس کے پاس رجسٹریشن کا درست سرٹیفکیٹ ہو، صحت کے بیمہ کنندگان کے لیے انشورنس کے کاروبار کی درخواست اور سروس دینے کے لیے بیان کردہ ضوابط کے مطابق اختیار ہو۔
- (j) "کارپوریٹ ایجنٹ (کمپوزٹ)" کا مطلب جس کے پاس رجسٹریشن کا درست سرٹیفکیٹ ہو، لائف بیمہ کنندگان، عام یا جنرل بیمہ کنندگان اور صحت بیمہ کنندگان کے لیے انشورنس کے کاروبار کی درخواست اور حصول یا کسی دو یا تینوں کا ضوابط کے مطابق مجموعی اختیار ہو جیسا کہ اوپر کلاز (f) میں بیان کیا گیا ہے۔
- (k) ان ریگولیشنوں کے مقصد کے لیے "ایگزامینیشن باڈی" انشورنس انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، ممبئی یا کوئی دوسری باڈی ہے جسے اتھارٹی سے، پرنسپل آفیسر اور کارپوریٹ ایجنٹس کے مخصوص افراد کے لیے سرٹیفیکیشن امتحان کے انعقاد کے لئے، منظور شدہ ہوں۔
- (l) Fit and Proper " کسی درخواست دہندہ کو رجسٹر کرنے کے لیے مناسبت کا تعین کا معیار ہے کہ اس کے پرنسپل آفیسر، ڈائریکٹرز یا پارٹنرز یا کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لیے دیگر ملازمین شامل ہوں۔
- (m) کارپوریٹ ایجنٹ کے "پرنسپل آفیسر" سے مراد ڈائریکٹر یا پارٹنر یا کوئی افسر یا ملازم ہے جسے اس کے ذریعہ نامزد کیا گیا ہے، اور اتھارٹی کے ذریعہ منظور شدہ، خصوصی طور پر کارپوریٹ ایجنٹ کی سرگرمیوں کی نگرانی کے لیے مقرر کیا گیا ہے اور جس کو مطلوبہ قابلیت اور عملی تربیت حاصل ہو اور ضوابط کے تحت مطلوبہ امتحان پاس کیا ہو۔
- (n) "رجسٹریشن" کا مطلب ان ضوابط کے تحت جاری کردہ کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لیے رجسٹریشن سرٹیفکیٹ ہے۔
- (o) "ضابطے" کا مطلب ہے انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (کارپوریٹ ایجنٹ کی رجسٹریشن) ریگولیشنز، 2015۔

(p) "مخصوص شخص" سے مراد کارپوریٹ ایجنٹ کا ملازم ہے جو کارپوریٹ ایجنٹ کی جانب سے انشورنس کاروبار کو طلب کرنے اور حاصل کرنے کا ذمہ دار ہے اور اس نے اہلیت، تربیت اور امتحان پاس کرنے کے تقاضے پورے کیے ہوں جیسا کہ ان ضوابط میں بیان کیا گیا ہے۔

(q) "ٹیلی مارکیٹر" کا مطلب ہے ٹیلی کام ریگولیٹری اتھارٹی آف انڈیا کے ساتھ رجسٹرڈ ایک ادارہ جو ٹیلی کام کمرشل کمیونیکیشن، گاہک ترجیحی ضوابط 2010 کے باب III کے تحت تجارتی مواصلات بھیجنے اور اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ سرٹیفکیٹ رکھنے کا کاروبار کرنے کے لیے؛

(r) ان ضوابط میں استعمال شدہ الفاظ اور بتائی گئی باتیں ضوابط میں بیان نہ ہو کر ایکٹ میں بیان کی گئی ہیں اور جن میں وقتاً فوقتاً انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی کے ایکٹ 1999 یا اس کے تحت بنائے گئے کسی بھی ضابطے / گائیڈ لائنوں میں کیے گئے ہوں بالترتیب ان کو ان ایکٹ/ریگولیشن/گائیڈ لائنوں سے منسوب کیا گیا ہو۔

2. دائرہ کار اور ان ضوابط کا اطلاق یا ایپلیکیبلٹی

(1) درج ذیل ضوابط کارپوریٹ ایجنٹوں کی رجسٹریشن کا احاطہ کریں گے جس کے تحت وہ رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کی میعاد کے دوران لائف انشورنس کنندگان، عام بیمہ کنندگان اور صحت بیمہ کنندگان کے بیمہ کاروبار کی درخواست، خریداری اور خدمات فراہم کر سکتے ہیں۔

(a) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (لائف) کے پاس زیادہ سے زیادہ تین لائف بیمہ کنندگان کے ساتھ ان کے بیمہ پروڈکٹس کو طلب کرنے، حاصل کرنے اور سروس دینے کا اختیار ہوسکتا ہے۔

(b) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (جنرل) کے پاس زیادہ سے زیادہ تین عام بیمہ کنندگان کے ساتھ ان کی بیمہ پراڈکٹس کے کاروبار کے حاصل کرنے اور انہیں سروس دے سکتا ہے۔ کارپوریٹ ایجنٹ (جنرل) جنرل انشورنس پروڈکٹس کی مزید خوردہ یا ریٹیل لائنوں والے کمرشیل بیمے کا کاروبار کر سکتا ہے اور انہیں سروس دے سکتا ہے بشرطیکہ کسی رسک کی رقم تمام بیموں کے جمع ہونے کے بعد بھی پانچ کروڑ روپے سے زیادہ نہ ہو۔

(c) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (صحت) کے پاس زیادہ سے زیادہ تین ہیلتھ بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ان کی بیمہ پراڈکٹس کی درخواست، بیمہ بیچنے اور اسے سروس دینے کے اختیارات ہوسکتے ہیں۔

(d) کارپوریٹ ایجنٹ (کمپوزٹ) کی صورت میں، کلاز (a) سے (c) میں بیان کردہ شرائط لاگو ہوں گی۔

(e) بیمہ کمپنیوں کے ساتھ کام کرنے میں کوئی تبدیلی صرف اتھارٹی کی پیشگی منظوری اور موجودہ پالیسی بولڈرز کو سروس دینے کی مناسبت کے اعتبار سے کی جا سکتی ہے۔

3. درخواست پر غور

(1) اتھارٹی رجسٹریشن کی منظوری کے لیے درخواست پر غور کرتے وقت، کارپوریٹ ایجنٹ کی سرگرمیوں کو انجام دینے کے لیے تمام متعلقہ امور کو مدنظر رکھے گی۔

(2) مذکورہ بالا کے ساتھ غیر جانبدارانہ رویہ رکھتے ہوئے اتھارٹی خاص طور پر درج ذیل کو مدنظر رکھے گی، یعنی:-

(a) کیا درخواست گزار ایکٹ کے سیکشن 42 D کی ذیلی دفعہ (5) کے تحت بیان کردہ کسی بھی نااہلی سے دوچار تو نہیں ہے۔

(b) کیا درخواست دہندہ کے پاس اپنی سرگرمیوں کو مؤثر طریقے سے انجام دینے کے لیے ضروری بنیادی ڈھانچہ، جیسا کہ دفتر کی مناسب جگہ، سازوسامان اور تربیت یافتہ افرادی قوت ہے۔

(c) چاہے کوئی بھی شخص، جو براہ راست یا بالواسطہ طور پر درخواست دہندہ سے جڑا ہو، اتھارٹی کی طرف سے لائسنس/رجسٹریشن دینے سے ماضی میں انکار کر دیا گیا ہو۔

(d) آیا درخواست گزار کا پرنسپل آفیسر گریجویٹ ہے اور اس نے اتھارٹی کی طرف سے منظور شدہ نصاب کے مطابق کسی منظور شدہ ادارے سے کم از کم پچاس گھنٹے کی نظریاتی اور عملی تربیت حاصل کی ہے، اور مدت کے اختتام پر امتحان پاس کیا ہے۔ مذکورہ تربیت کی، جو امتحانی ادارے کے ذریعے کی جاتی ہے۔

بشرطیکہ اس صورت میں جہاں درخواست گزار کا پرنسپل آفیسر انشورنس انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، ممبئی کا ایسوشیٹ/فیلو ہو۔ یا CII، لندن کے ایسوشیٹ/فیلو؛ یا انسٹیٹیوٹ آف ایکچوریز آف انڈیا کا ایسوشیٹ/فیلو؛ یا انسٹیٹیوٹ آف انشورنس اینڈ رسک مینجمنٹ، حیدرآباد کی کوئی پوسٹ گریجویٹ اہلیت رکھتا ہو، نظریاتی اور عملی تربیت 25 گھنٹے کی ہوگی۔

(e) کیا پرنسپل آفیسر کے ڈائریکٹرز اور درخواست گزار کے دیگر ملازمین نے گزشتہ تین سالوں کے دوران، شیڈول III میں بیان کردہ ضابطہ کی خلاف ورزی تو نہیں کی ہے۔

(f) اگر درخواست دہندہ کا اصل کاروبار انشورنس کے علاوہ ہو تو بحیثیت 'کارپوریٹ ایجنٹ' اس کو دونوں کاروباروں مالی دیگر سرگرمیوں کے درمیان مناسب فاصلہ برقرار رکھنا ہوگا۔

(g) کیا پرنسپل آفیسر/ڈائریکٹر(ز)/پارٹنر/مخصوص افراد ان ضابطوں کے انیکرز I میں بیان کی بنیاد پر موزوں اور مناسب ہیں؛ اور

(h) اتھارٹی کی رائے ہے کہ رجسٹریشن کی گرانٹ پالیسی بولڈرز کے مفاد میں ہوگی۔

(3) درخواست گزار کے مخصوص افراد درج ذیل تقاضوں کو پورا کریں گے:

a. تسلیم شدہ بورڈ/انسٹی ٹیوشن سے کم از کم 12 ویں کلاس یا اس کے مساوی امتحان پاس کرنا:

b. (i) متعین شخص نے کم از کم پچاس گھنٹے کی تربیت حاصل کی ہو 'لائف، جنرل اور صحت' کے مخصوص زمرے کے لیے' جس کے لیے رجسٹریشن کی درخواست کی گئی ہو، کسی منظور شدہ ادارے سے 75 گھنٹے کی ٹریننگ اور اکزامینیشن باڈی کے ذریعہ منعقدہ امتحان پاس کیا ہو۔

(ii) کارپوریٹ ایجنٹ (کمپوزٹ) کا مخصوص شخص کسی منظور شدہ انسٹی ٹیوٹ سے پچھتر گھنٹے کی تربیت سے گزر چکا ہو اور اس نے امتحانی ادارے کے ذریعہ منعقدہ امتحان پاس کیا ہو۔

c. کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے انشورنس کے کاروبار کو طلب کرنے اور حاصل کرنے کے لیے مخصوص افراد کے پاس اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ درست سرٹیفکیٹ ہوگا، جیسا کہ ان ضوابط میں بیان کیا گیا ہے۔

