ویب ایگریگیٹر
(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 ویپاچیڈو 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۔C-46 ، باندرہ کرلا کمپلیکس، باندرہ (E) ، ممبئی - 400 051

ویب ایگریگیٹر
(مجاز تصدیق کنندگان)

ایڈیشن کا سال : 2025

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 کےخواہشمند 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 آبجیکٹو 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 آرڈی 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 آرڈی 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 ہیں۔

مشمولات

باب نمبر	عنوان	صفحہ نمبر
سیکشن	**عام ابواب**	
C-01	انشورنس کا تعارف	2
C-02	بیمہ کے بنیادی عناصر	20
C-03	بیمہ کے اُصول	30
C-04	انشورنس معاہدوں کی خصوصیات	44
C-05	انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی	52
C-06	دعووں پر کارروائی	61
C-07	دستاویزات کی تیاری	68
C-08	گاہک سروس	77
C-09	شکایات کے ازالے کا نظام	93
C-10	ویب اگریگیٹروں کے لیے ریگولیٹری پہلو	102
C-11	فاصلاتی مارکیٹنگ سے متعلق ہدایات	117
C-12	ٹیلی فون کرنے والوں کے لیے ضابطہ اخلاق – آداب، کیا کرنا چاہیے اور کیا نہیں کرنا چاہیے۔	120
سیکشن	**زندگی کا بیمہ**	
L-01	زندگی کا بیمہ میں کیا کیا شامل ہے۔	126
L-02	معاشی منصوبہ بندی	133
L-03	زندگی کا بیمہ مصنوعات	148
L-04	زندگی کا بیمہ مصنوعات: غیر روایتی	160
L-05	لائف انشورنس کا عملی استعمال	166
L-06	لائف انشورنس میں قیمتوں کا تعین اور قدر	171
L-07	زندگی کی انشورنس کے دستاویزات	180
L-08	لائف انشورنس ہامیداری	196

L-09	زندگی کی انشورنس کے دعوے	211
L-10	پریمیم اور بونس	219
سیکشن	**بیلتھ بیمہ**	
H-01	صحت کے بیمہ کا تعارف	238
H-02	صحت بیمہ سے متعلق دستاویز	246
H-03	صحت بیمہ کے مصنوعات یا پروڈکٹس	255
H-04	صحت بیمہ انڈر رائٹنگ	285
H-05	صحت بیمہ کے دعوے	302
سیکشن	**جنرل بیمہ**	
G-01	عام بیمہ دستاویزات	321
G-02	انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی یعنی ریٹ طے کرنا	338
G-03	ذاتی اور خوردہ یعنی پھٹکر بیمہ	349
G-04	تجارتی بیمہ	360
G-05	عام انشورنس کے دعوے	387
سیکشن	**ضمیمہ**	
A-1	ضمیمہ – نمونہ پروپوزل فارم اور دعوی فارم (پُر کرنے کے لیے)	401

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

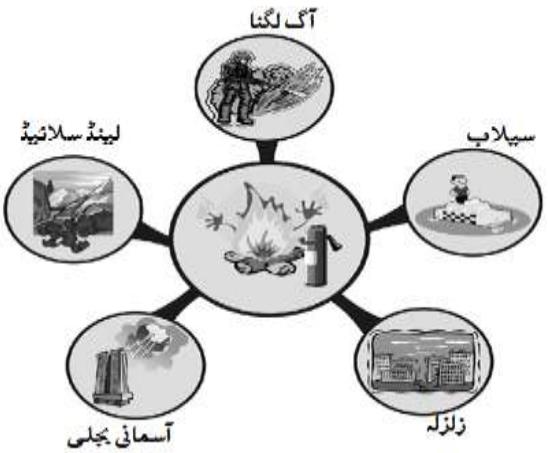
A. انشورنس - تاریخ اور ارتقائ
B. رسک پولنگ کا اصول
C. رسک مینجمنٹ کی تکنیک
D. بیمہ بطور رسک مینجمنٹ ٹول
E. بیمہ کا انتخاب کرنے سے پہلے غور کرنے کی چیزیں
F. انشورنس مارکیٹ کمپنیاں
G. معاشرے میں بیمہ کا کردار

A. انشورنس - تاریخ اور ارتقائ

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 گردہونے 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۔

تہہ دار (باٹمری) قرض	بے بی لون کے تاجر اپنے قرض دہندگان کو اضافی رقم دیتے تھے تاکہ شِپ مینٹ کے گم ہونے یا چوری ہونے کی صورت میں ان کے قرض معاف کر دیئے جائیں گا۔ بھروچ اور سورت کے سوداگر بھی اسی طرح کے طریقوں پر عمل پیرا تھے۔
فلاحی معاشرے/ دوستانہ معاشرے	فلاحی معاشرے/ دوستانہ معاشرےساتویں صدی کے یونانی متوفی کے خاندان کی دیکھ بھال کے ساتھ ساتھ ممبر کی آخری رسومات کے اخراجات بھی پیشگی ادا کرتے تھے۔ انگلینڈ میں بھی اسی طرح کی رسومات اپنائی جاتی تھیں
روڈس	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۔
چینی تاجر	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۔

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 دیاجاتا تھا، تاکہ خاندان کا ہر فرد اپنے آپ کو محفوظ محسوس کرے۔

جدید دور میں جوائنٹ 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. **لائیڈز:** 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 پرپیچوئل ایشورنس (ایمی کیبل سوسائٹی فار پرپیچوئل ایشورنس) کی بنیاد سال 1706 میں، لندن میں ہوئی تھی، جسے دنیاکی 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 ۔

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

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 قومیایا 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۔ یقینا، لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا (LIC) ایک پبلک سیکٹر کمپنی (PSU) ہےاور 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

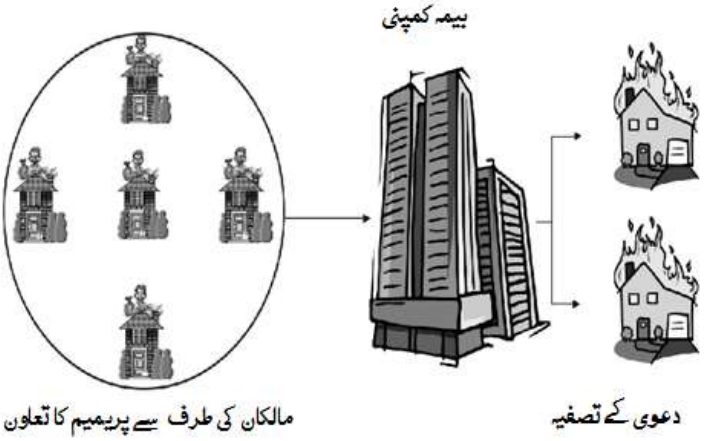
جدید کاروبار کا تصور جائیداد کی ملکیت کے اصول پر کیا گیا تھا۔ جب کسی اثاثے کی قدر میں کمی کی جاتی ہے (نقصان یا نقصان کی وجہ سے)، تو جائیداد کے مالک کو مالی نقصان اٹھانا پڑتا ہے۔ اس نقصان کی تلافی ایک مشترکہ فنڈ سے کی جا سکتی ہے جو اس طرح کی متعدد جائیدادوں کے مالکان کی طرف سے چھوٹے چندہ سے بنی۔ انشورنس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

جوکھم 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 جوکھم کی تشخیص کرتی ہے، انفرادی شراکت (جسے پریمیم کہتے ہیں) طے کرتی ہے اور جمع کرتا ہے،جوکھموں 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 جوکھم کہا جاتا ہے۔ جوکھم کی موجودگی کی وجہ کو جوکھم 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۔

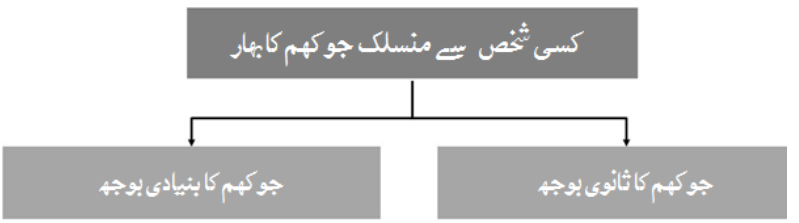
e) فنڈز جمع کرنے اور چند بدقسمت افراد کو معاوضہ ادا کرنے کا یہ عمل بیمہ کنندہ (انشورنس کمپنی) نامی تنظیم کے ذریعے مکمل کیا جاتا ہے۔

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 اسکوٹر 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 کر تے 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۔

مثال

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۔

مثال

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۔

اہم

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، ہیلمٹ پہننا۔

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 ہیلمٹ پہننا؛ (ii) کیمیکل استعمال کرتے وقت دستانے اور چہرے کی ڈھال پہنیں۔

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. جوکھم مینجمنٹ ٹول کے طور پر انشورنس

لفظ 'جوکھم' کا مطلب ایسا نقصان نہیں ہے جو واقعتاً 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**۔

جوکھم 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 جوکھم 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 جوکھم کی قیمت زیادہ ہوگی، کیونکہ ایسے بہت سے واقعات ہوں گے۔ انشورنس کو کسی کے جوکھم 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 کوخود جوکھم اُٹھانے کی لاگت کے برخلاف جوکھم 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 جوکھم مول نہ لیں** : جوکھم 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 جوکھم مت لیں : اگر کسی واقعہ 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 ریفائنری گر جاتی ہے تو اس کے مالکان اس نقصان کو برداشت نہیں کر سکتے۔

c) **جوکھم کے ممکنہ نتائج پراحتیاط 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 ایشورنس 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۔

سرویئرز 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 ہولڈرز 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۔ ایمپلائیز 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 وئے - 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/کمیونٹی 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 ڈئزائن 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

III. پی ایم تحفظ بیمہ یوجنا۔

IV. اوپر کے سبھی

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 / ایسسٹ
4. جوکھم کا بھار
5. جوکھم سے بچاؤ
6. جوکھم کنٹرول
7. جوکھم کو برقرار رکھنا
8. جوکھم کی فنانسنگ
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. بیمہ 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 .

معاہدے 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 نہ‌کریں۔ یا ایسا کرنے کے لئے سے انکار کر دیتا ہے یا ادائیگیوں میں کوتاہی کرتاہے۔

- **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 کرسکتے ہیں۔

یہ دوطریقے سے اثر انداز ہوسکتے 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 لائنیں کی انشورنس کی چینل سے احاطہ کیا جا سکتا ہے۔ انشورنس بر 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۔ اِس 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 بیان‌کر 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۔

جوکھم کے مثال گھر کے جل جانے کے بعد کا مالی نقصان ہونا یا کسی حادثہ کے بناۂ 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 ہوسکتا ۔

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

جوکھم 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 اثاثہ/اثاثہ خطرے کے زون میں ہونا چاہیے۔ بیمے 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 اثاثے/اثاثے 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. جوکھم 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 ہوگیا۔ 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 ہوجاتا 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 مُڑ جاتا ہے۔
- ✓ ایک شخص جو عام نزلہ زکام کا سامنا کررہا 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۔

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

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 کرکے پیسہ کمانے کی کوشش کرسکتا 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 بیلتھ انشورنس خریدنا بھی اسی دائرے میں آتا ہے۔

c) قانونی خطرہ ان معاملات میں زیادہ پایا جاتا ہے جن میں ہرجانے 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 کوجوکھم 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 .[50000x 0.002 x 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 x 100 = Rs.10000000) کا پُول بناکر ایک فنڈ بنانے کے لیے جمع کرتی ہے، تو اس سے کچھ بدقسمت لوگوں کو آگ لگنے سے ہوئے نقصان کی تلافی کے لیے کافی ہو گا۔

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 لیےجوکھم کوریج مختلف ہو گی۔

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 تیارکرکے کیا جاتا ہے۔ اس کے لیے کمپنی کا جوکھم اور اس کے مالیاتی اثر کو قبول کرنے میں قابل اعتماد ہونا ہے۔

بڑی تعداد میں لوگ	پریمیم کی ادائیگی	پریمیم	نقصان کا سامنا کرنے والے کچھ لوگوں کو ادائیگی کی جاتی ہے۔
کئی لوگ دیتے ہیں	پریمیم کے طور پر ایک چھوٹی سی رقم	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۔	نقصان اٹھانے والوں کو بھاری رقم ادا کی جاتی ہے۔

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 جِتنا 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)، توجوکھم 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، سکّے کو اچھالنے پر ہیڈ ملنے کا امکان 2 میں سے ایک ہوتا ہے۔ لیکن اگر ایک سکے کو چار بار پھینکا جائے تو اس کے اصل میں 2 ہیڈ ملےگا، یہ ایسا یقین سے نہیں کہا جا سکتا۔

جب سکے اچھالنے کی تعداد بہت زیادہ اور لامحدودیت کے قریب ہو، صرف تبھی دو بار سکے اچھالنے جانے پر ایک معاملے میں ہیڈ 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 والےجوکھم 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 کرسکتا 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 C-03
بیمہ کے اُصول

باب کا تعارف

اس باب میں، ہم ان اصولوں پر بات کریں گے جن کے بنیاد پربیمہ 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 کرنےکے 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) 'قابلِ 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 کردیئے 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 ہوتو، 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

A. انتہائی نیک نیتی

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 " مشتری 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 اِس طور پر بیان کیا گیا ہے جو کہ خطرے کے بارے میں فیصلہ کرنے میں مدد گار ثابت ہوتے ہیں۔ وہ حقائق جن پر پریمیم کی شرح اور قواعد وضوابط 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 پرمنحصر 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/جوکھم 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. ہیلتھ 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 جوکھم 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 جوکھم 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. **جوکھم 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 لیپس حالت میں ہے اور پالیسی ہولڈر اسے بحال کر کے پالیسی کنٹریکٹ کو بحال کرنا چاہتا ہے، لہٰذا 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 انٹرپرائز/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) جوکھم 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) جوا 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 اسے 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 رہن 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 رہن قرض لیا ہے۔ ذیل کے سوالات پر غور کریں:

- ✓ کیا اُن کا مکان کے رکھ رکھاؤ میں دلچسپی ہے؟
- ✓ کیا مکان میں بینک کا قابلِ 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 اُٹھانا 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:

مثال

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 ایئرکنڈیشن کام نہیں کر رہا ہے۔ مسٹر اجے نے ایئر کنڈیشننگ کی مرمت کے اخراجات کے لیے انشورنس کمپنی کے پاس دعویٰ دائر کیا، انشورنس کمپنی نے دعویٰ مسترد کردیا۔ انشورنس کمپنی نے دلیل دی کہ نقصان کار اور ایئر 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 ایئر 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 نمونیہ میں بدل گیا اور اسی وجہ سے اس کی موت ہو گئی۔ اگرچہ نمونیا قریبی کی وجہ معلوم ہو تا 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. گھُڑ سواری کا حادثہ

IV. بد قسمتی

D. معاوضہ

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 اُسے اُسی 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۔

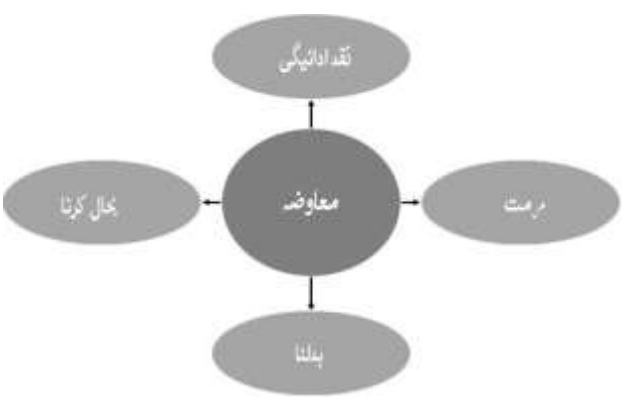
مثال

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 دعوی 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 دعوی 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 دعوے 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 دعوی 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 ہوائی 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 دعوی 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. رمیش مضمون جانے بغیر معاہدے پر دستخط کرتا ہے۔

II. رمیش مہیش کو دھمکی دیتا ہے کہ اگر وہ معاہدہ پر دستخط نہیں کرتا تو اسے جان سے مار ڈالے گا۔

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 3

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

I. رمیش کا مکان

II. رمیش کی بیوی

III. رمیش کا دوست

IV. رمیش کے والدین

اپنے آپ کو چیک کریں 4

شراکت کے اصول کی کیا اہمیت ہے؟

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

II. اس بات کو یقینی بناتا 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 بناتا 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 بناتا 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 C-04

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

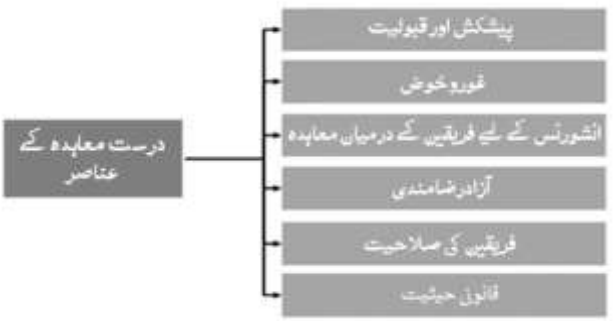
معاہدہ مختلف فریقوں کے درمیان ایک سمجھوتہ ہے جسے قانون کے ذریعے نافذ کیا جاتا ہے۔ ہندوستان میں کئے گئے تمام معاہدے انڈین کنٹریکٹس ایکٹ، 1872 کے تابع ہیں، جس میں بیمہ کے معاہدے بھی شامل ہیں۔

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 کرکے 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. غوروخوض

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

معاہدے 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 جوکھم 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 فوائد 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۔ لہٰذا، 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 ہولڈر، انشورنس کمپنی اور عام طور پر انشورنس انڈسٹری کے لیے نقصان دہ ہو گا۔**IRDAI** کے ضوابط ماہانہ 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 فائدے باقی رہےہیں ۔ تاہم، وقفے کے دوران پیدا ہونے والے کسی بھی دعوے پر غور نہیں کیا جائے گا۔ **IRDAI** کے ضوابط کے مطابق، ماہانہ پریمیم کی ادائیگی کے معاملے میں 15 دن اور دیگر معاملات میں 30 دن کی رعایتی مدت ہے۔

موٹر 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 دعویٰ 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 ہولڈرز 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 لے پالیسی ہولڈر سے رابطہ کرے۔

iii. موٹر وہیکل تیسری پارٹی انشورنس پالیسی کی تجدید میں تاخیر اور پریمیم 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 پرووِیژن 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 کرسکتا ہے۔ ایسی فراہمی جس کے تحت پالیسی ہولڈرز 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 ہیلتھ انشورنس پالیسیوں پرنافذ کیا گیا ہے۔(جس کی مدت کم از کم ایک سال ہوتی ہے)۔ کمپنی کو تحریری طور پر نوٹس دینا ہوگا اور پریمیم واپس کر دیا جاتا ہے، اس طرح پریمیم، 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 پریمیم 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 دعوی ادا نہ کیا گیا ہو۔ پریمیم کے ایسے متناسب حساب کو متناسب پریمیم کہا جاتا ہے۔

جب بیمہ شدہ سالانہ پالیسیوں کو منسوخ کرتا ہے، تو بیمہ کمپنی عام طور پر زیادہ شرح پر پریمیم وصول کرتی ہے اور پرو-راٹا پریمیم کمپیوٹنگ کرنے کے بجائے زیادہ شرحوں پر پریمیم 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۔

اہم معلومات

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. غوروخوض

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
- غورو خوض،
- اتفاق رائے،
- آزادانہ رضامندی
- بیمہ کے لیے فریقین کی اہلیت اور
- مقصد کی درستگی

کلیدی اصطلاح

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 ہولڈر، 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 ہولڈر 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 کِس 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 انڈررائٹنگ 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 انڈررائٹنگ کے درج ذیل مراحل ہوتے ہیں :

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

ii. پالیسی کی کوریج اور شرائط و ضوابط کی تشکیل

iii. 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 لیے کہنا درست نہیں ہوگا۔ **انڈر رائٹنگ کا مقصد جوکھم کی اس طرح درجہ بندی کرنا ہے کہ ان کی خصوصیات اورجوکھم 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 کرکے 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 کوجوکھم کی منتقلی ہے۔ انشورنس پالیسی خرید کر، بیمہ دار اس جوکھم 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) x (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 [یا 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 .Rs.1,00,000 x 0.01 = Rs. 1000 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 (تعدد)، 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 اچھالاجائے تو 'ہیڈ' یا 'ٹیل' ملنے کا امکان 50:50 ہے۔تاہم، اگر سکے کو صرف ایک بار اچھالا جائے تو نتیجہ 100% ہیڈ اور 0% 'ٹیل' یا 0% 'ہیڈ' اور یا 100% ٹیل ہو سکتی ہے ۔ تاہم، اگر کوئی شخص ایک سکے 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۔ لہٰذا، 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۔

مثال

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۔

$M = \frac{L \times 100}{V}$	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۔

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:

سالانہ نقصان (Rs. 50,000 X 5) = Rs. 2,50,000 روپے

1000 موٹر سائیکلوں کی کل قیمت = Rs. (Rs. 50,000 X 1000) **5,00,00,000 روپے**

اس کا مطلب ہے کہ ہر گاڑی کے لیے اوسط نقصان کا فیصد =100 x (L/ V) [2,50,000/ 5,00,00,000] x 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 لگائے گئے سرمائے پر واپسی ہے۔

لہٰذا، 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 ۔ بیلتھ 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، ہیلتھ 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 چاہیئے۔ 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 پرہوتا ہے،جس کے نیچے کوئی دعوی قابل قبول نہیں ہو گا، جیسا کہ کٹوتیوں کے معاملے میں ہوتا ہے۔ حالانکہ جب دعوے کی رقم اس فرنچائز کی حد سے زیادہ ہو تی ہے، تو بیمہ کمپنی کو پورا دعویٰ 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 تھریشولڈسے کم کے دعووں کے معاملے میں کٹوتیوں کا اطلاق کیا جا تا ہے۔حالانکہ ، اگر دعوی 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 دعوی 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

A. نقصان کی تشخیص اور دعوی کا تصفیہ

دعووں کی تشخیص (نقصان کی تشخیص) تعین کرنے کا عمل ہےکہ 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 دعوے 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 دعوی سینٹرز بھی قائم کیے ہیں۔

انشورنس دعوی 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 پہلودیئے 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
- ✓ بچائے 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۔

B. دعووں کے زمرے

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 کلاز

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 کرکے 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 جُڑے 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 سرویئرز کا تقرر کیا جاتا ہے۔

اتنے بڑے اور تباہ کن نقصانات میں، سرویئر 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 سرویئر 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، سرویئر 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 کرکے 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۔

v. ڈِسچارج واوچر

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
دعوی 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 دعوے 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)

vi. 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۔

vii. سالویج

سالویج کا مطلب ہے تباہ شدہ جائیداد۔ ہرجانے کی ادائیگی کے بعد، بچائے 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 ہرجانے 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، ایئر 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 جوکھم 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 تنازع 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، لہٰذا 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 ہو گا، 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 بیمار 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 دعوی 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 C-07
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

A. پراسپیکٹس

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۔
- ✓ جوکھم 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 کرکے 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 دعوے 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 متعلقہ 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 لائنوں 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 لُک کی مدت

باب C-08

گاہک سروس

باب کا تعارف

اس باب میں آپصارفین 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 مواصِلات 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

A. کسٹمر سروس - عمومی تصورات

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 کرکےکی 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۔

اعلی 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 بڑھنے 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 کرکے 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۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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 اوور کی بنیاد پرگاہک 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 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 کرکے 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 اُن 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) ہمہ 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 ہولڈر 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 ہولڈر درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ طریقوں سے:

a) نقدی

b) کسی تسلیم شدہ بینک کا ایک قابل تبادلہ آلہ، جیسے کہ چیک، ڈیمانڈ ڈرافٹ، پے 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 ہولڈر 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 ہولڈر 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 ہولڈر 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 ہولڈر 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 لُک مدت کی فراہمی کی بھی وضاحت کرنی چاہیے جس کے دوران پالیسی واپس کر کے پریمیم ریفنڈ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

اگر خریدی جا رہی پالیسی الیکٹرانک انشورنس پالیسی ہے، تو ایجنٹ رجسٹرڈ انشورنس ریپوزٹری کے ذریعے ای-انشورنس اکاؤنٹ (ئی-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/کلائنٹ 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/کلائنٹس 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/کلائنٹس 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 دعوی 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 موٹر 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 طورپرشفاف اور صاف ستھرا ہونا چاہئے - بال اچھی طرح کاٹے جائیں اور داڑھی ہو، 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۔

v. 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 ہماتن گو، 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 ۔

آئیےاب 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 ہلانا 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 "اہ" 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 صبرسے سُننااور سمجھنا؛ دوسرا شخص کیا کہہ رہا ہے اس پر پوری توجہ دینا، چاہے وہ ان سے متفق ہو یا نہ ہوں۔ 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 سنو

IV. صحیح جواب دیں

E. اخلاقی طرز عمل

حالیہ 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 آے 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/کلائنٹ کے بہترین مفادات کو اپنے، براہ راست یا بالواسطہ سے بالاتر رکھنا۔

b) کلائنٹ 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 کلائنٹ/کلائنٹ 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 کرکے 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/کلائنٹ کے کاروبار اور ذاتی معلومات کی رازداری کو برقرار رکھنا

III. اپنے مفادات کو مؤکل کے آگے رکھنا

IV. کلائنٹ/کلائنٹ 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 وشوسنیتا، 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 C-09
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 ٹرناراؤنڈ 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

اعلی 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/کلائنٹ 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 پالیسی کی تفصیلات درج کرکے 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 دوبارا فروخت کرنے کے لئے یا کسی کاروبار کے مقصد سے ایسےسامان 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، 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 دیگرپورا 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

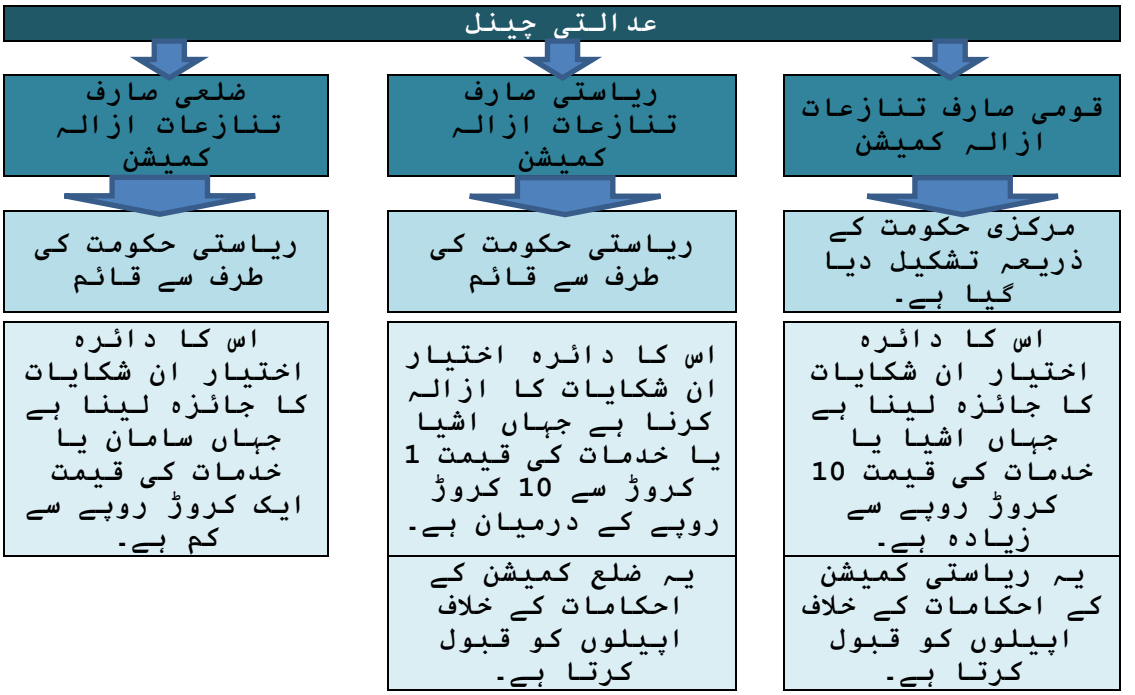
- ✓ ریاستی صارفین کے تنازعات کے ازالے کے کمیشن (ریاستی کمیشن) کا بنیادی دائرہ اختیار ان شکایات کا جائزہ لینا ہے جہاں سامان/خدمات کی قیمت اور دعوی کردہ معاوضہ (اگر کوئی ہے) 1 کروڑ سے زیادہ ہے لیکن 10 کروڑ روپے سے زیادہ نہیں ہے۔
- ✓ اس کے لیے اپیل اور مانیٹرنگ کا دائرہ اختیار ڈسٹرکٹ کمیشن کی اپیلوں پر 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 مانیٹرنگ 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 پریمیم) 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 دعوی 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 دعوی کردہ معاوضہ ایک کروڑ روپے تک ہے۔

I. ڈسٹرکٹ کمیشن

II. ریاستی کمیشن

III. ضلع پریشد

IV. قومی کمیشن

خلاصہ

- 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۔
- ہر 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
ویب اگریگیٹروں کے لیے ریگولیٹری پہلو

باب کا تعارف یا انٹروڈکشن

اس باب میں، ہم ویب ایگریگیٹرز کے ریگولیٹری پہلوؤں پر بات کریں گے

تدریسی نتائج یا 'لرننگ کے نتائج'

A. ویب ایگریگیٹرز کے ضوابط یا ریگولیشن

A. ویب ایگریگیٹرز

ویب ایگریگیٹر کے ضوابط 3 دسمبر 2013 سے لاگو ہوئے۔

ذیل میں مناسب ڈیفینیشن دی گئی ہیں۔

1. ڈیفینیشن:

a. "ایکٹ" کا مطلب انشورنس ایکٹ، 1938 (1938 کا 4) ہے، جیسا کہ اس میں وقتاً فوقتاً ترمیم کی جاتی رہی۔

b. ان ضوابط کے مقصد کے لیے "معاہدے" کا مطلب ہے ویب ایگریگیٹر اور بیمہ کنندہ یا انشورر کے درمیان ہونے والا معاہدہ۔

c. ان ضوابط کے مقصد کے کو پورا کرنے کے لیے "مجاز تصدیق کنندہ" یعنی "اتھورایزڈ ویریفایر" وہ شخص ہے جو انشورنس ویب ایگریگیٹر یا ٹیلی مارکیٹر کے ذریعے بیمہ کی درخواست اور ٹیلی مارکیٹنگ اور ڈسٹنس مارکیٹنگ کے طریقے کے ذریعے خریداری کے لیے ملازم ہے اور جس نے اتھارٹی کی طرف سے بتائی گئی تربیت اور امتحان پاس کیا ہے؛

d. "اتھارٹی" سے مراد "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۔

e. ان ضوابط کے مقصد کے لیے "فاصلاتی یا ڈسٹینس مارکیٹنگ" سے مراد انشورنس پروڈکٹ یا سروس کی درخواست یا فروخت یا سیل کا عمل ہے جہاں کنزیومر درخواست یا فروخت کے مکمل ہونے تک خود موجود نہیں ہوتا، بلکہ یہ عمل ٹیلی فون یا شارٹ میسجنگ سروس (SMS) یا ای میل یا انٹرنیٹ یا ویب سروسز کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

f. ان ضوابط کے مقاصد کے لیے "کلیدی انتظامی عملہ" (کی مینیجمنٹ) کا مطلب ہے چیف ایگزیکٹو آفیسر، چیف آپریٹنگ آفیسر، چیف مارکیٹنگ آفیسر، چیف فنانشل آفیسر، ہیڈ ٹیکنیکل، ہیڈ آئی ٹی۔

g. ان ضوابط کے مقصد کے لئے "لیڈ" کا مطلب ہے کسی ایسے شخص سے متعلق معلومات جس نے ویب ایگریگیٹر کی ویب سائٹ تک رسائی کی ہے اور بیمہ کی مصنوعات یعنی پروڈکٹ کی قیمتوں یا خصوصیات/فوائد کے بارے میں معلومات کرنے کے لیے کسی بھی قسم کی رابطوں کے بارے میں معلومات حاصل کی ہوں۔

h. ان ضابطوں کے مقاصد کو پورا کرنے کے لیے "لیڈ جنریشن"، بیمہ کی مصنوعات کی درخواست کے ساتھ آگے بڑھنے سے پہلے، انشورنس خریدنے کے ان کے ارادے کا پتہ لگانے کے لیے امکانات کی تفصیلات جمع کرنے کا عمل ہے۔

i. ان ضابطوں کا مقصد "لیڈ مینجمنٹ سسٹم" (LMS) سے مراد، ویب ایگریگیٹر کے ذریعے لاگو کردہ سافٹ ویئر جو ویب سائٹ پر موصول ہونے والی انکوائریوں سے لیڈ کی ریکارڈنگ، فلٹرنگ، تصدیق، ڈسٹریبیوشن، فالو اپ کرتا ہے۔

j. "آؤٹ سورسنگ": ان ضوابط کا مقصد اتھارٹی کے بتائے گئے حدود میں رہتے ہوئے ویب ایگریگیٹر اپنی سرگرمیاں انجام دے سکتا ہے۔

k. "شخص" کا مطلب ہے۔

1. کمپنی ایکٹ، 2013 (18 کا 2013) کے تحت تشکیل دی گئی کمپنی؛

یا

1. محدود ذمہ داری یعنی لمیٹڈ لایبلیٹی پارٹنرشپ ایکٹ، 2008 (2009 کا 6) کے تحت تشکیل دی گئی ایک محدود ذمہ داری کی شراکت داری ہے جس کا کوئی پارٹنر غیر رہائشی ادارہ/شخص جو ہندوستان سے باہر رہنے والا نہ ہو جیسا کہ فارن ایکسچینج مینجمنٹ ایکٹ کے سیکشن 2 کے کلاز (w) میں بیان کیا گیا ہے۔ 1999 (1999 کا 42) FEMA، اور اس کے تحت رجسٹرڈ غیر ملکی محدود ذمہ داری کی شراکت داری نہ ہونا؛ یا
2. ویب ایگریگیٹر کے طور پر کام کرنے کے لیے اتھارٹی کے ذریعہ تسلیم شدہ کوئی دوسرا شخص؛

l. "پرنسپل آفیسر" کا مطلب ہے :

1. "باڈی کارپوریٹ کے ڈائریکٹر/ پارٹنر سے مراد ایگریگیٹر کی سرگرمیوں کے ذمہ دار۔
2. چیف ایگزیکٹیو آفیسر کا تقرر خصوصی طور پر ویب ایگریگیٹر کے کاموں کو انجام دینے کے لیے کیا جاتا ہے۔

m. ان ضوابط کی تکمیل میں انشورر یا بچولیا یعنی انٹرمیڈیری کی طرف سے پراسپیکٹ کو انشورنس پالیسی خریدنے کے لئے راضی کیا جانا ہے۔

n. "ٹیلی مارکیٹر"، ٹیلی کام کمرشل کمیونیکیشن، کسٹمر ترجیحی ضوابط 2010 کے باب III کے تحت ٹیلی کام ریگولیٹری اتھارٹی آف انڈیا کے ساتھ رجسٹرڈ ایک ادارہ ہے (جیسا کہ وقتاً فوقتاً ترمیم کی جاتی رہی ہے)؛

o. ان ضوابط کے مقاصد کو پورا کرنے کے لیے "ویب ایگریگیٹر" ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کے ذریعے لائسنس یافتہ شخص ہے۔

p. "ویب سائٹ" متعلقہ ویب صفحات کا ایک مجموعہ ہے جو کسی ایک ویب ڈومین یا 'ویب کے دائرہ اختیار' میں پیش کیا جاتا ہے۔ ایک ویب سائٹ کم از کم ایک ویب سرور پر ہوسٹ کی جاتی ہے، جو کسی نیٹ ورک جیسے انٹرنیٹ یا پرائیویٹ لوکل ایریا نیٹ ورک کے ذریعے قابل رسائی انٹرنیٹ ایڈریس کے ذریعے جسے 'یونیفارم ریسور لوکیٹر' کہا جاتا ہے۔ لفظ "ویب سائٹ" میں ان ضوابط کے مقصد کے لیے ایک ویب پورٹل اور/یا ایک موبائل سائٹ شامل ہے۔

q. ان ضوابط کے مقصد کے لیے "نامزد ویب سائٹ" ایک ویب سائٹ ہے اس کے ڈومین نام سے رجسٹرڈ اور ملکیت ہیں اور صرف ویب ایگریگیٹر کے کام کے استعمال میں آتی ہیں۔

r. الفاظ اور ایکسپریشن جو استعمال ہوئے ہیں وہ کسی ریگولیشن میں نہ ہو کر انشورنس ایکٹ 1938 (4 کا 1938)، انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999 میں بیان کیے گئے ہیں اور اس معنی بالترتیب ان اسائین کردہ معنی ایکٹ یا اس کے ریگولیشنوں میں بیان کیے گئے ہیں۔