سرٹیفکیٹ جاری ہونے کی تاریخ سے تین سال کی مدت کے لیے کارپوریٹ ایجنٹ کی درست رجسٹریشن سے مشروط ہوگا۔

مخصوص شخص کارپوریٹ ایجنٹ کے پرنسپل آفیسر کے ذریعے اتھارٹی کو سرٹیفکیٹ جاری کرنے کے لیے ان ضابطوں کے انیکزر 3 میں بیان کردہ فارمیٹ میں درخواست دے گا۔

d. اگر ایک کارپوریٹ ایجنٹ کا کوئی مخصوص شخص کسی دوسرے کارپوریٹ ایجنٹ کے پاس جانا چاہتا ہے تو اسے نئے کارپوریٹ ایجنٹ کے ذریعے اس کے موجودہ کارپوریٹ ایجنٹ سے "نو ابجیکشن سرٹیفکیٹ" حاصل کرنا ہوگا۔ اگر موجودہ کارپوریٹ ایجنٹ 30 دنوں کے اندر یہ سرٹیفکیٹ جاری نہیں کرتا ہے، تو یہ سمجھا جائے گا کہ مذکورہ کارپوریٹ ایجنٹ کو اس کے سوئچ اوور ہونے پر کوئی اعتراض نہیں ہے۔ اتھارٹی کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے درخواست کی وصولی کے بعد نام کو تبدیل کرتے ہوئے ایک نظرثانی شدہ سرٹیفکیٹ جاری کر دیتی ہے جس کے بموجب سوئچنگ اوور کیا جا سکتا ہے۔

4. رجسٹریشن کی تجدید یا رنیول - 1. اس ضابطے کے مطابق ایک کارپوریٹ ایجنٹ رجسٹریشن کی میعاد ختم ہونے سے تیس دنوں کے اندر اندر رجسٹریشن کی تجدید یا رنیول کے لیے اتھارٹی کو مطلوبہ فیس کے ساتھ فارم A میں درخواست دے سکتا ہے۔

اگر درخواست اس مدت کے بعد لیکن میعاد ختم ہونے کے اتھارٹی تک پہنچتی ہے تو ایک سو روپے کی اضافی فیس اور قابل اطلاق یعنی ایپلیکیبل ٹیکس، اتھارٹی میں جمع کرنے ہوں گے۔

مزید براں اتھارٹی درخواست دہندگان کی طرف سے تحریری طور پر پیش کردہ قابل قبول وجوہات کی بناء پر سابقہ شرائط میں شامل نہ ہونے والی تاخیر کے لیے، سات سو پچاس کی اضافی فیس اور قابل اطلاق ٹیکس کی ادائیگی کرنے پر رجسٹریشن کی میعاد ختم ہونے کے بعد بھی تجدید کے لیے درخواست قبول کر سکتی ہے۔

نوٹ: ایک کارپوریٹ ایجنٹ کو رجسٹریشن کی میعاد ختم ہونے سے نوے دن پہلے رجسٹریشن کی تجدید کے لیے درخواست جمع کرانے کی اجازت ہے۔

(2) پرنسپل آفیسر اور مخصوص افراد رجسٹریشن کی تجدید طلب کرنے سے پہلے، ایک منظور شدہ ادارے سے کم از کم پچیس گھنٹوں کی عملی یعنی پریکٹیکل ٹریننگ مکمل کر چکے ہوں۔

(4) اتھارٹی، اس بات سے مطمئن ہونے پر کہ درخواست دہندہ رجسٹریشن کی تجدید کے لیے متعین تمام شرائط کو پورا کرتا ہے، فارم C میں رجسٹریشن کی تین سال کی مدت کے لیے تجدید کرے گا اور درخواست گزار کو اطلاع بھیجے گا۔

5. طریقہ کار جہاں رجسٹریشن نہیں دیا جاتا ہے:

(1) جہاں ضابطہ 4 کے تحت رجسٹریشن کی منظوری یا ضابطہ 11 کے تحت اس کی تجدید کی درخواست، ضابطہ 7 میں بیان کردہ شرائط کو پورا نہیں کرتی، اتھارٹی رجسٹریشن کا سرٹیفکیٹ دینے یا تجدید کرنے سے انکار کر سکتی ہے۔

درخواست مسترد ہونے سے پہلے درخواست گزار کو سنے کا ایک معقول موقع فراہم کیا جانا چاہیے۔

(2) رجسٹریشن کا سرٹیفکیٹ دینے یا تجدید کرنے سے انکار کے بارے میں اتھارٹی کی طرف سے اس انکار کے تیس دنوں کے اندر درخواست گزار کو درخواست مسترد ہونے کی بنیادی وجوہات کے ساتھ اطلاع دی جائے گی۔

(3) اتھارٹی کے فیصلے سے ناراض کوئی بھی درخواست دہندہ، اتھارٹی کے ذریعے سب ریگولیشن (2) کے تحت بھیجے گئے حکم نامے کی وصولیابی کی تاریخ سے پینتالیس دنوں کے اندر سیکوریٹی اپیلیٹ ٹریبونل میں اپیل کر سکتا ہے۔

6. رجسٹریشن دینے سے انکار کا اثر: ایک درخواست دہندہ، جس کی ریگولیشن 4 کے تحت رجسٹریشن کی منظوری کے لیے یا ضابطہ 11 کے تحت اس کی تجدید کی درخواست اتھارٹی کی طرف سے مسترد کر دی گئی ہے، وصولی کی تاریخ سے ضابطہ 12 (2) کے تحت اس کو کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنا بند کرنا ہو گا۔

تاہم، وہ اس کے ذریعے پہلے سے طے شدہ معاہدوں کے سلسلے میں سروس دینے کا ذمہ دار رہے گا اور یہ سروس، جو کنٹریکٹ کئے جا چکے ہیں ان کی میعاد ختم ہونے تک یا چھ ماہ کی مدت تک جو مدت بھی پہلے پوری ہو اس وقت تک جاری رہیں گے۔ اس درمیان مناسب متبادل انتظام کیا جا سکتا ہے۔

7. کارپوریٹ ایجنٹ کو رجسٹریشن دینے کی شرائط:

ریگولیشن 9 کے تحت دیا گیا رجسٹریشن یا ریگولیشن 11 کے تحت کئے گئے رنیول درج ذیل شرائط کے ساتھ لاگو ہوں گے:-

(i) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹ کو صرف اوپر ضابطہ (3) میں بیان کردہ انشورنس کاروبار کرنے اور سروس دینے کی اجازت ہوگی۔

(ii) کارپوریٹ ایجنٹ ایکٹ، انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999 کی دفعات اور اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً جاری کردہ ضوابط، سرکلرز، گائیڈ لائنوں اور دیگر ہدایات کی تعمیل کرے گا۔

(iii) کارپوریٹ ایجنٹ اس طرح کی شکایت کی وصولی کے 14 دنوں کے اندر اپنے کلانٹس کی شکایات کے ازالے کے لیے مناسب اقدامات کرے گا اور اتھارٹی کو ایسے کلانٹس سے موصول ہونے والی شکایات کی تعداد، نوعیت اور دیگر تفصیلات کے بارے میں بتائے گئے فارمیٹ میں اتھارٹی کو فراہم کروائے گا۔

(iv) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے وسائل اور ان کے ملازمت کرنے والے مخصوص افراد کی تعداد کے مطابق معقول تعداد کی مناسبت سے انشورنس پالیسیاں بیچ سکتا ہے۔

(v) کارپوریٹ ایجنٹ اتھارٹی کے ذریعہ متعین کردہ فارمیٹ میں ریکارڈ برقرار رکھے گا جو پالیسی وار اور مخصوص شخص وار تفصیلات حاصل کرے گا جس میں کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے مانگی گئی ہر پالیسی کو مخصوص شخص کے ساتھ ٹیگ کیا جائے گا، سوائے ان مصنوعات یا پروڈکٹوں کے جو کاؤنٹر سے فروخت کئے جاتے ہیں اور اتھارٹی ان کی مخصوص منظوری پہلے ہی دے چکا ہوتا ہے۔ کارپوریٹ ایجنٹ ایسے نظام قائم کرے گا کہ اس کے ریکارڈوں تک اتھارٹی کی مستقل رسائی ہو۔

(vi) کارپوریٹ ایجنٹ کسی بھی حالت میں انشورنس مصنوعات کی درخواست کے لیے ملٹی لیول مارکیٹنگ نہیں کرے گا۔

(vii) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے ڈائریکٹرز، پرنسپل آفیسر اور مخصوص افراد پر لاگو ضابطہ اخلاق یا 'کوڈ آف کنڈکٹ' کی تعمیل کو یقینی بنائے گا۔

(viii) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے کارپوریٹ ایجنسی کے کاروبار کے لیے اکاؤنٹس کی الگ الگ کتابیں رکھے گا جیسا کہ ضابطہ 31 میں بیان کیا گیا ہے۔

8. فیس کی ادائیگی نہ کرنے کے نتائج :

(1) برکارپوریٹ ایجنٹ رجسٹریشن اور اس کی تجدید کی درخواست کے وقت 10,000/- کی ناقابل واپسی درخواست فیس کے علاوہ قابل اطلاق ٹیکس ادا کرے گا۔ درخواست کی فیس کے بغیر کسی درخواست پر کارروائی نہیں کی جائے گی۔

(2) اتھارٹی کی طرف سے رجسٹریشن کی منظوری کے لیے مواصلت کی وصولی پر، درخواست دہندہ کو اس طرح کے مواصلت کی وصولی کے 15 دنوں کے اندر 25,000/- روپے کی فیس کے علاوہ قابل اطلاق ٹیکس ادا کرنا ہوگا۔ فیس کی وصولی اور رجسٹریشن کی منظوری کے لیے شرائط و ضوابط کی تسلی بخش تعمیل پر، اتھارٹی اس زمرے کے تحت کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لیے رجسٹریشن دے گی جس کے لیے درخواست دی گئی ہے۔

(3) تجدید کے لیے درخواست دینے کا خواہش مند کارپوریٹ ایجنٹ مقررہ فارمیٹ میں 25,000/- کی فیس کے علاوہ قابل اطلاق ٹیکس کے ساتھ تجدید کے لیے درخواست دے گا۔

9. معاوضہ

کسی کارپوریٹ ایجنٹ کو معاوضے کی ادائیگی یا وصولی ان ضوابط کے تحت ہوگی جو اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً مطلع کیے جاتے ہیں۔

10. مفادات کا تصادم یا 'کنفلیکٹ آف انٹریسٹ' :

انشورنس کے کاروبار کی درخواست اور حصول کے دوران، کارپوریٹ ایجنٹ کو درج ذیل کی تعمیل کرنی ہوگی:

(i) کارپوریٹ ایجنٹ جس کا کاروبار کی ایک خاص لائن میں ایک سے زیادہ بیمہ کنندگان یعنی انشورر کے ساتھ معاہدہ ہے تو ایسی صورت میں وہ ممکنہ صارف یعنی پراسپیکٹو کلاینٹ کو بیمہ کمپنیوں کی فہرست جن کے ساتھ ان کے پاس مصنوعات یا پروڈکٹ کے، ان بیمہ کمپنیوں میں تقسیم یا ڈسٹریبیوشن کے لحاظ سے مطلع کرے گا۔ اس کے

علاوہ، اگر پوچھا جائے تو پیش کردہ انشورنس پروڈکٹ کے سلسلے میں کمیشن کے پیمانے کا انکشاف کریں۔

(ii) جہاں انشورنس کو ایک پرنسپل بزنس پروڈکٹ کے ساتھ ایک ذیلی پروڈکٹ کے طور پر فروخت کیا جاتا ہے، کارپوریٹ ایجنٹ یا اس کے شیئر ہولڈر یا اس کے ساتھی بنیادی کاروباری پروڈکٹ کے خریدار کو لازمی طور پر اس کے ذریعے انشورنس پروڈکٹ خریدنے پر مجبور نہیں کریں گے۔

کارپوریٹ ایجنٹ کے پرنسپل آفیسر اور سی ایف او (یا اس کے مساوی) اتھارٹی کے پاس ششماہی بنیادوں پر شیڈول VIII میں دیے گئے فارمیٹ میں ایک سرٹیفکیٹ فائل کریں گے، اس بات کی تصدیق کرتے ہوئے کہ کسی بھی امکان کو انشورنس پروڈکٹ کی زبردستی فروخت نہیں کی گئی ہے۔

11. اتھارٹی کو انکشافات

(1) ایک درخواست دہندہ کارپوریٹ ایجنٹ بننے کی خواہش رکھتا ہے، درخواست دائر کرتے وقت اتھارٹی کو اپنے طور پر تمام مادی حقائق جو درخواست پر غور کرنے کے لیے متعلقہ ہوں، ظاہر کرے گا۔ ان کی درخواست پر غور کرنے کے لیے فراہم کردہ معلومات میں کسی تبدیلی کی صورت میں، درخواست دائر کرنے کے بعد یا درخواست کی کارروائی کے دوران، اتھارٹی کے زیر غور لانے کے لئے ایسی تبدیلیوں کا انکشاف کیا جائے گا۔

(2) اسی طرح کارپوریٹ ایجنٹ رضاکارانہ طور پر، مادی حقائق (میٹریلفیکٹس) میں کسی بھی تبدیلی کا انکشاف جس کی بنیاد پر رجسٹریشن کیا گیا تھا تیس دنوں کے اندر اتھارٹی کو مطلع کر دے گا۔

(3) کارپوریٹ اتھارٹی کی کارروائیوں کے بارے میں دیگر ریگولیٹری یا سرکاری اداروں کی طرف سے شروع کی جانے والی کارروائیوں کو ایک مناسب وقت کے اندر ظاہر کرے گا لیکن اس طرح کی کارروائی شروع ہونے کے 30 دن کے بعد نہیں۔ اس طرح کے دیگر اداروں کی طرف سے جاری کردہ کسی بھی کارروائی یا ہدایت کو بھی اتھارٹی کو اوپر دی گئی وقت کی حدود کے اندر ظاہر کیا جائے گا۔

(4) کارپوریٹ ایجنٹ، اتھارٹی کو اپنے دفاتر کی تفصیلات ظاہر کرے گا جس میں وہ انشورنس مصنوعات اور مخصوص افراد کی تفصیلات کے ساتھ ساتھ اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ سرٹیفکیٹ نمبر کے ساتھ تقسیم کرنے کی تجویز کرتا ہے۔ مزید برآں، کسی کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے دفتر کھولنے یا بند ہو جانے کی اطلاع اتھارٹی کو دی جائے گی۔

(5) اوپر دی گئی شرائط پر عمل کرنے میں ناکامی ریگولیٹری کارروائیوں کو راغب کرے گی جیسے رجسٹریشن کی معطلی یا منسوخی، مالی جرمانہ عائد کرنا یا کوئی اور کارروائی کی جا سکتی ہے۔

12. مصنوعات کی تقسیم یعنی 'پروڈکٹ ڈسٹریبیوشن' کے لیے بیمہ کنندگان کے ساتھ معاہدے:

- (a) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹوں کو مصنوعات کی تقسیم کے لیے بیمہ کنندگان کے ساتھ معاملات کرنے ہوں گے۔ ایسے معاہدہ میں داخل ہونے کے 30 دنوں کے اندر، اتھارٹی کو مطلع کرنا ہوگا۔ اس طرح کے انتظام کی کم از کم مدت ایک سال کے لیے ہوگی؛
- (b) ایسے معاہدوں میں داخل ہوتے وقت، کوئی کارپوریٹ ایجنٹ وعدہ نہیں کرے گا اور نہ ہی کوئی بیمہ کنندہ کارپوریٹ ایجنٹ کو کسی خاص بیمہ کنندہ کی مصنوعات تقسیم کرنے پر مجبور کرے گا۔
- (c) ان ارینجمنٹوں میں پالیسی بولڈر کے لیے کارپوریٹ ایجنٹوں کے فرائض اور ذمہ داریاں، بیمہ کنندگان اور کارپوریٹ ایجنٹوں کے فرائض اور ذمہ داریاں اور ایسے ارینجمنٹ کو ختم کرنے کی شرائط و ضوابط بھی شامل ہوں گے۔
- (d) پالیسی بولڈر کے مفادات کے خلاف کوئی ارینجمنٹ نہیں کیے جائیں گے۔
- (e) اگر کوئی کارپوریٹ ایجنٹ کسی بیمہ کنندہ یا انشورنس کمپنی کے ساتھ ایسے معاملات ختم کرنا چاہتا ہے، تو وہ بیمہ کنندہ اور اتھارٹی کو وجوہات سے آگاہ کرے گا۔ ایسی صورتوں میں یقینی بنانا ہوگا کہ پالیسیاں اشو کی گئی ہیں اور ان کے پاس رکھی ہیں ان کی میعاد ختم ہونے تک یا چھ ماہ کی مدت تک، جو بھی پہلے واقع ہو اور اس درمیان مناسب انتظام کر لیا جائے۔
- (f) اگر کوئی بیمہ کنندہ یعنی انشورر کسی کارپوریٹ ایجنٹ کے ساتھ ارینجمنٹ ختم کرنا چاہتا ہے، تو وہ کارپوریٹ ایجنٹ اور اتھارٹی کو اس کی وجوہات بتانے کے بعد ایسا کر سکتا ہے۔
- ایسے معاملات میں، متعلقہ بیمہ کنندہ کارپوریٹ ایجنٹ کے ذریعہ حاصل کردہ پالیسیوں کی سروس کی ذمہ داری لے گا۔ ایسے تمام معاملات میں، بیمہ کنندہ متعلقہ پالیسی بولڈر کو سروس کے انتظامات میں کی گئی تبدیلیوں سے آگاہ کرے گا۔
- (g) کوئی بیمہ کنندہ براہ راست پرنسپل آفیسر، مخصوص افراد اور کارپوریٹ ایجنٹس کے دیگر ملازمین کو مراعات (نقد یا غیر نقد) ادا نہیں کرے گا۔

13. پالیسی بولڈرز کو سروس دینا :

- (1) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹ کا فرض ہوگا کہ وہ معاہدے کی پوری مدت کے دوران اپنے پالیسی بولڈرز کی خدمت کرے۔ سروسنگ میں ایکٹ کے سیکشن VB64 کے تحت مطلوبہ پریمیم کی ادائیگی میں مدد کرنا، دعوے کی صورت میں ضروری مدد اور رہنمائی فراہم کرنا شامل ہے۔

14. ٹیلی مارکیٹنگ کے طریقہ کار میں کارپوریٹ ایجنٹ کی فاصلاتی مارکیٹنگ کی سرگرمیوں کے ذریعے انشورنس کی فروخت ہوتی ہے۔

(1) ایک کارپوریٹ ایجنٹ جو ٹیلی مارکیٹر کی خدمات کو شامل کرنے کا ارادہ رکھتا ہے یا انشورنس مصنوعات کی تقسیم کے مقصد سے فاصلاتی مارکیٹنگ کی سرگرمیوں میں مشغول ہونا چاہتا ہے وہ شیڈول VII میں دی گئی ہدایات پر عمل کرے گا۔

(2) ایک کارپوریٹ ایجنٹ کو ٹیلی مارکیٹر کی خدمات میں مشغول ہونے کے لیے درج ذیل اضافی شرائط کی تعمیل کرنی ہوگی:

(a) کارپوریٹ ایجنٹ کے ذریعے مصروف ٹیلی مارکیٹر مختلف سرکلرز اور/یا گائیڈ لائنوں یا اس معاملے میں ٹیلی کام ریگولیٹری اتھارٹی آف انڈیا کی طرف سے جاری کردہ کسی اور ہدایت کی تعمیل کرے گا۔

(b) کارپوریٹ ایجنٹ، انشورنس کی ثالثی کے لیے ٹیلی مارکیٹنگ کی سرگرمیاں شروع کرنے کا ارادہ رکھتا ہے، اسے اتھارٹی کی پیشگی منظوری حاصل کرنی ہوگی جو اتھارٹی نے ان ضوابط کے انیکزر 4 میں دی ہے۔ اسی مسئلے کی تصدیق پر اتھارٹی ٹیلی مارکیٹر کو ایک سرٹیفکیٹ دے گی۔

(c) مزید یہ کہ کارپوریٹ ایجنٹ، اتھارٹی کے پاس ان ضابطوں کے انیکزر 5 میں بیان کردہ فارم میں ٹیلی مارکیٹر کے ذریعے منسلک/مجوزہ تصدیق کنندگان یعنی 'اتھورائسٹ ویریفائر' کے نام اتھارٹی کے پاس فائل کرے گا۔