2. ویب ایگریگیٹر کے لائسنس کے لیے اہلیت کا معیار:

a. ویب ایگریگیٹر کے لائسنس کی منظوری / لائسنس کے رنیول کے لیے، درخواست دہندگان کو درج ذیل شرائط کی تکمیل کو یقینی بنانا ہوگا، حالانکہ صرف ان شرائط تک محدود نہیں ہیں:

i. درخواست دہندہ ایک شخص ہے جیسا کہ ضابطے 1 کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

ii. "میمورنڈم آف ایسوسیشن" یا دیگر دستاویزات کے مطابق درخواست دہندگان کا ویب ایگریگیشن میں بنیادی کاروبار انشورنس کرنا ہی ہوگا۔

iii. درخواست دہندہ کا بنیادی مقصد (ویب ایگریگیشن آف انشورنس پروڈکٹس) کے علاوہ کسی دوسرے کاروبار میں مصروف نہ ہونا ہوگا۔

iv. درخواست دہندہ کو اتھارٹی کی طرف سے بنائے گئے متعلقہ ضوابط کے تحت انشورنس ایجنٹ، کارپوریٹ ایجنٹ، مائیکرو انشورنس ایجنٹ، TPA، سرویئر، نقصان کا تعین کنندہ یا کسی دوسرے انشورنس انٹرمیڈیری کے طور پر لائسنس یافتہ/رجسٹرڈ نہیں کیا جائے گا۔

v. درخواست دہندہ یا اپلیکنٹ کا انشورر کے ساتھ کسی قسم سے ریفر کیا ہوا ارینجمنٹ نہیں ہوگا۔

vi. درخواست دہندہ یا بروپوہزر کسی بھی وقت بیمہ کمپنی، انشورنس بروکر، کارپوریٹ ایجنٹ، مائیکرو انشورنس ایجنٹ، ٹی پی اے، سرویئر یا نقصان کا جائزہ لینے والے یا دیگر بیمہ بچولیوں کا فریق نہیں ہوگا۔

b. پرنسپل آفیسر مطلوبہ اہلیت کا حامل ہوگا جیسا کہ ریگولیٹر کے ذریعہ بیان کیا گیا ہے۔

c. ویب ایگریگیٹر کے پرنسپل آفیسر کو ابتدائی طور پر 50 گھنٹے کی تربیت اور اس کے بعد ہر تین سال کے آخر میں 25 گھنٹے رنیول کی تربیت سے گزرنا ہوگا۔

d. پرنسپل آفیسر/ ڈائریکٹرز/ پروموٹر/ شیئر ہولڈرز/ پارٹنرز/ کلیدی مینجمنٹ پرسن(کی مینیجمنٹ پرسونیل) کو 'فٹ اور مناسب' معیارات، جو وقتاً فوقتاً اتھارٹی کی طرف سے مطلع کیے جاتے ہیں، کو پورا کرنے والا ہونا چاہیے۔

e. مجاز تصدیق کنندہ (اتھورایزڈ ویریفایر) نے مقررہ تربیت حاصل کی ہے اور اتھارٹی کی طرف سے بیان کردہ امتحان میں کامیابی حاصل کی ہے۔

f. ویب ایگریگیٹر کو ذمہ داریوں اور 'کوڈ آف کنڈکٹ' کی خلاف ورزی نہیں کرنی چاہئے جیسا کہ ریگولیٹر نے بیان کیا ہے۔

g. اتھارٹی کی رائے ہے کہ لائسنس کی منظوری پالیسی ہولڈروں کے مفاد میں ہوگی۔

3. لائسنس کے حصول کے لیے درخواست۔

a. ایک درخواست دہندہ، جو کہ ویب ایگریگیٹر کے طور پر لائسنس کا حصول چاہتا ہے، ان ضوابط کے شیڈیول I کے درخواست فارم A (انشورنس ویب ایگریگیٹر کو رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کی منظوری کے لیے درخواست) میں اتھارٹی کو درخواست دے گا۔

b. درخواست کے ساتھ ناقابل واپسی فیس دس ہزار روپے کے علاوہ قابل اطلاق یعنی اپلیکیبل ٹیکسوں کی ادائیگی ہوگی جو حیدرآباد میں قابل ادائیگی 'انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا' کے حق میں تیار کردہ ڈیمانڈ ڈرافٹ کے ذریعہ یا انشورنس ریگولیٹری کو تسلیم شدہ الیکٹرانک فنڈز کی منتقلی کے ذریعہ

ادا کی جائے گی۔ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا فیس کے بغیر کسی درخواست پر کارروائی نہیں کرے گی۔

آؤٹ سورسنگ اور ٹیلی مارکیٹنگ فنکشن/سہولت کے لیے اجازت طلب کرنے والے درخواست دہندگان کو درخواست فارم میں خاص طور پر اس کا ذکر کرنا چاہیے۔

انشورنس ویب ایگریگیٹر کا رجسٹریشن سرٹیفکیٹ دینے کے لیے درخواست کے ساتھ جمع کرائے جانے والے دستاویزات کا ذکر ان ضوابط کے شیڈول I کے فارم B (درخواست کے فارم A کے ساتھ منسلک کیا جائے گا) میں کیا گیا ہے۔

c. درخواست دہندہ جو انشورنس ویب ایگریگیٹر کے طور پر رجسٹریشن سرٹیفکیٹ فراہم کرنے کا خواہاں ہے وہ درخواست پر غور کرنے کی تمام ضروریات کو پورا کرے گا جیسا کہ ضابطہ 7 کے تحت بیان کیا گیا ہے اور ان ضوابط میں مذکور شرائط کو پورا کرے گا۔
d. ویب ایگریگیٹر کے طور پر لائسنس دینے کی درخواست کو اتھارٹی کے ذریعہ قابل اطلاق یا ایپلیکیبل دفعات کے مطابق اور ان ضوابط کے تحت نمٹایا جائے گا۔
e. ان ضوابط میں بیان کردہ تمام اہلیت کے معیار اور ضروریات کو پورا کرنے والے درخواست دہندہ پر؛ اتھارٹی درخواست گزار کو ویب ایگریگیٹر کے طور پر کام کرنے کا لائسنس دے گی۔
f. ایک بار جاری ہونے والا لائسنس اس کے جاری ہونے کی تاریخ سے تین سال کی مدت کے لیے ویلڈ ہوگا، جب تک کہ ان ضابطوں کے مطابق اسے معطل یا منسوخ نہ کیا جائے۔
g. ایک درخواست، جو ہر لحاظ سے مکمل نہیں ہے، مسترد ہو جائے گی۔

4. لائسنس کی تجدید کے لیے درخواست:

a. کاروبار کو جاری رکھنے میں دلچسپی رکھنے والے ویب ایگریگیٹرز پچھلے لائسنس کی میعاد ختم ہونے سے کم از کم تیس دن پہلے لائسنس کی تجدید یا رنیول کے لیے اتھارٹی کے پاس درخواست دیں گے۔ لائسنس کی تجدید کے لیے درخواست کے ساتھ دس ہزار روپے کی فیس ہونی چاہیے جو درخواست دہندگان آؤٹ سورسنگ اور ٹیلی مارکیٹنگ فنکشن/سہولت کے لیے اجازت چاہتے ہیں وہ درخواست فارم میں خاص طور پر اس کا ذکر کریں۔
b. لائسنس کی میعاد ختم ہونے کے بعد کسی بھی ویب ایگریگیٹر کو کام انجام دینے کی اجازت نہیں ہوگی۔

نوٹ: ایک ویب ایگریگیٹر کو لائسنس کی میعاد ختم ہونے سے پہلے نوے دنوں کے اندر تجدید کی درخواست جمع کروانے کی اجازت ہے۔

c. ویب ایگریگیٹر کے طور پر لائسنس کی تجدید کی درخواست کو اتھارٹی کے ذریعہ ایپلیکیبل دفعات کے مطابق اور ان ضوابط کے تحت نمٹایا جائے گا۔
d. ایک ویب ایگریگیٹر، لائسنس کی تجدید طلب کرنے سے پہلے، اس بات کو یقینی بنائے گا کہ ان کے پرنسپل آفیسر نے وقتاً فوقتاً اتھارٹی کی طرف سے تسلیم شدہ ادارے سے کم از کم پچیس گھنٹے کی تھیوری اور پریکٹیکل دونوں تربیت یا ٹریننگ حاصل کی ہوں۔

e. اتھارٹی، اس بات سے مطمئن ہونے پر کہ درخواست دہندہ لائسنس کی تجدید کے لیے بیان کردہ تمام شرائط کو پورا کرتا ہے، لائسنس کی تین سال کی مدت کے لیے رنیول کرے گا اور درخواست گزار کو اس کی اطلاع بھیجے گا۔
f. جہاں کہیں بھی یہ پایا جاتا ہے کہ ویب ایگریگیٹر سابقہ لائسنس مدت کے دوران بیمہ کاروبار نہیں کیا ہے تو ایسی صورت میں اتھارٹی لائسنس کے رنیول سے انکار کر سکتی ہے۔

5. ویب ایگریگیٹر کے ملازمین:

a. بیمہ کی درخواست اور تصدیق میں شامل ویب ایگریگیٹر کے ملازمین کو وقتاً فوقتاً اتھارٹی کی طرف سے تسلیم شدہ ادارے سے انشورنس کی پچاس گھنٹے کی تھیوری اور پریکٹیکل دونوں تربیت مکمل کرنی چاہیے اور مذکورہ تربیت کی مدت کے اختتام پر ایک امتحان پاس کرنا چاہیے۔ یہ تربیت نیشنل انشورنس اکیڈمی، پونے یا اتھارٹی کی طرف سے تسلیم شدہ کسی دوسرے امتحانی ادارے کے ذریعے منعقد کی جاسکتی ہے۔
b. ویب ایگریگیٹرز کی طرف سے کاروبار کو طلب کرنے کے لیے تعینات کیے گئے ٹیلی کالر ویب ایگریگیٹر کے رولوں پر ملازم ہونے چاہئیں اور انہیں اتھارٹی کی طرف سے تجویز کردہ تربیت سے گزرنا ہوگا۔
c. اپنی طرف سے تعینات ملازمین کے ایکشنوں خواہ ارادی ہوں یا غیر ارادی ویب ایگریگیٹر ہی ذمہ دار ٹھہرے گا۔

6. سالانہ فیس:

a. ہر ویب ایگریگیٹر روپے سالانہ لائسنس فیس ادا کرے گا۔ 5,000/-
b. سالانہ لائسنس فیس ویب ایگریگیٹر کے سالانہ آڈٹ شدہ اکاؤنٹس کو حتمی شکل دینے کے 15 دنوں کے اندر یا 30 ستمبر کے اندر ادا کی جائے گی، جو بھی پہلے ہو۔
c. یہ فیس حیدرآباد میں قابل ادائیگی " انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی" کے حق میں اکاؤنٹ پیی ڈرافٹ کے ذریعے قابل ادائیگی ہوگی۔

7. سرمائے اور خالص مالیت کے تقاضے

(a) سرمایہ کی ضروریات

i. ایک درخواست دہندہ جو ان ضوابط کے تحت انشورنس ویب ایگریگیٹر بننا چاہتا ہے اس کے پاس کم از کم ادا شدہ سرمایہ/تعاون پچیس لاکھ روپے ہونا چاہیے
ii. انشورنس ویب ایگریگیٹر کا سرمایہ ایکویٹی شیئرز کی شکل میں جاری اور سبسکرائب کیا جائے گا جہاں انشورنس ویب ایگریگیٹر کمپنی ایکٹ، 2013 کے تحت رجسٹرڈ کمپنی ہوگی۔
iii. ایل ایل پی کے معاملے میں شراکت داروں کی شراکت صرف نقد ہوگی۔
iv. درخواست دہندہ ہندوستانی ملکیت اور کنٹرول کے سلسلے میں جاری کردہ اصول، ضابطہ، سرکلر، گایڈلاینوں وغیرہ کی بھی تعمیل کرے گا۔

v. سرمایہ کے طور پر رکھے گئے انشورنس ویب ایگریگیٹر کو کریڈٹ یا کسی دوسری سہولت کو حاصل کرنے کے لیے گروی نہیں رکھنا ہوگا۔

(b) غیر ملکی سرمایہ کاروں کے پاس ایکویٹی سرمائے کے حساب کتاب کا طریقہ

ایکویٹی شیئروں کی مجموعی ہولڈنگ یا غیر ملکی سرمایہ کاروں کے ذریعہ انشورنس ویب ایگریگیٹر کی شراکت، بشمول پورٹفولیو سرمایہ کار، کسی بھی وقت انشورنس ویب ایگریگیٹر کے ادا شدہ ایکویٹی کیپیٹل کے انچاس فیصد سے زیادہ نہیں ہوگی یا جو حد مرکزی حکومت مقرر کر دے۔

(c) خالص مالیت کے تقاضے (نٹ انویسٹمنٹ کی ضرورت)

i. انشورنس ویب ایگریگیٹر کی کل مالیت کسی بھی وقت رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کی مدت کے دوران کم از کم سرمائے کی ضروریات کے 100% یا اوپر دیے گئے 'سب ریگولیشن' (a)(i) کے تحت متعین کردہ شراکت سے کم نہیں ہونی چاہیے۔
(وضاحت: ان ضوابط کے مقاصد کے لیے، "خالص مالیت" کا وہی معنی ہوگا جیکا کہ کمپنی ایکٹ 2013 میں دیا کیا گیا ہے اور جس میں وقتاً فوقتاً ترمیم ہوتی رہی ہے)۔

ii. ہر انشورنس ویب ایگریگیٹر اوپر بیان کردہ سب ریگولیشن کے مطابق ہر چھماہی اپنی یا نیٹ مالیت کی حیثیت کا جائزہ لے گا یعنی 30 ستمبر اور 31 مارچ کو اور اس سب ریگولیشن تعمیل نہ ہو سکی تو اس کی اطلاع 15 دنوں کے اندر اتھارٹی کو دے گا اور 30 دن کے اندر بہر صورت ضروریات کو بحال کرے گا اور اتھارٹی کو تعمیل کی تصدیق کرے گا۔

iii. اگر انشورنس ویب ایگریگیٹر 30 دنوں کے بعد بھی کم از کم 'نیٹ مالیت' کو بہال نہ کر سکا، تو وہ فوری طور پر انشورنس سے متعلق کاروبار نہیں کرے گا۔

iv. انشورنس ویب ایگریگیٹر ہرسال اکاؤنٹس کی کتابوں کو حتمی شکل دینے کے بعد اتھارٹی کو ایک 'نیٹ مالیت' کا سرٹیفکیٹ پیش کرے گا جس کی تصدیق چارٹرڈ اکاؤنٹنٹ کے ذریعہ کی جاتی ہے۔

(d) "شیئرز کی منتقلی"

i. شیئرز یا انویسٹمنٹ کے منافع کی ملکیت اور کنٹرول مکمل طور پر اتھارٹی کے ذریعہ منظور شدہ ادارے / فرد کے پاس ہوگا۔

ii. ویب ایگریگیٹر کے شیئرز کی منتقلی کا عمل ان ضوابط کے شیڈول XII کے فارم AB (شیئرز کی منتقلی) میں دیا گیا ہے۔

8. IRDA کی طرف سے رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کی منظوری :

i. جب تمام مطلوبہ شرائط کو پورا کرنے اور تمام مطلوبہ دستاویزات جمع کرانے کے بعد درخواست دائر کر دی جاتی ہے تو IRDA درخواست کو قبول کرکے ایپلیکنٹ کو رجسٹریشن سرٹیفکیٹ جاری کرتا ہے۔

ii. جاری کردہ رجسٹریشن سرٹیفکیٹ اس کے جاری ہونے کی تاریخ سے تین سال کی مدت تک ویلڈ رہتا ہے اگر کسی وجہ سے IRDA اسے معطل یا منسوخ نہ کر دے۔

iii. ایک نامکمل درخواست مسترد ہو جاتی ہے۔ تاہم، مسترد ہونے سے پہلے، 30 دنوں کے اندر رسمی کارروائیوں کو مکمل کرنے کا موقع دیا جاتا ہے۔ اگر 30 دنوں کے اندر کوئی اطلاع موصول نہیں ہوتی تو درخواست مسترد کر دی جاتی ہے۔

9. بورڈ کی پالیسی

ہر انشورنس ویب ایگریگیٹر کے پاس بورڈ کے ذریعہ منظور شدہ "انشورنس پروڈکٹس کی گزارش کرنے کے طریقے" کے لئے ایک پالیسی ہوگی، جس کا تین سال میں کم از کم ایک مرتبہ جائزہ لیا جائے گا۔

10. پیشہ ورانہ معاوضہ (پروفیشنل انڈمنیٹی انشورنس)

ہر ویب ایگریگیٹر کو اتھارٹی کی طرف سے دیے گئے لائسنس کی مدت کے دوران پیشہ 'ورانہ معاوضہ انشورنس کور' لینا اور اسے برقرار رکھنا ہوگا۔ پیشہ ورانہ معاوضے کی پالیسی اتھارٹی کے ذریعہ لائسنس یافتہ انشورر سے حاصل کی جائے گی۔

بشرطیکہ اتھارٹی مناسب معاملات میں نئے لائسنس یافتہ ویب ایگریگیٹر کو اصل لائسنس کے اجراء کی تاریخ سے چھ ماہ کے اندر ایسی ضمانت پیش کرنے کی اجازت دے۔

11. **انشورنس ویب ایگریگیٹر کے نام میں تبدیلی:** ایک انشورنس ویب ایگریگیٹر اپنے نام کی تبدیلی کے لیے اتھارٹی کی پیشگی منظوری لے گا۔

12. **مصنوعات کی تقسیم (پروڈکٹ ڈسٹریبیوشن) کے لیے بیمہ کنندگان کے ساتھ ارینجمینٹ۔**

انشورنس ویب ایگریگیٹرز کی طرف سے بیمہ کنندگان کے ساتھ ایسا کوئی معاملہ نہیں کیا جائے گا جو پالیسی ہولڈر کے مفادات کے خلاف ہو۔

13. مفادات کا ٹکراؤ (کانفلکٹ آف انٹرسٹ) :

انشورنس کے کاروبار کو طلب کرنے یا حاصل کرنے کے دوران، ویب ایگریگیٹر درج ذیل باتوں کی تعمیل کرے گا:

(a) کاروبار کی ایک خاص لائن میں ایک سے زیادہ انشورر کے ساتھ ٹائی-اپ رکھنے پر ایگریگیٹر، ممکنہ صارف یعنی 'پراسپیکٹیو کلاینٹ' کو ان انشورر کی فہرست دکھائے گا، جن کے ساتھ ان کے پاس پروڈکٹ ڈسٹریبیوشن کے طے شدہ معاہدے ہیں اور اسے ان کی تفصیلات کلاینٹ کو فراہم کرنا ہوں گی۔ کوریج کے دائرہ کار کے طور پر، پالیسی کی مدت، قابل ادائیگی پریمیم، پریمیم کی شرائط اور کوئی دوسری معلومات جو گاہک ان کے پاس دستیاب تمام مصنوعات یا پروڈکٹ کے بارے میں چاہتا ہے؛
(b) فروخت کی جانے والی پروڈکٹ، پراسپیکٹ کی ضرورت پر مبنی ہوں گی۔

(c) کوئی بھی انشورنس ویب ایگریگیٹر کسی خاص کمپنی کے خاص پروڈکٹ کو اپنی ویب سائٹ کے ذریعے یا فاصلاتی مارکیٹنگ کے طریقوں کے ذریعے فروغ یا آگے نہیں بڑھائے گا۔

14. مجاز تصدیق کنندہ (اتھورایزڈ ویریفایر) کا کام اور ذمہ داریاں :

a) انشورنس ویب ایگریگیٹر، اتھورایزڈ ویریفایر کی ارادتاً یا غیر ارادی طور پر کی گئی کارروائیوں اور ان کی طرف سے تعینات اتھورایزڈ ویریفایر کو چھوڑنے کا وہ خود ذمہ دار ہوگا۔

b) مجاز تصدیق کنندہ (اتھورایزڈ ویریفایر) :

i. اتھورایزڈ ویریفایر، انشورنس ویب ایگریگیٹر یا ٹیلی مارکیٹر کے پے رول پر ہوگا۔

ii. انہیں ٹیلی مارکیٹنگ کے طریقے کار کے ذریعے انشورنس کاروبار ہی کی درخواست کرنی ہوگی۔

iii. پراسپکٹ/پالیسی ہولڈروں کی طرف سے کی گئی ان-باؤنڈ ٹیلی فون کالوں کو اٹنڈ کریں جو وہ انشورنس پروڈکٹس کے بارے میں مدد یا وضاحت طلب کرنے اور خریدنے کے لئے کرتے ہیں۔

iv. پراسپکٹ کی ضرورت کی بنیاد پر انشورنس پروڈکٹ فروخت کریں۔

v. دوسری کمپنیوں کے اسی طرح کے انشورنس پروڈکٹ کی اہم خصوصیات کی وضاحت کریں تاکہ گاہک کو انتخاب کرنے میں مدد ملے۔

vi. انشورنس پروڈکٹوں کی درخواست کے لیے کوئی غیر مطلوبہ آؤٹ باؤنڈ ٹیلی فون کال نہ کریں۔

vii. انشورنس پروڈکٹ کے تحت فوائد کو بڑھا چڑھا کر پیش کرکے جھوٹے وعدے نہ کریں یا انہیں لالچ نہ دیں۔

c) ایک انشورنس ویب ایگریگیٹر مجاز تصدیق کنندہ یا (اتھورایزڈ ویریفایر) کے ذریعہ فروخت کی جانے والی ہر انشورنس پالیسی کو سیل اور شکایات کا پتہ لگانے کے لیے خود کی شناخت پر ٹیگ کرے گا تاکہ ضرورت پڑنے پر مؤکل اس سے رابطہ کر سکے۔

d) ایک مجاز تصدیق کنندہ یعنی اتھو رایزڈ ویریفایر اپنے پچھلے امپلایر سے "نو ابجکشن سرٹیفکیٹ" حاصل کرنے کے بعد یا اس کے لیے درخواست کرنے کے 30 دن پورے ہونے کے بعد جو بھی پہلے ہو، ایک انشورنس ویب ایگریگیٹر/ٹیلی مارکیٹر سے دوسرے میں شفٹ ہو سکتا ہے۔

15. ویب ایگریگیٹرز کے کام اور فرائض یا ڈیوٹی :

a) ویب ایگریگیٹر کرے گا :

i. وہ انشورنس کمپنیاں، جنہوں نے ویب ایگیگیٹروں کے ساتھ معاہدوں پر دستخط کیے ہیں، سے متعلق ضروری معلومات کو ظاہر یا ڈسپلے کرنا

ii. بیمہ کنندگان یعنی انشورر کے لیے لیڈ جنریشن کا کام انجام دینا

iii. اس بات کو یقینی بنانا کہ انفارمیشن سسٹم، (ہارڈ ویئر اور سافٹ ویئر دونوں) بشمول ایگریگیشن ویب سائٹ/پورٹل، لیڈ مینجمنٹ سسٹم اور ویب سائٹ کے ڈیٹا سینٹر/پورٹل/لیڈ مینجمنٹ

سسٹم عام طور پر اس کے مطابق ہیں۔ ہندوستان میں وقتاً فوقتاً نافذ سیکیوریٹی اسٹینڈرڈ پر پورے اترتے ہوں۔

iv. اس بات کو یقینی بنائیں کہ جو لیڈ اور ڈیٹا انشورنس کمپنی یا کسی دوسرے کو بھیجا جائے، وہ "128 بٹ انکرپشن جیسی محفوظ ڈیٹا انکرپشن (using secured layer data encryption technologies like 128 bit encryption) ٹیکنالوجی کے ذریعے ہو۔

v. بیمہ کمپنی کے اکاؤنٹ میں پریمیم جمع یا ٹرانسفر کرنے کے لیے صرف RBI لائسنس یافتہ ادائیگی 'گیٹ ویز' کا ہی استعمال کریں۔ اگر یہ اختیار ویب ایگریگیٹر کو حاصل ہو۔

vi. اس بات کو یقینی بنائیں کہ انفارمیشن سسٹم (ہارڈویئر اور سافٹ ویئر دونوں) بشمول ایگریگیشن ویب سائٹ(ز)/پورٹل، لیڈ مینجمنٹ سسٹم اور ویب سائٹ/پورٹل/لیڈ مینجمنٹ سسٹم، ڈیٹا سینٹر جن ویب سائٹوں/ پورٹل/ لیڈ منیجمنٹ سسٹم کا استعمال کر رہی ہیں، ان کا "CERT-In کی پینل کی آڈیٹنگ کی تنظیم" کے زریعے فایننشیل سال میں ایک مرتبہ آڈٹ کروائیں گی اور آڈٹ رپورٹ کی ایک کاپی موصول ہونے کے پندرہ دن کے اندر 'آی آر ڈی اے' اور ان انشورر کو بھیجی جائیں گئی جن کے ساتھ ایگریگیٹر کا معاہدہ ہے۔

b) ویب ایگریگیٹرز نہیں کریں گے:

i. ویب سائٹ پر دیگر مالیاتی اداروں / ایف ایم سی جی یا کسی پروڈکٹ یا سروس کی مصنوعات یا خدمات سے متعلق کوئی بھی معلومات فراہم کرنا۔

ii. ویب ایگریگیٹرز کی ویب سائٹ میں کسی بھی قسم کے اشتہارات دکھانا، یا کسی پروڈکٹ یا سروس سے متعلق ہوں، بشمول انشورنس پروڈکٹ یا سروس، دیگر مالیاتی مصنوعات یا سروس/یا کوئی اور پروڈکٹ یا سروس۔

iii. متعدد ویب سائٹس چلانا یا لیڈ جنریشن کے لیے دیگر منظور شدہ/غیر منظور شدہ/غیر لائسنس یافتہ اداروں/ویب سائٹس کے ساتھ ٹائی-اپ کریں/مصنوعات کا موازنہ وغیرہ کرنا۔

iv. دیگر مالیاتی / تجارتی / مارکیٹنگ یا سیل یا سروس اداروں کی ویب سائٹس کو چلائیں یا مصنوعات وغیرہ کے موازنہ کے لیے دیگر سوشل میڈیا سائٹس وغیرہ کا استعمال کرنا۔

v. درج ذیل ضوابط کے علاوہ انشورنس کاروبار میں مصروف کسی بھی ادارے کو لیڈ دینے کے مقصد کے لیے کسی دوسرے طریقے سے کام کرنا

c) ویب ایگریگیٹرز کا نام یا نامنکلیچر:

i. سبھی ویب ایگریگیٹروں کے پاس انشورنس بروکنگ کمپنی کے نام پر 'انشورنس ویب ایگریگیٹر' ہونا چاہیے تاکہ ان کے لائن کے کام کو ظاہر کیا جا سکے اور عوام کے صحیح سمجھنے کے لئے آئی آر ڈی اے کے لائسنس یافتہ انشورنس ویب ایگریگیٹر کو دوسرے غیر لائسنس والے اداروں سے ممتاز کیا جا سکے۔ نئے لائسنسوں کے لئے دی گئی درخواستوں پر غور نہیں کیا جا سکتا جب تک وہ صحیح نام رکھنے کی ضرورت کو پورا نہیں کر دیتیں۔

ii. ہر لائسنس یافتہ انشورنس ویب ایگریگیٹر تمام اسٹیک ہولڈروں کے ساتھ اپنے تمام خط و کتابت میں اس کا نام اتھارٹی کے

ساتھ رجسٹرڈ اور کارپوریٹ آفس کا پتہ، IRDA لائسنس نمبر اور لائسنس کی میعاد کی مدت ظاہر کرے گا۔

iii. انشورنس ویب ایگریگیٹرز کو اتھارٹی کی پیشگی منظوری کے بغیر اپنے خط و کتابت/لٹریچر/ لیٹر ہیڈز میں کوئی دوسرا نام استعمال کرنے کی اجازت نہیں ہے۔

16. ویب ایگریگیٹر کے ساتھ انشورر کا معاہدہ:

a. ویب ایگریگیٹر سے لیڈ حاصل کرنے کا خواہشمند بیمہ کنندہ، اتھارٹی کے ذریعہ منظور شدہ ویب ایگریگیٹر کے ساتھ ایک "معاہدہ" کرے گا جس میں لازمی طور پر درج ذیل سے متعلق تفصیلات اگرچہ محدود نہیں ہیں، شامل ہوں گی:

i. ٹائم فریم اور لیڈ کی ترسیل (کمیونیکیشن) کا طریقہ شیئر کیا جائے۔

ii. معاہدے کے دونوں فریقوں پر ریگولیٹری اور دیگر قانونی تقاضوں کی تعمیل کی ذمہ داری

iii. ڈیٹا کا انتخاب جس کو ویب بسائٹ پر شیئر کرنا ہے: پراسپکٹ/ کلائنٹ کا نام، ویب سائٹ وزٹ کرنے کے لئے رابطے کی تفصیلات وغیرہ۔

iv. معاہدہ ہوجانے کے بعد بیمہ کمپنی تازہ ترین معلومات فراہم کروانے کے علاوہ، ویب ایگریگیٹر کو متفقہ مصنوعات یعنی "ایگریڈ پروڈکٹوں" سے متعلق معلومات اور پریمیم کے جمع کروانے کا ٹایم فریم بھی بتائے گی۔

b. بیمہ کنندہ اور ویب ایگریگیٹر کے درمیان معاہدہ اس کی تاریخ سے تین سال کی مدت کے لیے ویلڈ ہوگا، بشرطیکہ اس درمیان ویب ایگریگیٹر کا لائسنس بھی ویلڈ ہو۔

c. ویب ایگریگیٹر معاہدہ کرنے کی تاریخ سے پندرہ دنوں کے اندر اتھارٹی کے پاس اس کی کاپی فائل کرے گا۔

17. ویب سائٹ پر مصنوعات کے موازنے یعنی "پروڈکٹ کمپیریزن" کو ڈسپلے کرنا:

a. ویب ایگریگیٹر، 'ہوم پیج' پر نمایاں طور پر ایک نوٹس ڈسپلے کریں گے :

i. پراسپیکٹ/ وزیٹر کی تفصیلات بیمہ کمپنی کے ساتھ شیئر کی جا سکتی ہیں۔

ii. "انشورنس 'درخواست کا موضوع' (سالیسیٹیشن کا سبجیکٹ میٹر) ہے"

iii. "اس ویب سائٹ پر ڈسپلے کی گئیں معلومات انشورر کی دی ہوئی ہیں جن کے ساتھ ہماری کمپنی کا معاہدہ ہے"

b. ویب ایگریگیٹر کی طرف سے ڈسپلے کی گئیں پروڈکٹ کی معلومات مستند ہوں گی اور مکمل طور پر بیمہ کنندگان سے موصول ہونے والی معلومات پر مبنی ہوں گی۔

c. ویب ایگریگیٹر اپنی ویب سائٹ پر ریٹنگ، رینکنگ، انڈورسمنٹ یا بیسٹ سیلر انشورنس پروڈکٹس کو ڈسپلے نہیں کریں گے۔ ویب ایگریگیٹر کی ویب سائٹس کا مواد غیر جانبدارانہ اور حقیقت پر مبنی ہونا چاہیے۔ وہ اپنے اداریوں میں یا اپنی ویب سائٹس میں

کسی اور مقام پر بیمہ کنندگان یا ان کی مصنوعات پر تبصرہ کرنے سے باز رہیں گے۔

18. معاوضہ (ریمیونیریشن)

کسی بھی شکل میں معاوضہ مندرجہ ذیل دفعات کی تعمیل میں بیمہ کنندگان کے ذریعہ ویب ایگریگیٹر کو قابل ادائیگی ہوگا۔

a. ویب ایگریگیٹر ایک مضبوط LMS قائم کرے گا اور بیمہ کنندگان کو لیڈ منتقل کرے گا جیسا کہ اوپر ریگولیشن 14 میں بتایا گیا ہے۔ بیمہ کنندہ کی طرف سے ایسی لیڈ کے لیے کوئی قیمت نہیں ادا نہیں کرنا ہوگی۔
b. ویب ایگریگیٹر کی طرف سے اس کی ویب سائٹ کے موازنہ یا کمپیریٹیو چارٹ میں دکھائے جانے والے ہر ایک پروڈکٹ کے لیے بیمہ کمپنی کی طرف سے ایگریگیٹر کو فیس دی جا سکتی ہے جو سالانہ پچاس ہزار سے زیادہ نہیں ہو سکتی۔
c. ویب ایگریگیٹر اپنے ذریعے حاصل کی گئی پالیسیوں کے سلسلے میں 'انشورنس سروسز' فراہم کرنے کے لیے آؤٹ سورسنگ کے کام انجام دے سکتا ہے۔ ایسی صورتوں میں بیمہ کنندہ، ویب ایگریگیٹرز کو معاہدوں میں طے شدہ شرائط کے مطابق مناسب سروس چارجز ادا کر سکتا ہے۔
d. اتھارٹی کی ہدایات کے مطابق ویب ایگریگیٹر، ٹیلی مارکیٹنگ / ڈسٹنس مارکیٹنگ کے طریقوں کا استعمال کر اپنے ویب سائٹ سے لی گئیں لیڈ کی بنیاد پر انشورنس کی درخواست یا سالیسیٹیشن کر سکتا ہے۔ اس طرح سے حاصل ہونے والی پالیسی کے لئے انشورر، ایگریگیٹر کو معاوضہ دیگا بشمول بیمہ کنندہ کے ذریعے تعینات کسی دوسرے بیمہ ثالث کو ایسی پالیسی حاصل کرنے کے لیے ادا کیا جائے جیسا کہ اتھارٹی کی طرف سے بمطابق انشورنس ایکٹ 1938 کے سیکشن E 42 کے تحت وقتاً فوقتاً مقرر کردہ حد سے تجاوز نہیں کرے گا۔