(d) اسی مسئلے کی تصدیق پر اتھارٹی اتھورائسٹ ویریفائر کو سرٹیفکیٹ دیتی ہے۔

(e) اگر ایک مجاز تصدیق کنندہ یعنی 'اتھورائسٹ ویریفائر' کسی دوسرے ٹیلی مارکیٹر کے پاس جانے کا ارادہ رکھتا ہے جو انشورنس کے بچولے یعنی انٹرمیڈیٹری کے ساتھ بھی کام کر رہا ہو تو وہ سابقہ ٹیلی مارکیٹر سے 'نو ابجیکشن سرٹیفکیٹ' حاصل کرے گا اور اسے نیا سرٹیفکیٹ جاری کرنے کے لیے اتھارٹی کو جمع کرائے گا۔ اگر موجودہ ٹیلی مارکیٹر اس کے لیے درخواست کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر کوئی اعتراض سرٹیفکیٹ جاری نہیں کرتا ہے، تو یہ سمجھا جائے گا کہ ٹیلی مارکیٹر کو اس کے سوچے اور ہونے پر کوئی اعتراض نہیں ہے۔

(f) اتھورائسٹ کنندگان کو ہٹانے یا اضافے کے لیے درخواست متعلقہ کارپوریٹ ایجنٹ کو پرنسپل آفیسر کے ذریعے دی جائے گی۔

(g) اگر کارپوریٹ ایجنٹ، TRAI کے ساتھ ٹیلی مارکیٹر کے طور پر رجسٹر ہوتا ہے تو، کارپوریٹ ایجنٹ صرف ان بیمہ کنندگان کے لیے ٹیلی مارکیٹر کے طور پر کام کرے گا جن کے ساتھ اس کے ارینجمنٹ ہیں۔

(h) کوئی کارپوریٹ ایجنٹ یا اس کا ٹیلی مارکیٹر کسی بھی شخص کو زبردستی کی کال یا 'آؤٹ باؤنڈ کال' نہیں کرے گا جب تک کہ اس نے پوچھ گچھ کر کے انشورنس پالیسی خریدنے میں دلچسپی ظاہر نہ

کی ہو۔ وہ ایسے افراد کا ڈیٹا بیس اور اتھارٹی یا اس کے کسی اتھوراسڈ شخص کے ذریعے تصدیق اور جانچ کے لیے کی گئی انکوائری کو برقرار رکھیں گے۔

(i) ٹیلی مارکیٹر ممکنہ صارف یا 'پراسپیکٹو کنزیومر' کو درج ذیل معلومات کے بارے میں بتائے گا:

(a) کارپوریٹ ایجنٹ کا نام جس کی وہ نمائندگی کرتے ہیں

(b) کارپوریٹ ایجنٹ کا رجسٹریشن نمبر

(c) اگر گاہک واپس کال کرنا چاہتا ہے یا ٹیلی سیل کی معلومات کی تصدیق کرنا چاہتا ہے تو ٹیلی مارکیٹر اور/یا کارپوریٹ ایجنٹ کا رابطہ نمبر

(d) ٹیلی کال کرنے والے اتھوراسڈ شخص کا نام اور شناختی نمبر۔

(j) کارپوریٹ ایجنٹ جو ٹیلی مارکیٹ میں شامل ہوتا ہے ٹیلی مارکیٹر کے ساتھ ایک معاہدہ کرے گا اور معاہدے کی تفصیلات فراہم کرے گا جیسے ڈیٹا بیس کا ذریعہ، فرائض اور ذمہ داریاں، ادائیگی کی تفصیلات، معاہدے کی مدت، ایکٹ کی خلاف ورزی کی صورت میں اٹھائے جانے والے اقدامات، ضابطے، گائیڈ لائنس، سرکلر، اتھارٹی کی طرف سے جاری کردہ ہدایات، اتھورایسڈ شخص کا کوڈ آف کنڈکٹ۔ معاہدوں کو اتھارٹی یا اتھارٹی کے ذریعہ اختیار کردہ کسی بھی شخص کو جب ضرورت ہو تو توثیق کے لیے دستیاب کرایا جائے گا۔

(k) ہر ٹیلی مارکیٹر اور اتھورایسڈ شخص کارپوریٹ ایجنٹس پر لاگو کوڈ آف کنڈکٹ کی پابندی کرے گا جیسا کہ ان ضابطوں کے شیڈول III میں بیان کیا گیا ہے۔

(l) اتھارٹی کو ٹیلی مارکٹ کے احاطے یعنی پریمیسز یا کسی دوسرے احاطے کا معائنہ کرنے کا اختیار ہوگا، جسے اتھارٹی ریکارڈز/دستاویزات کی تصدیق کے لیے ضروری سمجھتی ہے، اور کوئی دستاویز/ریکارڈ، ٹیلی مارکیٹ کے کسی ملازم کے بیانات ریکارڈ کرنے یا اس کی کاپیاں بنانے کا اختیار رکھتی ہے۔ اس کی مرضی پر کوئی بھی دستاویز/ریکارڈ:

(m) ٹیلی مارکیٹر کو کسی بھی دیگر شرائط و ضوابط کی تعمیل کرنی ہوگی جو اس معاملے میں اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً تجویز کی گئی ہوں۔

(3) ایک ٹیلی مارکیٹر تین سے زیادہ بیمہ کنندگان یا بیمہ سے متعلقہ اداروں کے ساتھ منسلک نہیں ہوگا۔

15. کارپوریٹ ایجنٹس کے لیے ضابطہ اخلاق یا 'کوڈ آف کنڈکٹ':

(1) ہر کارپوریٹ ایجنٹ ضابطہ اخلاق 'کوڈ آف کنڈکٹ' کی پابندی کرے گا جیسا کہ ان ضابطوں کے شیڈول III میں بیان کیا گیا ہے۔

(2) کارپوریٹ ایجنٹ تمام (اس کے پرنسپل آفیسر، مخصوص افراد اور دیگر ملازمین کے کاموں اور غلطیوں بشمول ان ضابطوں کے تحت بیان

کردہ کوڈ آف کنڈکٹ' کی خلاف ورزی اور جرمانے کا ذمہ دار ہوگا جو کہ ایک کروڑ روپے تک ہو سکتا ہے۔ ایکٹ کی دفعہ 102 کی دفعات۔

16. ریکارڈ کی دیکھ بھال

ایک کارپوریٹ ایجنٹ مندرجہ ذیل ریکارڈ کو برقرار رکھے گا جس میں الیکٹرانک شکل میں ہونا بھی شامل ہے اور اسے جب بھی ضرورت ہو، دستیاب کرایا جائے گا -

(i) اپنے کلائنٹ کے (KYC) ریکارڈز کو جانیں، جیسا کہ متعلقہ اتھارٹی کی گائیڈ لائنس اور "پریوینشن آف منی لانڈرنگ ایکٹ" کی دفعات کے تحت درکار ہے۔

(ii) پروپوزل فارم کی کاپی کلائنٹ کے ذریعہ دستخط شدہ اور کارپوریٹ ایجنٹ کے مخصوص شخص کے دستخط شدہ ACR کے ساتھ جو بیمہ کمپنی کو جمع کرائی گئی ہو۔

(iii) ایک رجسٹر جس میں کلائنٹس کی فہرست، پالیسی کی تفصیلات جیسے پالیسی کی قسم، پریمیم کی رقم، پالیسی کے اجراء کی تاریخ، وصول شدہ چارجز یا فیس؛

(iv) موصول ہونے والی شکایات کی تفصیلات پر مشتمل ایک رجسٹر جس میں شکایت کنندہ کا نام، شکایت کی نوعیت، جاری کردہ پالیسی کی تفصیلات اور اس پر کی گئی کارروائی شامل ہے۔

(v) ایک رجسٹر جس میں نام، پتہ، ٹیلی فون نمبر، تصویر، ملازمت کے آغاز کی تاریخ، سروس چھوڑنے کی تاریخ، اگر کوئی ہو تو، مخصوص شخص کو ادا کردہ مابانہ معاوضہ وغیرہ پر مشتمل ہوگا۔

(vi) اتھارٹی کے ساتھ تبادلہ شدہ خط و کتابت کی کاپیاں؛

(vii) کوئی دوسرا ریکارڈ جو کہ اتھارٹی کے ذریعہ وقتاً فوقتاً بیان کیا جائے۔

17. حساب کتاب، ریکارڈ وغیرہ کی دیکھ بھال -

(1) ایک کارپوریٹ ایجنٹ، جو خصوصی طور پر بیمہ کے ثالثی یعنی میڈیٹر کے مقاصد کے لیے شامل کیا گیا ہے، ہر مالی سال کے لیے اکاؤنٹس کی درج ذیل کتابیں تیار کرے گا۔

(i) بیلنس شیٹ یا ہر اکاؤنٹنگ مدت کے اختتام پر معاملات کا بیان؛

(ii) اس مدت کے لیے منافع اور نقصان کا اکاؤنٹ؛

(iii) کیش/فنڈ فلو کا بیان؛

(iv) اضافی بیانات جو کہ اتھارٹی کو وقتاً فوقتاً درکار ہوں۔

نوٹ 1: اس ضابطے کے مقاصد کے لیے، مالی سال 12 ماہ کی مدت کا ہوگا (یا اس سے کم جہاں یکم اپریل کے بعد کاروبار شروع ہوا ہو) ایک سال اپریل کے پہلے دن سے شروع ہو کر 31 مارچ کو ختم ہوتا ہے۔ اگلے سال کا مارچ اور اکاؤنٹس کو جمع کی بنیاد پر برقرار رکھا جائے گا۔

نوٹ 2: ان کے مالیاتی یا 'فاینانشیل اسٹیٹمنٹ کا ایک شیڈول ہوگا جو انشورنس کمپنی، ان کی گروپ کمپنیوں سے حاصل ہونے والی تمام آمدنیوں کی تفصیلات فراہم کرے گا۔ اس مینالگ الگ انشورر کے حساب سے کارپوریٹ ایجنٹ یا اس کے اسوشیٹ کو گروپ کمپنیوں کی طرف سے موصول ہونے والی ادائیگیوں کی تفصیلات بھی درج ہوتی ہیں۔

(a) ذیلی ضابطہ یا 'sub-regulation (1)' میں بیان کردہ آڈٹ شدہ فائنانشیل اسٹیٹمنٹ کی ایک نقل اور اس پر آڈیٹر کی رپورٹ ہر سال 30 ستمبر سے پہلے اتھارٹی کو پیش کی جائے گی اور ساتھ ہی آڈیٹرز کے ریمارکس یا مشاہدات، اگر کوئی ہیں، کاروبار کا طرز عمل، اکاؤنٹس کی حالت، وغیرہ، اور اس طرح کے مشاہدات پر ایک مناسب وضاحت اتھارٹی کے پاس دائر کردہ اکاؤنٹس میں شامل کی جائے گی۔

(b) آڈیٹر کی رپورٹ کی تاریخ سے نوے دنوں کے اندر آڈیٹر کی رپورٹ میں موجود کسی بھی خامی کو دور کرنے کے لیے ضروری اقدامات کیے جائیں اور اتھارٹی کو مطلع کیا جائے۔

(c) اکاؤنٹ کی تمام کتابیں، اسٹیٹمنٹس، دستاویز وغیرہ، کارپوریٹ ایجنٹ کے ہیڈ آفس یا ایسے دوسرے برانچ آفس میں رکھی جائیں گی جن کے نام اتھارٹی کو مطلع کیے جائیں جن سے معلومات تمام 'ورکنگ ڈیز' میں دستیاب ہوں اتھارٹی کے افسران کو یا ان کی طرف سے کسی بھی اتھورائسڈ شخص کو۔

(d) تمام کتابیں، دستاویزات، اسٹیٹمنٹس، کنٹریکٹ نوٹ وغیرہ، جن کا اس ضابطے میں حوالہ دیا گیا ہے اور کارپوریٹ ایجنٹ کے ذریعہ برقرار رکھا جائے گا اس سال کے اختتام سے جس سے وہ تعلق رکھتے ہیں کم از کم دس سال کے لیے برقرار رکھا جائے گا۔ تاہم، ان کیسز سے متعلق دستاویزات جن میں دعوے کی اطلاع دی جاتی ہے اور عدالتوں سے فیصلے کے لیے تصفیہ زیر التواء ہے، ان دستاویزات کو عدالت کی طرف سے مقدمات کے نمٹنے تک برقرار رکھنا ضروری ہے۔

(2) کارپوریٹ ایجنٹس جن کی بنیادی تجارت بیمے کے علاوہ ہے، میں جن کا اصل کاروبار انشورنس انٹرمیڈیشن کے علاوہ ہے، ان کے لئے بیمہ کے ثالثی کی حیثیت سے موصول ہونے والی آمدنی اور بیمہ کمپنی کی طرف سے ہونے والی دیگر آمدنی کے ریکارڈ کو الگ الگ مینٹین کرنا ضروری ہوگا۔

(3) ہر بیمہ کنندہ جو کارپوریٹ ایجنٹ کی خدمات انجام دے رہا ہے، اتھارٹی کے پاس ایسے تمام کارپوریٹ ایجنٹوں کے لیے الگ سے ایک سرٹیفکیٹ شیڈول VIA میں دیے گئے فارمیٹ کے مطابق فائل کرے گا جس پر سی ای او اور سی ایف او کے دستخط ہوں گے۔ کارپوریٹ ایجنٹ کے پرنسپل آفیسر اور سی ایف او (یا اس کے مساوی) کی طرف سے اسی طرح کا سرٹیفکیٹ جس میں بیمہ کنندہ سے موصول ہونے والے کمیشن/ معاوضے کی وضاحت ہوتی ہے، اتھارٹی کے پاس دائر کیا جائے گا جیسا کہ شیڈول V1B میں دیا گیا ہے۔

ضابطہ اخلاق (کوڈ آف کنڈکٹ)

I. عمومی ضابطہ اخلاق (جنرل کوڈ آف کنڈکٹ)

1. ہر کارپوریٹ ایجنٹ پیشہ ورانہ طرز عمل کے تسلیم شدہ معیارات کی پیروی کرے گا اور پالیسی ہولڈرز کے مفاد میں اپنے فرائض ادا کرے گا۔ ایسا کرتے ہوئے :

(a) گاہکوں کے ساتھ اپنے معاملات کو ہر وقت انتہائی نیک نیتی اور دیانتداری کے ساتھ انجام دینا

(b) احتیاط اور تندہی سے کام کرنا۔

(c) اس بات کو یقینی بنانا جیسا کلائنٹ کارپوریٹ ایجنٹ کے ساتھ اپنے تعلقات کو سمجھتا ہے اور جس کی طرف سے کارپوریٹ ایجنٹ کام کر رہا ہے؛

(d) ممکنہ کلائنٹس کی طرف سے فراہم کردہ تمام معلومات کو اپنے لیے اور بیمہ کنندہ (ان) کے لیے مکمل طور پر خفیہ سمجھیں جس کو کاروبار کی پیشکش کی جا رہی ہے۔

(e) اپنے پاس موجود خفیہ دستاویزات کی حفاظت کو برقرار رکھنے کے لیے مناسب اقدامات کریں؛

(f) کسی کمپنی کا کوئی ڈائریکٹر یا کسی فرم کا پارٹنر یا چیف ایگزیکٹو یا پرنسپل آفیسر یا کوئی مخصوص شخص کسی دوسرے کارپوریٹ ایجنٹ کے ساتھ ملتے جلتے عہدے پر فائز نہیں ہوگا۔

2. ہر کارپوریٹ ایجنٹ کرے گا :

(a) اس کے پرنسپل آفیسر اور ہر مخصوص شخص کی کوتاہی اور کمیشن کے تمام کاموں کے لئے ذمہ دار ہوں گے۔

(b) اس بات کو یقینی بنائیں کہ پرنسپل آفیسر اور تمام مخصوص افراد مناسب طریقے سے تربیت یافتہ، ہنر مند اور بیمہ کی مصنوعات کے بارے میں جانکاری رکھتے ہوں جن کو وہ مارکیٹ میں پیش کرتے ہیں۔

(c) اس بات کو یقینی بنائیں کہ پرنسپل آفیسر اور متعین شخص ممکنہ پالیسی کے فوائد اور پالیسی کے تحت دستیاب فائدے یا ریٹرن کے بارے میں کوئی غلط بیانی نہ کر رہا ہو۔

(d) اس بات کو یقینی بنائیں کہ کسی بھی ممکنہ کلائنٹ کو انشورنس پروڈکٹ خریدنے پر مجبور نہ کیا جائے۔

(e) بیمہ پروڈکٹ کے سلسلے میں بیمہ دار کو فروخت سے پہلے اور فروخت کے بعد مناسب مشورہ دیں۔

(f) دعوے کی صورت میں تمام رسمی کارروائیوں اور دستاویزات کی تکمیل میں بیمہ شدہ کو ہر ممکن مدد اور تعاون فراہم کریں۔

(g) اس حقیقت کی مناسب تشہیر کریں کہ کارپوریٹ ایجنٹ خطرے کو خود نہیں لکھتا یا نہیں مول لیتا اور نہ بیانشورر کے طور پر کام کرتا ہے۔

(h) بیمہ کنندگان کے ساتھ معاہدے کریں جس میں دونوں کے فرائض اور ذمہ داریوں کی وضاحت کی گئی ہو۔

.II قبل از فروخت ضابطہ اخلاق (پری سیل کوڈ آف کنڈکٹ)

3. ہر کارپوریٹ ایجنٹ یا پرنسپل آفیسر یا ایک مخصوص شخص بھی ذیل میں بیان کردہ ضابطہ اخلاق یا 'کوڈ آف کنڈکٹ' پر عمل کرے گا:

(i) ہر کارپوریٹ ایجنٹ/پرنسپل آفیسر/مخصوص شخص:

(a) اپنی شناخت کریں اور مطالبہ پر اس کے رجسٹریشن/سرٹیفکیٹ کو امکان کے سامنے ظاہر کریں؛

(b) بیمہ کمپنیوں کی جانب سے فروخت کے لیے پیش کی جانے والی انشورنس پراڈکٹس کے سلسلے میں مطلوبہ معلومات کو پھیلانا جن کے ساتھ ان کا ارینجمنٹ ہے اور مخصوص بیمہ پلان کی سفارش کرتے وقت امکانات کی ضروریات کو بھی مدنظر رکھنا۔

(c) فروخت کے لیے پیش کردہ انشورنس پروڈکٹ کے سلسلے میں کمیشن کے پیمانے کا انکشاف کریں، اگر امکان یعنی پراسپیکٹ سے پوچھا جائے۔

(d) فروخت کے لیے پیش کردہ انشورنس پروڈکٹ کے لیے بیمہ کنندہ کے ذریعے وصول کیے جانے والے پریمیم کی نشاندہی کریں؛

(e) امکان یا 'براسپیکٹ' کو بیمہ کنندہ کے ذریعے تجویز فارم میں درکار معلومات کی نوعیت، اور بیمہ کے معاہدے کی خریداری میں مادی معلومات یا 'مٹیریل فیکٹس' کو بتانے کی اہمیت کی بھی وضاحت کریں۔

(f) بیمہ کنندہ کے نوٹس میں کسی بھی منفی عادات یا امکان یا 'براسپیکٹ' کی آمدنی میں عدم مطابقت، ایک خفیہ رپورٹ کے ساتھ بیمہ کنندہ کو پیش کی گئی ہر تجویز کے ساتھ، اور کوئی بھی مادی حقیقت جو بیمہ کنندہ کے انڈر رائٹنگ کے فیصلے پر منفی اثر ڈال سکتی ہے۔ کلاینٹ کے بارے میں تمام معقول پوچھ گچھ کر کے تجویز کی منظوری کے حوالے سے۔

(g) بیمہ کنندہ کے ذریعے تجویز کو منظوریاً مسترد کرنے کے بارے میں اس کو فوری طور پر مطلع کریں۔

(h) بیمہ دہندہ کے ساتھ پروپوزل فارم داخل کرنے کے وقت مطلوبہ دستاویزات حاصل کریں، اور دیگر دستاویزات جو بعد میں بیمہ کنندہ یعنی انشورر نے تجویز کی تکمیل کے لیے مانگی ہوں۔