19. نوٹس کے ساتھ لائسنس کی منسوخی یا معطلی :

a. ویب ایگریگیٹر کا لائسنس مناسب نوٹس کے بعد اور اسے سننے کا مناسب موقع دینے کے بعد منسوخ یا معطل کیا جا سکتا ہے، اگر وہ :

i. انشورنس ایکٹ، 1938 (4 کا 1938)، انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999 (41 کا 1999) یا اس کے تحت بنائے گئے قواعد و ضوابط کی خلاف ورزی کرتا ہے۔
ii. ویب ایگریگیٹرز کی ذمہ داریوں کے مطابق عمل کرنے اور ٹیلی مارکیٹنگ اور فاصلاتی مارکیٹنگ کی سرگرمیوں کے انعقاد میں ناکامی؛
iii. اوپر بیان کردہ کوڈ آف کنڈکٹ کی پابندی کرنے میں ناکام۔
iv. لائسنس حاصل کرنے کے لیے غلط معلومات فراہم کرتا ہے۔ یا لائسنس حاصل کرنے کے لیے جمع کرائی گئی درخواست میں اہم حقائق کو چھپانے یا ظاہر کرنے میں ناکام رہے؛
v. اتھارٹی کی ضرورت کے مطابق انشورنس ویب ایگریگیٹر کے طور پر اپنی سرگرمیوں سے متعلق کوئی بھی معلومات فراہم کرنے میں ناکام یا غلط معلومات پیش کرتا ہے یا لائسنس کی میعاد کے

دوران اتھارٹی کو اہم حقائق کا انکشاف کرنے میں ناکام رہتا ہے۔

vi. اتھارٹی کی ضرورت کے مطابق متواتر ریٹرن جمع نہیں کرتا؛

vii. اتھارٹی کی طرف سے کئے گئے کسی بھی معائنہ یا انکوائری کے ساتھ تعاون نہیں کرتا؛

viii. پالیسی ہولڈروں کی شکایات کو حل کرنے میں ناکام یا اس سلسلے میں اتھارٹی کو تسلی بخش جواب دینے میں ناکام ہوتا ہے۔

ix. کسی پراسپیکٹ یا پراسپیکٹ کے ڈائریکٹر یا دیگر ملازمین میں سے کسی کو یا کسی تعارف کنندہ یعنی انٹروڈیوسر کے طور پر کام کرنے والے کسی فرد کو چھوٹ یا نقد رقم کی ترغیب دیتا ہے؛

x. اتھارٹی کی طرف سے بیان کردہ مطلوبہ فیس ادا کرنے میں ناکام رہتا ہے۔

xi. اتھارٹی کی طرف سے بیان کردہ دفعات کے مطابق سرمائے کی ضروریات کو برقرار رکھنے میں ناکام رہتا ہے۔

xii. اگر پرنسپل آفیسر ریگولیشن میں مذکور شرائط کو پورا نہیں کرتا ہے۔

xiii. اگر ویب ایگریگیٹر خود یا کال سینٹرز کے ذریعے گمراہ کن کالوں یا جعلی کالوں کے ذریعے کاروبار کی سورسنگ میں ملوث ہے۔

b. ایسے حالات میں جہاں اتھارٹی کو لگتا ہے کہ ویب ایگریگیٹر کا قیام صرف کمپنیوں یا ان کے ساتھیوں کے گروپ کے اندر فنڈز کو غلط جگہ ٹرانسفر یا ڈایورٹ کر رہا ہے تو اتھارٹی کی طرف سے کی گئی تفتیش کے بعد ویب ایگریگیٹر کو دیا گیا لائسنس منسوخ کر سکتا ہے۔

c. ایک ویب ایگریگیٹر جس کا لائسنس مناسب نوٹس کے بعد اور اسے سننے کا معقول موقع فراہم کرنے کے بعد معطل کر دیا گیا ہے، وہ ویب ایگریگیٹر کے کسی نئے کاروبار کی درخواست نہیں کرے گا اور نہ ہی ویب ایگریگیٹر کے کسی دوسرے کام کو انجام دے گا جس کے لیے لائسنس دیا گیا تھا، اس کی وصولی کی تاریخ سے معطلی کا حکم اس وقت تک رہے گا جب تک معطلی منسوخ نہیں ہو جاتی۔

20. حساب کتاب، ریکارڈ وغیرہ کی دیکھ بھال :

a. ویب ایگریگیٹر ہر اکاؤنٹنگ سال کے لیے تیاری کرے گا:

i) ایک 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 یا اسٹیٹمینٹ؛

iv) ویب ایگریگیٹرز کے کاروبار پر اضافی بیانات جیسا کہ اتھارٹی کو ضرورت ہو سکتی ہے۔

نوٹ: ان ضوابط کے مقاصد کے لیے، اکاؤنٹنگ سال 12 ماہ (یا اس سے کم جہاں کاروبار یکم اپریل کے بعد شروع ہوتا ہے) کا ہو گا جو ایک سال کے اپریل کے پہلے دن شروع ہو گا اور مارچ کے 31 ویں دن ختم ہو گا۔ اگلے سال، اور اکاؤنٹس کو جمع کی بنیاد پر برقرار رکھا جائے گا۔

b. ہر ویب ایگریگیٹر اتھارٹی کو، آڈٹ شدہ فائینینشیل اسٹیٹمنٹس کی ایک نقل اور اس پر آڈیٹر کی رپورٹ کے ساتھ اکاؤنٹنگ سال کے

اختتام کے نوے دنوں کے اندر اور آڈیٹرز کے ریمارکس یا مشاہدات کے ساتھ، اگر کوئی ہے، کے طرز عمل پر۔ کاروبار، اکاؤنٹس کی حالت، وغیرہ، اور اس طرح کے مشاہدات پر ایک مناسب وضاحت اتھارٹی کے پاس دائر کردہ اکاؤنٹس میں شامل کی جائے گی۔

c. ہر ویب ایگریگیٹر، آڈیٹر کی رپورٹ کی تاریخ سے نوے دنوں کے اندر آڈیٹر کی رپورٹ میں ہونے والی کسی بھی کمی کو دور کرنے کے لیے اقدامات کرے گا اور اس کے مطابق اتھارٹی کو مطلع کرے گا۔

d. اکاؤنٹس کی تمام کتابیں، اسٹیٹمنٹ، دستاویز وغیرہ، ویب ایگریگیٹر کے ہیڈ آفس یا اس طرح کے دوسرے برانچ آفس میں رکھی جائیں گی جو ان کے ذریعہ نامزد ہو اور اس کی اطلاع اتھارٹی کو دی جائے جو سبھی ورکنگ کے دنوں میں دستیاب ہو۔ اتھارٹی کے ایسے افسران، جو اس کی طرف سے معائنہ کے لیے اتھورایزڈ ہیں۔

e. تمام الیکٹرانک ریکارڈز، کتابیں اور دستاویزات، اسٹیٹمنٹس، کنٹریکٹ نوٹ وغیرہ، جن کا حوالہ ان ضوابط میں دیا گیا ہے اور ویب ایگریگیٹر کے ذریعہ برقرار رکھا جائے گا اس سال کے اختتام سے کم از کم دس سال کی مدت کے لیے جس سے وہ متعلق ہیں۔ تاہم قانونی تنازعات کے مقدمات سے متعلق ڈیجیٹل ریکارڈز/دستاویزات جن کی اطلاع دی گئی ہے اور ان کا نمٹانا عدالتوں کے فیصلے کے لیے زیر التواء ہے جب تک کہ عدالت کی طرف سے مقدمات کا فیصلہ نہ ہو جائے تب تک ریکارڈ کو برقرار رکھنا ضروری ہے۔

f. ہر ویب ایگریگیٹر، بیمہ کمپنی کے حساب سے درج ذیل کے ریکارڈ کو برقرار رکھے گا:

i) لیڈ تیار اور منتقل کی گئیں۔
ii) لیڈ کو پالیسیوں میں تبدیل کیا گیا۔
iii) شکایات موصول اور نمٹائی گئیں۔
iv) موازنہ کے لیے ویب سائٹ پر دکھائے گئے پروڈکٹس
v) دکھائے گئے پروڈکٹس کے لیے معاوضہ وصول کیا گیا۔
vi) پالیسیوں میں تبدیل ہونے والی لیڈ کے لیے موصول ہونے والا معاوضہ
vii) آؤٹ سورسنگ سرگرمیوں سے وصول ہونے والا معاوضہ
viii) بیمہ کنندگان سے موصول ہونے والا کوئی دوسرا معاوضہ (تفصیلات کا ذکر کریں)

21. بغیر کسی درست لائسنس کے ویب ایگریگیٹر کے طور پر کام کرنے والے شخص کے خلاف کارروائی:

i) ان ضوابط کے آغاز کی تاریخ سے کوئی بھی شخص ویب ایگریگیٹر کے طور پر کام نہیں کر سکتا جب تک کہ ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے اسے لائسنس نہ دیا گیا ہو۔

ii) اس کے باوجود اور کسی بھی شخص کے خلاف مجرمانہ کارروائی شروع کرنے کے غیر جانبدارانہ طور پر جو ان ضابطوں کے تحت جاری کردہ جائز لائسنس کے بغیر ویب ایگریگیٹر کے طور پر کام کرتا ہے، اتھارٹی ایسے شخص کے خلاف ایکٹ کے تحت تعزیری کارروائی (پینل ایکشن) کی درخواست کر سکتی ہے۔

22. تعمیل کی تصدیق (سرٹیفیکیشن آف کمپلاینس):

ہر ویب ایگریگیٹر کا پرنسپل آفیسر ہر مالی سال کے اختتام پر اتھارٹی کو ایک سرٹیفکیٹ جمع کرائے گا جس میں تصدیق کی جائے گی کہ ویب ایگریگیٹر نے مالی سال کے دوران ان ضوابط کی تمام کنڈیشنوں کی تعمیل کی ہے۔

باب C-11

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 ایچ، واٹس ایپ)
- فاصلاتی مارکیٹنگ کے طور پرآئی 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، ہیلتھ 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 پالسیئن 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 تدبر 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 اعتراض 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 اعتراض 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 اعتراض 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 سننے، ہمدردی کا مظاہرہ کرنے، اور موثر مواصلاتی مہارتوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اعتراضات کو پیشہ ورانہ طور پر حل کرکے اور موزوں حل فراہم کرکے، آپ بیمہ کی فروخت میں اپنی کامیابی کی شرح کو بڑھا سکتے ہیں۔

سیکشن
زندگی کا بیمہ

باب L-01

زندگی کا بیمہ میں کیا کیا شامل ہے

باب کا تعارف

عام ابواب میں، ہم نے انشورنس سے متعلق کچھ پہلوؤں کو سیکھا ہے۔ تاہم، جہاں تک لائف انشورنس کا تعلق ہے، ہمیں کچھ اور چیزوں کو گہرائی میں جاننے کی ضرورت ہے۔

- ✓ اثاثہ
- ✓ جوکھم جس کے خلاف بیمہ کیا گیا
- ✓ پُولِنگ کے اصول
- ✓ معاہدہ

آئیے اب لائف انشورنس کی خصوصیات کا جائزہ لیتے ہیں۔ اس باب میں، ہم لائف انشورنس کے مختلف اجزا پر نظر ڈالیں گے جن پر اوپر بحث کی جا چکی ہے۔

قابل غور امور

A. لائف انشورنس بزنس – اجزاء، انسانی زندگی کی قدر، باہمی تعلق

B. جوکھم اور زندگی کا بیمہ

A. لائف انشورنس بزنس – اجزاء، انسانی زندگی کی قدر، باہمی تعلق

a) اثاثہ/اثاثہ – زندگی کی انسانی قدر (HLV)

ہم پہلے ہی دیکھ چکے ہیں کہ اثاثہ ایک قسم کی جائداد ہے جو قیمت یا منافع کماتا ہے۔ جائیداد کی زیادہ تر اقسام کے لیے، قیمت کے نقصان اور مقدار دونوں کو واضح معاشی شرائط میں ماپا جا سکتا ہے۔

مثال

اگر حادثے میں کار کے نقصان کا تخمینہ 50000 روپے ہے، تو انشورنس کمپنی اس نقصان کی تلافی کار کے مالک کو کرے گی۔

کسی شخص کی موت کی صورت میں نقصان کی مقدار کا اندازہ کیسے لگایا جائے؟

کیا اس کی قیمت 50,000 روپے ہے یا 5,00,000 روپے؟

گاہک سے ملاقات کرتے وقت ایجنٹ کو مذکورہ سوال کا جواب دینے کے قابل ہونا چاہیے۔ اس کی بنیاد پر، ایجنٹ یہ معلوم کر سکتا ہے کہ گاہک کو انشورنس کی کتنی رقم تجویز کرنی ہے۔ درحقیقت، یہ پہلا سبق ہے جو لائف انشورنس ایجنٹ کو سیکھنے کی ضرورت ہے۔

اتفاق سے ہمارے پاس پروفیسر ہبنر نے تقریباً ستر سال پہلے ایک حل دیا تھا۔ اسے ہیومن لائف ویلیو (HLV) کہا جاتا ہے۔ یہ دنیا بھر میں استعمال ہوتا ہے۔

ایچ ایل وی کا تصور انسانی زندگی کو ایک قسم کا اثاثہ یا جائداد سمجھتا ہے، جس سے آمدنی ہوتی ہے۔ لہذا، انسانی زندگی کی قیمت کسی فرد کی متوقع مستقبل کی خالص آمدنی کی بنیاد پر ماپا جاتا ہے۔ خالص آمدنی کا مطلب ہے آمدنی کی وہ مقدار جو ایک شخص مستقبل میں ہر سال کمانے کی توقع رکھتا ہے، اس سے کم رقم وہ اپنے اوپر خرچ کرتا ہے۔ لہذا، اس سے مراد خاندان کو ہونے والا معاشی نقصان ہے جو آمدنی کمانے والے کی بے وقت موت پر ہو سکتا ہے۔ اس امکان کو مدنظر رکھتے ہوئے، اس طرح کی آمدنی کو مناسب شرح سود کا استعمال کرتے ہوئے سرمایہ کاری کی جاتی ہے۔

اگرچہ HLV کا حساب لگانے کے لیے کئی قواعد استعمال کیے جاتے ہیں جن میں افراط زر، اجرت میں اضافہ، مستقبل کی آمدنی حاصل کرنے کی صلاحیت وغیرہ شامل ہیں۔ تاہم، HLV کا حساب کرنے کے لیے ایک بنیادی اصول یہ ہے کہ وہ رقم معلوم کی جائے جو خاندان کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے سالانہ سود کی آمدنی حاصل کر سکتی ہے۔ دوسرے لفظوں میں، HLV وہ رقم ہے جو کمانے والے فرد کی طرف سے خاندان میں دی گئی سالانہ شراکت کو مروجہ شرح سود پر تقسیم کر کے نکالی جاتی ہے۔

مثال

راجن ایک سال میں 1,20,000 روپے کماتا ہے اور اپنے اوپر 24,000 روپے خرچ کرتا ہے۔ اگر اس کی بے وقت موت ہو جاتی ہے تو اس کے خاندان کو سالانہ 96,000 روپے کی خالص آمدنی سے محروم ہو جانا پڑیگا۔ آئیے فرض کریں کہ شرح سود 8% ہے (جس کا اظہار 0.08 کیا گیا ہے)۔

انسانی زندگی کی قدر(ایچ ایل وی) = انحصار کرنے والوں کے لیے سالانہ تعاون÷ سود کی شرح

HLV = 96000/ 0.08 = Rs. 12,00,000

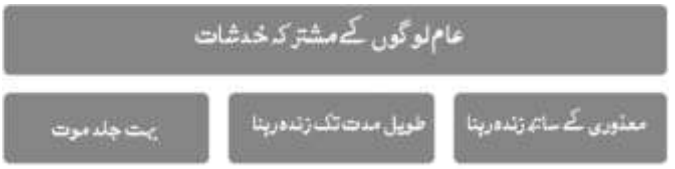
ایچ ایل وی یہ معلوم کرنے میں مدد کرتا ہے کہ مکمل تحفظ کے لیے انشورنس کی کتنی رقم لینی چاہیے۔ ہمیں اس اعلیٰ حد کا بھی پتہ چل جاتا ہے جس سے آگے لائف انشورنس ادا کرنا مناسب نہیں ہوگا۔

عام طور پر، بیمہ کی رقم فرد کی سالانہ آمدنی سے تقریباً 10 سے 15 گنا زیادہ ہونی چاہیے۔ لہٰذا، اگر راجن صرف 1.2 لاکھ روپے کی سالانہ آمدنی حاصل کرتے ہوئے 2 کروڑ روپے کے بیمہ کی درخواست کرتا ہے، تو شبہات جائز ہیں۔ بیمہ کی خریداری کی اصل رقم کا انحصار متعدد عوامل پر ہوگا، جیسے کہ وہ رقم جو وہ شخص بیمہ کروانے کا متحمل ہوسکتا ہے اور بیمہ کی رقم جو وہ خریدنا چاہتا ہے۔

B. جوکھم اور زندگی کی انشورنس

جیسا کہ ہم اوپر دیکھ چکے ہیں، لائف انشورنس جوکھم کے ان واقعات سے تحفظ فراہم کرتا ہے جو انسانی زندگی کی قدر کو کم یا تباہ کر سکتا ہے۔ ایسی تین قسم کے حالات ہیں جہاں اس قسم کا نقصان ہو سکتا ہے۔ یہ عام لوگوں کو درپیش عام خدشات ہیں۔

تصویر 1: عام لوگوں کے مشترکہ خدشات



دوسری طرف، جنرل انشورنس کا تعلق عام طور پر ان جوکھموں سے ہوتا ہے جو اِملاک کو متاثر کرتے ہیں - جیسے آگ، سمندر میں سامان کا نقصان، چوری اور ڈکیتی ، موٹر حادثات۔ اس میں ایسے واقعات بھی شامل ہیں جو نام اور شہرت کو نقصان کا باعث بنتے ہیں۔ اسے ذمہ داری انشورنس کے ذریعے احاطہ کیا جاتا ہے۔

آخر میں، ایسے جوکھم ہیں جو کسی فرد کو متاثر کر سکتے ہیں، جنہیں ذاتی خطرات کہتے ہیں۔ ان جوکھم کو جنرل انشورنس کے ذریعے پورا کیا جا سکتا ہے۔

مثال

حادثاتی بیمہ جو حادثے سے ہونے والے نقصانات سے تحفظ فراہم کرتا ہے۔

a) لائف انشورنس جنرل انشورنس سے کیسے مختلف ہے؟

جنرل انشورنس	زندگی کا بیمہ
• معاوضہ: ذاتی حادثاتی بیمہ کی رعایت کے ساتھ، عمومی انشورنس پالیسیاں عام طور پر معاوضے کا معاہدہ ہوتی ہیں، یعنی آگ لگنے جیسے واقعے کے بعد، انشورنس کمپنی نقصان کی صحیح رقم کا اندازہ لگاتی ہے	• یقین دہانی: لائف انشورنس پالیسیاں یقین دہانی کا معاہدہ ہے۔ • مرنے کی صورت میں ادا کی جانے والی فائدے کی رقم کا فیصلہ معاہدہ کے آغاز سے ہی

اور نقصان کی اتنی ہی رقم کی تلافی کرتی ہے۔ نہ زیادہ نہ کم	کیا جاتا ہے۔ • بیمہ شدہ کی موت پر، اس کے نامزد افراد یا فائدہ اٹھانے والوں کو وعدہ کی گئی رقم ادا کی جاتی ہے۔
• مدت: معاہدہ عام طور پر مختصر مدت کا ہوتا ہے یا ہر ایک سال میں اس کی تجدید کی جا سکتی ہے۔	• معاہدے عام طور پر طویل مدت کے ہوتے ہیں - تاہم، کچھ معاہدے ایسے بھی ہیں جن کی ایک سال میں تجدید کی جا سکتی ہے۔
• غیر یقینی صورتحال: عام بیمہ کے معاہدوں میں، متعلقہ جوکھم کی موجودگی غیر یقینی ہوتی ہے۔ • کوئی بھی یقین سے نہیں کہہ سکتا کہ گھر میں آگ لگ جائے گی یا کار حادثے کا شکار ہوگی یا نہیں۔	• اس میں کوئی سوال ہی نہیں کہ اگر کوئی پیدا ہوا ہے تو اس کی موت بھی یقینی ہے۔ حالانکہ موت کا وقت غیر یقینی ہے۔ زندگی کا بیمہ بے وقت موت کے جوکھم سے تحفظ فراہم کرتا ہے۔
• امکان میں اضافہ: عام انشورنس کی صورت میں، آگ یا زلزلے جیسے جوکھم کے واقع ہونے کا امکان وقت کے ساتھ نہیں بڑھتا۔	• زندگی کا بیمہ میں، موت کا امکان عمر کے ساتھ بڑھتا ہے۔

b) زندگی کا بیمہ کے جوکھم کی نوعیت

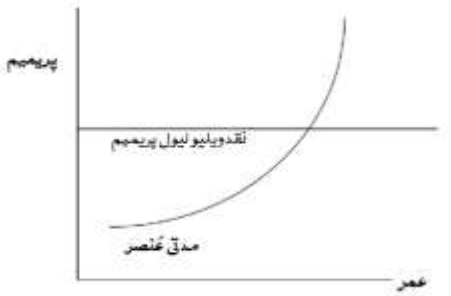
چونکہ عمر کے ساتھ موت کا امکان بڑھتا ہے، کم عمر لوگوں (نوجوانوں) سے کم پریمیم وصول کیے جاتے ہیں اور بوڑھے لوگوں سے زیادہ پریمیم وصول کیے جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوا کہ بوڑھے لوگ جو اچھی صحت میں تھے انشورنس کور کو ترک کرنے کا رجحان رکھنے لگے، جبکہ بیمار ممبران اس منصوبے میں شامل رہے۔ جس کی وجہ سے انشورنس کمپنیوں کو شدید پریشانی کا سامنا کرنا پڑا۔ زندگی کی انشورینس کی پالیسیاں جِن کا پریمیم لوگ برداشت کر سکتے تھے لیول پریمیم کی ترقی کا باعث بنا۔

c) لیول پریمیم

لیول پریمیم اس طرح طے کیا جاتا ہے کہ یہ عمر کے ساتھ نہیں بڑھتا، لیکن معاہدہ کی پوری مدت میں مستقل رہتا ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ ابتدائی سالوں میں وصول کیا جانے والا پریمیم بلوغت میں مرنے والے لوگوں کے موت کے دعووں کو پورا کرنے کے لیے درکار رقم سے زیادہ ہے، جبکہ بعد کے سالوں میں چارج کیا جانے والا پریمیم بڑی عمر میں مرنے والوں کے کلیمز کو پورا کرنے کے لیے درکار رقم کے مقابلے میں کم ہے۔ لیول پریمیم دونوں کا اوسط ہوتا ہے۔ ابتدائی عمر کے اعلی پریمیم بعد

کی عمر میں پریمیم میں کمی کو پورا کرتے ہیں۔ لیول پریمیم کی خصوصیت ذیل میں دی گئی ہے۔

شکل 2: لیول پریمیم



لیول پریمیم کی ضرورت ہے کیونکہ لائف انشورنس کے معاہدے طویل مدتی بیمہ کے معاہدے ہوتے ہیں جو 10، 20 یا اس سے بھی زیادہ سالوں تک رہتے ہیں۔ لیول پریمیم کا تصور جنرل انشورنس پالیسیوں کے لیے پیدا نہیں ہوتا، جو عام طور پر مختصر مدت کے معاہدے ہوتے ہیں اور سالانہ بنیادوں پر ختم ہو جاتے ہیں۔

مثال

لیول پریمیم کی شرح کا فیصلہ انشورنس کمپنیاں پالیسی کی مدت کے دوران شرح اموات (موت کے امکان) کی بنیاد پر کرتی ہیں، کیونکہ بیمہ شدہ کی عمر ہر سال بڑھے گی۔ ایک بار طے شدہ شرح پالیسی کی پوری مدت کے دوران مستقل رہے گی۔

d) رسک پولنگ کے اصول اور زندگی کا بیمہ

ہم پہلے ہی پولنگ اور باہمی تعاون کے اصول پر بات کر چکے ہیں۔ پُولنگ کا اصول لائف انشورنس میں دو خاص کردار ادا کرتا ہے۔

یہ شخص کی بے وقت موت کے نتیجے میں ہونے والے مالی نقصان سے تحفظ فراہم کرتا ہے۔ یہ ایک ایسا فنڈ بناکر کیا جاتا ہے جو زندگی کی بیمہ کے معاہدوں کو خریدنے والے متعدد لوگوں کے تعاون کو جمع کرتا ہے۔

e) زندگی کا بیمہ کا معاہدہ

پالیسی دستاویز انشورنس معاہدے کا ثبوت ہے جس میں انشورنس کی تمام شرائط و ضوابط شامل ہیں۔

لائف انشورنس پالیسی کی بیمہ کی رقم اس معاہدے میں بیان کی گئی ہے۔ لائف انشورنس کو مالی تحفظ سمجھا جاتا ہے کیونکہ بیمہ کی رقم کی ضمانت معاہدہ کے ذریعے دی گئی ہے۔ ضمانت کا مقصد یہ ہے کہ لائف انشورنس کا موثر اور احتیاطی طور سے انتظام کیا جائے ؛ اسے سختی سے کنٹرول کیا جاتا ہے اور سخت نگرانی کی جاتی ہے۔

چونکہ لائف انشورنس کے معاہدوں میں رسک کور اور بچت دونوں شامل ہوتے ہیں، اس لیے ان کا اکثر مالیاتی مصنوعات سے موازنہ کیا جاتا ہے۔ ان کو سیکیورٹی کے بجائے دولت جمع کرنے کے طریقے کے طور پر بھی دیکھا جاتا ہے۔ درحقیقت، بہت سی لائف انشورنس پروڈکٹس میں بڑی نقد قیمت یا بچت کا جزو ہوتا ہے جو کسی فرد کی بچت کا کافی حصہ ہو سکتا ہے۔ کچھ لوگ دلیل دیتے ہیں کہ بہتر ہو سکتا ہے کہ انشورنس کمپنی سے صرف ٹرم

انشورنس خریدیں اور باقی پریمیم ان آلات میں لگائیں جو زیادہ منافع پیش کرتے ہیں۔

آئیے اب روایتی کیش ویلیو انشورنس معاہدوں کے فوائد اور نقصانات سے وابستہ دلائل پر غور کریں۔

a) فوائد

i. انشورنس ہمیشہ ایک محفوظ اور محفوظ سرمایہ کاری کا آپشن ثابت ہوا ہے، جو کم از کم ضمانت شدہ شرح منافع کی پیشکش کرتا ہے، جو معاہدہ کی مدت کے ساتھ بڑھ سکتی ہے۔

ii. پریمیم ادائیگیوں کی باقاعدگی کو برقرار رکھنے کے لیے، ضروری طور پر اپنی بچت کی منصوبہ بندی کرنی ہوگی، جو بچت میں نظم و ضبط پیدا کرتی ہے۔

iii. بیمہ کمپنی پیشہ ورانہ سرمایہ کاری کے انتظام کا خیال رکھتی ہے اور فرد کو اس کی ذمہ داری سے فارغ کرتی ہے۔

iv. انشورنس لیکویڈیٹی (نقد کی سہولت) فراہم کرتا ہے۔ بیمہ شدہ پالیسی کے خلاف قرض لے سکتا ہے یا اسے سپرد کر سکتا ہے اور اسے نقد میں تبدیل کر سکتا ہے۔

v. نقد ویلیو کی دونوں قسم کی زندگی کا بیمہ اور اینوائٹس انکم ٹیکس میں چھوٹ کا کچھ فائدہ پیش کر سکتی ہیں۔

vi. انشورنس کو قرض دہندگان کے دعووں سے محفوظ رکھا جا سکتا ہےجو کہ عام طور پر بیمہ دار کی دیوالیہ پن یا موت کی صورت میں کار آمد ہوتا ہے۔

b) نقصانات

i. چونکہ انشورنس نسبتاً مقررہ اور مستحکم آمدنی دیتا ہے، اس لیے یہ افراط زر کی شرح سے بری طرح متاثر ہو سکتی ہے۔

ii. ابتدائی طور پر مارکیٹنگ اور دیگر اعلیٰ قیمتیں نقد قیمت کی مقدار کو کم کر سکتی ہیں جو زندگی کی انشورنس پالیسیوں کے ابتدائی سالوں میں جمع ہو تی ہے۔

iii. گارنٹی شدہ آمدنی دیگر مالیاتی آلات سے کم ہو سکتی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

تنوع مالیاتی منڈیوں میں خطرے کو کیسے کم کرتا ہے؟

I. متعدد ذرائع سے فنڈز اکٹھا کرنا اور اسے ایک جگہ پر لگانا۔

II. اثاثوں کے مختلف زمروں میں فنڈز کی سرمایہ کاری

III. سرمایہ کاری کے درمیان وقت کے فرق کو برقرار رکھنا

IV. محفوظ اثاثوں میں سرمایہ کاری کرنا

خلاصہ

a) اثاثہ ایک قسم کی جائیداد ہے جو قیمت یا واپسی پیدا کرتی ہے۔

b) ایچ ایل وی کا تصور یہ ہے کہ انسانی زندگی ایک قسم کا اثاثہ یا جائداد ہے جس کے ذریعے آمدنی ہوتی ہے۔ اس طرح یہ کسی فرد کی متوقع خالص مستقبل کی کمائی کی بنیاد پر انسانی زندگی کی قدر کی پیمائش کرتا ہے۔

c) لیول پریمیم وہ پریمیئم ہے جو اس طرح طے کیا جاتا ہے کہ عمر کے ساتھ بڑھتا نہیں ہے، بلکہ پوری مدت تک برقرار رہتا ہے۔

d) مالیاتی منڈیوں میں رسک کو کم کرنے کے لیے باہمی تعاون ایک اہم طریقہ ہے۔ دوسرا طریقہ تنوع ہے۔

e) زندگی کا بیمہ معاہدہ میں گارنٹی کے عنصر کا مطلب یہ ہے کہ لائف انشورنس سخت ضابطوں اور سخت نگرانی کے تابع ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. اثاثہ
2. انسانی زندگی کی قیمت
3. لیول پریمیم
4. باہمی تعاون
5. تنوع

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 – صحیح جواب II ہے۔

باب L-02

معاشی منصوبہ بندی

باب کا تعارف

پچھلے ابواب میں ہم نے لائف انشورنس اور مالی تحفظ فراہم کرنے میں اس کے کردار کے بارے میں بات کی۔ سیکورٹی ان لوگوں کے بہت سے خدشات میں سے ایک ہے جو موجودہ اور مستقبل کی متعدد ضروریات کو پورا کرنے کے لیے اپنی آمدنی اور رقم مختص کرنا چاہتے ہیں۔ لائف انشورنس کو "ذاتی مالیاتی منصوبہ بندی" کے وسیع تناظر میں سمجھنا چاہیے۔ اس باب کا مقصد آپ کو مالی منصوبہ بندی کے موضوع سے متعارف کرانا ہے۔

قابل غور امور

A. فرد کی مالی منصوبہ بندی اور زندگی کا دورانیہ

B. مالیاتی منصوبہ بندی کا کردار

C. مالی منصوبہ بندی – اقسام

A. مالی منصوبہ بندی اور فرد کی زندگی کا دورانیہ

1. مالی منصوبہ بندی کیا ہے؟

ہم میں سے اکثر اپنی زندگی کا ایک بڑا حصہ پیسہ کمانے میں صرف کرتے ہیں۔ مالی منصوبہ بندی ہمارے لیے پیسہ کمانے کا ایک زبردست طریقہ ہے۔

تعریف

مالی منصوبہ بندی آپ کے زندگی کے اہداف کی نشاندہی کرنے، ان اہداف کو مالی اہداف میں تبدیل کرنے اور ان اہداف کو حاصل کرنے کے لیے اپنی رقم کا انتظام کرنے کا عمل ہے۔

مالیاتی منصوبہ بندی میں موجودہ اور مستقبل کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے ایک روڈ میپ بنانا شامل ہے جو شاید غیر متوقع ہوں۔ یہ ایک پُر سکون زندگی بنانے میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ محتاط منصوبہ بندی کے ساتھ، یہ آپ کے مختلف مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے ترجیح دینے اور کام کرنے میں مدد کرتا ہے۔

شکل 1: مقاصد کی اقسام

i. مقاصد مختصر مدت کے ہو سکتے ہیں: LCD TV خریدنا یا فیملی کے ساتھ چھٹیاں گزارنا

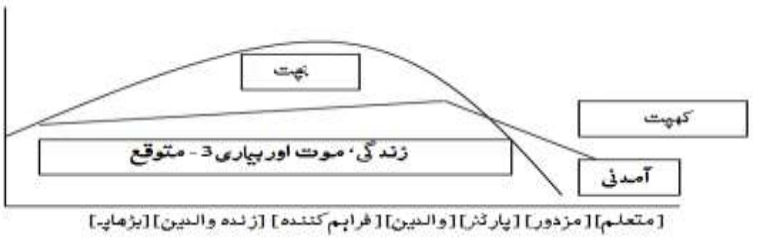
ii. یہ درمیانی مدت کے ہو سکتے ہیں: گھر خریدنا یا بیرون ملک چھٹیاں گزارنا

iii. طویل مدتی مقاصد میں شامل ہو سکتے ہیں: بچے کی تعلیم یا شادی یا ریٹائرمنٹ کے بعد کی فراہمی

2. شخص کا زندگی کا دورانیہ

پیدائش کے دن سے لے کر موت کے دن تک انسان زندگی کے مختلف مراحل سے گزرتا ہے، جس کے دوران ان سے مختلف قسم کے کردار ادا کرنے کی توقع کی جاتی ہے۔ ان مراحل کی وضاحت نیچے دی گئی تصویر میں کی گئی ہے۔

شکل 2: معاشی زندگی کا دورانیہ



زندگی کے مراحل اور ترجیحات

a. **سیکھنے والا (20-25 سال تک):** وہ مرحلہ جب ایک شخص اپنے علم اور مہارت کو بہتر بنا کر اپنے مستقبل کے لیے تیاری کرتا ہے۔ تعلیم کے لیے فنڈز کی ضرورت ہے۔ مثال کے طور پر، طبی یا انتظامی تعلیم سے وابستہ فیس کی بلند قیمت کو پورا کرنا۔

b. **کمانے والا (25 سال کے بعد):** جب کسی شخص کو روزگار ملتا ہے اور ممکنہ طور پر اپنی ضروریات پوری کرنے کے لیے کافی کماتا ہے۔ اس کے علاوہ خرچ کرنے کے لیے کچھ رقم بھی ہے۔ خاندان کی ذمہ داریاں ہیں؛ کوئی بھی مستقبل قریب میں پیدا ہونے والی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پیسہ بچانے کے مقصد سے بچت اور سرمایہ کاری کر سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، ایک نوجوان ہاؤسنگ لون لیتا ہے اور مکان میں سرمایہ کاری کرتا ہے۔

c. **شریک حیات (شادی کے وقت یعنی 28-30 سال کی عمر):** وہ مرحلہ جب ایک شخص شادی شدہ ہو اور اس کا اپنا ایک خاندان ہو۔ اس سے نئی ضروریات پیدا ہوتی ہیں، جیسے کہ ان کا اپنا گھر ہونا، ممکنہ طور پر گاڑی، اشیائے صرف، بچوں کے مستقبل کی منصوبہ بندی وغیرہ۔

d. **ساتھی (یعنی 28 سے 35 سال):** وہ سال جب کوئی ایک یا ایک سے زیادہ بچوں کا باپ ہوتا ہے۔ اب وہ ان کی صحت اور تعلیم کے بارے میں فکر مند ہے – انہیں اچھے اسکول میں داخل کروانا وغیرہ۔

e. فراہم کنندہ (یعنی 35 سے 55 سال کی عمر): وہ مرحلہ جب بچے جوانی کو پہنچتے ہیں۔ اس کے ہائی اسکول اور کالج کے دن شروع ہوتے ہیں۔ پھر کوئی اپنے بچے کو زندگی کے چیلنجوں کا سامنا کرنے کے قابل بنانے کے لیے تعلیم کی زیادہ قیمت کے بارے میں سوچنا شروع کر دیتا ہے۔ مثال کے طور پر، پانچ سال تک چلنے والے میڈیکل کورس کے لیے درکار رقم پر غور کیا جاتا ہے۔ بہت سے ہندوستانی گھرانوں میں، لڑکی کی شادی کر کے گھر بسانا ایک بڑی تشویش ہے۔ درحقیقت، بچوں کی شادی اور تعلیم آج زیادہ تر ہندوستانی خاندانوں کے لیے بچت کے سب سے اہم مقاصد ہیں۔

f. سنگل پیرنٹ (خالی نیسٹر) (55 سے 65 سال کی عمر): 'خالی نیسٹر' کی اصطلاح کا مطلب ہے کہ اولاد (پرندے) نے اپنا