- (ii) کوئی کارپوریٹ ایجنٹ/ پرنسپل آفیسر/ مخصوص شخص نہیں کرے گا :
- (a) درست رجسٹریشن/سرٹیفکیٹ کے بغیر انشورنس کاروبار کی درخواست کرنا یا خریدنا۔
- (b) پروپوزل فارم میں کسی بھی مادی معلومات کو چھوڑنے کے لیے پراسپیکٹو کلائنٹ کو آمادہ کرنا۔
- (c) امکان یا پراسپیکٹ کو پروپوزل فارم میں غلط معلومات بھرنے کے لئے اکسانا تاکہ انشورنس کمپنی تجویز کو منظور کر لے۔
- (d) امکان کے ساتھ بدتمیزی سے پیش آنا۔
- (e) کسی دوسرے متعین شخص یا کسی بیمہ ٹالٹ کی طرف سے پیش کردہ کسی تجویز میں مداخلت کرنا۔
- (f) انشورر کی طرف سے پیش کردہ ریٹس اور مختلف شرحوں، فوائد، شرائط و ضوابط میں اپنی طرف سے ترمیم کرکے پروپوزر کو بتانا۔
- (g) کسی پالیسی ہولڈر کو موجودہ پالیسی کو ختم کرنے اور اس کے خاتمے کی تاریخ سے تین سال کے اندر اس کی طرف سے ایک نئی تجویز کو نافذ کرنے پر مجبور کرے۔
- (h) کسی کارپوریٹ ایجنٹ کے پاس ایک شخص یا ایک تنظیم یا اسی کلائنٹ کی دوسری تنظیموں کے ایک گروپ سے انشورنس کے کاروبار کا 'پورٹ فولیو' اس ایجنٹ کے سالانہ پریمیم کا پچاس فی صد سے زیادہ نہیں ہونا چاہیے۔
- (i) کسی بھی انشورنس کمپنی کا ڈائریکٹر بننا یا رہنا، سوائے اتھارٹی کی پیشگی منظوری کے،
- (j) منی لانڈرنگ کی کسی بھی قسم کی سرگرمیوں میں ملوث ہونا۔
- (k) گمراہ کن کالوں یا جعلی کالوں کے ذریعے خود یا کال سینٹرز کے ذریعے کاروبار کی سورسنگ میں ملوث ہونا۔
- (l) انشورنس پروڈکٹس کی طلب اور خریداری کے لیے کثیر سطحی مارکیٹنگ کا آغاز کرنا۔
- (m) کاروبار میں لانے کے لیے غیر تربیت یافتہ اور غیر اتھورائزڈ افراد کو شامل کرنا۔
- (n) رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کے مطابق انشورنس کنسلٹنسی یا کلیم کنسلٹنسی یا انشورنس سے متعلق کوئی دوسری خدمات فراہم کرنا سوائے انشورنس پروڈکٹس کی درخواست اور سروسنگ کے۔
- (o) اس کے علاوہ کسی اور شخص کے ساتھ مشغول ہونا، حوصلہ افزائی کرنا، معاہدہ کرنا یا اس کے ساتھ کسی قسم کا ارینجمنٹ کرنا، انشورنس پروڈکٹ کی تقسیم کو آگے بڑھانے کے لیے حوالہ دینے،

لیڈ دینے، مشورہ دینے، متعارف کروانے، تلاش کرنے یا ممکنہ پالیسی بولڈرز کے رابطے کی تفصیلات فراہم کرنے کے لئے۔

(p) فروخت، تعارف، لیڈ جنریشن، کسی شخص یا ادارے کا حوالہ دینے یا تلاش کرنے کے مقصد کے لیے کسی بھی دوسرے نام سے کسی کو فیس، کمیشن، مراعات کی ادائیگی یا اجازت دینا۔

III. فروخت کے بعد کا ضابطہ اخلاق (پوسٹ سیل کوڈ آف کنڈکٹ

4. بر کارپوریٹ ایجنٹ :

(a) ہر انفرادی پالیسی بولڈر کو نامزدگی یا تفویض (اسائیں منٹ) یا ایڈریس کی تبدیلی یا اختیارات کے استعمال کو حسب ضرورت مشورہ دیں، اور جہاں بھی ضروری ہو، اس کی مدد کی پیشکش کریں۔

(b) اس کے ذریعے پہلے سے خریدے گئے بیمہ کے کاروبار کو بچانے کے لیے، پالیسی بولڈر کو زبانی اور تحریری نوٹس دے کر، مقررہ وقت کے اندر پالیسی بولڈر سے پریمیم کے پیمنٹ کو یقینی بنانے کی ہر ممکن کوشش کی جائے گی۔

(c) اس بات کو یقینی بنائیں کہ اس کا کلائنٹ انشورنس کی میعاد ختم ہونے کی تاریخ سے واقف ہے چاہے وہ کلائنٹ کو مزید کور پیش نہ کرنے کا انتخاب کرے:

(d) اس بات کو یقینی بنائیں کہ تجدید یا رینیول نوٹسمیں انکشاف کی ذمہ داری کے بارے میں ایک انتباہ بھی شامل ہے جس میں پالیسی کو متاثر کرنے والی تبدیلیوں کو مشورہ دینے کی ضرورت بھی شامل ہے، جو پالیسی کے آغاز یا تجدید کی آخری تاریخ سے ہوئی ہیں۔

(e) اس بات کو یقینی بنائیں کہ تجدید کے نوٹس میں معاہدہ کی تجدید کے مقصد کے لیے بیمہ کنندہ کو فراہم کی جانے والی تمام معلومات کا ریکارڈ (خطوط کی کاپیاں سمیت) رکھنے کی ضرورت ہے۔

(f) اس بات کو یقینی بنائیں کہ کلائنٹ کو بیمہ کمپنی کی تجدید یا رینیول کا دعوت نامہ میعاد ختم ہونے سے پہلے وقت پر مل جائے۔

(g) پالیسی بولڈرز یا دعویداروں یا فائدہ اٹھانے والوں کو بیمہ کنندہ کی طرف سے دعووں کے تصفیہ کے تقاضوں کی تعمیل میں ضروری مدد فراہم کرنا۔

(h) اپنے مؤکلوں کو دعووں کو فوری طور پر مطلع کرنے اور تمام اہم حقائق کو ظاہر کرنے اور بعد میں ہونے والی پیشرفت کو جلد از جلد بتانے کی اپنی ذمہ داری کو نبھائیں۔

(i) کلائنٹ کو صحیح، منصفانہ اور مکمل انکشاف کرنے کا مشورہ دیں جہاں اسے یقین ہو کہ کلائنٹ نے ایسا نہیں کیا ہے۔ اگر مزید انکشاف ہو اور نہ ہی آنے والا ہو تو وہ مؤکل کے لیے مزید کارروائی کرنے سے انکار پر غور کرے گا۔

(j) دعویٰ سے متعلق کسی بھی ضروریات کے بارے میں کلائنٹ کو فوری مشورہ دینا۔

- (k) کلائنٹ سے کسی دعوے یا واقعے کے بارے میں موصول ہونے والی کوئی بھی معلومات جو بغیر کسی تاخیر کے دعوے کو جنم دے سکتی ہے، اور کسی بھی صورت میں تین کام کے دنوں کے اندر آگے بھیجیں۔
- (l) بیمہ کنندہ کے فیصلے یا کسی اور دعوے میں تاخیر کے بغیر کلائنٹ کو مشورہ دینا؛ اور کلائنٹ کو اس کے دعوے کی پیروی میں ہر طرح کی معقول مدد فراہم کرنا۔
- (m) بیمہ کنٹریکٹ کے تحت فائدہ اٹھانے والے سے کسی حصہ کا مطالبہ یا وصولیابی نہیں کرے گا۔
- (n) اس بات کو یقینی بنائیں کہ خطوط، پالیسیوں اور تجدید کے دستاویزات میں شکایات سے نمٹنے کے طریقہ کار کی تفصیلات ہوں:
- (o) فون یا تحریری طور پر شکایات قبول کریں:
- (p) خط و کتابت کی وصولی سے چودہ دنوں کے اندر شکایت کو تسلیم کریں، عملے کے ممبر کو مشورہ دیں جو شکایت سے نمٹا جائے گا اور اس سے نمٹنے کے لیے ٹائم ٹیبل؛
- (q) اس بات کو یقینی بنائیں کہ جوابی خط بھیجے جائیں اور شکایت کنندہ کو مطلع کریں کہ اگر وہ جواب سے ناخوش ہے تو وہ کیا کر سکتا ہے۔
- (r) اس بات کو یقینی بنائیں کہ شکایات کو مناسب طور پر سینئر سطح پر نمٹا جائے؛
- (s) شکایات کی ریکارڈنگ اور نگرانی کے لیے ایک نظام قائم کریں۔

باب 11-C

فاصلاتی مارکیٹنگ سے متعلق ہدایات

فاصلاتی مارکیٹنگ میں ان طریقوں کے ذریعے بیمہ مصنوعات کی طلب اور فروخت کی ہر سرگرمی شامل ہوتی ہے۔

- وائس موڈ (بشمول ٹیلی فون، واٹس ایپ کالنگ)
- مختصر پیغام رسانی کی خدمت (ایس ایم ایم، واٹس ایپ)
- الیکٹرانک موڈ (بشمول ای میل اور انٹرایکٹو ٹیلی ویژن۔ ڈی ٹی ٹی ایچ، واٹس ایپ)
- فاصلاتی مارکیٹنگ کے طور پر آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے خاص طور پر منظور شدہ کوئی دوسرا طریقہ۔

قابل اطلاق منظرنامے: یہ ہدایات ریموٹ موڈ کے استعمال پر لاگو ہوتے ہیں:

- بیمہ خریدنے کے لیے لوگوں کی نیت معلوم کرنے کے لیے۔
- بیمہ مصنوعات کی درخواست اور فروخت۔
- بیمہ مصنوعات کی معلومات یا فروخت سے متعلق ممکنہ صارفین کی درخواستوں کا جواب دینا۔

تعارف

مجاز تصدیق کنندہ ممکنہ صارف کو یہ سب بتائے گا:

- i. تصدیق کنندہ/ٹیلی کالر کا نام اور منفرد شناخت/کوڈ نمبر
- ii. ثالث کا نام اور رجسٹریشن نمبر (کارپوریٹ ایجنٹ/ویب ایگریگیٹر/بروکر/آئی ایم ایف، جیسا کہ معاملہ ہو) جس کی وہ نمائندگی کرتا ہے
- iii. اگر گاہک ٹیلی سیلز کی معلومات کی تصدیق کے لیے واپس کال کرنا چاہتا ہے تو ٹیلی مارکیٹر اور/یا بیچوان کا رابطہ نمبر
- iv. انشورنس کمپنی کا نام، جس کے پروڈکٹ پر بات ہو رہی ہے، بات چیت/کال کے شروع میں بتائی جائے گی۔

معیاری اسکرپٹ کا استعمال

مجاز تصدیق کنندہ ریموٹ موڈ کے تحت فروخت کے لیے پیش کردہ ہر بیمہ پروڈکٹ کے تحت دستیاب فوائد، خصوصیات اور انکشافات کو پہنچانے کے لیے بیمہ کمپنی کی طرف سے اختیار کردہ معیاری اسکرپٹ کی وفاداری سے پیروی کرے گا۔

آگے بڑھنے کے لیے ممکنہ گاہک کی رضامندی۔

- مجاز تصدیق کنندہ اس بات کی تصدیق کرے گا کہ آیا ممکنہ گاہک موضوع یا کال کو جاری رکھنے میں دلچسپی رکھتا ہے، اور صرف اس صورت میں آگے بڑھے گا جب واضح رضامندی موصول ہوگی۔