گھونسلہ (خاندان) ویران چھوڑ دیا ہے اور اڑ گیا ہے۔ یہ وہ دور ہوتا ہے جب بچوں کی شادیاں ہوجاتی ہیں اور بعض اوقات وہ اپنے والدین کو چھوڑ کر دوسری جگہوں پر کام کرنے چلے جاتے ہیں۔ اس مرحلے تک، فرد سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ اپنی ذمہ داریوں کو پورا کر لے گا (جیسے ہاؤسنگ لون اور رہن کی دیگر اشیاء) اور اس نے ریٹائرمنٹ کے لیے کارپس بنا لیا ہے۔ یہ وہ دور بھی ہوتا ہے جب بی پی اور ذیابیطس جیسی بیماریاں جنم لینے لگتی ہیں اور انسان کی زندگی تباہ کردیتی ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال، مالی خودمختاری اور آمدنی کا تحفظ اس مرحلے پر انتہائی اہمیت کا حامل ہے۔

g. ریٹائرمنٹ - زندگی کا آخری سال (60 سال اور اس کے بعد): وہ عمر جب کوئی شخص اپنی فعال کام کی زندگی سے ریٹائر ہوتا ہے اور اپنی بچت کو زندگی کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے خرچ کرتا ہے۔ جب تک میاں بیوی زندہ رہتے ہیں، ان کی ضروریات زندگی کا خیال رکھا جاتا ہے۔ انسان اپنی صحت کے مسائل، کافی آمدنی اور تنہائی کے بارے میں فکر مند ہے۔ یہ وہ دور بھی ہے جب انسان معیار زندگی کو بہتر بنانے کی کوشش کرے گا اور اپنے بہت سے خوابوں کو پورا کرنے کی کوشش کرے گا جو وہ حاصل نہیں کر سکا – جیسے کوئی شوق پورا کرنا، چھٹی پر جانا یا حج کرنا۔ انسان اپنے بڑھاپے کو عزت کے ساتھ گزارے گا یا غربت میں، یہ اس بات پر منحصر ہے کہ اس نے ان سالوں میں کیا جمع کیا ہے۔

جیسا کہ ہم اوپر دیکھ سکتے ہیں، معاشی زندگی کے دورانیہ کے تین مراحل ہوتے ہیں: طالب علم یا ملازمت سے پہلے کا مرحلہ؛ کام کا مرحلہ جو 18 سے 25 سال کے درمیان شروع ہوتا ہے اور 35 سے 40 سال تک رہتا ہے؛ اور ریٹائرمنٹ کے سال جو کام چھوڑنے کے بعد شروع ہوتے ہیں۔

3. کسی کو مالی اثاثہ بچانے اور خریدنے کی ضرورت کیوں ہوتی ہے؟

اس کی وجہ یہ ہے کہ انسان کی زندگی کے ہر مرحلے میں جب وہ کوئی خاص کردار ادا کرتا ہے تو طرح طرح کی ضروریات پیدا ہوتی ہیں جن کے لیے فنڈز کی فراہمی ضروری ہے۔

مثال

جب کوئی شخص شادی کرتا ہے اور اپنا خاندان شروع کرتا ہے، تو اسے اپنا گھر خریدنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ جب بچے بڑے ہو جاتے ہیں تو ان کی اعلیٰ تعلیم کے لیے فنڈز کی ضرورت ہوتی ہے۔ انسان اپنی جوانی اچھی طرح گزارتا ہے، فکر یہ ہوتی ہے کہ صحت سے متعلق اخراجات کے لیے رقم اکٹھی کی جائے اور ریٹائرمنٹ کے بعد کی بچت کی جائے، تاکہ اسے اپنے بچوں پر انحصار نہ کرنا پڑے اور وہ بوجھ نہ بن جائے۔ آزادی اور عزت نفس کے ساتھ جینا ضروری ہو جاتا ہے۔

بچت - یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ سرمایہ کاری کا عمل دو فیصلوں پر مشتمل ہوتا ہے۔

i. خرچ کو ملتوی کرنا: موجودہ اور مستقبل کے اخراجات کے درمیان وسائل مختص کرنا۔

ii. کم مائع اثاثوں کے بدلے نقد (خریدنے کے لیے تیار) سے دور رہنا (جسے آسانی سے نقد میں تبدیل نہیں کیا جا سکتا)۔ مثال کے طور پر، لائف انشورنس پالیسی خریدنے کا مطلب ایک معاہدے کے بدلے میں رقم ادا کرنا ہوگا جسے آسانی سے نقد میں تبدیل نہیں کیا جاسکتا۔

دونوں قسم کے فیصلے مالی منصوبہ بندی میں شامل ہیں۔ مستقبل کے لیے بچت کرنے کے لیے، مناسب اثاثوں میں منصوبہ بندی اور سمجھداری سے سرمایہ کاری کرنا ضروری ہے، تاکہ مستقبل میں پیدا ہونے والی مختلف ضروریات کو پورا کیا جا سکے۔

4. ذاتی ضروریات

اگر ہم زندگی کے اُن مراحل کو دیکھیں جن پر اوپر بات کی گئی ہے تو ہم دیکھیں گے کہ تین طرح کی ضروریات پیدا ہو سکتی ہیں۔ یہ تین قسم کی مالیاتی مصنوعات کو جنم دیتے ہیں۔

a) مستقبل کے لین دین کو فعال کریں

ضروریات کا پہلا مجموعہ متوقع اخراجات کی ایک سیریز کو پورا کرنے کے لیے فنڈز سے پیدا ہوتا ہے جن کی زندگی کے دورانیہ کے مختلف مراحل میں توقع ہے۔ اس طرح کے تقاضوں کی دو قسمیں ہیں:

i. خصوصی لین دین کے تقاضے میں ضروریات

جو زندگی کے خاص واقعات سے وابستہ ہیں، جن کے لیے وسائل کی وابستگی ضروری ہے۔ مثال کے طور پر، انحصار کرنے والوں کی تعلیم/شادی یا مکان خریدنا یا پائیدار اشیائے ضروریہ خریدنا۔

ii. عام لین دین کے تقاضے: وہ رقمیں جو موجودہ اخراجات سے الگ رکھی گئی ہیں، بغیر کسی خاص مقصد کے لیے مختص کیے گئے ہیں - یہ عام طور پر "مستقبل کی دفعات" کے نام سے جانے جاتے ہیں۔

b) ہنگامی ضروریات کو پورا کرنا

واقعات زندگی میں ایسے غیر متوقع واقعات ہوتے ہیں جن کے لیے بھاری رقم درکار ہوتی ہے۔ ان کو موجودہ آمدنی سے پورا نہیں کیا جا سکتا اور اس کے لیے پہلے سے فنڈ ریزنگ کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان میں سے کچھ واقعات، جیسے موت اور معذوری یا بے روزگاری، آمدنی میں کمی کے نتیجے میں۔ آگ لگنے جیسے دیگر واقعات میں رقم کا نقصان ہو سکتا ہے۔

ایسی ضروریات انشورنس کے ذریعے پوری کی جا سکتی ہیں، اگر ان کے ہونے کا امکان کم ہو لیکن لاگت زیادہ ہو۔ متبادل طور پر، بڑی مقدار میں اثاثے جنہیں نقدی میں تبدیل کیا جا سکتا ہے، ریزرو کے طور پر الگ رکھا جاسکتا ہے۔

c) دولت کا ذخیرہ

جمع کرنے کا مقصد دولت جمع کرنے اور منڈی کے سازگار مواقع سے فائدہ اٹھانے کے لیے سرمایہ کاری کرنے کے لیے کسی شخص کی رضامندی سے مراد ہے۔ کچھ سرمایہ کاری کرتے وقت محتاط انداز اختیار کر سکتے ہیں، جبکہ دوسرے زیادہ آمدنی حاصل کرنے کے لیے زیادہ خطرہ مول لینے کو تیار ہیں۔ زیادہ آمدنی حاصل کرنے کی خواہش اس لیے پیدا ہوتی ہے کیونکہ اس سے شخص کی دولت یا خالص مالیت میں تیزی سے اضافہ ہوتا ہے۔ دولت کا تعلق خود انحصاری، کاروبار، طاقت اور اثر و رسوخ سے ہے۔

5. مالیاتی مصنوعات

مندرجہ بالا ضروریات کے مطابق، مالیاتی منڈی میں تین قسم کی مصنوعات ہیں:

لین دین کی مصنوعات	بینک ڈپازٹس اور بچت کے دوسرے آلات جو ایک شخص کو صحیح وقت اور صحیح رقم میں کافی قوت خرید (نقد) حاصل کرنے کے قابل بناتے ہیں۔
ہنگامی مصنوعات، جیسے انشورنس	یہ بڑے نقصانات سے تحفظ فراہم کرتے ہیں جو اچانک غیر متوقع واقعات کی وجہ سے ہو سکتے ہیں۔
پیسے کی بچت کی مصنوعات	اسٹاک اور زیادہ آمدنی والے بانڈز یا رئیل اسٹیٹ ایسی مصنوعات کی مثالیں ہیں۔ یہاں سرمایہ کاری اس مقصد کے ساتھ کی جاتی ہے کہ زیادہ پیسہ کمانے کے لیے پیسہ لگایا جائے۔

ایک شخص کو عام طور پر مندرجہ بالا تمام ضروریات کا مرکب ہونا چاہئے؛ لہذا، اسے تینوں قسم کی مصنوعات کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ مختصراً یہ کہا جا سکتا ہے:

i. بچت کی ضروریات - نقدی کی ضروریات کے لیے

ii. بیمہ درکار ہے – غیر یقینی صورتحال کے لیے

iii. سرمایہ کاری کی ضرورت ہے - دولت جمع کرنے کے لیے

6. جوکھم پروفائل اور سرمایہ کاری

جیسا کہ فرد زندگی کے مختلف مراحل سے گزرتا ہے؛ جوں جوں وہ کمانے والے سے درمیانی عمر کی طرف بڑھتا ہے، پھر اپنی کام کی زندگی کے آخری سالوں میں، اس کا جوکھم پروفائل یا جوکھم لینے کا طریقہ بھی تبدیل ہوتا جاتا ہے۔

جب کوئی شخص جوان ہوتا ہے تو وہ کافی جارحانہ اور زیادہ سے زیادہ دولت جمع کرنے کے معاملے میں خطرات مول لینے کے لیے تیار ہو سکتا ہے۔ تاہم، عمر کے ساتھ، وہ سرمایہ کاری کے بارے میں سمجھدار اور محتاط ہو جاتا ہے۔ اب وہ اپنی سرمایہ کاری کو محفوظ اور درست بنانے کی فکر میں رہتا ہے۔

آخر کار، جیسے جیسے کوئی ریٹائرمنٹ کے قریب آتا ہے، وہ اور زیادہ محتاط ہو جاتا ہے۔ اب اس کی توجہ ایک کارپس بنانے پر ہے تاکہ وہ اپنے ریٹائرمنٹ کے بعد کے اخراجات پورے کر سکے۔ وہ اپنے بچوں کے لیے چندہ دینے، خیراتی کاموں میں تحائف دینے وغیرہ کے بارے میں بھی سوچ سکتا ہے۔

جوکھم پروفائل کے ساتھ رفتار برقرار رکھنے کے لیے سرمایہ کاری کا انداز بھی مختلف ہوتا ہے۔ یہ ذیل میں دکھایا گیا ہے:

شکل 3: جوکھم پروفائل اور سرمایہ کاری کا انداز

جوکھم پروفائل

سرمایہ کاری کا انداز

اپنے آپ کو چیک کریں 1

ان میں سے کون سا آپشن غیر متوقع واقعات کے خلاف خصوصی تحفظ فراہم کرتا ہے؟

I. انشورنس

II. لین دین کی مصنوعات جیسے بینک فکسڈ ڈپازٹ

III. بانٹیں

IV. ڈیبینچرز

B. مالیاتی منصوبہ بندی کا کردار

1. معاشی منصوبہ بندی

مالی منصوبہ بندی کلائنٹ/کلائنٹ کی موجودہ اور مستقبل کی ضروریات کے ساتھ ساتھ اس کے رسک پروفائل اور آمدنی کا بغور جائزہ لینے کا عمل ہے، تاکہ مناسب مالیاتی مصنوعات کی سفارش کرکے مختلف متوقع/غیر متوقع ضروریات کو پورا کرنے کے لیے ایک روڈ میپ تیار کیا جا سکے۔

مالی منصوبہ بندی کے عناصر میں شامل ہیں:

- ✓ سرمایہ کاری - آپ کے جوکھم کی بھوک کی بنیاد پر اثاثوں کی الاٹمنٹ،
- ✓ جوکھم مینجمنٹ،
- ✓ ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی،
- ✓ ٹیکس اور اسٹیٹ پلاننگ، اور
- ✓ آپ کی ضروریات کی مالی اعانت

مختصراً، مالیاتی منصوبہ بندی میں 360 ڈگری کی منصوبہ بندی کرنا شامل ہے۔

شکل 4: مالیاتی منصوبہ بندی کے عناصر

2. مالیاتی منصوبہ بندی کا کردار

مالیاتی منصوبہ بندی کوئی نیا موضوع نہیں ہے۔ اسے ہمارے آباؤ اجداد نے آسانی سے اپنایا تھا۔ اس وقت سرمایہ کاری کے محدود اختیارات تھے۔ چند دہائیاں پہلے بہت سے لوگ ایکویٹی (شیئر) کو جوئے/قیاس کے برابر سمجھتے تھے۔ بچت زیادہ تر بینک ڈپازٹس، پوسٹل سیونگ اسکیموں اور مقررہ آمدنی کے دیگر آلات میں رکھی جاتی تھی۔ آج ہمارے معاشرے اور ہمارے صارفین کو درپیش چیلنجز مختلف ہیں۔ ان میں سے کچھ درج ذیل ہیں:

i. مشترکہ خاندان کا ٹوٹنا

انفرادی خاندان کا راستہ مشترکہ خاندان سے لیا گیا ہے جو صرف باپ، ماں اور بچوں پر مشتمل ہے۔ اس خاندان کے سربراہ اور کمانے والے فرد کو اپنی اور اپنے خاندان کی دیکھ بھال کی ذمہ داری اٹھانی پڑتی ہے۔ اس کے لیے مناسب منصوبہ بندی اور پیشہ ور مالیاتی منصوبہ ساز کے مشورے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

ii. متعدد سرمایہ کاری کے اختیارات

دولت جمع کرنے کے لیے آج سرمایہ کاری کے بہت سے اوزار دستیاب ہیں۔ ہر آپشن خطرے اور واپسی کی مختلف سطح پیش کرتا ہے۔ مالی اہداف کو حاصل کرنے کے لیے، کسی کو سمجھداری کے ساتھ صحیح آپشن کا انتخاب کرنے کی ضرورت ہے اور اس کی خطرے کی بھوک کی بنیاد پر سرمایہ کاری کا صحیح فیصلہ کرنا ہوگا۔ مالیاتی منصوبہ بندی اثاثوں کی تقسیم میں مدد کر سکتی ہے۔

iii. طرز زندگی میں تبدیلی

فوری خوشی آج کی ضرورت بن گئی ہے۔ لوگ جدید ترین موبائل فون، کار، بڑا گھر، ایک نامور کلب کی رکنیت وغیرہ کے خواہشمند ہیں۔ ان ضروریات کو پورا کرنے کے لیے، لوگ اکثر بہت زیادہ قرض لیتے ہیں اور اپنی زندگی کا ایک بڑا حصہ قرض کی ادائیگی میں صرف کرتے ہیں، جس سے بچت کے لیے بہت کم گنجائش باقی رہ جاتی ہے۔ مالی منصوبہ بندی آپ کے اخراجات کی منصوبہ بندی کرنے میں مدد کرتی ہے تاکہ وقت کے ساتھ ساتھ آپ کے معیار زندگی کو بلند کرتے ہوئے آپ کے معیار زندگی کو برقرار رکھا جاسکے۔

iv. مہنگائی

افراط زر کی شرح ایک مدت کے دوران معیشت میں اشیاء اور خدمات کی قیمتوں کی عمومی سطح میں اضافہ ہے۔ اس کی وجہ سے پیسے کی قدر گرتی ہے۔ نتیجے کے طور پر، پیسے کی قوت خرید کم ہو جاتی ہے۔ ریٹائرمنٹ کے بعد مہنگائی تباہی لا سکتی ہے۔ مالی منصوبہ بندی اس بات کو یقینی بنانے میں مدد کر سکتی ہے کہ کوئی شخص افراط زر کی شرح سے لڑنے کے لیے کتنا تیار ہے، خاص طور پر زندگی کے آخری سالوں میں منگائی سے لڑنے کے لیے تیار ہے۔

v. دیگر ہنگامی حالات اور ضروریات

مالی منصوبہ بندی لوگوں کو بہت سی دوسری ضروریات اور چیلنجوں کو پورا کرنے کے قابل بناتی ہے، جیسے کہ طبی ہنگامی صورتحال اور ٹیکس کی ذمہ داریاں۔ اس شخص کو یہ بھی یقینی بنانا ہوگا کہ اس کے غیر منقولہ اثاثے بشمول اس کی دولت اور جائیداد اس کی موت کے بعد اس کے پیاروں کو آسانی سے منتقل کردی جائے۔ اس کے علاوہ دیگر ضروریات بھی ہیں، جیسے کہ صدقہ کرنے کی ضرورت یا اپنی زندگی کے دوران اور بعد میں کچھ سماجی اور مذہبی ذمہ داریوں کو پورا کرنا۔ مالی منصوبہ بندی ان تمام اہداف کو حاصل کرنے کا ذریعہ ہے۔

3. مالی منصوبہ بندی شروع کرنے کا صحیح وقت کب ہے؟

مالی منصوبہ بندی صرف امیر ہونے کے بارے میں نہیں ہے۔ درحقیقت منصوبہ بندی اسی وقت شروع ہونی چاہیئے جب انسان کو اس کی پہلی تنخواہ ملے۔ یہ بتانے کے لیے کوئی محرک نقطہ نہیں ہے کہ کسی کو سرمایہ کاری کب شروع کرنی چاہیے۔

تاہم، ایک اہم اصول یہ ہے - ہماری سرمایہ کاری کا ٹائم فریم جتنا لمبا ہوگا، اتنا ہی زیادہ منافع ہوگا۔

اس لیے سرمایہ کاری جلد از جلد شروع کی جانی چاہیے۔ تب اس شخص کو سرمایہ کاری سے وقت کا زیادہ سے زیادہ فائدہ ملے گا۔ ایک بار پھر، منصوبہ بندی صرف امیروں کے لیے نہیں ہے۔ یہ سب کے لیے ہے۔ اپنے مالی اہداف کو حاصل کرنے کے لیے، کسی کو نظم و ضبط کا انداز اپنانا چاہیے۔ مالیاتی منصوبہ بندی کا غیر منصوبہ بند اور جارحانہ انداز عوام کے مالی بحران کی بڑی وجہ ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مالی منصوبہ بندی شروع کرنے کا بہترین وقت کون سا ہے؟

I. ریٹائرمنٹ کے بعد

II. جیسے ہی آپ کو اپنی پہلی تنخواہ ملتی ہے۔

III. شادی کے بعد

IV. صرف امیر بننے کے بعد

C. مالی منصوبہ بندی - اقسام

آئیے اب مالی منصوبہ بندی کی مختلف قسم کی مشقوں کو دیکھتے ہیں جو ایک فرد کو کرنا پڑ سکتا ہیں۔

شکل 5: فنانشل پلاننگ ایڈوائزری سروسز

مختلف مشاورتی خدمات پر غور کریں جو فراہم کی جا سکتی ہیں۔ چھ علاقے ہیں جن پر غور کیا جاتا ہے:

- ✓ نقد منصوبہ بندی
- ✓ سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی
- ✓ انشورنس پلاننگ
- ✓ ریٹائرمنٹ پلاننگ
- ✓ ریل اسٹیٹ کی منصوبہ بندی
- ✓ انکم ٹیکس پلاننگ

1. نقد پلاننگ

کیش فلو کو منظم کرنے کے دو مقاصد ہیں۔

i. آمدنی اور اخراجات کے بہاؤ کو منظم کرنا، بشمول مائع اثاثوں کا ذخیرہ بنانا اور برقرار رکھنا جسے غیر متوقع ضروریات کو پورا کرنے کے لیے نقد میں تبدیل کیا جا سکتا ہے۔

ii. نظامی طور پر سرمایہ کاری کے لیے اضافی نقد رقم کی تخلیق اور اسے برقرار رکھنا۔

نقدی کی منصوبہ بندی میں کئی مراحل شامل ہیں۔ کسی کو بجٹ تیار کرنا چاہیے اور اپنی آمدنی کے اخراجات کے بہاؤ کا تجزیہ کرنا چاہیے تاکہ یہ معلوم ہو سکے کہ کون سے باقاعدہ اور یک وقتی اخراجات کیے گئے ہیں۔ جہاں مقررہ اخراجات کو آسانی سے کنٹرول نہیں کیا جا سکتا، متغیر اخراجات کو موخر، منظم اور کم کیا جا سکتا ہے۔ اگلا مرحلہ مستقبل کی ماہانہ آمدنی اور سال بھر کے اخراجات کی پیشن گوئی کرنا اور ان نقد بہاؤ کو منظم کرنے کے لیے ایک منصوبہ بنانا ہے۔

نقد منصوبہ بندی کے عمل کا دوسرا حصہ صوابدیدی آمدنی بڑھانے کے لیے حکمت عملی وضع کرنا ہے۔

مثال

کوئی اپنے بقایا قرضوں کی تشکیل نو کر سکتا ہے۔

کوئی کریڈٹ کارڈ کے بقایا قرضوں کو اکٹھا کر سکتا ہے اور اسے کم سود والے بینک قرضوں کے ذریعے واپس کر سکتا ہے۔

کوئی بھی اپنی سرمایہ کاری سے زیادہ آمدنی حاصل کرنے کے لیے اسے دوبارہ مختص کر سکتا ہے۔

---

2. انشورنس کی منصوبہ بندی

کچھ لوگ ایسے جوکھموں سے دوچار ہوتے ہیں جو انہیں اپنے ذاتی مالی مقاصد کے حصول سے دور رکھ سکتے ہیں۔ انشورنس پلاننگ میں ایسے جوکھموں کے خلاف مناسب بیمہ فراہم کرنے کے لیے ایک ایکشن پلان بنانا شامل ہے۔

یہاں انشورنس کی اُس مقدار کا اندازہ لگانا ہوتا ہے جس کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ، یہ معلوم کرنا ہوگا کہ کونسی قسم کی پالیسی سب سے زیادہ موزوں ہے۔

i. کمانے والے شخص کی بے وقت موت کی صورت میں انحصار کرنے والوں کی آمدنی اور اخراجات کی ضروریات کا اندازہ لگا کر لائف انشورنس کا فیصلہ لیا جا سکتا ہے۔

ii. ہیلتھ انشورنس کی ضروریات کا اندازہ ہسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کے لحاظ سے لگایا جا سکتا ہے جو کہ کسی طبی ایمرجنسی کی صورت میں خاندان کو اٹھانا پڑ سکتا ہے۔

a) آخر میں، آپ کی جائیدادوں کا بیمہ کروانے کے فیصلے پر آپ کے گھر/گاڑی/فیکٹری وغیرہ کو نقصانات کے جوکھم سے بچانے کے لیے درکار کور کی قسم اور مقدار کے لحاظ سے غور کیا جا سکتا ہے۔

3. سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی

سرمایہ کاری کا کوئی صحیح طریقہ نہیں ہے۔ سرمایہ کاری کا طریقہ مختلف لوگوں کے لیے مختلف ہوگا۔سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی کسی فرد کی خطرے کی بھوک، مالی اہداف اور ان اہداف کو پورا کرنے میں لگنے والے وقت کی بنیاد پر موزوں ترین سرمایہ کاری اور اثاثہ مختص کرنے کی حکمت عملیوں کا تعین کرنے کا عمل ہے۔

a) سرمایہ کاری کے پیرامیٹرز

شکل 6 : سرمایہ کاری کے پیرامیٹرز

یہاں پہلا قدم سرمایہ کاری کے کچھ پیرامیٹرز کی وضاحت کرنا ہے۔ ان میں شامل ہیں:

i. **واپسی/آمدنی:** سرمایہ کاری پر واپسی اکثر سب سے اہم پیرامیٹر ہوتا ہے جس پر لوگ اپنی رقم کی سرمایہ کاری کرتے وقت غور کرتے ہیں۔ واپسی کی شرح اس بات کا تعین کرتی ہے کہ سرمایہ کاری سے وقت کے ساتھ ساتھ کسی فرد کی دولت کتنی تیزی سے بڑھے گی۔ ریٹرن کے کردار کا اندازہ اس وقت لگایا جا سکتا ہے جب کوئی 'مرکب سود کی طاقت' پر غور کرے۔ مثال کے طور پر، اگر آج 1000 روپے کی رقم 8 فیصد شرح سود پر لگائی جائے، تو پانچ سال بعد یہ 1469 روپے ہو جائے گی۔ 10 سال کے اختتام پر، یہ دگنی سے زیادہ ہو کر 2159 روپے ہو جائے گا۔ آمدنی کی یہ توقع، جو دولت کو جمع کرنے میں مدد دیتی ہے، سرمایہ کاری کے بنیادی مقاصد میں سے ایک ہے۔ ایک ہی وقت میں، یہ یاد رکھنا چاہئے کہ واپسی کی زیادہ شرح عام طور پر خطرے کی اعلی سطح سے منسلک ہوسکتی ہے۔ واپسی اور جوکھم کے درمیان توازن برقرار رکھنا چاہیے۔ یہ اس شخص کی خطرے کی برداشت پر منحصر ہے۔

ii. **جوکھم کی رواداری (رسک ٹولرنس):** یہ اس بات کا پیمانہ ہے کہ کوئی شخص سرمایہ کاری کرنے کے لیے کتنا جوکھم مول لینے کو تیار ہے۔

iii. **وقت کی حد:** یہ مالی مقصد حاصل کرنے کے لیے دستیاب وقت کی مقدار ہے۔ مدت جتنی لمبی ہوگی، قلیل مدتی ذمہ داریوں کی فکر اتنی ہی کم ہوگی۔ طویل مدت میں، کوئی کم مائع اثاثوں میں سرمایہ کاری کر سکتا ہے جو زیادہ منافع دے سکتا ہے۔

iv. **نقدی (لیکویڈیٹی):** وہ لوگ جن کی سرمایہ کاری کی محدود صلاحیت ہے یا آمدن اور اخراجات کا غیر یقینی بہاؤ ہے یا وہ لوگ جو کسی بھی ذاتی یا کاروباری اخراجات کو پورا کرنے کے لیے سرمایہ کاری کرتے ہیں، نقد کے بارے میں فکر مند رہتے ہیں۔ اِس سے مراد قیمت

کے نقصان کے بغیر سرمایہ کاری کو نقد میں تبدیل کرنے کی صلاحیت ہے۔

v. **فروخت کی اہلیت:** ایک اثاثہ کتنی آسانی سے بیچا یا خریدا جا سکتا ہے۔

vi. **تنوع:** جس حد تک کوئی شخص تنوع (مختلف مقامات پر سرمایہ کاری) کرنا چاہتا ہے یا جوکھم کو کم کرنے کے لیے اسے متعدد سروں میں پھیلانا چاہتا ہے۔

vii. **ٹیکس:** بہت سی سرمایہ کاری انکم ٹیکس کے کچھ فوائد پیش کرتی ہے۔ کوئی بھی مختلف سرمایہ کاری میں بعد از ٹیکس ریٹرن پر غور کر سکتا ہے۔

b) سرمایہ کاری کے صحیح مواقع کا انتخاب

اگلا مرحلہ مندرجہ بالا پیرامیٹرز کی بنیاد پر مناسب سرمایہ کاری کے راستوں کا انتخاب کرنا ہے۔ اصل انتخاب کا انحصار واپسی اور خطرے سے متعلق فرد کی توقعات پر ہوگا۔

ہندوستان میں بہت ساری مصنوعات ہیں جن پر سرمایہ کاری کے مقاصد کے لیے غور کیا جا سکتا ہے۔ یہ شامل ہیں:

- ✓ بینک/کارپوریٹ فکسڈ ڈپازٹ،
- ✓ ڈاک گھر کی چھوٹی بچت کی اسکیمیں،
- ✓ شیئرز کے عوامی پیشکش،
- ✓ ڈیبینچرز یا دیگر سیکیورٹیز،
- ✓ میوچل فنڈز
- ✓ لائف انشورنس کمپنیوں کی طرف سے جاری کردہ یونٹ سے منسلک پالیسیاں وغیرہ۔

4. ریٹائرمنٹ پلاننگ

یہ رقم کی مقدار کا تعین کرنے کا عمل ہے جو کسی شخص کو ریٹائرمنٹ کے بعد اپنی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے درکار ہے۔ نیز، ان ضروریات کو پورا کرنے کے لیے ریٹائرمنٹ کے مختلف اختیارات پر بھی غور کیا جاتا ہے۔ ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی میں تین مراحل شامل ہیں:

a) جمع: اس مقصد کے ساتھ سرمایہ کاری کے لیے فنڈز مختص کرنے کی مختلف حکمت عملیوں کے ذریعے فنڈ جمع کیا جاتا ہے۔

b) تحفظ: تحفظ سے مراد یہ یقینی بنانے کی کوششیں ہیں کہ کسی فرد کی سرمایہ کاری کو آمدنی پیدا کرنے کے لیے استعمال کیا جائے اور یہ کہ فرد کے کام کے سالوں کے دوران پرنسپل میں مسلسل اضافہ ہوتا رہے۔

c) تقسیم: تقسیم کا مطلب ہے کارپس یا پرنسپل کو ریٹائرمنٹ کے بعد آمدنی کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے نکالنے/سالانہ ادائیگیوں میں تبدیل کرنا ۔

5. جائیداد کی منصوبہ بندی(اسٹیٹ پلاننگ)

یہ ایک اسکیم ہے کہ کسی شخص کی غیر منقولہ جائیداد کو اس کی موت کے بعد منتقل کیا جائے یا اسے اس کے ورثاء کے حوالے کیا جائے۔ اس کے لیے کئی طریقہ کار ہیں، جیسے نامزدگی اور تفویض یا وصیت کی تیاری۔ بنیادی خیال اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ کسی شخص کی موت کے بعد، اس کی جائیداد اور اثاثے آسانی سے تقسیم ہوں اور/یا اس کی خواہش کے مطابق استعمال ہوں۔

6. ٹیکس کی منصوبہ بندی (ٹیکس پلاننگ)

ٹیکس کی منصوبہ بندی یہ معلوم کرنے کے لیے کی جاتی ہے کہ موجودہ ٹیکس قانون سے زیادہ سے زیادہ فائدہ کیسے حاصل کیا جائے۔ ساتھ ہی یہ بھی دریافت کیا جاتا ہے کہ ٹیکس کی چھوٹ کا بھرپور فائدہ اٹھاتے ہوئے آمدنی، اخراجات اور سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی کیسے کی جائے۔ ہندوستانی ٹیکس قوانین کے مطابق، کسی فرد کی طرف سے اپنی جان پر، اس کی شریک حیات اور بچوں کی زندگی پر لی گئی لائف انشورنس پالیسی پر ادا کیا جانے والا لائف انشورنس پریمیم قابل ٹیکس آمدنی کے حساب سے انکم ٹیکس ایکٹ کے سیکشن C80 کے تحت کٹوتی کا اہل ہے۔ فی الحال، یہ کٹوتی شرائط کے ساتھ 1,50,000 روپے تک درست ہے۔ ایسی پالیسیوں کی میچورٹی پروسیڈز (بیمہ شدہ رقم اور بونس) بھی سیکشن 10(D10) کے تحت مستثنیٰ ہیں۔ اسی طرح، وصول کنندہ کے ہاتھ میں ملنے والی موت کے دعوے کی رقم بھی انکم ٹیکس سے مستثنیٰ ہے۔ واضح رہے کہ یہاں مقصد ٹیکس کو کم کرنا ہے، اس سے بچنا نہیں۔

لائف انشورنس ایجنٹس کو اکثر اپنے کلائنٹس/کلائنٹس اور ممکنہ کلائنٹس کی نہ صرف ان کی انشورنس کی ضروریات پوری کرنے میں بلکہ ان کی دیگر مالی ضروریات کو پورا کرنے میں بھی مدد کرنے کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ مالی منصوبہ بندی کا اچھا علم کسی بھی انشورنس ایجنٹ کے لیے بہت مددگار ثابت ہوگا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

مندرجہ ذیل میں سے کون سا ٹیکس پلاننگ کا مقصد نہیں ہے؟

I. ٹیکس کا زیادہ سے زیادہ فائدہ

II. محتاط سرمایہ کاری کے نتیجے میں ٹیکس کے بوجھ میں کمی

III. ٹیکس سے بچنا

IV. ٹیکس بریک کا پورا فائدہ اٹھانا

خلاصہ

- مالی منصوبہ بندی ایک عمل ہے:
  - ✓ اپنی زندگی کے مقاصد کی پہچان کرنا ,
  - ✓ ان شناخت شدہ مقاصد کو مالی مقاصد میں تبدیل کرنا۔
  - ✓ اپنے پیسوں کا انتظام اس طرح سے کرنا تاکہ اُن مقاصد کو پورا کرنے میں مدد مل سکے۔

- فرد کی زندگی کے چکر کے لحاظ سے تین قسم کی مالی مصنوعات کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ مصنوعات اس میں مدد کرتی ہیں:
  - ✓ مستقبل کے لین دین کو فعال کرنا،
  - ✓ ہنگامی ضروریات کو پورا کرنا اور
  - ✓ دولت جمع کرنا
- سماجی تبدیلیوں کی وجہ سے مالیاتی منصوبہ بندی کی ضرورت بڑھ گئی ہے جیسے مشترکہ خاندان کا ٹوٹنا، سرمایہ کاری کے متعدد اختیارات دستیاب ہیں اور طرز زندگی میں تبدیلی وغیرہ۔
- مالی منصوبہ بندی شروع کرنے کا بہترین وقت وہ ہوتا ہے جب کسی کو پہلی تنخواہ ملتی ہے۔
- مالی منصوبہ بندی کی مشاورتی خدمات میں شامل ہیں:
  - ✓ نقد منصوبہ بندی،
  - ✓ سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی،
  - ✓ انشورنس پلاننگ،
  - ✓ ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی،
  - ✓ اسٹیٹ پلاننگ اور
  - ✓ انکم ٹیکس پلاننگ

کلیدی اصطلاح

1. مالی منصوبہ بندی
2. زندگی کے مراحل
3. جوکھم پروفائل
4. نقدی منصوبہ بندی
5. سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی
6. بیمہ کی منصوبہ بندی
7. ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی
8. جائیداد کی منصوبہ بندی
9. مناسبیت کے بارے میں معلومات
10. انکم ٹیکس کی منصوبہ بندی

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن I ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔

باب L-03

زندگی کا بیمہ مصنوعات

باب کا تعارف

یہ باب آپ کو لائف انشورنس مصنوعات کی دنیا سے متعارف کراتا ہے۔ یہ عام مصنوعات کے بارے میں بحث کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ پھر، زندگی کی بیمہ مصنوعات کی ضرورت اور زندگی کے مختلف اہداف کو حاصل کرنے میں ان کے کردار پر تبادلہ خیال کیا جاتا ہے۔ آخر میں، ہم کچھ روایتی لائف انشورنس پروڈکٹس کو دیکھیں گے۔

قابل غور امور

A. لائف انشورنس مصنوعات کا جائزہ

B. روایتی لائف انشورنس مصنوعات

A. لائف انشورنس مصنوعات کا خاص جائزہ

1. مصنوعات کیا ہے؟

سب سے پہلے، آئیے یہ سمجھیں کہ 'پروڈکٹ' سے کیا مراد ہے۔ مقبول معنوں میں، مصنوعات کو عام طور پر ایک ایسی چیز یا سامان سمجھا جاتا ہے جو بازار میں خریدا اور فروخت کیا جا سکتا ہے۔

یہ سمجھنا ضروری ہے کہ ہر پروڈکٹ خصوصیات یا خصوصیات کا ایک بنڈل ہے جو مخصوص فوائد/ منافع فراہم کرتی ہے۔

تمام کمپنیاں اپنی مصنوعات کو صارفین کے لیے مزید پرکشش بنا کر اور انہیں مختلف خصوصیات اور فوائد فراہم کر کے اپنی مصنوعات کو دوسروں سے مختلف بنانے کی کوشش کرتی ہیں۔ لائف انشورنس ایجنٹ کا کردار ان خصوصیات اور فوائد کو سمجھنا اور سمجھانا ہے، تاکہ ان کی کمپنیوں کی مصنوعات کو دوسروں کے مقابلے میں منفرد اور پرکشش بنایا جا سکے۔

مثال

کولگیٹ، کلوز اپ اور پرومیس ٹوتھ پیسٹ کے مختلف برانڈز ہیں، لیکن ہر برانڈ کی خصوصیات مختلف ہیں۔

مصنوعات ہو سکتی ہیں:

i. ٹھوس (واضح): یہ ایسی مصنوعات ہیں جنہیں چھو کر براہ راست دیکھا یا محسوس کیا جا سکتا ہے (مثال کے طور پر، کار یا ٹیلی ویژن سیٹ)

ii. غیر مادی (بالواسطہ): یہ وہ مصنوعات ہیں جنہیں بالواسطہ طور پر سمجھا جا سکتا ہے۔

لائف انشورنس ایک غیر مادی (بالواسطہ) پروڈکٹ ہے۔

2. لائف انشورنس مصنوعات کا مقصد

انسانوں کے پاس ایک بہت قیمتی اثاثہ ہے – انسانی سرمایہ – جو ہماری تخلیقی کمائی کی صلاحیت کا ذریعہ ہے۔ تاہم زندگی اور انسانی صحت کے بارے میں غیر یقینی صورتحال برقرار ہے۔ موت اور بیماری جیسے واقعات ہماری کمائی کی صلاحیتوں اور زندگی بھر کی بچت کو ختم کر سکتے ہیں۔ انشورنس ایسے حالات کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے۔

زندگی کی انشورینس کی مصنوعات موت یا معذوری کی وجہ سے کسی فرد کی پیداواری صلاحیتوں کو اقتصادی قدر کے نقصان سے تحفظ فراہم کرتی ہیں۔ جیسے ہی کوئی شخص لائف انشورنس پالیسی لیتا ہے اور پہلا پریمیم ادا کرتا ہے، اس کے نام پر ایک فوری اثاثہ بن جاتا ہے اور اس سے حاصل ہونے والی رقم اس کے زیر کفالت افراد یا پیاروں کو دستیاب ہوتی ہے۔

لائف انشورنس غیر متوقع موت کی صورت میں کسی شخص کے قریبی رشتہ داروں کو ذہنی سکون اور تحفظ فراہم کرتا ہے۔ اس طرح کا تحفظ فراہم کرنے کے علاوہ، لائف انشورنس مارکیٹ کی دیگر ضروریات کو بھی پورا کرتا ہے جیسے کہ بچت، دولت جمع کرنا، سرمایہ کاری کی حفاظت اور تحفظ کے ساتھ ساتھ منافع کی مقررہ شرحیں، جن پر اس کورس میں بات نہیں کی گئی ہے۔

لائف انشورنس انڈسٹری نے پچھلی دو صدیوں کے دوران مصنوعات کی پیشکش کے لحاظ سے بہت سی جدتیں دیکھی ہیں۔ اس کی شروعات ڈیتھ بینیفٹ

پروڈکٹس سے ہوئی، لیکن وقت گزرنے کے ساتھ ساتھ انڈومنٹ، ڈس ایبلٹی بینیفٹ، خطرناک بیماری کور وغیرہ جیسے لائف فائدے کی مصنوعات شامل کیے گئے۔

حالیہ برسوں کی اہم اختراعات میں سے ایک مارکیٹ سے منسلک پالیسیوں کی تشکیل ہے، جہاں بیمہ دار کو اپنے سرمایہ کاری کے اثاثوں کا انتخاب اور انتظام کرنے کے لیے مدعو کیا جاتا ہے۔ دوسری بڑی جدت غیر بنڈل لچکدار مصنوعات کی ترقی تھی جس میں پالیسی ہولڈر بدلتی ضروریات، زندگی کے مراحل اور ان کی استطاعت کے مطابق مختلف فوائد کے ساتھ ساتھ لاگت کے اجزاء کو تبدیل کر سکتا ہے۔

3. موزوں معلومات

ایجنٹوں اور بروکرز کے ساتھ ساتھ انشورنس ثالثوں کو زیادہ جوابدہ بنانے اور انشورنس کی غلط فروخت کو کم کرنے کے لیے، IRDAI نے 'مصنوعات کی مناسبیت' کا تصور بنایا ہے۔'مناسب معلومات' تجویز کنندہ کی عمر، آمدنی، خاندانی حیثیت، زندگی کا مرحلہ، مالی اور خاندانی اہداف، سرمایہ کاری کے مقاصد، پہلے سے موجود بیمہ پورٹ فولیو وغیرہ سے متعلق معلومات ہے۔ یعنی، کسی گاہک/کلائنٹ کو انشورنس پالیسی فروخت کرنے سے پہلے، ایجنٹ کو گاہک/کلائنٹ کی ضروریات کے مطابق پروڈکٹ کی مناسبیت کا جواز پیش کرنے کے قابل ہونا چاہیے۔

دوسرے لفظوں میں، ایجنٹ مخصوص تجویز کنندہ کے رسک پروفائل - عمر، آمدنی، خاندانی حیثیت، زندگی کا مرحلہ، مالی اور خاندانی اہداف، سرمایہ کاری کے مقاصد، پہلے سے موجود بیمہ پورٹ فولیو وغیرہ کو یہ فیصلہ کرنے کے لیے غور کرتا ہے کہ آیا پروڈکٹ موزوں ہے یا نہیں۔ اس حرکت کرنے والے کے لیے۔ پروڈکٹ کی نوعیت، پریمیم کی رقم، پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ اور پالیسی کی مدت کے ساتھ ساتھ پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ بھی 'مؤزیت' کے پیرامیٹر کا حصہ بنتا ہے۔

IRDAI لازمی قرار دیتا ہے کہ جمع کی گئی مناسب معلومات پر تجویز کنندہ اور ایجنٹ کے دستخط ہونا ضروری ہے۔ اسے پالیسی ریکارڈ کے حصے کے طور پر انشورنس کمپنی کے پاس محفوظ رکھا جانا چاہیے اور اتھارٹی کے ذریعے جانچ کے لیے دستیاب کرایا جانا چاہیے۔

4. لائف انشورنس مصنوعات میں رائڈر

ایک رائڈر عام طور پر ایک توثیق کے ذریعے شامل کی گئی فراہمی ہے، جو انشورنس کا حصہ بنتی ہے۔ رائیڈرز کو عام طور پر اضافی فوائد فراہم کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے، جیسے کہ حادثات کی وجہ سے پالیسی میں دستیاب موت کے فوائد کی مقدار میں اضافہ۔ لائف انشورنس کمپنیاں مختلف قسم کے سواروں کی پیشکش کرتی ہیں، جو ان کی پیشکش کی قدر میں اضافہ کرتی ہیں۔ رائیڈرز ایک فرد کو اس کی پسند کے مطابق ایک ہی پلان میں مختلف ضروریات کو یکجا کرنے میں مدد کرتے ہیں۔

رائڈرز عام لائف انشورنس کنٹریکٹ میں اضافی فوائد کے طور پر معذوری کور، ایکسیڈنٹ کور اور کریٹیکل بیماری کور جیسے فوائد فراہم کرتے ہیں۔ پالیسی ہولڈرز اضافی پریمیم ادا کر کے ان سے فائدہ اٹھا سکتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا غیر محسوس (بالواسطہ) مصنوعات ہے؟

I. کار

II. مکان

III. زندگی کا بیمہ

IV. صابن

B. روایتی زندگی کی انشورنس مصنوعات

اب ہم زندگی کی بیمہ مصنوعات کی کچھ روایتی اقسام کے بارے میں جانیں گے۔

شکل 1: روایتی لائف انشورنس مصنوعات

1. مدتی بیمہ کے منصوبے

ٹرم انشورنس ایک معاہدہ ہے جو صرف ایک مخصوص مدت کے لیے درست ہے۔ یہ ہوائی سفر کو پورا کرنے کے لیے درکار مختصر مدت سے لے کر کئی سالوں تک کا ہو سکتا ہے۔ تحفظ 65 سے 70 سال تک ہوسکتا ہے۔ ایک سال کی مدت کی پالیسیاں جائیداد اور حادثاتی بیمہ کے معاہدوں سے بہت ملتی جلتی ہیں۔ اس پالیسی میں کوئی بچت یا نقد قیمت کا عنصر نہیں ہے۔

اکتوبر 2020 میں، IRDAI نے ایک معیاری انفرادی ٹرم لائف انشورنس پروڈکٹ متعارف کرایا جسے "سرل جیون بیمہ" کہا جاتا ہے (جس میں پروڈکٹ کے نام سے پہلے انشورنس کمپنی کا نام شامل کیا جاتا ہے)؛ یہ ایک غیر منسلک غیر شریک انفرادی خالص رسک پریمیم لائف انشورنس پلان ہے، جو پالیسی کی مدت کے دوران بیمہ شدہ زندگی کی غیر وقتی موت کی صورت میں نامزد شخص کو بیمہ کی رقم کی ادائیگی کے طور پر ایک یکمشت رقم فراہم کرتا ہے۔

ریگولیٹر کی طرف سے تجویز کردہ کچھ فوائد اور رائڈر کے علاوہ، کسی دوسرے رائیڈرز/فوائد/ اختیارات/ویرینٹس کو پیش کرنے کی اجازت نہیں ہے۔ مزید برآں، خودکشی کے اخراج کے علاوہ، پروڈکٹ کے تحت کوئی اور استثنیٰ نہیں ہوگا۔ سرل لائف انشورنس جنس، رہائش کی جگہ، سفر، پیشہ یا افراد کی تعلیمی قابلیت پر کسی پابندی کے بغیر فراہم کی جائے گی۔

a) مقصد

ٹرم لائف انشورنس پلان لائف انشورنس کے پیچھے بنیادی اور بنیادی مقصد کو پورا کرتا ہے، جو بیمہ شدہ کی موت پر انحصار کرنے والوں کو ایک وعدہ شدہ رقم فراہم کرنا ہے۔

یہ پالیسی آمدنی کے متبادل منصوبے کے طور پر بھی کام کرتی ہے۔ یہاں ماہانہ، سہ ماہی یا اسی طرح کی متواتر ادائیگیوں کے سلسلے کے بجائے، انحصار کرنے والوں کو یکمشت رقم ادا کی جاتی ہے۔

b) معذوری

عام طور پر ٹرم انشورنس پالیسی صرف موت کا احاطہ کرتی ہے۔ تاہم، ڈس ایبلٹی پروٹیکشن رائڈر کو مین پالیسی پر خریدا جا سکتا ہے۔ ایسی صورت میں، اگر بیمہ کنندہ کو معاہدہ کی مدت کے دوران کسی مخصوص معذوری کا سامنا کرنا پڑتا ہے، تو معذوری کا فائدہ فائدہ اٹھانے والوں/بیمہ شدہ کو ادا کیا جائے گا۔ یہ فوائد بیمہ شدہ کی موت تک ملتے رہیں گے۔

شکل 2: معذوری۔

c) رائڈر کی شکل میں ٹرم انشورنس

ٹرم لائف انشورنس کے تحت تحفظ عام طور پر الگ پالیسی کے طور پر فراہم کیا جاتا ہے، لیکن پالیسی میں رائڈر کے ذریعے بھی فراہم کیا جا سکتا ہے۔

مثال

پنشن پلان کا رائیڈر اس وقت موت کا فائدہ فراہم کرتا ہے جب پنشن کے آغاز کی تاریخ سے پہلے کسی شخص کی موت ہو جاتی ہے۔

d) تبدیلی

متغیر ٹرم انشورنس پالیسیاں پالیسی ہولڈر کو ٹرم انشورنس پالیسی کو مستقل پلان جیسے "لائف انشورنس" میں تبدیل کرنے یا تبدیل کرنے کی اجازت دیتی ہیں، جہاں بیمہ کے نئے ثبوت کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ یہ استحقاق ان لوگوں کی مدد کرتا ہے جو مستقل کیش ویلیو انشورنس لینا چاہتے ہیں لیکن زیادہ پریمیم برداشت کرنے سے قاصر ہیں۔ جب ٹرم انشورنس پالیسی کو مستقل انشورنس پالیسی میں تبدیل کیا جاتا ہے تو پریمیم کی نئی شرح زیادہ ہوتی ہے۔

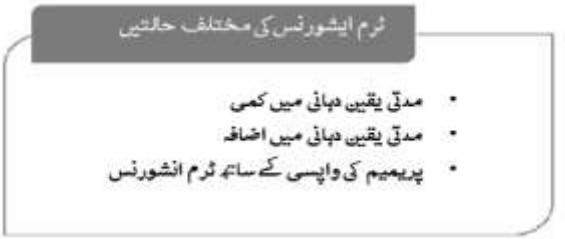
e) **منفرد فروخت کی تجویز (USP)**

ٹرم انشورنس کی منفرد فروخت کی تجویز (USP) اس کی اقتصادی شکل ہے، جو کسی کو محدود بجٹ کے اندر مطلوبہ بڑی مقدار میں لائف انشورنس خریدنے کے قابل بناتی ہے۔

f) **متغیر**

ٹرم انشورنس کی بہت سی قسمیں ہو سکتی ہیں۔

شکل 3: ٹرم ایشورنس کی مختلف حالتیں۔



i. ٹرم ایشورنس میں کمی

اس طرح کے منصوبوں میں عام طور پر ایک کم مدتی بیمہ شامل ہوتا ہے، جو قرض پر بقایا رقم کے برابر موت کا فائدہ فراہم کرتا ہے، اگر قرض لینے والے کی موت قرض کی ادائیگی سے پہلے ہو جاتی ہے۔ یہ اکثر رہن کی تلافی (باب 15 میں زیر بحث) یا کریڈٹ لائف انشورنس کے طور پر فروخت ہوتے ہیں۔ یہ منصوبے عام طور پر بڑے اداروں کو گروپ انشورنس کے طور پر فروخت کیے جاتے ہیں، تاکہ ان کے قرض لینے والوں کی زندگی کا احاطہ کیا جا سکے۔ رہن سے نجات کی بیمہ کی خریداری اکثر رہن کے قرض کی شرط ہوتی ہے۔ ایسے منصوبے آٹوموبائل یا دوسرے ذاتی قرضوں کے لیے بھی دستیاب ہو سکتے ہیں۔

ii. **ٹرم ایشورنس میں اضافہ (بڑھتی مدت کا بیمہ)**

جیسا کہ نام سے پتہ چلتا ہے، یہ منصوبہ موت کا فائدہ پیش کرتا ہے جو پالیسی کی مدت کے ساتھ بڑھتا ہے۔ عام طور پر، کوریج کی رقم میں اضافے کے ساتھ پریمیم کی رقم بڑھ جاتی ہے۔

iii. **پریمیم کی واپسی کے ساتھ ٹرم انشورنس**

دوسری قسم کی پالیسی (جو ہندوستان میں کافی مقبول ہے) پریمیم کی واپسی کے ساتھ مدتی یقین دہانی ہے۔ اگرچہ، اس میں ادا کیا جانے والا پریمیم اسی طرح کے منصوبوں سے بہت زیادہ ہوگا جہاں ٹرم انشورنس پلان پریمیم کی واپسی کے بغیر فراہم کیے جاتے ہیں، پھر بھی کچھ صارفین کو ایسی پالیسیوں کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

g) **متعلقہ منظر نامہ**

ٹرم انشورنس مندرجہ ذیل حالات میں متعلقہ ہو سکتا ہے:

i. جہاں بیمہ کور کی ضرورت خالصتاً عارضی ہے، جیسا کہ رہن کے چھٹکارے کے معاملے میں ہے۔

ii. بچت کے منصوبے کے اضافی ضمیمہ کے طور پر۔

iii. "ٹرم انشورنس خریدیں اور بیلنس کی رقم کی سرمایہ کاری کریں" کے اصول کے حصے کے طور پر، جہاں فرد انشورنس کمپنی سے صرف سستی مدتی انشورنس کور حاصل کرتا ہے اور پریمیم کے فرق کو دیگر پرکشش سرمایہ کاری میں لگانا چاہتا ہے۔

اہم معلومات

ٹرم پلان کی حدود: ٹرم انشورنس صرف ایک مقررہ مدت کے لیے دستیاب ہے۔ فرد ایک خاص عمر یعنی 65 یا 70 سال کی عمر سے زیادہ کوریج جاری نہیں رکھ سکتا۔

2. تاحیات زندگی کی انشورنس

تا حیات زندگی انشورنس مستقل لائف انشورنس پالیسی کی ایک مثال ہے۔ یہاں، زندگی انشورنس کمپنی بیمہ شدہ کی موت پر متفقہ موت کا فائدہ ادا کرنے کی پیشکش کرتی ہے، **چاہیے موت جب بھی ہو**۔ کوئی شخص اپنی زندگی بھر یا ایک مخصوص محدود مدت کے لیے پریمیم ادا کر سکتا ہے۔

تاحیات زندگی پالیسی کا پریمیم مدتی پریمیم سے بہت زیادہ ہوتے ہیں، کیونکہ تاحیات پالیسیاں بیمہ شدہ کی موت تک قائم رہنے کے لیے بنائی گئی ہیں، اس میں موت کےفوائد کی بھی ادائیگی کی جا سکتی ہے ۔ یہ منصوبہ پالیسی ہولڈر کے اکاؤنٹ میں نقد قیمت کی سہولت بھی فراہم کرتا ہے۔ پالیسی قرض کی صورت میں اس کیش ویلیو سے کیش نکالا جا سکتا ہے یا کیش ویلیو کے بدلے پالیسی کو سرنڈر کر کے بھی چھڑایا جا سکتا ہے۔

بقایا قرضوں کی صورت میں، قرض اور سود کی رقم کو مرنے پر مستفید ہونے والوں کو کی جانے والی ادائیگیوں سے کاٹا جاتا ہے۔

تاحیات پالیسی خاندان کے اہم کمانے والے کے لیے ایک اچھا منصوبہ ہے، جو اپنی بے وقت موت کی صورت میں اپنے پیاروں کا تحفظ چاہتا ہے اور مہلک بیماری جیسے مختلف واقعات کی وجہ سے اپنے سرمائے کو ضائع ہونے سے بچانا چاہتا ہے۔ اگر ضروری ہو تو، کوئی بھی ریٹائرمنٹ کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے لائف پالیسی کی نقد قیمت کا استعمال کر سکتا ہے۔ اس طرح، لائف انشورنس خاندان کی بچت پیدا کرنے کے ساتھ ساتھ آنے والی نسل کو منتقل کرنے کے لیے دولت پیدا کرنے میں اہم کردار ادا کرتی ہے۔

3. اوقاف کی ضمانت

یہ ایک معاہدہ ہے جس میں پالیسی کی مدت کے دوران بیمہ شدہ کی موت ہونے کی صورت میں بیمہ کی رقم نامزد افراد کو ادا کی جاتی ہے۔ اگر بیمہ شدہ شخص پالیسی کی مدت کے اختتام تک زندہ رہتا ہے، تو بیمہ شدہ کو رقم ادا کردی جاتی ہے۔

اس پروڈکٹ میں موت اور بقا دونوں کے عناصر شامل ہیں۔ اوقاف انشورنس بچت جمع کرنے کا ایک محفوظ طریقہ فراہم کرتے ہوئےکسی فرد کے بیمہ اور بچت پروگراموں کو آپس میں جوڑتا ہے۔

لوگ بڑھاپے کے لیے انتظامات کرنے یا مخصوص مقاصد کو پورا کرنے کے لیے ایک یقینی طریقہ کے طور پر انڈومنٹ انشورنس خریدتے ہیں، جیسے: (**a**) تعلیمی مقاصد، (**b**) بچوں کی شادی کے اخراجات کو پورا کرنا۔ یا (**c**) رہن (رہائشی) قرضوں کی ادائیگی۔

حکومت عام طور پر پریمیم کی ادائیگی پر ٹیکس فوائد فراہم کرتی ہے، جو اسے پُرکشش بناتی ہے۔ بہت سی انڈومنٹ پالیسیاں 55 سے 65 سال کی عمر میں پختہ ہوجاتی ہیں، جب بیمہ دار اپنی ریٹائرمنٹ کا منصوبہ بنا رہا ہوتا ہے۔ ایسے معاملات میں، ایسی پالیسیاں ریٹائرمنٹ میں بچت کو بڑھا سکتی ہیں۔

متغیرات: انڈومنٹ انشورنس کی کچھ قسمیں بھی ہیں، جن پر ذیل میں تبادلہ خیال کیا گیا ہے۔

4. منی بیک پالیسی

منی بیک پالیسی ہندوستان میں ایک مقبول اوقاف پلان ہے۔ بیمہ کی مدت کے دوران بیمہ کی رقم کا کچھ حصہ قسطوں میں واپس کرنے اور مدت کے اختتام پر باقی ماندہ رقم ادا کرنے کا انتظام ہے۔

مثال

20 سال کی منی بیک پالیسی پانچویں، دسویں اور پندرہویں سال کے اختتام پر بیمہ شدہ رقم کا 20% بقایا فائدہ ادا کرنے اور20 سال کی پوری مدت کے اختتام پر بقیہ 40% رقم کی ادائیگی کرنے کی سہولت فراہم کر سکتی ہے ۔ فرض کریں کہ اگر بیمہ شدہ کی موت 18 سال کے اختتام پر ہو جاتی ہے، تو پوری بیمہ شدہ رقم کے علاوہ جمع شدہ بونس (جس کی وضاحت اگلے حصے میں کی گئی ہے) موت کے فائدہ کے طور پر ادا کی جاتی ہے، چاہے بیمہ شدہ کو بیمہ رقم کا 60% منافع ۔ پہلے ہی رقم کی واپسی کے طور پر ادا کیا گیا ہے۔

منی بیک پلانز اپنے کیش بیک عنصر کی وجہ سے مقبول ہوئے ہیں، جو انہیں مختصر اور درمیانی مدت کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پرکشش بناتا ہے۔ ایسے منصوبے موت سے مکمل تحفظ بھی فراہم کرتے ہیں، اگر پالیسی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت شخص کی موت ہو جاتی ہے۔

5. شریک (پار) اور غیر شریک (نان۔ پار) منصوبے

لائف انشورنس پروڈکٹس کو حصہ لینے والی (پار) اور غیر شریک (نان پار) مصنوعات کے طور پر بھی درجہ بندی کیا جا سکتا ہے۔ یہاں لفظ "پار" کا مطلب ہے وہ پالیسیاں جو لائف انشورنس کمپنی کے منافع میں حصہ لیتی ہیں۔ دوسری طرف، "غیر مساوی" میں وہ پالیسیاں شامل ہیں جو منافع میں حصہ نہیں لیتی ہیں۔ روایتی لائف انشورنس میں دونوں قسم کی مصنوعات ہوتی ہیں۔ تمام روایتی منصوبوں میں، پولی لائف فنڈ، جو پالیسی ہولڈرز کے پریمیم سے حاصل ہوتا ہے، ریگولیٹری اصولوں کے مطابق لگایا جاتا ہے۔ 'پارپروڈکٹ' کا انتخاب کرنے والے پالیسی ہولڈرز انشورنس کمپنی کے ذریعے کمائے گئے بونس میں ایک گارنٹی شدہ رقم کے علاوہ حصہ وصول کرنے کے اہل ہیں۔ یہ 'منافع کے ساتھ' منصوبے کہلاتے ہیں۔

6. غیر شریک مصنوعات

پالیسی ہولڈرز جو غیر منسلک غیر منافع بخش [نان پاری] منصوبہ خریدتے ہیں انہیں معاہدے کے آغاز میں ایک مقررہ اور ضمانت شدہ فائدہ ادا کیا جاتا ہے، اس سے زیادہ کچھ نہیں۔ غیر شریک مصنوعات کو 'لنکڈ پلیٹ فارم' یا 'نان لنکڈ' پلیٹ فارم کے تحت دستیاب کرایا جا سکتا ہے۔ یہ 'منافع کے بغیر' منصوبے کہلاتے ہیں۔

مثال

کسی فرد کے پاس بیس سال کی اوقافی پالیسی ہو سکتی ہے جو پالیسی کی مدت کے ہر سال کے لیے بیمہ کی رقم کے 2% کی شرح سے ضمانتی اضافہ فراہم کر سکتی ہے، تاکہ میچورٹی کا فائدہ بیمہ شدہ رقم کے ساتھ ساتھ بیمہ رقم کے40 % کی مجموئی فائدہ ہو سکے۔

روایتی غیر مساوی پالیسیوں کے بارے میں IRDAI کے رہنما خطوط کے تحت، کسی مخصوص واقعہ کی صورت میں ادا کیے جانے والے فوائد کو شروع میں واضح طور پر بیان کیا جانا چاہیے اور کسی انڈیکس یا بینچ مارک سے منسلک نہیں ہونا چاہیے۔ یہی بات اضافی فوائد پر بھی لاگو ہوتی ہے جو باقاعدہ وقفوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ پالیسی لیتے وقت ان پالیسیوں پر ریٹرن کا ذکر ہونا چاہیے۔

اہم معلومات

موت کے فوائد IRDAI کی طرف سے وقتاً فوقتاً جاری کردہ ضوابط کے تابع ہیں۔ فی الحال، روایتی مصنوعات سے متعلق IRDAI (نان لنکڈ) مصنوعات کے ضوابط، 2019 کے نئے ضابطے 9 کے مطابق، کم از کم موت کا کوراس طرح ہوتا ہے :

تمام غیر منسلک انفرادی زندگی کی انشورنس مصنوعات کے لیے، محدود یا باقاعدہ پریمیم مصنوعات کی صورت میں، پالیسی کی پوری مدت کے دوران موت پر کم از کم بیمہ کی رقم سالانہ پریمیم کے 7 گنا سے کم نہیں ہوگی۔ جبکہ واحد پریمیم مصنوعات کی صورت میں، یہ واحد پریمیم کے 1.25 گنا سے کم نہیں ہوگا۔

حصہ لینے والی مصنوعات کی صورت میں، موت پر بیمہ کی رقم کے علاوہ، پالیسی میں بیان کردہ بونس اور دیگر فوائد اور موت کی تاریخ تک جمع شدہ فوائد، اگر پہلے ادا نہیں کیا گیا، موت پر موت کے فائدہ کے حصے کے طور پر قابل ادائیگی ہوگی۔ مختصراً، اس کی دو قسمیں ہیں، شریک اور غیر شریک منصوبے۔

i. حصہ لینے والی پالیسیوں کے لیے، بونس فنڈ کی سرمایہ کاری کی کارکردگی سے منسلک ہوتا ہے۔ اس کا پہلے سے اعلان یا ضمانت نہیں دی جاتی ہے۔ بونس کا اعلان ہونے کے بعد، یہ ایک گارنٹی بن جاتا ہے۔ یہ عام طور پر پالیسی ہولڈر کی موت یا پختگی کے فائدے کی صورت میں ادا کیا جاتا ہے۔ بونس کو ریورشنری بونس بھی کہا جاتا ہے۔

ii. غیر شریک پالیسیوں کی صورت میں، پالیسی پر واپسی کا انکشاف پالیسی کے آغاز پر کیا جاتا ہے۔

7. پنشن پلان اور وظیفہ

پنشن پلان عام طور پر ایک ایسا فنڈ ہوتا ہے جس میں فرد کی ملازمت کے سالوں کے دوران رقم جمع کی جاتی ہے اور یہ رقم وقتاً فوقتاً ادائیگیوں کی صورت میں نکالی جاتی ہے تاکہ کام سے ریٹائرمنٹ کے بعد اس کی مدد کی جا سکے۔

پنشن کے منصوبے ایک گروپ (عام طور پر آجر سے چلنے والے) یا انفرادی بنیادوں پر ڈئزائن کئے جاتے ہیں۔ گروپ پنشن ایک "فکسڈ بینیفٹ پلان" ہو سکتا ہے، جہاں فرد کو ایک مقررہ رقم باقاعدگی سے ادا کی جاتی ہے؛

یہ ایک "مقررہ شراکت کا منصوبہ" بھی ہو سکتا ہے، جس کے تحت ایک مقررہ رقم کی سرمایہ کاری کی جاتی ہے، جو ریٹائرمنٹ کی عمر میں دستیاب ہو جاتی ہے۔ پنشن درحقیقت زندگی کی سالانہ ضمانتیں ہیں، اس لیے ان کی لمبی عمر کے خطرے کے خلاف بیمہ کرایا جاتا ہے۔ آجر کی طرف سے کسی ملازم کے فائدے کے لیے شروع کی جانے والی پنشن کو پیشہ ورانہ یا آجر کی پنشن کہا جاتا ہے۔

ریٹائرمنٹ پر، ممبر کے اکاؤنٹ میں موجود رقم کو ریٹائرمنٹ کے فوائد کی ادائیگی کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے لیے عام طور پر پنشن خریدی جاتی ہے، جس سے باقاعدہ آمدنی ہوتی ہے۔ پنشن ایک طویل مدتی سرمایہ کاری ہے جو انشورنس کمپنی کے ذریعہ جاری کی جاتی ہے، جسے غیر متناسب اخراجات کی صورت میں فرد کی حفاظت میں مدد کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ پنشن کی مدد سے، فرد کے تعاون کو متواتر ادائیگیوں میں تبدیل کیا جاتا ہے جو زندگی بھر چل سکتی ہے۔

لوگ انشورنس کمپنیوں سے پنشن پلان خرید کر پنشن کے فوائد حاصل کر سکتے ہیں۔ پنشن کے منصوبے جمع یا موخر کی بنیاد پر ہوسکتے ہیں، جو ایک فرد کو دو طریقوں سے حصہ ڈالنے کی اجازت دیتا ہے، (i) یکمشت میں، یا (ii) ایک مدت کے دوران؛ تاکہ وہ مطلوبہ عمر/تاریخ سے پنشن حاصل کر سکے (جسے 'ویسٹنگ' تاریخ کہا جاتا ہے)۔ کوئی بھی ماہانہ، سہ ماہی، ششماہی یا سالانہ موڈ پر پنشن وصول کرنے کا انتخاب کر سکتا ہے۔ یکمشت رقم کی ادائیگی پر فوری طور پر پنشن پلان بھی دستیاب ہیں، جو خریداری کے اگلے مہینے سے شروع ہوتا ہے۔ ان کو فوری پنشن کہا جاتا ہے۔

ہندوستانی انشورنس انڈسٹری میں لائف انشورنس کمپنیوں کے ذریعہ متعدد موخر اور فوری سالانہ فروخت کی جاتی ہیں۔ ہر پروڈکٹ کی اپنی منفرد خصوصیات، شرائط، شرائط اور سالانہ کے اختیارات ہوتے ہیں۔

سرل پنشن: تمام بیمہ کمپنیوں میں یکسانیت لانے کے لیے، سالانہ منصوبوں کے حوالے سے مارکیٹ کی مخمصے کو کم کرنے اور ایک ایسی مصنوعات فراہم کرنے کے لیے جو وسیع پیمانے پر ایک اوسط کسٹمر کی ضروریات کو پورا کر سکے،IRDAI نے تمام لائف انشورنس کمپنیوں کے لیے جنوری 2021 میں ایک معیاری، فوری سالانہ پراڈکٹ لانچ کرنا لازمی قرار دیا ہے۔ ان مصنوعات میں انفرادی (گروپ نہیں) کی بنیاد پر سادہ خصوصیات، معیاری شرائط و ضوابط ہونے چاہئیں۔ اس طرح کا معیاری پروڈکٹ صارفین کے لیے معلومات کی بنیاد پر صحیح انتخاب کرنے میں آسانی پیدا کرے گا، بیمہ کمپنیوں اور بیمہ شدہ کے درمیان اعتماد کو بڑھاتا ہے اور غلط فروخت کے معاملات کے ساتھ ساتھ ممکنہ تنازعات کو بھی کم کرتا ہے۔

معیاری انفرادی فوری سالانہ پروڈکٹ کو "سادہ پنشن" کہا جاتا ہے، جس کا نام انشورنس کمپنی کے نام سے شروع ہوتا ہے۔ یہ پروڈکٹ دو (اور صرف دو) پنشن اختیارات پیش کرتا ہے جو درج ذیل ہیں:

a) خریداری کی قیمت کے 100% واپسی کے ساتھ زندگی کی پنشن رقم؛ اور

b) مشترکہ زندگی پنشن ، جو پرائمری پنشن کی موت پر سیکنڈری پنشن کو 100% پنشن کی ادائیگی کرنا ہے اور آخری زندہ بچ جانے والے کی موت پر خریداری کی قیمت کا 100% فراہم کرتا ہے۔

پنشن ادائیگی کا طریقہ ماہانہ، سہ ماہی، ششماہی اور سالانہ ہوگا۔ مزید تفصیلات IRDAI کی ویب سائٹ پر دستیاب ہیں جو اِس لِنک پر موجود ہے۔

https://www.irdai.gov.in/ADMINCMS/cms/whatsNew_Layout.aspx?page=PageNo4353&flag=1

اپنے آپ کو چیک کریں 2

لائف انشورنس کے لیے ادا کیا جانے والا پریمیم ٹرم انشورنس کے لیے ادا کیے گئے پریمیم سے _____ ہے۔