- جن اوقات کے دوران کال کی جاتی ہے وہ قابل اطلاق/ TRAI ٹیلی کمیونیکیشن کا شعبہ (TRAI/ DOT) کے رہنما خطوط کے مطابق ہوں گے۔
- مجاز تصدیق کنندہ کے نام کا ذکر کیا جائے گا اور دستیاب زبان کے اختیارات کا ذکر کیا جائے گا۔ اس کے بعد، رابطہ صرف ممکنہ گاہک کی منتخب کردہ زبان میں جاری رہے گا۔
- تصدیق کنندہ ممکنہ صارف کو مطلع کرے گا کہ کال ریکارڈ کی جا رہی ہے اور ممکنہ گاہک (اگر وہ چاہے) پالیسی کی مدت کے دوران یا دعوے کے تسلی بخش تصفیے تک، جو بھی ہو، کال ریکارڈ کی وائس کاپی حاصل کر سکتا ہے۔ بعد میں کرنے کا حق ہے۔
- کالز/درخواستوں کے دوران ممکنہ گاہکوں کو کوئی تکلیف، پریشانی یا نقصان نہیں پہنچے گا۔

ممکنہ کسٹمر کی معلومات

- ممکنہ گاہک اور بیمہ کے لیے تجویز کردہ شخص/جائیداد سے متعلق تمام متعلقہ معلومات حاصل کی جائیں گی اور تجویز کردہ درخواست یا پروڈکٹ مکمل طور پر ممکنہ صارف کی ضروریات کے تجزیہ کی بنیاد پر کی جائے گی۔
- کال کی تفصیلات اور اس میں حاصل کی گئی معلومات کے حوالے سے رازداری، رازداری اور عدم انکشاف کو برقرار رکھا جائے گا۔
- بچت/سرمایہ کاری کے جزو کے ساتھ زندگی کا بیمہ پروڈکٹس اور یونٹ سے منسلک بیمہ پروڈکٹس کی فروخت وقتاً فوقتاً لاگو مخصوص ریگولیٹری شرائط کے تابع ہوگی۔

مصنوعات کے فوائد اور خصوصیات

- مجاز تصدیق کنندہ پروڈکٹ پریزنٹیشن کے دوران لاگو کردہ مجاز معیاری اسکرپٹ کی پیروی کرے گا، جیسے کہ متفق/نا اتفاق، ہاں/نہیں، قبول/مسترد، سمجھنا/سمجھنا نہیں، جیسا کہ ممکنہ کسٹمر کی جانب سے درج ذیل آئٹمز پر مخصوص جوابات ہوں گے۔
- تجویز کردہ پروڈکٹ کا نام، اس کی نوعیت اور پیرامیٹرز، بیمہ کمپنی کا نام
- بیمہ کور دستیاب ہے یا پروڈکٹ کے تحت سالانہ پریمیم کی ایک مخصوص رقم کے علاوہ قابل اطلاق GST کے لیے وصول کیا جانا ہے۔
- کور کا دائرہ، احاطہ شدہ اور بے نقاب خطرات/خطرات، اخراج، کٹوتیوں، شریک ادائیگیوں، رائیڈرز/کور پر شامل کریں بشمول سیکشن VB64
- کلیدی خصوصیات کی دستاویز/اہم معلوماتی شیٹ کے مشمولات، اگر قابل اطلاق ہوں۔
- اگر آپ پالیسی کی شرائط و ضوابط سے متفق نہیں ہیں تو پالیسی کی وصولی کے 30 دنوں کے اندر مصنوعات کو منسوخ کرنے کا حق،

زندگی، بیلٹھ بیمہ پالیسیوں کے لیے فری لک ان پیریڈ آپشن کے تحت۔

زندگی کا بیمہ کی فروخت کی صورت میں پریمیم کی زیادہ سے زیادہ حد

تصدیق کنندہ/لیکالر عام طور پر ڈسٹنس مارکیٹنگ کے تحت زندگی کی پالیسیوں کی فروخت کے سلسلے میں اور خصوصی طور پر ایکل/گیر-ایکل پریمیم اور یونائیٹڈ پالیسین مصنوعات کی بیماری کے لیے درخواست کی تاریخ پر آئی آر ڈی آئی کی نیامک تقاضے کے مطابق ان پر لاگو ہونے والی پریمیم کی حد سے زیادہ سختی سے پابندی ہوگی۔

بیمہ کے لیے فوری بعد کی کارروائی

جب ممکنہ کسٹمر پالیسی خریدنے کے لئے متفق ہو جاتا ہے، تو پیشکش فارم اور پریمیم کی قبولیت ان باتوں کے حساب سے ہوگی :

- وقتاً فوقتاً نافذ العمل ریگولیٹری دفعات کے مطابق پریمیم وصول کرنا
- عمل کے دوران اے ایم ایل/کے وائی سی اور پیسے کے لیے لاگو ہونے کے لیے ضروری ہے
- جہاں پالیسی براہ راست پیشکش کے بغیر جاری کی جاتی ہے، بیمہ کمپنی پالیسی بانڈ کے ساتھ پیشکش کی زبانی نقل اور پی ڈی ایف کاپی، جیسا کہ معاملہ ہو، آگے بھیجے گی۔
- کسی بھی خدمت کی ضرورت یا شکایت سیل نمبر کی صورت میں پالیسی ہولڈر کے ذریعے رابطہ کرنے کے لیے دفتر کا پتہ اور ٹول فری فون نمبر صارف کو مطلع کیا جائے گا۔
- فروخت پوری کرنے سے پہلے، مجاز تصدیق کنندہ ممکنہ صارف کو اپنا نام اور منفرد کوڈ نمبر ظاہر کرے گا اور یہ مستقبل کی تصدیق کے لیے ریکارڈ شدہ گفتگو کا حصہ بنے گا۔

ضابطہ اخلاق

مجاز تصدیق کنندگان یا ٹیلی فون کرنے والے ان ضابطہ اخلاق کی پابندی کریں جو بیچوان (کارپوریٹ ایجنٹ/بروکر/ویب ایگریگیٹر/آئی ایم ایف، جیسا کہ معاملہ ہو) پر لاگو ہوں گے جن کی وہ نمائندگی کر رہے ہیں یا کام کر رہے ہیں۔

باب C-12

ٹیلی فون کرنے والوں کے لیے ضابطہ اخلاق -
آداب،

کیا کرنا چاہیے اور کیا نہیں کرنا چاہیے۔

ٹیلی کالنگ کے مختلف مراحل

- مرحلہ 1: سلام کرنا
- مرحلہ 2: ممکنہ گاہک کے نام کی تصدیق کریں۔
- مرحلہ 3: اپنا تعارف کروائیں، اپنی پوزیشن، کمپنی کا نام، اور زبان کے اختیارات بیان کریں۔
- مرحلہ 4: بات کرنے کی اجازت طلب کرنا
- مرحلہ 5: کال کا مقصد بیان کریں - لیڈز بنائیں/انڈیوس بیمہ
- مرحلہ 6: گاہک سے رضامندی حاصل کرنا
- مرحلہ 7: مصنوعات کی خصوصیات، فوائد اور فوائد کی وضاحت
- مرحلہ 8: اعتراضات کا جواب دیں اور تمام شکوک و شبہات کو واضح کریں۔
- مرحلہ 9: ادائیگی کے ساتھ آگے بڑھنے کی اجازت حاصل کریں۔
- مرحلہ 10: امکان کا شکریہ اور کال بند کریں۔

ٹیلیفون کے آداب کا مشورہ

ہر کال کرنے والے کا فون پر بات کرنے کا اپنا طریقہ ہوتا ہے۔ تاہم، کچھ اصول اور ٹیلیفون کے آداب کے ہدایات ہیں جن پر آپ کو ٹیلی فون مواصلات کرتے وقت عمل کرنا چاہیے۔ ان پر مختصراً بحث کی جاتی ہے:

1. شائستگی سے سلام کریں: گفتگو کا آغاز گرمجوشی اور پیشہ ورانہ انداز میں کریں، جیسے نمستے/نمسکار/گڈ مارننگ/گڈ آفٹرن/گڈ ایوننگ۔
2. اپنا تعارف کروائیں: اپنا نام اور اگر قابل اطلاق ہو تو اپنی کمپنی یا محکمہ کا نام واضح طور پر بتائیں، تاکہ کال کرنے والے کو معلوم ہو کہ وہ کس سے بات کر رہے ہیں۔
3. غور سے سنیں: کال کرنے والے کی ضروریات یا سوالات کو غور سے سنیں۔ مداخلت کرنے سے گریز کریں اور یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ آپ مصروف ہیں "میں سمجھتا ہوں" یا "میں سمجھتا ہوں" جیسے اثبات کا استعمال کریں۔
4. واضح طور پر بولیں: اپنے الفاظ صاف اور معتدل رفتار سے بولیں۔ بڑبڑانے یا بہت تیز بولنے سے گریز کریں، کیونکہ کال کرنے والے کے لیے اسے سمجھنا مشکل ہو سکتا ہے۔

5. مثبت زبان استعمال کریں: گفتگو کے دوران مثبت اور دوستانہ لہجہ برقرار رکھیں، چاہے آپ کسی مشکل یا مایوس کالر سے بات کر رہے ہوں۔
 6. صبر کریں: کال کرتے وقت صبر کریں، خاص طور پر اگر کال کرنے والا پریشان یا پریشان ہو۔ ان کے خدشات کے ساتھ ہمدردی کا اظہار کریں اور کسی بھی مسئلے کو پرامن اور تدبیر سے حل کرنے کی کوشش کریں۔
 7. مدد: ہمیشہ مددگار رہیں اور کال کرنے والے کی ضروریات کو اپنی بہترین صلاحیت کے مطابق پورا کرنے کی کوشش کریں۔ اگر آپ فوری طور پر کوئی حل نہیں نکال سکتے تو انہیں یقین دلائیں کہ آپ کوئی حل تلاش کرنے یا مسئلے کو مناسب طریقے سے بڑھانے کی پوری کوشش کریں گے۔
 8. معلومات فراہم کریں: اگر کال کرنے والے کو ہولڈ پر رکھا گیا ہے یا کال کو کسی دوسرے محکمے میں منتقل کر دیا گیا ہے، تو انہیں پہلے سے مطلع کریں اور منتقلی کی وجہ بتائیں۔
 9. پیشہ ورانہ طور پر ختم کریں: کال ختم کرتے وقت، آپ سے رابطہ کرنے کے لیے کال کرنے والے کا شکریہ ادا کریں اور وہ کسی بھی اضافی مدد کی پیشکش کریں جو وہ فراہم کر سکتے ہیں۔ اس بات کو یقینی بنائیں کہ وہ خاتمہ سے پہلے بات چیت سے مطمئن ہیں۔
 10. فالو اپ: اگر ضروری ہو تو، وعدے کے مطابق کال کرنے والے کے ساتھ فالو اپ کریں اور اس بات کو یقینی بنائیں کہ کال کے دوران وعدہ کیا گیا کوئی بھی کام فوری طور پر مکمل ہو جائے۔
 11. رازداری کو برقرار رکھیں: کالر کی رازداری کا احترام کریں اور غیر مجاز افراد کے ساتھ حساس معلومات پر بات کرنے سے گریز کریں۔
- مندرجہ بالا ٹیلی فون کے آداب کے ہدایت پر عمل کر کے، آپ گاہک کی اطمینان کو بڑھا سکتے ہیں، پیشہ ورانہ تعلقات کو مضبوط بنا سکتے ہیں، اور فون پر موثر مواصلت کو یقینی بنا سکتے ہیں۔