I. زیادہ

II. کم

III. برابر

IV. بہت زیادہ

خلاصہ

- لائف انشورنس پروڈکٹس کسی فرد کی پیداواری صلاحیتوں سے وابستہ معاشی قدر کے نقصان سے تحفظ فراہم کرتی ہیں، جو اسے یا اس کے یا اس کے زیر کفالت افراد کے لیے دستیاب ہوتا ہے۔
- لائف انشورنس پالیسی بنیادی طور پر کسی بھی غیر متوقع واقعہ کی صورت میں کسی شخص کے قریبی رشتہ داروں اور پیاروں کو ذہنی سکون اور تحفظ فراہم کرتی ہے۔
- ٹرم انشورنس صرف ایک مخصوص مدت کے دوران مناسب کور فراہم کرتا ہے جیسا کہ معاہدہ میں بیان کیا گیا ہے۔
- ٹرم انشورنس کی منفرد سیلنگ پروپوزیشن (یو ایس پی) اس کا کفایتی ہونا ہے، جو کسی کو محدود بجٹ میں نسبتاً بڑی رقم میں لائف انشورنس خریدنے کی اجازت دیتی ہے۔
- جبکہ ٹرم انشورنس پالیسیاں عارضی بیمہ کی مثالیں ہیں، جہاں پر تحفظ عارضی مدت کے لیے دستیاب ہے، لائف تاحیات بیمہ مستقل لائف انشورنس پالیسی کی ایک مثال ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. مدتی بیمہ
2. تاحیات بیمہ
3. اوقافی بیمہ
4. منی بیک پالیسی
5. شریک اور غیر مساوی اسکیم
6. متبادل بونس

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن I ہے۔

باب L-04

زندگی کا بیمہ مصنوعات: غیر روایتی

باب کا تعارف

یہ باب آپ کو غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات کی دنیا سے متعارف کراتا ہے۔ ہم روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات کی حدود کا جائزہ لے کر شروع کریں گے اور پھر غیر روایتی زندگی کا بیمہ پروڈکٹس کے فوائد کو دیکھیں گے۔ آخر میں، ہم مارکیٹ میں دستیاب غیر روایتی زندگی کی انشورنس مصنوعات کی کچھ مختلف اقسام کو دیکھیں گے۔

قابل غور امور

A. غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات کا جائزہ

B. غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات

A. غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات کا جائزہ

1. غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات – مقصد اور ضرورت

پچھلے ابواب میں، ہم نے کچھ روایتی زندگی کا بیمہ پروڈکٹس کو دیکھا ہے، جن میں انشورنس کے ساتھ ساتھ بچت کا عنصر بھی شامل ہے۔

لوگ روایتی زندگی کا بیمہ پالیسیوں کی مالیاتی بازار میں دیگر اثاثوں کے مقابلے میں شرح منافع فراہم کرنے کی صلاحیت پر سوال اٹھاتے رہے ہیں۔ یہ سوالات بھی اٹھائے گئے ہیں کہ انہیں فوائد اور پریمیم کے واحد پیکج کے طور پر کیسے بنایا جا سکتا ہے۔

2. روایتی مصنوعات کی حدود

ایک تنقیدی جانچ تشویش کے ان علاقوں کو ظاہر کرے گی :

کیش ویلیو کا جزو: روایتی پالیسیوں میں بچت یا نقد قدر کے جز کی اچھی طرح وضاحت نہیں کی گئی ہے۔ یہ شرح اموات، شرح سود، اخراجات اور بنائے گئے دیگر پیرامیٹرز کے لحاظ سے کم شفاف بناتا ہے۔

واپسی کی شرح: روایتی پالیسیوں پر منافع کی شرح کا تعین کرنا آسان نہیں ہے، کیونکہ "منافع کی پالیسیوں کے ساتھ" کے تحت فوائد کی قدر معاہدہ کی تکمیل کے بعد ہی معلوم ہو سکتی ہے۔ اس سے ان پالیسیوں کا دوسرے مالیاتی آلات سے موازنہ کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔

سرنڈر ویلیو: نقد قیمت اور سرنڈر کی قیمت (کسی بھی وقت) معلوم کرنے کا طریقہ زندگی کا بیمہ کمپنی کے ذریعہ طے کیا جاتا ہے اور یہ شفاف نہیں ہے۔

پیداوار: ان پالیسیوں کی پیداوار دیگر سرمایہ کاری کے مقابلے میں بہت کم ہے۔

3. **غیر روایتی پالیسیوں کی خصوصیات:** زندگی کا بیمہ کمپنیوں نے کچھ جدید خصوصیات کے ساتھ پالیسیاں بنانا شروع کر دی ہیں۔ ان میں سے کچھ معلومات ذیل میں دی گئی ہیں:

a) **سرمایہ کاری کے فوائد کے ساتھ براہ راست ربط:** سرمایہ کاری سے منافع حاصل کرنے کی کوشش میں، کیپٹل مارکیٹ سے براہ راست تعلق رکھنے والی پالیسیاں ڈیزائن کی گئی ہیں۔

b) **وہ پالیسیاں جو افراط زر کو مات دے سکتی ہیں:** یہ پالیسیاں افراط زر کی شرح کے قریب منافع فراہم کرنے کے لیے بنائی گئی ہیں۔ تبدیلی کی وجہ یہ تھی کہ انشورنس کمپنیاں یہ سوچنے لگیں کہ زندگی کا بیمہ پالیسیاں مہنگائی کو مات نہیں دے سکتیں، اس لیے انہیں کم از کم میچ کرنا چاہیے۔

c) **لچکدار پالیسیاں:** ایسی پالیسیاں تیار کی گئی ہیں جو صارفین کو پریمیم کی رقم، موت کے فائدہ کی رقم اور اپنی پسند کی نقد قیمت (مخصوص حدود کے اندر) کا فیصلہ کرنے کی اجازت دیتی ہیں۔

d) **سرنڈر ویلیو:** بیمہ کمپنیوں نے ایسی پالیسیاں بھی تیار کی ہیں جو روایتی پالیسیوں کے تحت دستیاب سرنڈر ویلیو سے بہتر رقم پیش کرتی ہیں۔

یہ پالیسیاں کافی مقبول ہو چکی ہیں اور یہاں تک کہ بھارت سمیت کئی ممالک میں روایتی مصنوعات کے متبادل ہوگیا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سی غیر روایتی زندگی کا بیمہ پروڈکٹ ہے؟

I. ٹرم انشورنس

II. یونیورسل زندگی کا بیمہ

III. وقف انشورنس

IV. تاحیات بیمہ

B. غیر روایتی زندگی کا بیمہ مصنوعات

کچھ غیر روایتی مصنوعات

ہم ہندوستانی بازار اور دیگر جگہوں پر دستیاب کچھ غیر روایتی مصنوعات پر تبادلہ خیال کریں گے۔

1. **عالمگیر زندگی اور متغیر زندگی** اس کی خصوصیات میں لچکدار پریمیم، لچکدار یقین دہانی کی رقم اور موت کے فائدہ کی رقم شامل ہے۔

یونیورسل لائف پالیسی کو ریاستہائے متحدہ امریکہ میں 1979 میں متعارف کرایا گیا تھا اور بہت جلد مقبول ہو گیا۔ اس کی خصوصیات میں لچکدار پریمیم، لچکدار یقین دہانی کی رقم اور موت کے فائدہ کی رقم شامل ہے۔ روایتی پالیسیوں کے برعکس، جہاں معاہدہ کو نافذ رکھنے کے لیے وقتاً فوقتاً مقررہ پریمیم ادا کرنے پڑتے ہیں، یونیورسل لائف پالیسیاں پالیسی ہولڈر کو پریمیم رقم کا فیصلہ کرنے کی اجازت دیتی ہیں (حد کے اندر) جو وہ کوریج کے لیے ادا کرنا چاہتا ہے۔

متغیر فوائد 1977 میں ریاستہائے متحدہ میں شروع ہوئے۔ یہ ایک قسم کی "تاحیات" پالیسی ہے، جہاں موت کا فائدہ اور پالیسی کی نقد قیمت کسی خاص سرمایہ کاری اکاؤنٹ میں سرمایہ کاری کی کارکردگی کے مطابق مختلف ہوتی ہے جس میں پریمیم جمع کیے جاتے ہیں۔

مذکورہ دونوں مصنوعات کی ڈیزائننگ اور فروخت بند کر دی گئی ہے۔ دونوں کو متغیر انشورنس مصنوعات کہا جاتا تھا؛ 2019 سے اور پھر سے IRDAI (ULIP) ریگولیشنز، 2019 کے اجراء کے بعد، ان کو ہندوستان میں ڈیزائن اور فروخت کرنے کی اجازت نہیں ہے۔

2. **یونٹ سے منسلک انشورنس**

یونٹ سے منسلک منصوبے، جنہیں **ULIPs** کے نام سے بھی جانا جاتا ہے، سب سے پہلے 1960 کی دہائی کے دوران برطانیہ میں متعارف کرایا گیا تھا۔ آج، یہ سب سے زیادہ مقبول اور اہم مصنوعات کے طور پر ابھری ہیں اور بہت سے بازاروں میں روایتی منصوبوں کی جگہ لے چکے ہیں۔

یونٹ سے منسلک پالیسیاں روایتی مصنوعات کی حدود کو توڑنے میں مدد کرتی ہیں۔ یہاں پالیسی ہولڈر کی طرف سے ادا کردہ پریمیم کو دو بڑے حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔

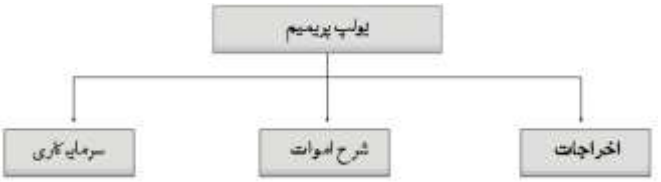
- پہلا حصہ، جو انشورنس کور فراہم کرنے کے لیے استعمال ہوتا ہے، اور
- دوسرا حصہ، جو بیمہ شدہ کے منتخب کردہ فنڈ میں لگایا جاتا ہے۔

اس طرح کے معاہدوں کے تحت فوائد کا تعین مکمل یا جزوی طور پر پریمیم کی واجب الادا تاریخ پر پالیسی ہولڈر کے اکاؤنٹ میں جمع شدہ یونٹس کی قیمت کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

بہت سے بازاروں میں، ان پالیسیوں کو ایک منسلک انشورنس جزو کے ساتھ سرمایہ کاری کے آلات کے طور پر دکھایا اور فروخت کیا گیا تھا۔

روایتی بچت کی پالیسیوں کے برعکس جو بنڈل ہیں، یونٹ سے منسلک معاہدے غیر بنڈل ہوتے ہیں۔ یہ اپنی ساخت میں شفاف ہیں، جہاں انشورنس اور اخراجات کے اجزاء کے لیے ادا کیے جانے والے چارجز واضح طور پر بیان کیے گئے ہیں۔

شکل 1: پریمیم تفصیل



پریمیم سے اخراجات/چارجز کو کم کرنے کے بعد، اکاؤنٹ میں بیلنس کی رقم اور آمدنی یونٹوں میں لگائی جاتی ہے۔

اکائی قیمت

یونٹ کی قیمت کا فیصلہ ایک اصول یا فارمولے کی بنیاد پر کیا جاتا ہے، جو پہلے سے متعین ہوتا ہے۔ عام طور پر، یونٹس کی قدر (این اے وی) کے مطابق کی جاتی ہے، جو ان اثاثوں کی مارکیٹ ویلیو کو ظاہر کرتی ہے جس میں فنڈ کی سرمایہ کاری کی گئی ہے۔ اس فارمولے کو مضبوطی سے استعمال کرنے سے، مختلف لوگ ایک ہی قابل ادائیگی منافع نکال سکتے ہیں۔

فارمولا درج ذیل ہے:

خالص اثاثہ کی قیمت [**NAV**] = فنڈ کے اثاثوں کی مارکیٹ ویلیو / فنڈ کی اکائیوں کی تعداد

اس طرح، پالیسی ہولڈر کے فوائد زندگی کا بیمہ کمپنی کے اندازوں پر منحصر نہیں ہیں۔

یونٹ سے منسلک پالیسیاں پالیسی ہولڈرز کو مختلف قسم کے فنڈز کے درمیان اپنی پسند کا انتخاب کرنے کی اجازت دیتی ہیں۔ ہر فنڈ میں پورٹ فولیوز کا مرکب ہوتا ہے۔ سرمایہ کار کو قرض، متوازن اور ایکویٹی فنڈز کے وسیع انتخاب میں سے انتخاب کرنا ہوگا، جن کی وضاحت ذیل میں کی گئی ہے۔ ان وسیع زمروں میں دیگر اقسام کے اختیارات بھی دستیاب ہو سکتے ہیں۔

ایکویٹی فنڈ	قرض فنڈ	متوازن فنڈ	منی مارکیٹ فنڈ
یہ فنڈ زیادہ تر رقم ایکوئٹی اور ایکویٹی سے	یہ فنڈ زیادہ تر رقم سرکاری بانڈز، کارپوریٹ	یہ فنڈ ایکویٹی اور قرض کے آلات کے مرکب میں	یہ فنڈ بنیادی طور پر ٹریژری بلز، سرٹیفکیٹ

منسلک آلات میں لگاتا ہے۔	بانڈز، فکسڈ ڈپازٹس وغیرہ میں لگاتا ہے۔	سرمایہ کاری کرتا ہے۔	آف ڈپازٹ، کمرشل پیپر وغیرہ جیسے آلات میں پیسہ لگاتا ہے۔

ایک یا زیادہ فنڈز کی کارکردگی توقع کے مطابق نہ ہونے کی صورت میں ایک قسم کے فنڈ سے دوسرے میں جانے کا بھی انتظام ہے۔

ULIP پالیسیوں کی کچھ نمایاں خصوصیات ذیل میں دی گئی ہیں:

i. یونٹس میں تقسیم

ULIP پالیسیوں کے تحت فوائد کا فیصلہ کلیم کی ادائیگی کی تاریخ کے مطابق پالیسی ہولڈر کے اکاؤنٹ میں جمع شدہ یونٹس کی تعداد کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ اس سرمایہ کاری فنڈ کو یونٹ بنانے کے لیے کئی مساوی حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔

ii. شفاف ڈھانچہ

انشورنس کور کے چارجز اور اخراجات واضح طور پر ULIP میں بیان کیے گئے ہیں۔ پریمیم سے ان چارجز کو کم کرنے کے بعد، اکاؤنٹ میں بیلنس اور آمدنی یونٹس میں لگائی جاتی ہے۔

iii. قیمت کا تعین

ULIP کے تحت، بیمہ شدہ پریمیم کی رقم کا فیصلہ کرتا ہے، جسے وہ باقاعدہ وقفوں پر دے سکتا ہے۔

سبھی زندگی کا بیمہ پالیسیوں میں، ابتدائی لاگت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ روایتی پالیسیوں میں، ان اخراجات کو پورا کرنے کے لیے چارج کیا جانے والا پریمیم پالیسی کی پوری مدت پر بانٹ دیا جاتا ہے ۔

ULIPs کی صورت میں، یہ اخراجات ابتدائی پریمیم سے ہی کاٹ لیے جاتے ہیں۔ یہ سرمایہ کاری کے لیے مختص کی جانے والی رقم کو نمایاں طور پر کم کرتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ معاہدے کے ابتدائی سالوں میں، فوائد کی قیمت پریمیم کی ادائیگیوں سے بہت کم ہوتی ہے۔ یہ ادا کیے گئے پریمیم سے کم ہو سکتا ہے۔

iv. موت کا فائدہ

روایتی پالیسیوں کے برعکس، ULIP پالیسیوں میں، موت کے فائدہ کی رقم ادا کردہ پریمیم کا متعدد ہوتا ہے۔ پالیسی کی مدت کے دوران موت کی صورت میں، فائدہ اٹھانے والے کو زیادہ سے زیادہ بیمہ کی رقم ادا کی جاتی ہے [جو کہ پریمیم کا متعدد ہے] یا اس کے اکاؤنٹ میں دستیاب فنڈ ویلیو (یونٹ کی تعداد کو یونٹ قیمت سے ضرب دے کر)کا ادا کی جاتی ہے۔

v. سرمایہ کاری کا خطرہ مول لینا۔

یونٹس کی قیمت زندگی کا بیمہ کمپنی کی سرمایہ کاری کی قیمت پر منحصر ہے، جن کی ضمانت نہیں ہے۔

تاہم، زندگی کا بیمہ کمپنی یونٹس کی قیمت کے حوالے سے کوئی گارنٹی نہیں دیتی ہے، لیکن اس سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ پورٹ فولیو کو مؤثر طریقے سے سنبھالیں گے۔ اس طرح، سرمایہ کاری کا جوکھم پالیسی ہولڈر/یونٹ ہولڈر کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

درج ذیل میں سے کون سا بیان غلط ہے؟

I. متغیر زندگی کا بیمہ ایک عارضی زندگی کا بیمہ پالیسی ہے۔

II. متغیر زندگی کا بیمہ ایک مستقل زندگی کا بیمہ پالیسی ہے۔

III. پالیسی میں کیش ویلیو اکاؤنٹ ہوتا ہے۔

IV. پالیسی کم از کم موت کے فوائد کی ضمانت دیتی ہے۔

خلاصہ

- زندگی کی انشورینس کی پالیسیوں کے ساتھ ایک اہم تشویش مالیاتی مارکیٹ میں دیگر اثاثوں کے مقابلے واپسی کی مسابقتی شرح تھی۔
- کچھ رجحانات جو غیر روایتی زندگی کا بیمہ پروڈکٹس میں اضافے کا باعث بن رہے ہیں ان میں کوئی بنڈلنگ، سرمایہ کاری کا ربط اور شفافیت شامل ہیں۔
- یونیورسل زندگی کا بیمہ مستقل زندگی کی انشورینس کی ایک شکل ہے جس کی خصوصیت اس کے لچکدار پریمیم، لچکدار قیمت اور موت کے فوائد کی رقم سے ہوتی ہے، نہ کہ قیمتوں کے عوامل کا بنڈل۔
- ULIPs روایتی منصوبوں کی جگہ لے کر بہت ساری مارکیٹوں میں سب سے زیادہ مقبول اور اہم مصنوعات بن چکے ہیں۔
- ULIPs زندگی کا بیمہ کمپنی کی سرمایہ کاری کی کارکردگی کے فوائد کو براہ راست اور فوری طور پر چھڑانے (نقد حاصل کرنے) کی سہولت فراہم کرتے ہیں۔

کلیدی اصطلاح

1. یونیورسل زندگی کا بیمہ
2. متغیر زندگی کا بیمہ
3. یونٹ سے منسلک انشورنس
4. خالص اثاثہ کی قیمت

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن I ہے۔

باب L-05

لائف انشورنس کا عملی استعمال

باب کا تعارف

لائف انشورنس نہ صرف لوگوں کو بے وقت موت سے بچاتا ہے، بلکہ اس کے دوسرے استعمال بھی ہوتے ہیں۔ اسے نتیجہ خیز انشورنس فوائد کے ساتھ اعتماد پیدا کرنے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس کا استعمال اہم صنعت کے اہلکاروں کو کور کرنے والی پالیسیاں بنانے اور رہن کے اثاثوں کو جاری کرنے کے لیے بھی کیا جا سکتا ہے۔ یہاں ہم لائف انشورنس کے ان مختلف استعمالات کے بارے میں مختصراً بیان کریں گے۔

قابل غور امور

A. شادی شدہ خواتین پراپرٹی ایکٹ، 1874

B. کی مین انشورنس

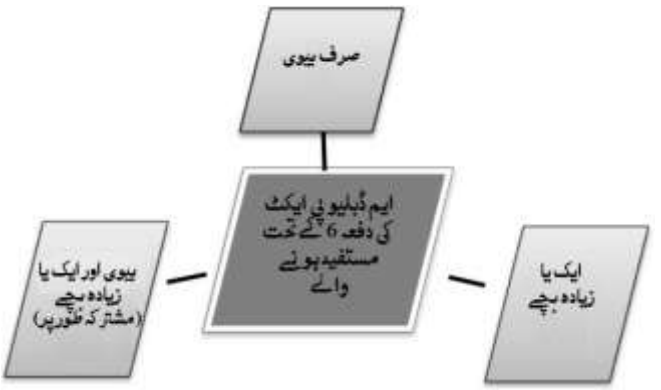
C. رہن سے نجات کا بیمہ

A. لائف انشورنس کا استعمال

1. شادی شدہ خواتین پراپرٹی ایکٹ

شادی شدہ خواتین پراپرٹی ایکٹ 1874 کا سیکشن 6 اسے قائم کرنے کی کوشش کرتا ہے کہ اس کی بیوی اور بچے محفوظ طریقے سے لائف انشورنس پالیسی کے تحت فوائد حاصل کر سکتے ہیں۔ اس مقصد کے لیے ٹرسٹ کی تشکیل ضروری ہے۔

خاکہ 1: ایم ڈبلیوپی ایکٹ کے تحت فائدہ اٹھانے والے



یہ سیکشن فراہم کرتا ہے کہ جب کوئی شادی شدہ مرد اپنی زندگی کے بارے میں کوئی پالیسی اختیار کرتا ہے اور اس پالیسی پر واضح طور پرلکھ دیتا ہے کہ یہ اس کی بیوی یا اس کی بیوی اور بچوں کے فائدے کے لیے ہیں ؛ مزید، یہ پالیسی صرف ان کے فائدے کے لیے ایک ٹرسٹ میں رکھی جائے گی، جب تک اس ٹرسٹ کا مقصد برقرار ہے، شریک حیات یا اس کے قرض دہندگان کا ایسی پالیسی کی آمدنی پر کوئی کنٹرول نہیں ہوگا یا وہ اس کی جائیداد کا حصہ نہ بنیں گے۔

ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے تحت پالیسی کی خصوصیات

i. ہر پالیسی ایک الگ ٹرسٹ رہے گی۔ بیوی یا بچہ (18 سال سے زیادہ) ٹرسٹی ہو سکتا ہے۔
ii. پالیسی قرض دہندگان اور یہاں تک کہ بیمہ شدہ کے کنٹرول سے باہر، عدالت سے منسلک ہو گی۔
iii. دعوی کی رقم ٹرسٹیوں کو ادا کی جائے گی۔
iv. پالیسی کو سرنڈر نہیں کیا جا سکتا، کسی نامزدگی یا تفویض کی اجازت نہیں ہے۔
v. اگر پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت فوائد حاصل کرنے اور کنٹرول کرنے کے لیے کسی خاص ٹرسٹی کا تقرر نہیں کرتا ہے، تو پالیسی کے تحت کمائی گئی رقم ریاست کے سرکاری ٹرسٹی کو قابل ادائیگی ہے جس میں وہ دفتر واقع ہے جہاں بیمہ شروع کیا گیا تھا۔

فوائد

ٹرسٹ ایک ڈِیڈ کے تحت بنتا ہے جسے منسوخ یا ترمیم نہیں کیا جاسکتا۔ اس میں ایک یا زیادہ انشورنس پالیسیاں شامل ہو سکتی ہیں۔ ایک ٹرسٹی کا تقرر کرنا ضروری ہے جو انشورنس کی رقم کی سرمایہ کاری کے ساتھ ساتھ فائدہ اٹھانے والوں کی جانب سے اعتماد کے اثاثوں کا انتظام

کرنے کا ذمہ دار ہوگا۔ یہ فوائد مستقبل میں قرض دہندگان کو منتقل ہونے سے محفوظ ہیں۔

2. کی مین انشورنس

کی مین انشورنس بزنس انشورنس کی ایک اہم شکل ہے۔

تعریف

کی مین انشورنس کی تعریف ایک ایسی انشورنس پالیسی کے طور پر کی جا سکتی ہے جو کسی کاروبار کے ذریعے اس طرح کے مالی نقصانات کی تلافی کے مقصد سے لی جاتی ہے، جو کاروبار کے کسی اہم شخص کی موت ہونے یا اُس طویل عرصے تک نااہلی کی صورت میں رہنے سے کاروبار کو اُٹھانا پڑھ سکتا ہیں۔

بہت سے کاروباروں میں کلیدی افراد ہوتے ہیں جو اس کے منافع کے بڑے حصے کے ذمہ دار ہوتے ہیں یا جن کے پاس علم اور ہنر ہوتے ہیں جو تنظیم کے لیے اہم ہوتے ہیں اور ان کی جگہ لینا مشکل ہوتا ہے۔ کی مین انشورنس آجروں کے ذریعہ اہم افراد کی زندگی پر کاروبار کے تسلسل کو برقرار رکھنے اور ان کے ذریعہ ہونے والے اخراجات اور نقصانات کو پورا کرنے کے لئے لیا جاتا ہے جسے اہم شخص کے کھو جانے کی صورت میں کاروبار سنبھالنا پڑ سکتا ہے۔ کی مین انشورنس اصل نقصانات کی تلافی نہیں کرتی ہے، لیکن معاوضے کی ایک مخصوص رقم ادا کرتی ہے جیسا کہ انشورنس پالیسی میں بیان کیا گیا ہے۔

کی مین انشورنس ایک مدتی انشورنس پالیسی کے طور پر پیش کی جاتی ہے، جہاں بیمہ کی رقم اہم شخص کی اپنی آمدنی کے بجائے کمپنی کے منافع سے منسلک ہوتی ہے۔ کمپنی پریمیم ادا کرتی ہے۔ اگر اہم شخص مر جاتا ہے، تو فائدہ کمپنی کو ادا کیا جاتا ہے۔ کی مین انشورنس سے حاصل ہونے والی آمدنی کمپنی کے ہاتھ میں قابل ٹیکس ہوتی ہے۔

a) کی مین کون ہو سکتا ہے؟

کی مین کوئی بھی شخص ہو سکتا ہے جو کاروبار میں براہ راست ملوث ہو، جس کا نقصان کاروبار پر مالی دباؤ کا سبب بن سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، وہ شخص کمپنی کا ڈائریکٹر، پارٹنر، چیف سیلز نمائندہ، چیف پروجیکٹ مینیجر، یا کوئی خاص علم یا مہارت کا حامل ہو سکتا ہے۔ جو کمپنی کے لیے خاص طور پر بیش قیمتی ہو ۔

b) بیمہ کے قابل نقصانات

یہ وہ نقصانات ہیں جن کے لیے کی مین/کی- پرسن انشورنس معاوضہ فراہم کر سکتا ہے:

i. توسیع شدہ مدت کے ساتھ منسلک نقصانات جب ایک اہم شخص کام کرنے کے قابل نہیں تھا؛ معاوضے کی رقم کا استعمال عارضی کارکنوں کے بندوبست کرنے اور ضروری ہونے پر کسی دوسرے شخص کی بھرتی اور تربیت میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ii. منافع کی حفاظت کے لیے انشورنس۔ مثال کے طور پر، فروخت میں کمی کی وجہ سے آمدنی میں ہونے والے نقصان کی تلافی کے لیے؛ کسی کاروباری منصوبے کی تاخیر یا منسوخی کی وجہ سے ہونے والا نقصان جس میں اہم شخص ملوث تھا۔ کاروباری موقع سے محروم، خصوصی علم یا مہارت کا نقصان۔

3. مارگیج ریڈمپشن انشورنس (ایم آر آئی)[رہن سے نجات کا بیمہ]

جائیداد خریدنے کے لیے قرض لینے والے شخص سے قرض کے انتظام کے حصے کے طور پر بینک کی طرف سے رہن سے نجات کی بیمہ کی ادائیگی کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ "مارگیج ریڈمپشن انشورنس" کو "کریڈٹ لائف انشورنس پالیسی" بھی کہا جاتا ہے۔

a) ایم آر آئی کیا ہے؟

یہ ایک انشورنس پالیسی ہے جو گھریلو قرض لینے والوں کو مالی تحفظ فراہم کرتی ہے۔ یہ بنیادی طور پر ایک کم کرنے والی ٹرم لائف انشورنس پالیسی ہے جو رہن رکھنے والے کے ذریعہ رہن کے قرض پر بقایا رقم کی ادائیگی کے لیے لی جاتی ہے؛ قرض کی مکمل ادائیگی سے پہلے رہن رکھنے والے کی موت کی صورت میں، وہ قرض پالیسی کی رقم سے ادا کیا جاتا ہے۔ اسے قرض تحفظ کی پالیسی بھی کہا جا سکتا ہے۔ یہ منصوبہ ان لوگوں کے لیے موزوں ہے جن کے زیر کفالت افراد کو پالیسی ہولڈر کی غیر متوقع موت کی صورت میں اپنے قرضوں کی ادائیگی میں مدد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

b) خصوصیات

اس پالیسی کے تحت انشورنس کور ہر سال ٹرم انشورنس پالیسی کے برخلاف کم ہوتا ہے ؛ ٹرم انشورنس پالیسی میں، انشورنس کور پالیسی کی مدت کے دوران مستقل رہتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مارگیج ریڈیمپشن انشورنس کے پیچھے کیا مقصد ہے؟

I. رہن کی کفایتی شرحوں میں سہولت فراہم کریں۔

II. ہوم لون لینے والوں کے لیے مالی تحفظ فراہم کرنا

III. رہن رکھی گئی جائیداد کی قیمت کی حفاظت کریں۔

IV. ڈِفالٹ ہونے کی صورت میں بے دخلی سے گریز

خلاصہ

- شادی شدہ خواتین کے دولت ایکٹ، 1874 کا سیکشن 6 لائف انشورنس پالیسی کے تحت بیوی اور بچے کے لیے فوائد کا تحفظ فراہم کرتا ہے۔
- MWP ایکٹ کے تحت شروع کی گئی پالیسی قرض دہندگان اور یہاں تک کہ بیمہ شدہ کے کنٹرول سے باہر، عدالت سے منسلک ہوگی۔
- کی مین انشورنس بزنس انشورنس کی ایک اہم شکل ہے۔ اس کی تعریف ایک بیمہ پالیسی کے طور پر کی جاسکتی ہے جو کاروبار کے ذریعے لی گئی مالی نقصانات کی تلافی کے لیے کی جا سکتی ہے جو کاروبار کے کسی اہم رکن کی موت یا طویل عرصے تک نااہلی کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔
- رہن کی تلافی بیمہ بنیادی طور پر ایک کم مدتی لائف انشورنس پالیسی ہے جو رہن رکھنے والے کے ذریعہ رہن کے قرض پر واجب الادا رقم کی ادائیگی کے لیے لی جاتی ہے۔ قرض کی مکمل ادائیگی سے پہلے رہن رکھنے والے کی موت کی صورت میں، وہ قرض پالیسی کی رقم سے ادا کیا جاتا ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. شادی شدہ خواتین کا پراپرٹی ایکٹ
2. کی مین انشورنس
3. رہن سے نجات کا بیمہ

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

اب L-06

لائف انشورنس میں قیمتوں کا تعین اور قدر

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد سیکھنے والوں کو زندگی کی بیمہ کے معاہدوں کی قیمتوں اور فوائد میں شامل بنیادی باتوں سے آگاہ کرنا ہے۔ ہم پہلے بات کریں گے کہ پریمیم کیا ہے؛ اس کے بعد ہم اضافی اور بونس کے تصوّر پر بات کریں گے۔

قابل غور امور

A. انشورنس کی قیمتوں کا تعین - بنیادی باتیں

B. اضافی اور بونس

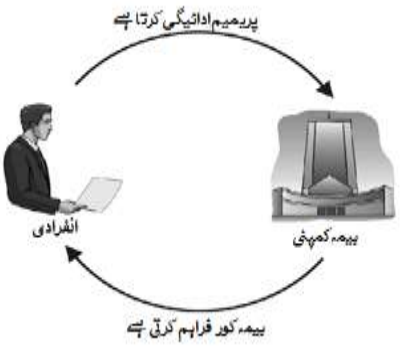
A. انشورنس کی قیمتوں کا تعین - بنیادی باتیں

1. پریمیم

عام آدمی کی شرائط میں، لفظ پریمیم سے مراد وہ قیمت ہے جو ایک بیمہ شدہ انشورنس پالیسی خریدنے کے لیے ادا کرتا ہے۔ اسے عام طور پر بیمہ شدہ رقم کے ہر ہزار روپے پر پریمیم کی شرح کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے۔ پریمیم کی شرح تجویز کنندہ کی عمر اور منصوبہ پر منحصر ہے ۔

یہ پریمیم ریٹس بیمہ کمپنیوں کے پاس شرحوں کے جدول کی شکل میں دستیاب ہیں:

شکل 1: پریمیم



ان میزان میں بیان کردہ شرح کو "آفس پریمیم" کہا جاتا ہے۔ یہ زیادہ تر معاملات میں پالیسی کی پوری مدت میں یکساں ہوتی ہے اور؛ ایک سالانا شرح کے طور پر جانا جاتا ہے۔

مثال

اگر کسی شخص کی عمر کے لیے بیس سال کی بندوبستی پالیسی کے لیے پریمیم 4,800 روپے ہے تو اس کا مطلب ہے کہ 4,800 روپے بیس سال تک ہر سال ادا کی جائے گی۔

تاہم، یہ ممکن ہے کہ کچھ پالیسیاں ہوں جن میں پریمیم صرف ابتدائی چند سالوں میں قابل ادائیگی ہوں۔ کمپنیوں کے پاس واحد پریمیم کنٹریکٹس بھی ہوتے ہیں جن میں معاہدہ کے آغاز پر صرف ایک پریمیم قابل ادائیگی ہوتا ہے۔ ایسی پالیسیاں عموماً سرمایہ کاری سے منسلک ہوتی ہیں۔

2. رعایت

لائف انشورنس کمپنیاں قابل ادائیگی پریمیم میں کسی قسم کی رعایت بھی پیش کر سکتی ہیں۔ ایسی دو قسم کی چھوٹ ہے :

- ✓ بیمہ رقم کے لیے
- ✓ پریمیم موڈ کے لیے

بیمہ رقم کے لیے چھوٹ

بیمہ رقم کے لیے چھوٹ کی پیش کش ان لوگوں کو کی جاتی ہے جو جو زیادہ رقم والی پالسیاں خریدتے ہیں۔ یہ اُن فوائد کوگاہک تک

پہنچانے کے لئے پیش کیا جاتا ہے جو کہ زیادہ قیمت کی پالیسوں کو خرید کر حاصل کیا جاسکتا ہے۔اس کے پیچھے منطق یہ ہے کہ 50,000 روپے یا 5,00,000 روپے کی پالیسی پر کارروائی کرنے کے لیے درکار کوشش اور لاگت یکساں رہتی ہے۔ لیکن، زیادہ بیمہ شدہ پالیسیاں زیادہ پریمیم کماتی ہیں اور اس وجہ سے زیادہ منافع حاصل دیتی ہیں۔

پریمیم کے تعددکے لیے رعایت

اسی طرح پریمیم کے تعددکے لیے بھی رعایت کی پیشکش کی جا سکتی ہے۔ لائف انشورنس کمپنیاں سالانہ، ششماہی، سہ ماہی یا ماہانہ بنیادوں پر پریمیم کی ادائیگی کی اجازت دے سکتی ہیں۔ پریمیم جتنی کثرت سے ادا کیا جائے گا، اس کے حصول اور اکاؤنٹنگ کے انتظامی اخراجات اتنے ہی زیادہ ہوں گے۔ پھر، سالانہ تعدد میں، انشورنس کمپنی اس رقم کو سال بھر استعمال کر سکتی ہے اور اس پر سود کما سکتی ہے۔ لہذا، انشورنس کمپنیاں سالانہ اور ششماہی طریقوں پر رعایت کی پیشکش کرکے ان کے ذریعے پریمیم کی ادائیگی کی حوصلہ افزائی کرتی ہیں۔ اس کے علاوہ، وہ اس میں شامل اضافی انتظامی اخراجات کو پورا کرنے کے لیے، ادائیگی کے ماہانہ انداز کے لیے کچھ اضافی خرچوں کو وصول کر سکتے ہیں۔

3. اضافی چارجز

جدول کے مطابق پریمیم اُن افراد سے وصول کیا جاتا ہے جو کسی بھی اہم عوامل کے تابع نہیں ہیں جس سے اضافی خطرہ لاحق ہو۔ انہیں معیاری زندگی کہا جاتا ہے۔ ان سے وصول کیے جانے والے شرح عام شرح کہلاتی ہیں۔

کوئی شخص جو کہ بیمہ کی پیشکش کررہا ہے وہ بعض وقت صحت کے مسائل جیسے دل کی بیماری یا ذیابیطس کا شکار ہوسکتا ہے۔ جس سے اس کی زندگی کو خطرہ لاحق ہو، اسے غیر معیاری جوکھم مانا جاتا ہے۔ انشورنس کمپنی اضافی ہیلتھ چارجز لگا کر پریمیم پر اضافی بوجھ لگانے کا فیصلہ کر سکتی ہے۔ اسی طرح سرکس ایکروبیٹ جیسے خطرناک پیشے سے وابستہ افراد سے اضافی پیشہ ورانہ فیس وصول کی جا سکتی ہے۔ ان اضافی چارجز کی وجہ سے پریمیم جدول والے پریمیم سے زیادہ ہوجاتا ہے۔

پھر، بیمہ کمپنی ایسی پالیسی کے تحت کچھ اضافی فوائد پیش کر سکتی ہے جو اضافی پریمیم کی ادائیگی پر حاصل کیے جا سکتے ہیں۔

مثال

زندگی کا بیمہ کمپنی ڈبل حادثے کا فائدہ یا ڈی اے بی پیش کر سکتی ہے (جہاں حادثے کی وجہ سے موت کی صورت میں بیمہ کی رقم دگنی کلیم کے طور پر قابل ادائیگی ہے)۔ اس کے لیے، بیمہ کمپنی ایک روپے فی ہزار بیمہ شدہ رقم پر اضافی پریمیم وصول کر سکتی ہے۔

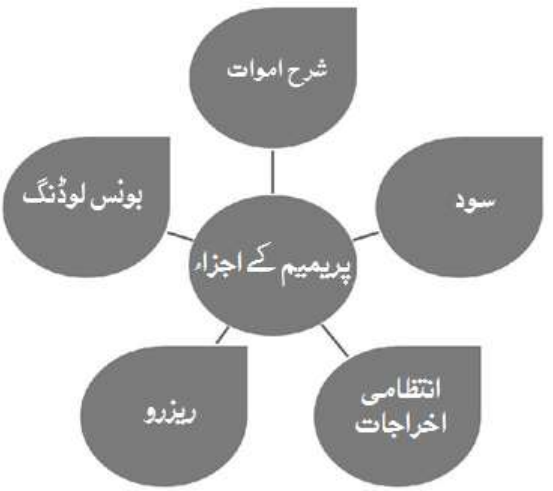
اسی طرح، مستقل معذوری منافع (پی ڈی بی) فی ہزار بیمہ کی رقم پر اضافی چارج ادا کر کے حاصل کیا جا سکتا ہے۔

4. پریمیم کا تعین کرنا

آئیے اب دیکھتے ہیں کہ انشورنس کمپنیاں ان شرحوں کو کیسے طے کرتی ہی جو پریمیم کے جدولوں میں پیش کیاجاتا ہیں۔ یہ کام ایک ایکچوری کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ روایتی لائف انشورنس پالیسیوں جیسے ٹرم انشورنس، لائف انشورنس اور انڈومنٹ انشورنس کے معاملے میں، پریمیم سیٹنگ کے عمل میں درج ذیل پر غور کیا جاتا ہے:

- ✓ شرح اموات
- ✓ سود
- ✓ انتظامی اخراجات
- ✓ ریزرو
- ✓ بونس لوڈینگ

شکل 2: پریمیم کے اجزاء



پہلی دو چیزیں ہمیں خالص پریمیم دیتی ہیں۔ خالص پریمیم میں دیگر عوامل (جسے لوڈینگ کہتے ہیں) شامل کرنے سے، ہمیں مجموعی یا آفس پریمیم ملتا ہے۔

a) شرح اموات اور سود

پریمیم میں پہلا عنصر موت ہے۔ یہ کسی خاص عمر کے فرد کے ایک مخصوص سال کے دوران مرنے کا اندیشہ یا امکان ہے۔ کسی شخص کی متوقع اموات کا پتہ لگانے کے لیے ''موت کی جدول'' استعمال کیا جاتا ہیں۔

مثال

اگر 35 سال کی عمر میں شرح اموات 0.0035 ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ 35 سال کی عمر میں زندہ ہر 1000 افراد کے لیے، 3.5 (یا 10,000 میں 35) کے 35 اور 36 سال کی عمر میں مرنے کا امکان ہے۔

اس جدول کو مختلف عمروں کے لیے موت کی قیمت کا حساب لگانے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، 35 سال کی عمر کے لیے

0.0035 کی شرح کا مطلب ہے 1000 x 0.0035 (بیمہ رقم) = 3.50 روپے فی ہزار بیمہ شدہ رقم۔

مندرجہ بالا قیمت کو "جوکھم پریمیم" بھی کہا جا سکتا ہے۔ بڑی عمر کے لیے جوکھم پریمیم زیادہ ہوگا۔

مثال

اگر پانچ سال کے بعد بیمہ کی لاگت کو پورا کرنے کے لیے ہمارے پاس 5 ہزار روپے کی ضرورت ہے اور اگر ہم فرض کریں کہ شرح سود 6% ہے، تو پانچ سال کے بعد قابل ادائیگی 5 روپے کی موجودہ قیمت $5 \times 1/(1.06)^5$ = 3.74 ہوگا۔

اگر ہم اس شرح کو 6%کے بجائے10% مان لیں تو موجودہ قیمت صرف 3.10 ہوگی۔ دوسرے لفظوں میں، سود کی شرح جتنی زیادہ سمجھی جائے گی، موجودہ قدر اتنی ہی کم ہوگی۔

شرح اموات اورسود کے ہمارے مطالعہ سے ہم دو اہم نتائج اخذ کر سکتے ہیں:

- ✓ شرح اموات میں شرح اموات جتنی زیادہ ہوگی ، اُتنا ہی زیادہ پریمیم ادا کیا جائے گا۔
- ✓ سود کی شرح جتنی زیادہ ہوگی، پریمیم اُتنا ہی کم ہوگا۔

خالص پریمیم

شرح اموات اور سود کے تخمینوں سے، ہمیں "خالص پریمیم" ملتا ہے۔

مجموعی پریمیم

مجموعی پریمیم میں خالص پریمیم کے علاوہ ایک رقم شامل ہوتی ہے جسے لوڈنگ کہتے ہیں۔ لوڈینگ کی رقم کا تعین کرتے وقت ان تینوں باتوں یا رہنمائی اصولوں کو ذہن میں رکھنا ضروری ہے:

b) اخراجات اور ریزرو

لائف انشورنس کمپنیاں کئی مختلف قسم کے آپریٹنگ اخراجات اٹھاتی ہیں، بشمول:

- ✓ ایجنٹوں کی تربیت اور بھرتی،
- ✓ ایجنٹ کمیشن،
- ✓ ملازمین کی تنخواہیں،
- ✓ دفتر کا کرایہ،
- ✓ آفس اسٹیشنری،
- ✓ بجلی کے چارجز،
- ✓ دیگر متفرق اخراجات وغیرہ-

یہ تمام ادائیگیاں انشورنس کمپنیوں سے وصول کیے گئے پریمیم سے کرنا ہوتا ہے۔ ان اخراجات کو خالص پریمیم میں مناسب طور پر شامل کیا جاتا ہے۔

c) غلطی اور ہنگامی حالات

ان اخراجات کے علاوہ، کچھ اور عوامل ہیں جو لائف انشورنس کمپنیوں کے حساب کو غلط ثابت کر سکتے ہیں۔

جوکھم کا ایک ذریعہ لیپس اور واپسی کا ہے۔ لیپس کا مطلب ہے کہ پالیسی ہولڈر پریمیم ادائیگی کرنا بند کر دیتا ہے۔ پالیسی کی واپسی کی صورت میں، پالیسی ہولڈر پالیسی کو سرنڈر کر دیتا ہے اور پالیسی میں جمع کی گئی نقد قیمت میں سے ایک رقم وصول کرتا ہے۔

وقفہ عام طور پر پہلے تین سالوں میں ہوتا ہے، خاص طور پر معاہدے کے پہلے سال میں ہوتی ہے۔

d) منافع بشمول (شرکت کرنے والی) پالیسیوں اور بونس کی لوڈینگ

'منافع بشمول' پالیسیوں کا تصور اس وقت شروع ہوا جب انشورنس کمپنیوں نے پہلے سے زیادہ لوڈینگ چارج کرنے کی مشق شروع کی، ایک ایسا بفر بنایا جاسکے تاکہ ان کے پاس ناسازگار حالات میں بھی نقدی دستیاب ہو (یا انہیں دیوالیہ ہونے کے قابل ہونا چاہئے)۔ اگر مؤخر الذکر تجربہ زیادہ سازگار ثابت ہوا، لہٰذا لائف بیمہ کنندہ اس کی وجہ سے ہونے والے کچھ منافع کو پالیسی ہولڈرز کے ساتھ بونس کے ذریعے بانٹ دے گا۔

مختصراً ہم کہہ سکتے ہیں کہ:

مجموعی پریمیم = خالص پریمیم + اخراجات کے لئے لوڈینگ + واقعات کے لئے لوڈینگ + بونس لوڈینگ

اپنے آپ کو چیک کریں 1

پالیسی لیپس ہونے کا کیا مطلب ہے؟

I. پالیسی ہولڈر پالیسی کے لیے مکمل پریمیم ادائیگی کرتا ہے۔

II. پالیسی ہولڈر پالیسی کے لیے پریمیم ادائیگی کرنا بند کر دیتا ہے۔

III. پالیسی پختگی حاصل کرتی ہے۔

IV. پالیسی کو مارکیٹ سے واپس لے لیا جاتا ہے۔

B. سرپلس اور بونس

1. سرپلس اور بونس کی تعریف

ہر لائف انشورنس کمپنی سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ وقتاً فوقتاً اپنے اثاثوں اور واجبات کا اندازہ لگائے۔ اس طرح کی تشخیص کے دو مقاصد ہیں:

i. لائف انشورنس کمپنی کی مالی حالت کا جائزہ لینے اور اس بات کا تعین کرنے کے لیے کہ آیا وہ دیوالیہ ہونے کے قابل ہے یا نہیں۔

ii. پالیسی ہولڈرز/ شیئر ہولڈرزمیں تقسیم کیے جانے کے لیے دستیاب سرپلس کا تعین کرنا

تعریف

جب اثاثوں کی قیمت واجبات کی قیمت سے زیادہ ہوتو اُسے سرپلس کہتے ہیں ۔ اگر یہ منفی ہوتو اُسے بوجھ سمجھا جاتا ہے۔

آئیے اب دیکھے کہ لائف انشورنس میں سرپلس کا تصور کسی کمپنی کے منافع سے مختلف کیسے ہیں۔

عام طور پر کمپنیاں (فرم) دو طریقوں سے منافع کمانا چاہتی ہیں۔ سب سے پہلے، ایک مخصوص اکاؤنٹنگ مدت کے لیے اخراجات سے زائد آمدنی جیسا کہ منافع اور نقصان کے اکاؤنٹ میں دکھایا گیا ہے۔ منافع بھی کسی کمپنی کی بیلنس شیٹ کا حصہ بنتے ہیں – اسے واجبات سے زیادہ اثاثوں کے طور پر بیان کیا جاسکتا ہے۔ دونوں صورتوں میں، منافع اکاؤنٹنگ مدت کے اختتام پر طے ہو جاتے ہیں۔

سرپلس = اثاثے - واجبات

آئیے اب لائف انشورنس میں واجبات کے معنی کو سمجھتے ہیں۔ لائف انشورنس پالیسیوں کے کسی بھی مخصوص حصے کے لیے، لائف انشورنس کمپنی کو مستقبل کے دعووں اور دیگر متوقع اخراجات کو پورا کرنے کے لیے انتظامات کرنا ہو سکتا ہے۔ انشورنس کمپنی مستقبل میں ان پالیسیوں کے لیے پریمیم وصول کرنے کی بھی توقع رکھتی ہے۔

اس طرح، واجبات کا مطلب ہے کیے جانے والے تمام ادائیگیوں کی موجودہ قیمت ان پالیسیوں پر وصول کرنے کے لیے درکار پریمیم کی موجودہ قیمت کو گھٹا کر ملنے والی رقم۔ موجودہ قیمت رعایت کی مناسب شرح [شرح سود] کو لاگو کرکے حاصل کی جاتی ہے۔

اضافی زندگی کی انشورنس میں اُس وقت پیدا ہوتا ہے جب حقیقی تجربے فرض کئے گئے تجربوں سے بہتر ہوتاہے۔ اس کے نتیجے میں ہونے والے منافع کو منافع والی پالیسوں کے بیمہ دار کے ساتھ تقسیم کرنا ہوتا ہے۔

مثال

31 مارچ 2013 کو ایکس وائے زیڈ فرم کا منافع اس تاریخ کو اس کی آمدنی میں سے اخراجات یا اثاثوں میں سے واجبات کو گھٹا کر نکالا جاتا ہے۔

دونوں صورتوں میں، منافع واضح طور پر معلوم ہوجاتا ہے۔

2. بونس

انشورنس کمپنیوں کو اپنے قابل تقسیم فاضل(اگر کوئی ہو) کو بطور بونس پالیسی ہولڈرز اور کمپنی کے شیئر ہولڈرز کے درمیان تقسیم کرنا ہوتا ہے۔ ہندوستان، برطانیہ اور بہت سے دوسرے ممالک میں، فاضل کی تقسیم مقبول ہے۔

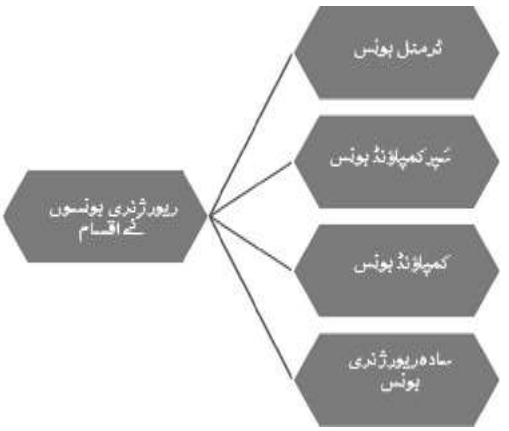
بونس ایک معاہدے کے تحت قابل ادائیگی بنیادی فائدے کے علاوہ ادا کیا جاتا ہے۔ عام طور پر، یہ بنیادی بیمہ شدہ رقم یا سالانہ بنیادی پنشن کے اضافے کے طور پر ظاہر ہو سکتا ہے۔ مثال کے طور پر، یہ انفرادی طور پر 60 روپے فی ہزار کی بیمہ شدہ رقم کے طور پرکیا جاتا ہے۔

بونس کی سب سے عام شکل ریورشنری بونس ہے۔ ایک بار اعلان ہونے کے بعد، ہر سال ادا کیے جانے والے یہ بونس اضافی پالیسی میں شامل ہو جاتا ہے

اور اسے واپس نہیں لیا جا سکتا۔ ان کو 'ریورسیبل' بونس کہتے ہیں، کیونکہ یہ صرف موت یا میچورٹی دعوی کے وقت ہی حاصل کیے جا سکتے ہیں۔ پالیسی کے حوالے کرنے پر بھی بونس قابل ادائیگی ہو سکتے ہیں، بشرطیکہ معاہدہ کم از کم مدت (جیسے 5 سال) تک نافذ رہا ہو۔

ریورژنری بونس کی اقسام

شکل 1: ریورژنری بونس کی اقسام



i. سادہ ریورژنری بونس

یہ ایک ایسا بونس ہے جسے معاہدے کے تحت بنیادی نقد منافع کے فیصد کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر، ہندوستان میں اسے فی ہزار بیمہ کی رقم قرار دیا جاتا ہے۔

ii. کمپاؤنڈ بونس

یہاں کمپنی بونس کو بنیادی منافع اور پہلے سے منسلک بونس کے فیصد کے طور پر ظاہر کرتی ہے۔ اس طرح، یہ ایک بونس پر بونس ہے۔ اس کا اظہار کرنے کا ایک طریقہ بنیادی بیمہ کی رقم کا 8% @ اور ایک منسلک بونس ہو سکتا ہے۔

iii. ٹرمینل بونس

جیسا کہ نام سے پتہ چلتا ہے، یہ بونس صرف معاہدہ کے خاتمے کے وقت [موت یا پختگی کی وجہ سے] کنٹریکٹ کے ساتھ منسلک ہوتا ہے۔ یہ صرف آنے والے سال میں پیدا ہونے والے دعووں پر نافذ ہوتا ہے۔ سال 2013 کے لیے اعلان کردہ ٹرمینل بونس صرف ان دعووں پر لاگو ہوگا جو سال 2013-14 کے دوران پیدا ہوئے تھے، ان دعووں پر نہیں جو اس کے بعد کے سالوں میں اٹھے۔ ٹرمینل بونس معاہدہ کی مدت پر منحصر ہے اور اس کے ساتھ بڑھتا ہے۔25 سال تک کے معاہدوں کو 15 سال تک کے معاہدوں کے مقابلے میں زیادہ ٹرمینل بونس ملے گا۔

3. تعاون کا طریقہ

فاضل کی تقسیم کا ایک اور طریقہ شمالی امریکہ میں اپنایا گیا ہے وہ "تعاون" کا طریقہ ہے۔ یہاں، فاضل یعنی شرح اموات، سود اور اخراجات کے حوالے سے پچھلے سالوں میں جوکچھ ہونے کی توقع تھی اور جو اصل میں ہوا، ان کے فرق کو منافع کے طور پر اعلان اور تقسیم کیا جاتا ہے۔

منافع مستقبل کے پریمیم میں ایڈجسٹ/کمی کرتے ہوئے ادائیگی نقد میں کی جا سکتی ہے؛ اس کے لیے پالیسی میں غیر ضبط شدہ ادائیگی کے امتزاج کو پالیسی میں خریدنے کی اجازت دی جاتی ہے یا ان کو پالیسی کے کریڈٹ میں جمع کیا جاتا ہے۔

4. یونٹ سے منسلک پالیسیاں

قیمتوں کے تعین کے اصول اور یولپ پالیسیوں کی دیگر خصوصیات پر پہلے کے باب میں بات کی جا چکی ہے۔

خلاصہ

- عام آدمی کی شرائط میں، ٹرم پریمیم سے مراد وہ قیمت ہے جو بیمہ شدہ انشورنس پالیسی خریدنے کے لیے ادا کرتا ہے۔
- زندگی کی انشورنس پالیسیوں کے لیے پریمیم سیٹنگ کے عمل میں شرح اموات، سود، انتظامی اخراجات اور ذخائر پر غور کیا جاتا ہے۔
- مجموعی پریمیم کا مطلب خالص پریمیم کے علاوہ ایک رقم ہے جسے لوڈنگ کہتے ہیں۔
- لیپس کا مطلب ہے کہ پالیسی ہولڈر نے پریمیم کی ادائیگی روک دی ہے۔ پالیسی واپس لینے کی صورت میں، پالیسی ہولڈر پالیسی کو سپرد کر دیتا ہے اور پالیسی کی جمع شدہ نقد قیمت سے رقم وصول کرتا ہے۔
- سرپلس اس وقت پیدا ہوتا ہے جب لائف انشورنس کمپنی کا حقیقی تجربہ اس کے تخمینہ شدہ تجربے سے بہتر ہو۔
- سالوینسی کی ضروریات کو پورا کرنے، مفت اثاثوں کو بڑھانے وغیرہ کے لیے اضافی رقم مختص کی جا سکتی ہے۔
- بونس کی سب سے عام شکل ریورشنری بونس ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. پریمیم
2. رعایت
3. بونس
4. فاضل
5. ریزرو
6. لوڈنگ
7. ریورژنری بونس

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

باب L-07

زندگی کی انشورنس کے دستاویزات

باب کا تعارف

باب 7 میں ہم نے دیکھا کہ انشورنس انڈسٹری میں بڑی تعداد میں فارم اور دستاویزات کی ضرورت ہوتی ہے۔ خاص طور پر لائف انشورنس کے لیے کچھ دستاویزات ہیں، جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے۔ یہاں، ہم پالیسی دستاویز میں شامل کیے جانے والے بنیادی دفعات کے بارے میں بات کریں گے۔ یہاں رعایتی مدت سے متعلق دفعات، پالیسی کے خاتمے اور غیر ضبطی کے ساتھ ساتھ کچھ دیگر مراعات کے بارے میں بھی بات کی جائے گی۔

باب کے ماحاصل

A. تجویز کے مرحلے کے دستاویزات

B. پالیسی مرحلے کے دستاویزات

C. پالیسی کی شرائط اور مراعات

A. پروپوزل اسٹیج کے دستاویزات

باب 7 میں پراسپیکٹس اور پروپوزل فارمز کے بارے میں عام معلومات کے علاوہ، اور بھی چیزیں ہیں جنہیں زندگی کی انشورنس کمپنیوں کو سمجھنے کی ضرورت ہے۔

پراسپیکٹس: انشورنس میں، 'پراسپیکٹس' کا مطلب انشورنس کمپنی کی طرف سے جاری کردہ دستاویز ہے، چاہے وہ براہ راست، الیکٹرانک یا کسی دوسرے فارمیٹ میں، انشورنس پروڈکٹ کی فروخت یا فروغ کے مقصد سے ہو۔ انشورنس پروڈکٹ کے پراسپیکٹس میں درج ذیل کو واضح طور پر بیان کیا جائے گا:

(a) متعلقہ انشورنس پروڈکٹ کے لیے اتھارٹی کی طرف سے الاٹ کردہ منفرد شناختی نمبر (UIN)؛

(b) فوائد کا دائرہ کار؛

(c) انشورنس کور کی حد؛

(d) وارنٹیوں، استثنیٰ/استثنیات اور انشورنس کور کی شرائط کے ساتھ اس کی وضاحت۔

پراسپیکٹس میں یہ بھی بتایا جائے گا:

a) اتفاقی واقعہ یا واقعات کی تفصیلات جنہیں بیمہ میں کور کیا جائے گا۔

b) زندگی یا جائیداد کے طبقے یا زمرے ایسے پراسپیکٹس کی شرائط کے تحت بیمہ کے لیے اہل ہیں۔

لائف انشورنس کے پراسپیکٹس میں پروڈکٹ پر رائڈر کی اجازت (صحت اور جنرل انشورنس میں ایڈ آن کور بھی کہا جاتا ہے) اور ان کے فوائد بھی بیان کیے جائیں گے۔

پروپوزل فارم: لائف انشورنس کے سلسلے میں، تجویز کنندہ کے کنبہ کے ممبران (بشمول والدین) کی عمر، صحت کی حیثیت اور کسی بیماری سے متعلق معلومات آفر فارم کے ذریعے جمع کی جاتی ہیں۔ بیمہ کروانے کی تجویز کردہ زندگی کی طبی معلومات، اس کی بیماریوں کی ذاتی تاریخ اور ذاتی علامات بھی پوچھی جا سکتی ہیں، جو کہ مصنوعات کی قسم پر منحصر ہے۔ پروپوزل فارم وہ دستاویز ہے جس کے ذریعے انشورنس کمپنیاں تجویز کنندہ کے بارے میں تمام ضروری معلومات حاصل کرتی ہیں۔

انشورنس ایکٹ کا سیکشن 45 یہ فراہم کرتا ہے کہ غلط بیانی کی بنیاد پر تین سال کے بعد پالیسی پر سوال نہیں اٹھایا جائے گا۔ دفعہ 45 کے حوالے سے، ایجنٹوں کا تجویز کنندہ کو پیشکش فارم/میڈیکل فارم وغیرہ میں شامل تمام سوالات کے ایمانداری سے جواب دینے اور ایسا نہ کرنے کے مضمرات کی وضاحت کرنے میں اہم کردار ادا کرنا ہے۔

ایکٹ کے سیکشن 45 کی شرائط و ضوابط کو لائف انشورنس کے لیے تجویز کردہ فارم میں بیان کیا جانا چاہیے۔ لائف انشورنس کور حاصل کرنے کے لیے تجویز فارم میں شامل سوالات کا جواب دیتے ہوئے، تجویز کنندہ کو ایکٹ کے سیکشن 45 کی دفعات کے مطابق رہنمائی کی جائے گی۔

اسی طرح ایکٹ کا سیکشن 39 نامزدگی کے انتظام سے متعلق ہے۔ جہاں کہیں بھی تجویز کنندہ کو نامزدگی کی سہولت دستیاب ہو، ایجنٹ اسے ایکٹ کے

سیکشن 39 کی دفعات کے بارے میں مطلع کرے گا اور اسے اس سہولت سے فائدہ اٹھانے کی ترغیب دے گا۔

لائف انشورنس کے تجویز فارم میں، کسی سے مجوزہ زندگی کے ذاتی مالیاتی منصوبہ بندی کے پہلوؤں، اس کے کام کا تجربہ، متوقع آمدنی اور اخراجات کے ساتھ ساتھ بچت اور سرمایہ کاری، صحت، ریٹائرمنٹ اور انشورنس کی ضروریات کے بارے میں پوچھا جا سکتا ہے۔

عمر کا ثبوت: بیمہ کی تجویز کردہ زندگی کے خطرے کے پروفائل کا اندازہ لگانے میں عمر ایک اہم عنصر ہے، لہذا انشورنس کمپنیاں صحیح عمر کی تصدیق کے لیے دستاویزی ثبوت حاصل کرتی ہیں۔ عمر کا درست ثبوت معیاری یا غیر معیاری ہو سکتا ہے، جس پر باب 7 میں بحث کی گئی ہے۔

لائف انشورنس کمپنیوں کو ان دستاویزات کی ضرورت بھی ہوتی ہے:

a) ایجنٹ کی خفیہ رپورٹ

ایجنٹ بنیادی انڈر رائٹر ہے۔ پالیسی ہولڈر کے بارے میں وہ تمام اہم حقائق اور چیزیں ایجنٹ کو اپنی رپورٹ میں ظاہر کرنا ہوتا ہیں، جو جوکھم کے تشخیص سے متعلق ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ رپورٹ میں اس فرد کی صحت، عادات، پیشہ، آمدنی اور خاندانی معلومات سے متعلق چیزوں کا ذکر ضروری ہوتا ہے۔

b) طبی معائنہ کار کی رپورٹ

بہت سے معاملات میں، بیمہ کرائے جانے کی تجویز کردہ زندگی کا طبی معائنہ ایک ڈاکٹر سے کیا جاتا ہے جسے انشورنس کمپنی نے فہرست میں شامل کیا ہو۔ انسان کی جسمانی خصوصیات جیسے قد، وزن، بلڈ پریشر، دل کی حالت وغیرہ کے بارے میں معلومات درج کی جاتی ہیں اور ڈاکٹر اپنی رپورٹ میں ان چیزوں کا ذکر کرتا ہے ؛ اسے طبی معائنہ کار کی رپورٹ کہا جاتا ہے۔ اس وجہ سے، انشورنس کمپنی کے انڈر رائٹر کو بیمہ کی تجویز کردہ زندگی کی صحت کی موجودہ صورتحال کے بارے میں مکمل معلومات حاصل ہوتی ہیں۔

بیمہ کمپنی کی طرف سے طبی معائنے کے بغیر انڈر رائٹنگ کے ذریعے بہت ساری پیشکشیں قبول کی جاتی ہیں۔ وہ غیر طبی معاملات کے طور پر جانے جاتے ہیں۔ طبی معائنہ کار کی رپورٹ عام طور پر اس وقت درکار ہوتی ہے جب تجویز پر غیر طبی انڈر رائٹنگ کے تحت غور نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ بیمہ کی رقم یا مجوزہ زندگی کی عمر زیادہ ہے یا پیشکش نے ایسی خصوصیات کا انکشاف کیا ہے۔ جس کے لیے ڈاکٹروں سے معائنہ کرانا اور ان کی رپورٹ لینا ضروری ہے۔

c) اخلاقی جوکھم کی رپورٹ

اخلاقی خطرہ اس بات کا امکان ہے کہ لائف انشورنس پالیسی خریدنے کی وجہ سے کلائنٹ کے رویے میں تبدیلی آ سکتی ہے اور اس طرح کی تبدیلی سے نقصان کا امکان بڑھ جائے گا۔ یہ ایک ایسا عنصر ہے جس پر لائف انشورنس انڈر رائٹرز جوکھم کا اندازہ لگاتے وقت سنجیدگی سے غور کرتے ہیں۔

لائف انشورنس کمپنیاں افراد کے لیے لائف انشورنس خرید کر اپنی زندگی یا دوسرے کی زندگی کو خطرے میں ڈالنے جیسے کاموں سے منافع کمانے کے امکان سے خود کو بچانا چاہتی ہیں۔ لہذا، لائف انشورنس کمپنیوں کے انڈر رائٹرز ان تمام عوامل کو مدنظر رکھتے ہیں جو اس طرح کے جوکھموں

کی نشاندہی کرتے ہیں۔ اس مقصد کے لیے، کمپنی انشورنس کمپنی کے کسی افسر سے اخلاقی خطرے کی رپورٹ پیش کرنے کے لیے کہہ سکتی ہے۔

مثال

وکاس نے حال ہی میں لائف انشورنس پالیسی خریدی تھی۔ پھر اس نے ایک ایسی جگہ سکینگ کرنے کا فیصلہ کیا جو زمین پر سکینگ کے لیے سب سے خطرناک جگہوں کے طور پر جانا جاتا ہے۔ اس سے پہلے انہوں نے ایسی جگہوں پر (مہموں میں) جانے سے انکار کر دیا تھا۔

B. پالیسی مرحلے کی دستاویزی

1. پہلی پریمیم رسید

انشورنس معاہدہ اس وقت شروع ہوتا ہے جب لائف انشورنس کمپنی پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) جاری کرتی ہے۔

ایف پی آر اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو چکا ہے۔ پہلی پریمیم رسید میں درج ذیل معلومات شامل ہیں:

i. بیمہ شدہ زندگی کا نام اور پتہ
ii. پالیسی نمبر
iii. پریمیم ادائیگی کی رقم
iv. پریمیم ادائیگی کا طریقہ اور تعدد
v. پریمیم کی ادائیگی کی اگلی مقررہ تاریخ
vi. جوکھم کے آغاز کی تاریخ
vii. پالیسی کی حتمی پختگی کی تاریخ
viii. پریمیم کی ادائیگی کی آخری تاریخ
ix. بیمہ کی رقم

پہلی پریمیم رسید جاری ہونے کے بعد، انشورنس کمپنی پھر اگلی پریمیم رسید تب جاری کرتی ہے جب وہ تجویز کنندہ سے مزید پریمیم وصول کرتا ہے۔ یہ رسیدیں تجدید پریمیم رسید (آر پی آر) کے نام سے جانی جاتی ہیں۔ آرپی آر، پریمیم کی ادائیگی سے متعلق کسی تنازعہ کی صورت میں ادائیگی کے ثبوت کے طور پر کام کرتے ہیں۔

2. پالیسی دستاویز

پالیسی دستاویز انشورنس سے متعلق سب سے اہم دستاویز ہے۔ یہ بیمہ شدہ اور بیمہ کمپنی کے درمیان معاہدے کا ثبوت ہے۔ یہ اپنے آپ میں کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ اگر پالیسی ہولڈر سے پالیسی دستاویز گم ہو جائے، لہذا اس سے انشورنس معاہدہ متاثر نہیں ہوتا ہے۔ انشورنس کمپنی معاہدے میں کسی تبدیلی کے بغیر ڈپلیکیٹ پالیسی جاری کرے گی۔ پالیسی دستاویز پر ایک مجاز اتھارٹی کے دستخط ہونے چاہئیں اور انڈین سٹیمپ ایکٹ کے مطابق اس پر مہر لگی ہونی چاہیے۔ لائف انشورنس کمپنیاں پالیسی دستاویز کو ڈیزائن کرتے وقت بہت خیال رکھتی ہیں، کیونکہ وہ پالیسی دستاویز کی تفصیلات میں کسی بھی وضاحت یا الجھن کے ذمہ داری کا بھارنہیں اُٹھانا چاہتے ہیں۔

عام طور پر، ایک معیاری پالیسی دستاویز تین حصوں پر مشتمل ہوتی ہے:

a) پالیسی شیڈول

پالیسی کا شیڈول پہلا حصہ ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر پالیسی کے صفحہ اول پر ہوتا ہے۔ زندگی کی بیمہ کے معاہدوں کے نظام الاوقات عام طور پر ایک جیسے ہوتے ہیں۔ وہ عام طور پر درج ذیل معلومات پر مشتمل ہوتے ہیں:

شکل 1: پالیسی دستاویز کے اجزاء

i. بیمہ کمپنی کا نام

ii. مخصوص پالیسی کے لئے کچھ خاص تفصیلات جیسے:

- ✓ پالیسی کے مالک کا نام اور پتہ
- ✓ پیدائش کی تاریخ اور پچھلے پیدائش کے دن پر عمر
- ✓ منصوبہ اور پالیسی معاہدہ کی مدت
- ✓ بیمہ کی رقم
- ✓ پریمیم کی رقم
- ✓ پریمیم ادائیگی کی مدت
- ✓ آغاز ہونے کی تاریخ ، پختگی تاریخ اور آخری پریمیم کی تاریخ
- ✓ پالیسی منافع کے ساتھ ہے یا منافع کے بغیر ہے۔
- ✓ نامزد کا نام
- ✓ پریمیم ادائیگی کا طریقہ کار - سالانہ ؛ نصف سالانہ ؛ سہ ماہی ؛ ماہانہ ؛ تنخواہ سے کٹوتی کے ذریعے سے
- ✓ پالیسی نمبر - جو پالیسی معاہدہ کی منفرد شناختی نمبر ہے

iii. انشورنس کمپنی ادائیگی کرنے کا وعدہ کرتی ہے۔ یہ ادائیگی ان واقعات اور رقم کے وقوع پذیر ہونے پر کی جاتی ہے جس کا وعدہ کیا گیا ہے۔ یہ انشورنس معاہدے کا اہم حصہ ہے۔

iv. مجاز دستخط کنندہ کے دستخط اور پالیسی اسٹیمپ ۔

v. لوکل انشورنس اومبڈسمین (محتسب) کا پتہ۔

b) معیاری دفعات

پالیسی دستاویز کا دوسرا عنصر پالیسی کی معیاری دفعات پر مشتمل ہے، جیسے عمر کے ثبوت سے متعلق دفعات، پریمیم کی ادائیگی، رعایتی مدت وغیرہ، جو عام طور پر زندگی کے تمام انشورنس معاہدوں میں موجود ہوتی ہیں۔ ان میں سے کچھ شرائط کچھ خاص قسم کے معاہدوں پر لاگو نہیں ہو سکتی ہیں، جیسے کہ مدت، واحد پریمیم یا عدم شرکت (بشمول منافع) کی پالیسیاں۔ یہ معیاری دفعات معاہدے کے تحت لاگو ہونے والے حقوق، مراعات اور دیگر شرائط کی وضاحت کرتی ہیں۔

c) پالیسی کی مخصوص دفعات

وہ خصوصی دفعات پالیسی دستاویز کے تیسرے حصے میں شامل کی جاتی ہیں۔ جو مختلف پالیسی معاہدوں کے لیے مخصوص ہیں۔ یہ دستاویز کے سامنے پرنٹ کیے جاتے ہیں یا الگ سے منسلکہ کے طور پر شامل کیے جاتے ہیں۔