کیا کریں

1. **نرم اور شائستہ رہیں:** کال کے دوران ہمیشہ دوستانہ اور احترام والا لہجہ رکھیں۔
2. **اپنا تعارف کروائیں:** اپنا اور اپنی کمپنی کا تعارف کروا کر کال شروع کریں۔ یقینی بنائیں کہ کال کرنے والا شخص جانتا ہے کہ آپ کون ہیں اور آپ کیوں کال کر رہے ہیں۔
3. **غور سے سنیں:** لائن کے دوسرے سرے پر موجود شخص کیا کہہ رہا ہے اس پر پوری توجہ دیں۔ ان کی ضروریات اور خدشات کو غور سے سنیں۔
4. **تیار رہیں:** آپ جس پروڈکٹ یا سروس کو فروخت یا فروغ دے رہے ہیں اس کے بارے میں تمام ضروری معلومات رکھیں۔ کال سننے والے شخص کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے تیار رہیں۔

5. **واضح اور اختصار کے ساتھ بات کریں:** اپنے پیغام کو سادہ اور موضوع پر رکھیں۔ ایسی اصطلاح یا تکنیکی زبان استعمال کرنے سے گریز کریں جسے کال پر سننے والا شخص سمجھ نہ سکے۔
6. **فوائد کو نمایاں کریں:** اپنی مصنوعات یا سروس کی خصوصیات کے بجائے اس کے فوائد پر توجہ دیں۔ وضاحت کریں کہ یہ کس طرح سننے والے کے مسائل حل کر سکتا ہے یا ان کی ضروریات کو پورا کر سکتا ہے۔
7. **اعتراضات کا پیشہ ورانہ طور پر جواب دیں:** اگر سامع کوئی اعتراض یا تشویش ظاہر کرتا ہے تو پرسکون اور پیشہ ورانہ انداز میں جواب دیں۔ متعلقہ معلومات کے ساتھ ان کے اعتراضات پر قابو پانے کی کوشش کریں۔
8. **فالو اپ:** اگر سننے والا شخص آپ کے پروڈکٹ میں دلچسپی ظاہر کرتا ہے لیکن اس کے لیے تیار نہیں ہے، تو بعد میں فالو اپ کرنے کی پیشکش کریں۔ اگر آپ کوئی وعدہ کرتے ہیں تو اسے پورا کرنا نہ بھولیں۔

کیا نہیں کریں

1. **دباؤ نہ ڈالیں:** کال کرنے والے پر خریداری کرنے یا اپنی پیشکش کے لیے دباؤ ڈالنے سے گریز کریں۔ زبردستی فروخت کے حربے لوگوں کو ناراض کر سکتے ہیں اور آپ کی کمپنی کی ساکھ کو نقصان پہنچا سکتے ہیں۔
2. **مداخلت نہ کریں:** سننے والے کو بغیر کسی مداخلت کے بولنے کی اجازت دیں۔ مداخلت غیر مہذب اور بد تمیز لگ سکتا ہے۔
3. **جھوٹ یا مبالغہ آرائی نہ کریں:** اپنی مصنوعات کے بارے میں ایماندار اور شفاف رہیں۔ جھوٹے دعوے نہ کریں یا اس کی صلاحیتوں کو بڑھا چڑھا کر پیش نہ کریں۔
4. **ان کے وقت پر غلبہ حاصل کرنے کی کوشش نہ کریں:** سننے والے کے وقت کا احترام کریں اور اپنی کال کو مختصر اور توجہ مرکوز رکھیں۔ گفتگو کو ضرورت سے زیادہ دیر تک نہ گھسیٹیں۔
5. **مسترد ہونے کو نظر انداز نہ کریں:** اگر سننے والا شخص آپ کی پیشکش میں دلچسپی نہیں رکھتا ہے، تو اس کے مسترد ہونے کو نظر انداز نہ کریں یا ان سے بحث کرنے کی کوشش نہ کریں۔ ان کے وقت کے لیے ان کا شکریہ ادا کریں اور شائستگی سے کال ختم کریں۔
6. **نوٹس لینا نہ بھولیں:** کال کے دوران سننے والوں کی ضروریات اور ترجیحات کے بارے میں اہم معلومات کو یاد رکھنے کے لیے نوٹس لیں۔ اس سے آپ کو اپنی فالو اپ گفتگو کو ذاتی بنانے میں مدد مل سکتی ہے۔
7. **نامناسب وقت پر کال نہ کریں:** صبح سویرے، رات دیر گئے یا کھانے کے اوقات میں فون کرنے سے گریز کریں۔ کال کرنے والے شخص کے معمول کا احترام کریں اور ایسے وقت میں کال کرنے کی کوشش کریں جب ان کے دستیاب ہونے کا امکان ہو۔
8. **فالو اپ کرنا نہ بھولیں:** اگر آپ کال کرنے والے شخص کے ساتھ فالو اپ کرنے یا انہیں اضافی معلومات بھیجنے کا وعدہ کرتے

ہیں، تو یقینی بنائیں کہ آپ ایسا بروقت کریں۔ فالو اپ ظاہر کرتا ہے کہ آپ قابل اعتماد ہیں اور ان کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پرعزم ہیں۔

اعتراضات سے نپٹنا

بیمہ کی فروخت میں اعتراضات سے مؤثر طریقے سے نمٹنا، ممکنہ رکاوٹوں کو دور کرنا اور ممکنہ گاہکوں کو قائل کرنا ضروری ہے۔ یہاں ایک منظم نقطہ نظر ہے:

1. **غور سے سنیں:** امکان کو بغیر کسی رکاوٹ کے اپنے خدشات کا مکمل اظہار کرنے دیں۔ ان کی بنیادی وجوہات کو سمجھنے کے لیے ان کے اعتراضات پر پوری توجہ دیں۔
2. **تسلیم کریں اور ہمدردی کریں:** ممکنہ گاہک کے خدشات کے بارے میں ہمدردی اور سمجھداری کا مظاہرہ کریں۔ ان کے جذبات کو سمجھنے کے لیے ان کے اعتراضات کو ایمانداری سے تسلیم کریں۔
3. **واضح کریں اور تصدیق کریں:** اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کہ آپ ان کے اعتراضات کو صحیح طریقے سے سمجھتے ہیں۔ یہ توجہ سے سننے کو ظاہر کرتا ہے اور اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ آپ صحیح مسئلے کو حل کر رہے ہیں۔
4. **معلومات فراہم کریں:** ممکنہ گاہک کے اعتراضات پر قابو پانے کے لیے متعلقہ معلومات یا حقائق پیش کریں۔ یہ بتانے کے لیے واضح اور جامع زبان استعمال کریں کہ آپ کا بیمہ حل ان کے خدشات یا ضروریات کو کیسے پورا کر سکتا ہے۔
5. **فوائد کو نمایاں کریں:** اپنی بیمہ پروڈکٹ کے فوائد پر زور دیں جو ممکنہ گاہک کے اعتراضات کو براہ راست حل کرتے ہیں۔ اس قدر پر توجہ مرکوز کریں جو آپ کا حل لاتا ہے اور یہ ان کی مخصوص ضروریات کو کیسے پورا کرتا ہے۔
6. **مخصوص خدشات کا ازالہ کریں:** ممکنہ گاہک کے مخصوص خدشات کو دور کرنے کے لیے اپنے جواب کو تیار کریں۔ اگر وہ لاگت کے بارے میں فکر مند ہیں، تو اپنے بیمہ پلان کی قیمت اور یہ کتنا سستی ہے اس کی وضاحت کریں۔ اگر یہ کوریج کے بارے میں ہے تو، آپ کی پالیسی کی پیشکش کردہ جامع تحفظ کو نمایاں کریں۔
7. **حل پیش کریں:** ممکنہ گاہک کے خدشات کو دور کرنے کے لیے حل یا متبادل تجویز کریں۔ اس میں کوریج کو ایڈجسٹ کرنا، ادائیگی کے منصوبوں میں ترمیم کرنا، یا ان کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے اضافی فوائد شامل کرنا شامل ہو سکتا ہے۔
8. **اعتراضات کو فعال طور پر نمٹائیں:** عام اعتراضات کو پہلے سے سمجھیں اور تیار شدہ جوابات کو اپنی فروخت کی کوششوں میں شامل کریں۔ خدشات کے پیدا ہونے سے پہلے فعال طور پر حل کرنا ممکنہ گاہک کے ساتھ اعتماد اور اعتبار کو بڑھا سکتا ہے۔
9. **سماجی ثبوت کا استعمال کریں:** مطمئن گاہکوں سے کامیابی کی کہانیاں یا تعریفیں شیئر کریں، تاکہ ممکنہ گاہک کو آپ کی بیمہ پیشکش کی تاثیر اور بھروسے کی یقین دہانی کرائی جا سکے۔

10. **اعتماد کے ساتھ فروخت بند کریں:** ایک بار جب آپ ممکنہ گاہک کے اعتراضات کو تسلی بخش طریقے سے حل کر لیں، تو اعتماد کے ساتھ فروخت کو بند کرنے کی طرف بڑھیں۔ اپنے بیمہ حل کے فوائد کو تقویت دیں اور فیصلہ کرنے میں ممکنہ صارف کی رہنمائی کریں۔

11. **فالو اپ:** اعتراضات کو دور کرنے اور فروخت کو بند کرنے کے بعد، ان کے اطمینان کو یقینی بنانے کے لیے اس امکان کے ساتھ فالو اپ کریں اور انہیں کوئی اضافی مدد فراہم کریں جس کی انہیں ضرورت ہو سکتی ہے۔ گاہکوں کے ساتھ ایک مضبوط رشتہ استوار کرنے سے کاروبار اور حوالہ جات کو دہرایا جا سکتا ہے۔

12. یاد رکھیں، اعتراضات پر قابو پانا ایک جاری عمل ہے جس کے لیے احتیاط سے سنے، ہمدردی کا مظاہرہ کرنے، اور موثر مواصلاتی مہارتوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اعتراضات کو پیشہ ورانہ طور پر حل کر کے اور موزوں حل فراہم کر کے، آپ بیمہ کی فروخت میں اپنی کامیابی کی شرح کو بڑھا سکتے ہیں۔