جہاں پالیسی کی معیاری دفعات، جیسے کہ گریس کے دن یا گزر جانے کی صورت میں غیر ضبطی، اکثر قانونی طور پر معاہدے کے تحت آتے ہیں، جبکہ، خصوصی دفعات عام طور پر بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان ایک خاص معاہدے سے منسلک ہوتی ہیں۔

مثال

ایک مشق جس میں ایک خاتون کے لئے حمل کے وجہ سے موت کو استثنیٰ مانا گیا ہے جو معاہدہ لکھتے وقت حاملہ ہو۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) کی کیا اہمیت ہے؟ سب سے موزوں آپشن کا انتخاب کریں۔

I. فری لُک کی مدت ختم ہو گئی ہے۔

II. یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو چکا ہے۔

III. اب پالیسی کو منسوخ نہیں کیا جا سکتا

IV. پالیسی نے کچھ نقد قیمت حاصل کی ہے۔

C. پالیسی کی شرائط اور مراعات

رعایتی مدت

جیسا کہ باب 4 میں بیان کیا گیا ہے، رعایتی مدت کی دفعات ایسی پالیسی کو رعایتی مدت کے دوران جاری رکھنے کے قابل بناتی ہی جو دوسری صورت میں پریمیم کی عدم ادائیگی کی وجہ سے ختم (لیپس) ہو جاتا۔ ہر لائف انشورنس معاہدہ شرط پر موت کا فائدہ ادا کرنے کا عہد کرتا ہے کہ پریمیم وقت پر ادا کیا جاتا ہے اور پالیسی نافذ ہے۔"رعایتی مدت" کی شق پالیسی ہولڈر کو پریمیم واجب الادا ہونے کے بعد پریمیم کی ادائیگی کے لیے اضافی وقت دیتا ہے۔

تاہم، پریمیم قابل ادائیگی رہتا ہے اور اگر اس مدت کے دوران پالیسی ہولڈر کی موت ہو جاتی ہے، لہذا انشورنس کمپنی موت کے فائدہ سے پریمیم کی رقم کاٹ لیتی ہے۔ اگر رعایتی مدت ختم ہونے کے بعد بھی

پریمیم بقایا رہتے ہیں، تب سمجھا جاتا ہے کہ پالیسی ختم ہوگئی ہے اور کمپنی موت کا فائدہ ادا کرنے کی کوئی ذمہ داری نہیں لیتا۔ ایسی صورت میں، صرف قابل ادائیگی رقم غیر ضبطی کی دفعات کے تحت قابل اطلاق ہوگی۔

اہم معلومات

وقفہ اور بحالی/ حیات نو

ہم پہلے ہی دیکھ چکے ہیں کہ اگر رعایتی مدت کے دنوں میں بھی پریمیم ادا نہیں کیا جاتا ہے، تو پالیسی کو لیپس حالت میں مانا جا سکتا ہے۔ اچھی بات یہ ہے کہ زیادہ تر لائف انشورنس پالیسیوں کو بحال کیا جا سکتا ہے۔ آئی آر ڈی اے آئی کے پروڈکٹ ریگولیشنز کے مطابق، ایک غیر منسلک پالیسی کو بقایا پریمیم کی تاریخ سے 5 سال کے اندر بحال کیا جاسکتا ہے، جبکہ منسلک پالیسی کو 3 سال کے اندر بحال کیا جا سکتا ہے۔

تعریف

بحالی وہ عمل ہے جس کے ذریعے لائف انشورنس کمپنی ایسی پالیسی کو واپس چالو حالت میں بحال کرتی ہے جسے پریمیم کی عدم ادائیگی کی وجہ سے ختم کر دیا گیا تھا یا جسے کسی بھی غیر ضبطی کے تحت جاری رکھا گیا ہے۔

تاہم، پالیسی کو بحال کرنا بیمہ دار کا غیر مشروط حق نہیں ہے۔ یہ صرف کچھ شرائط کے تحت کیا جا سکتا ہے:

i. **مقررہ مدت کے اندر بحال(ریوائول) کرنے کی درخواست :** پالیسی کے مالک بحالی کو ایسے معاوضہ کی فراہمی میں مقرر کردہ وقت کی حد، جیسے کہ ختم ہونے کی تاریخ سے پانچ سالوں کے اندر بحالی کی درخواست کو مکمل کرنا ہوگا ۔

ii. بیمہ جاری رکھنے کا تسلی بخش ثبوت : بیمہ شدہ کو انشورنس کمپنی کے سامنے اپنی بیمہ کی جاری رہنے کا تسلی بخش ثبوت پیش کرنا ہوگا۔ نہ صرف اس کی صحت تسلی بخش ہو، بلکہ دیگر عوامل جیسے مالی آمدنی اور اخلاقی خطرہ میں کوئی بڑی منفی تبدیلی نہیں ہونی چاہیے۔

iii. بقایا پریمیم کی سود کے ساتھ ادائیگی : پالیسی کے مالک کو ہر پریمیم کی مقررہ تاریخ سے سود کے ساتھ تمام بقایا پریمیم ادا کرنے کی ضرورت ہے۔

iv. مسلسل بیمہ کے ثبوت کا جائزہ لینے کے بعد، انشورنس کمپنی موجودہ شرائط اور پریمیم کے مطابق پالیسی کو بحال کرنے کا فیصلہ کر سکتی ہے یا پریمیم بڑھا کر پالیسی کو بحال کرنے یا جوکھم کور کو کم کرنے یا دونوں کام کرنے کی پیشکش کر سکتی ہیں۔

مندرجہ بالا شرطوں میں شاید سب سے اہم وہ ہے جس کے لئے بحالی پر بیمہ برداری کے ثبوت کی ضرورت ہوتی ہے۔ کس طرح کے ثبوت کی مانگ کی جائیگی یہ ہر ایک انفرادی پالیسی کے حالات پر منحصر کریگا۔ اگر پالیسی ایک بہت چھوٹی سی وقت مدت کے لئے ساقط حالت میں رہی ہے تو بیمہ کمپنی بیمہ برداری کے کسی ثبوت کے بنا پالیسی کو بحال کر سکتی ہے یا اسے بیمہ دار سے صرف ایک سادہ بیان کی ضرورت ہو سکتی ہے کہ وہ اچھی صحت میں ہے۔

تاہم کمپنی کو طبی امتحان یا کچھ مخصوص حالات میں بیمہ برداری کے دیگر ثبوت کی ضرورت ہو سکتی ہے:

i. اگر رعایتی مدت بہت پہلے ختم ہو چکی ہے اور پالیسی تقریباً ایک سال کے لیے (مثال کے طور پر)ختم ہونے والی حالت میں ہے ۔

ii. اگر بیمہ کمپنی کے پاس یہ شك کرنے کا سبب ہے کہ صحت سے متعلق یا دیگر مسئلہ موجود ہو سکتے ہے۔ اگر بیمہ شدہ رقم یا پالیسی کی رقم بہت زیادہ ہے، تو پھر بھی ایک تازہ طبی معائنہ کی ضرورت پڑسکتی ہے۔

اہم

ساقط پالسیوں کی بحالی ایک اہم سروس فنکشن ہے جسے زندگی بیمہ کمپنیاں فعال طور پر حوصلہ افزائی کرنا چاہتی ہیں کیونکہ ساقط حالت کی پالیسیاں بیمہ کمپنی یا پالیسی ہولڈر دونوں میں سے کسی کے لیے بھی فائدہ مند نہیں ہے۔

غیرضبطگی کے دفعات

انشورنس ایکٹ، 1938 کا سیکشن 113 پالیسیوں کو مزید پریمیم کی عدم ادائیگی کی حد تک ادا کی گئی بیمہ کی رقم کی حد تک زندہ رکھ کر انہیں ختم ہونے سے بچاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ پالیسی ہولڈر کا پالیسی کے تحت جمع شدہ نقدی قیمت پر دعویٰ ہے۔

a) دستبرداری قیمت (سرینڈر ویلیو)

سرینڈر ویلیو وہ رقم ہے جو آپ کوتب حاصل ہوتی ہے جب آپ منصوبہ سے بے وقت باہر نکلنے کا فیصلہ کرتے ہیں، یعنی، جب آپ نے پالیسی کو مکمل طور پر واپس لینے یا اس کی میچورٹی سے پہلے پالیسی کو ختم کرنے کا فیصلہ کیا ہے۔

لائف انشورنس کمپنیوں کے پاس عام طور پر چارٹ ہوتا ہے جس میں سرینڈر کی قیمت مختلف ادوار کے لیے لکھا ہوتا ہے ؛ اس میں طریقہ کا بھی ذکر ہے جس کا استعمال سرنڈر ویلیو کے حساب کے لیے کیا جائے گا۔ فارمولے میں انشورنس اور پلان کی قسم، پالیسی کی عمر کے ساتھ ساتھ پالیسی پریمیم کی ادائیگی کی مدت بھی شامل ہے اس کا بھی خیال رکھا جاتا ہے۔

پالیسی کے سرینڈر کرنے پر فرد کے ہاتھ میں اصل نقد رقم پالیسی میں تجویز کردہ سرینڈر ویلیو کی رقم سے مختلف ہو سکتی ہے۔ کسی جمع شدہ بونس، وصولی وغیرہ کی وجہ سے اصل رقم بھی مختلف ہو سکتی ہے۔

گارنٹیڈ سرینڈر ویلیو [جی ایس وی] : آئی آر ڈی اے آئی کے ہدایات کے مطابق (جیسا کہ 2019 میں ترمیم کی گئی)، کے مطابق ہندوستان کا قانون ضمانت شدہ سرینڈر ویلیو [**GSV**] قابل ادائیگی فراہم کرتا ہے، اگر تمام پریمیم کم از کم مسلسل دو سالوں سے ادا کیے گئے ہوں۔ ادا کیے گئے پریمیم کے فیصد (جیسے 30%) کے طور پر طے شدہ قیمت کو گارنٹیڈ سرینڈر ویلیو کہلاتا ہے۔ یہ قیمت پریمیم کی ادائیگی کی مدت پر منحصر ہے۔ پالیسی دستاویز میں جی ایس وی کا ذکر ضروری ہوتا ہے۔

b) پالیسی قرض

نقد قیمت جمع کرنے والی زندگی بیمہ پالیسیوں میں پالیسی ہولڈر کو لون کے لئے ضمانت کے طور پر پالیسی کی نقد قیمت کا استعمال کرکے بیمہ کمپنی سے پیسے ادھار لینے کا حق فراہم کرنے کا پرویژن ہے۔ پالیسی لون عام طور پر پالیسی کی دستبرداری قیمت کے ایک مقررہ ، فیصد (جیسے 90%) تک محدود ہوتا ہے۔ دھیان دیں کہ پالیسی ہولڈر اپنے خود کے کھاتے سے ادھار لیتا ہے۔ اگر پالیسی کی دستبرداری قیمت کی اہل ہو تو ہی اُس پر لون حاصل کیا جاسکتا ہے ۔دستبرداری قیمت لینے کی صورت میں تاہم بیمہ بھی ختم ہوگیا ہوتا ۔

بیمہ کمپنیاں پالیسی قرضوں پر سود وصول کرتی ہیں، جو ششماہی یا سالانہ بنیادوں پر قابل ادائیگی ہوتی ہیں ۔ تاہم، قرض اور سود وقتاً فوقتاً ادا کیا جا سکتا ہے۔ اگر قرض ادا نہیں کیا جاتا ہے، تو بیمہ کمپنی پالیسی کے تحت قابل ادائیگی منافع سے بقایا قرض کی رقم اور سود کاٹ لیتی ہے۔ قرض کی سہولت پالیسی ہولڈر کو مالی بحران کی صورت میں بیمہ کو برقرار رکھ کر ریلیف فراہم کرتی ہے۔

چونکہ پالیسی کے خلاف قرض کو ضمانت کے طور پر رکھ کر دیا جاتا ہے، اس صورت میں، پالیسی کو بیمہ کمپنی کے حق میں تفویض کرنا ہوتا ہے (جس پر بعد کے پیراگراف میں بحث کی گئی ہے)۔ جہاں پالیسی ہولڈر نے بیمہ شدہ کی موت کی صورت میں پالیسی کی رقم وصول کرنے کے لیے ایک شخص کو نامزد کیا ہے۔(جس پر بعد کے پیراگراف میں بحث کی گئی ہے) یہ نامزدگی منسوخ نہیں ہوگی، بلکہ، پالیسی میں انشورنس کمپنی کی دلچسپی کی حد تک نامزد کے حقوق متاثر ہوں گے۔

مثال

ارجن نے لائف انشورنس پالیسی خریدی جس میں پالیسی کے تحت قابل ادائیگی موت کا کل دعویٰ 2.5 لاکھ روپے تھا۔ پالیسی کے تحت ارجن کا کل بقایا قرض اور سود 1.5 لاکھ روپے ہے۔ لہذا، ارجن کی موت کی صورت میں، نامزد شخص 1 لاکھ روپے کی بقایا رقم حاصل کرنے کا حقدار ہوگا۔

پالیسی کی مخصوص دفعات اور توثیق

a) نامزدگی

i. انشورنس ایکٹ، 1938 کے سیکشن 39 کے تحت، اپنے خود کی زندگی پر پالیسی ہولڈر اس فرد یا افراد کو نامزد کر سکتے ہیں جسے اُس کی موت کی صورت میں پالیسی کے ذریعہ محفوظ رقم ادا کیاجائے گا۔

ii. زندگی بیمہ دار **ایک یا ایک سے زیادہ افراد کو نامزد شخص** کے طور پر نامزد کر سکتا ہے۔

iii. نامزد **درست ڈسچارج** کے حقدار ہوتے ہیں اور انہیں اسکا حق دینے والے فرد کی طرف سے ایک **ٹرسٹی کے طور پر اس پیسے** کو رکھنا ہوتا ہے۔

iv. نامزدگی پالیسی کی خریداری کے وقت یا پالیسی کی پختگی سے پہلے کسی بھی وقت کی جا سکتی ہے۔

v. نامزدگی کو پالیسی کے مضمون میں شامل کیا جا سکتا ہے یا پالیسی میں توثیق کے ذریعے شامل کیا جاسکتا ہے۔ نامزدگی کو

انشورنس کمپنی کو مطلع کرنے اور انشورنس کمپنی کے پالیسی ریکارڈ میں رجسٹر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

vi. نامزدگی کو پالیسی کی پختگی سے پہلے کسی بھی وقت، توثیق کے ذریعے یا بعد میں توثیق یا مرضی کے ذریعے (جیسا کہ معاملہ ہو) تبدیل یا منسوخ کیا جا سکتا ہے ۔

اہم معلومات

اندراج نامزد شخص کو انشورنس کمپنی سے پالیسی کی رقم صرف بیمہ شدہ کی موت کی صورت میں وصول کرنے کا حق دیتا ہے۔ البتہ یہ رقم صرف قانونی وارث کی ہوگی۔ **نامزد کا دعویٰ پر مکمل (یا جزوی طور پر) کوئی حق نہیں ہے**۔ تاہم، انشورنس ایکٹ، 1938 کے سیکشن 39(7) کے مطابق، 26 دسمبر، 2014 کے بعد ادائیگی کے لیے میچور ہونے والی تمام پالیسیوں کے سلسلے میں، پالیسی کے مالک کی طرف سےاپنے خود کی زندگی پر والدین، بیوی/شوہر، بچے یا بیوی/شوہراور بچوں کی طرف سے پسند کیا گیا نامزدگی نامزد افراد کو بیمہ کمپنی کی طرف سے بطور فائدہ اٹھانے والی رقم کا حقدار بناتا ہیں۔

جہاں نامزد (زبانیں) نابالغ ہوں، پالیسی ہولڈر کو تقرری کرنے کی ضرورت ہے۔ تقرری کرنے والے کو پالیسی دستاویز پر دستخط کرکے تقرری کے طور پر کام کرنے کے لیے اپنی رضامندی دینی ہوگی۔ جب نامزد کنندہ بالغ کی عمر کو پہنچ جاتا ہے، مقرر کرنے والا اس حیثیت سے محروم ہو جاتا ہے۔ پالیسی ہولڈر کسی بھی وقت تقرری کو تبدیل کر سکتا ہے۔ اگر کوئی مقرر نہیں کیا گیا ہے اور نامزد شخص نابالغ ہے، لہذا بیمہ شدہ کی موت کی صورت میں، موت کا دعوی پالیسی ہولڈر کے قانونی ورثاء کو ادا کیا جاتا ہے۔

جہاں ایک سے زیادہ نامزد افراد کا تقرر کیا گیا ہو، موت کا دعوی ان کو مشترکہ طور پر یا زندہ بچ جانے والے شخص یا افراد کو قابل ادائیگی ہوگا۔ پالیسی کے آغاز کے بعد کی گئی نامزدگیوں کو مؤثر بنانے کے لیے، انشورنس کمپنیوں کو ان کے بارے میں مطلع کرنا ضروری ہے۔

انشورنس ایکٹ کے سیکشن 39(11) میں کہا گیا ہے کہ جہاں پالیسی ہولڈر پالیسی کے میچور ہونے کے بعد مر جاتا ہے، لیکن پالیسی کی آمدنی اور فوائد اس کی موت کی وجہ سے اسے ادا نہیں کیے گئے ہیں، لہذا نامزد ایسی پالیسی کی آمدنی اور فوائد کا حقدار ہوں گے۔

شکل 2: نامزدگی سے متعلق دفعات

b) تفویض

چونکہ لائف انشورنس پالیسی میں وعدہ یا قرض شامل ہوتا ہے کہ بیمہ کمپنی بیمہ دار کی مقروض ہے،یہ رقم یا جائیداد کے لئے ایک ضمانت مانا جاتا ہے. ہم نے دیکھا ہے کہ انشورنس کمپنیاں پالیسی کی سرنڈر ویلیو کے بدلے قرض دیتی ہیں. اسی طرح بینکوں سمیت بہت سے مالیاتی ادارے انشورنس پالیسی کو اپنے حق میں تفویض کرکے انشورنس پالیسی کی حفاظت کے خلاف قرض دیتے ہیں.

تفویض اصطلاح کا عام طور پر مطلب ہے دوسرے شخص کے حق میں، تحریری طور پر جائیداد کو منتقل کرنا. وہ شخص جو حقوق منتقل کرتا ہے اسے تفویض کرنے والا کہا جاتا ہے اور وہ شخص جس کو جائیداد منتقل کی گئی ہے اسے تفویض لینے والا کہا جاتا ہے. تفویض پر، پالیسی کی ملکیت بدل جاتی ہے اور اس لیے نامزدگی منسوخ ہو جاتی ہے. سوائے اس صورت کے جہاں پالیسی لون کے بدلے انشورنس کمپنی کو تفویض کیا گیا ہو.

تفویض کی دو قسمیں ہوتے ہیں.

شکل 3: تفویض کی اقسام

مشروط تفویض	مطلق تفویض
• مشروط تفویض میں یہ پرویژن رہتا ہے کہ زندگی بیمہ دار کی پختگی کی تاریخ تک زندہ رہنے پر یا تفویض کنندہ کی موت ہونے پر پالیسی اسکے پاس واپس چلی جائیگی۔	• مطلق تفویض میں یہ انتظام ہے کہ پالیسی میں تفویض کرنے والے کے تمام حقوق، عنوانات اور دلچسپیاں تفویض کرنے والے کو منتقل کر دی جاتی ہیں اور کسی بھی صورت میں تفویض کرنے والا یا اس کی جائیداد اسے

	واپس نہیں کرتا۔ • اس طرح، پالیسی مکمل طور پر تفویض کرنے والے کے حق میں ہوجاتا ہے۔ تفویض لینے والا، تفویض کرنے والے کی رضامندی کے بغیر، پالیسی کے ساتھ اپنی مرضی کے مطابق نمٹ سکتا ہے۔

مطلق تفویض زیادہ تر کئی تجارتی حالات میں دیکھا جاتا ہے، جہاں پالیسی کو عام طور پر پالیسی ہولڈر کے ذریعے لئے گئے کسی لون کے خلاف جیسے کہ ہاؤسنگ لون کے بدلے میں رہن رکھا جاتا ہے ۔

درست تفویض کے لیے شرائط

آئیے، اب ہم کچھ ان شرائط پر نظر ڈالتے ہیں جو ایک قانونی تفویض کے لئے لازمی ہیں۔

i. تفویض کرنے والے کے پاس تفویض کی جانے والی پالیسی میں مکمل حق اور عنوان یا قابل تفویض مفاد ہونی چاہیے۔

ii. تفویض کسی قابل اطلاق قانون کے خلاف نہیں ہونا چاہیے۔

iii. تفویض کرنے والا دوسرا تفویض کرسکتا ہے، لیکن نامزدگی نہیں کر سکتا، کیونکہ تفویض زندگی کا بیمہ شدہ نہیں ہے۔

اہم معلومات :

- ایک زندگی کی پالیسی مکمل یا جزوی طور پر تفویض کی جا سکتی ہے۔
- تفویض پر منتقلی کرنے والے شخص یا تفویض کنندہ یا باضابطہ مجاز ایجنٹ کے دستخط ہونے چاہئیں اور اس کی تصدیق کم از کم ایک گواہ سے ہونی چاہیے۔
- عنوان کی منتقلی کو خاص طور پر پالیسی کی توثیق کے طور پر یا ایک علیحدہ آلہ کے طور پر بیان کیا جانا چاہیے۔
- پالیسی ہولڈر کو تفویض کے بارے میں انشورنس کمپنی کو نوٹس دینا ہوگا، اس کے بغیر تفویض درست نہیں ہوگا۔
- سیکشن 38(2) کہتا ہے کہ انشورنس کمپنی اسائنمنٹ کو قبول یا مسترد کر سکتی ہے، اگر اس کے پاس یہ یقین کرنے کی وجہ ہے کہ اس طرح کی تفویض حقیقی نہیں ہے یا پالیسی ہولڈر کے مفاد میں یا عوامی مفاد میں نہیں ہے یا اس کا مقصد انشورنس پالیسی کا کاروبار کرنا ہے۔
- تاہم، بیمہ کمپنی، توثیق پر عمل کرنے سے انکار کرنے سے پہلے، اس انکار کی وجوہات تحریری طور پر ریکارڈ کرے گی۔ اور پالیسی ہولڈر کو اس کے بارے میں مطلع کریں؛ یہ پالیسی ہولڈر کے ذریعہ اس طرح کی منتقلی یا تفویض کے نوٹس کی تاریخ سے 30 دنوں سے زیادہ کے اندر کیا جانا چاہئے۔

شکل 4 : بیمہ پالیسیاں تفویض کرنے کے لیے انتظامات

پالیسی ہولڈرز کے لیے مشترکہ مراعات

a) ڈپلیکیٹ پالیسی :

لائف انشورنس پالیسی دستاویز صرف ایک وعدے کا ثبوت ہے۔ پالیسی دستاویز کا نقصان یا تباہی کسی بھی طرح سے معاہدے کے تحت انشورنس کمپنی کو اس کی ذمہ داری سے آزاد نہیں کرتی ہے۔ لائف انشورنس کمپنیوں کے پاس پالیسی دستاویز کے گم ہونے کی صورت میں عام طور پر معیاری طریقہ کار ہوتا ہے۔

عام طور پر دفتر یہ جاننے کے لیے معاملے کی چھان بین کرے گا کہ آیا پالیسی کے مبینہ نقصان کا شبہ کرنے کی کوئی وجہ ہے۔ تسلی بخش ثبوت پیش کرنا ضروری ہو سکتا ہے کہ پالیسی کھو گئی ہے اور اس سے کسی اور طریقے سے نمٹا نہیں جائے گا۔ عام طور پر، دعویٰ دعویدار کے ذریعہ ضمانت کے ساتھ یا اس کے بغیر معاوضہ بانڈ کی تیاری پر طے کیا جاسکتا ہے۔

اگر ادائیگی حال ہی میں واجب الادا ہے اور ادا کی جانے والی رقم بڑی ہے، تو انشورنس آفس بھی اصرار کر سکتا ہے کہ بڑے پیمانے پر فروخت ہونے والے قومی اخبار میں نقصان کی اطلاع دیتے ہوئے ایک اشتہار دیا جائے۔اس بات کا یقین ہونے پر کہ کسی دوسرے شخص کی طرف سے کوئی اعتراض نہیں ہے، ڈپلیکیٹ پالیسی جاری کی جا سکتی ہے۔

b) تبدیلیاں/ترمیمات

پالیسی ہولڈر پالیسی کے شرائط و ضوابط میں تبدیلی کے لیے کہہ سکتا ہے۔ انشورنس کمپنی اور بیمہ دار دونوں کی رضامندی سے ایسی تبدیلیاں کرنے کا انتظام ہے۔ عام طور پر، پالیسی کے پہلے سال کے دوران تبدیلیوں کی اجازت نہیں دی جا سکتی ہے، سوائے اس صورت کے جہاں پریمیم کا طریقہ تبدیل کرنے کی کوشش کی گئی ہو یا تبدیلیاں لازمی نوعیت کی ہوں – جیسا کہ

- ✓ نام یا پتہ میں تبدیلی؛
- ✓ اگر عمر زیادہ سے کم ہے تو اسے نئے سرے سے قبول کرو۔
- ✓ دہرا حادثے کا فائدہ یا مستقل معذوری منافع وغیرہ دینے کی درخواست۔

آنے والے سالوں میں تبدیلیوں کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ ان میں سے کچھ تبدیلیوں کو پالیسی میں ایک مناسب توثیق یا علیحدہ دستاویز شامل کرکے لاگو کیا جا سکتا ہے۔ دیگر تبدیلیاں جن کے لیے پالیسی کی شرائط میں مادی تبدیلی کی ضرورت ہوتی ہے، انہیں موجودہ پالیسیوں کی منسوخی اور نئی پالیسیاں جاری کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

تبدیلیوں کی کچھ اہم اقسام جن کی اجازت دی جا سکتی ہے وہ ہیں -

i. بیمہ کے بعض زمروں یا ادوار میں تبدیلی [جہاں جوکھم نہیں بڑھا ہے]
ii. بیمہ کی رقم میں کمی
iii. پریمیم ادائیگی کے موڈ میں تبدیلی
iv. پالیسی کے آغاز کی تاریخ میں تبدیلی
v. کسی پالیسی کو دو یا زیادہ پالیسیوں میں تقسیم کرنا
vi. اضافی پریمیم یا پابندی والی کلاز کا خاتمہ
vii. منصوبہ کو غیر منافع بخش سے منافع میں تبدیل کرنا
viii. نام کی اصلاح
ix. دعوے کی ادائیگی یا دہرا حادثہ فائدہ کے لیے تصفیہ کے اختیارات

ان تبدیلیوں میں عام طور پر جوکھم میں اضافہ شامل نہیں ہوتا ہے۔ پالیسیوں میں بعض دیگر تبدیلیوں کی بھی اجازت دی جاتی ہے۔ یہ ایسی تبدیلیاں ہو سکتی ہیں جن میں پریمیم کم ہو جاتا ہے۔ مثال کے طور پر، پریمیم ادائیگی کی مدت میں اضافہ؛ منافع کے ساتھ بغیر منافع کے منصوبے پر جانا؛ انشورنس کے ایک زمرے سے دوسرے زمرے میں منتقل ہونا، جہاں خطرے میں اضافہ ہوتا ہے اور بیمہ کی رقم میں اضافہ ہوتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

کن حالات میں پالیسی ہولڈر کو 'مقرر کردہ شخص' کا تقرر کرنے کی ضرورت ہوگی؟

I. بیمہ شدہ نابالغ ہے۔
II. نامزد نابالغ ہے۔
III. پالیسی ہولڈر کی ذہنی حالت ٹھیک نہیں ہے۔
IV. پالیسی ہولڈر شادی شدہ نہیں ہے۔

خلاصہ

- ایجنٹ کو صحت، عادات اور تجویز کنندہ کے پیشے، آمدنی سے متعلق معاملات اور ایجنٹ کی رپورٹ میں خاندان کی معلومات کا ذکر کیا جانا چاہئیے ۔
- جسمانی خصوصیات جیسے قد، وزن، بلڈ پریشر، دل کی حالت وغیرہ سے متعلق معلومات ڈاکٹر اپنی رپورٹ میں درج کرتا ہے جسے طبی معائنہ کار کی رپورٹ کہا جاتا ہے۔
- اخلاقی خطرہ اس کا امکان ہے کہ لائف انشورنس پالیسی کی خریداری کی وجہ سے کلائنٹ کا رویہ تبدیل ہوسکتا ہے اور ایسی تبدیلی سے نقصان کا امکان بڑھ جائے گا۔
- انشورنس معاہدہ اس وقت شروع ہوتا ہے جب لائف انشورنس کمپنی پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) جاری کرتی ہے۔ ایف پی آر اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے۔
- پالیسی دستاویز انشورنس سے متعلق سب سے اہم دستاویز ہے۔ یہ بیمہ شدہ اور بیمہ کمپنی کے درمیان معاہدے کا ثبوت ہے۔
- معیاری پالیسی دستاویز کے عام طور پر تین حصے ہوتے ہیں: پالیسی کا شیڈول، معیاری دفعات اور پالیسی کی خصوصی دفعات۔
- رعایتی مدت کی کلاز پالیسی ہولڈر کو پریمیم واجب الادا ہونے کے بعد پریمیم ادا کرنے کے لیے اضافی وقت دیتی ہے۔
- بحالی کا عمل ہے جس کے تحت لائف انشورنس کمپنی ایسی پالیسی کو بحال کرتی ہے جسے یا تو پریمیم کی عدم ادائیگی کی وجہ سے ختم کر دیا گیا تھا یا جسے کسی بھی غیر ضبطی شق کے تحت جاری رکھا گیا ہو۔
- پالیسی لون ایک عام کاروباری قرض سے دو لحاظ سے مختلف ہے ؛ سب سے پہلے، پالیسی کا مالک قانونی طور پر قرض کی ادائیگی کا پابند نہیں ہے اور انشورنس کمپنی کو بیمہ شدہ کا کریڈٹ چیک کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
- نامزدگی اس وقت ہوتی ہے جب بیمہ شدہ شخص (افراد) کا نام تجویز کرتا ہے۔ بیمہ شدہ کی موت کے بعد بیمہ کی رقم بیمہ کمپنی ادا کرے گی۔
- لائف انشورنس پالیسی کی تفویض کا مطلب ہے پالیسی منتقلی (جائیداد کی شکل میں)کے حقوق، استحقاق اور مفادات کو ایک شخص سے دوسرے شخص کے پاس منتقل کیا جانا۔ جو شخص حقوق کو منتقل کرتا ہے اسے تفویض کرنے والا کہا جاتا ہے۔ اور جس شخص کو جائیداد منتقل کی جاتی ہے اسے تفویض لینے والا کہتے ہیں۔
- پالیسی میں تبدیلی انشورنس کمپنی اور بیمہ دار دونوں کی رضامندی سے کی جاتی ہے۔ عام طور پر، سوائے چند آسان باتوں کو پالیسی کے پہلے سال کے دوران پالیسی میں تبدیلیوں کی اجازت نہیں دی جاتی ہے۔

کلیدی اصطلاح

1. ایجنٹ کی خفیہ رپورٹ
2. طبی معائنہ کار کی رپورٹ
3. اخلاقی خطرے کی رپورٹ
4. پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر)
5. پالیسی دستاویز
6. پالیسی کا شیڈول
7. معیاری دفعات
8. خصوصی دفعات
9. رعایتی مدت
10. پالیسی بند ہونا
11. پالیسی کا احیاء
12. سرینڈر ویلیو
13. نامزدگی
14. تفویض

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

باب L-08

لائف انشورنس ہامیداری

باب کا تعارف

ممکنہ کسٹمر کی جانب سے پیشکش موصول ہونے کے بعد لائف انشورنس ایجنٹ کا کام نہیں رکتا ہے ۔ انشورنس کمپنی کی طرف سے پیشکش کو بھی قبول کرنا چاہیے اور اس کے نتیجے میں پالیسی جاری کی جانی چاہیے۔

زندگی کی انشورنس کی ہر تجویز کو ایک گیٹ وے سے گزرنا پڑتا ہے، جہاں لائف انشورنس کمپنی اس پیشکش کو قبول کرنے کا فیصلہ کرتی ہے یا نہیں اور اگر ہے تو کن حالات میں۔ اس باب میں، ہم ہامیداری کے عمل اور اس عمل میں شامل عناصر کے بارے میں سیکھیں گے۔

قابل غور امور

A. انڈرٹیکنگ - بنیادی تصورات

B. غیر طبی ہامیداری

C. طبی ہامیداری

A. ہامیداری - بنیادی تصورات

1. ہامیداری کا مقصد

ہامیداری کے دو مقاصد ہوتے ہیں

i. جوکھم کا اندازہ لگانا، جوکھم کی درجہ بندی کرنا اور جوکھم کو قبول کرنے یا مسترد کرنے کی شرائط طے کرنا۔

ii. انشورنس کمپنی کے خلاف منفی انتخاب کو روکنا

تعریف

ہامیداری کی اصطلاح سے مراد زندگی کی انشورنس کی ہر پیشکش کا اس میں شامل جوکھم کی ڈگری کے لحاظ سے جائزہ لینا ہے اور پھر یہ فیصلہ کرنا ہے کہ انشورنس دینا ہے یا نہیں اور اگر ہے تو کن شرائط پر۔

منفی انتخاب ان لوگوں کا رجحان ہے جن کو یہ خدشہ ہے یا جو جانتے ہیں کہ ان کے جوکھم کا سامنا کرنے کا امکان زیادہ ہے اور وہ انشورنس کے عمل میں منافع حاصل کرنے کے لیے انشورنس لینا چاہتے ہیں۔

مثال

اگر لائف انشورنس کمپنیاں اس بارے میں محتاط نہیں ہیں کہ وہ کس کو انشورنس پیش کرتے ہیں، اس لیے اس بات کا امکان ہے کہ دل کے مسائل یا کینسر جیسی سنگین بیماری میں مبتلا لوگ انشورنس خریدنا چاہیں گے جنہوں نے طویل عرصے تک زندہ رہنے کی توقع نہیں کی۔

دوسرے الفاظ میں، اگر انشورنس کمپنی ہامیداری میں صوابدید کا استعمال نہیں کرتی، تو اس کا انتخاب منفی طور پر کیا جائے گا اور اس عمل میں نقصان اٹھانا پڑے گا۔

---

2. جوکھم کے درمیان مساوات(اکویٹی)

"مساوات" (ایکویٹی) لفظ کا مطلب ہے کہ ایک برابر والے کے خطرے کے پیش کرنے والے کو درخواست گذار کو پریمیم کی ایک برابر درجے میں رکھنا چاہیے۔ پریمیم کا تعین کرنے کے لیے استعمال ہونے والی اموات کی جدول معیاری زندگی یا اوسط خطرات کے شرح اموات کے تجربے کو ظاہر کرتی ہے۔ ان میں ان لوگوں کی ایک بڑی تعداد شامل ہے جو لائف انشورنس لینا چاہتے ہیں ۔

a) جوکھم کی درجہ بندی

ایکویٹی کو برقرار رکھنے کے لیے، بیمہ کنندگان جوکھم کی درجہ بندی کے نام سے مشہور عمل کی پیروی کرتے ہیں ؛ یعنی انفرادی زندگیوں کو ان کے خطرے کی ڈگری کی بنیاد پر مختلف زمروں میں درجہ بندی کی جاتی ہے۔ جوکھم کی ایسی چار اقسام ہیں۔

شکل 1: جوکھم کی درجہ بندی

i. معیاری زندگی

یہ ان لوگوں پر مشتمل ہے جن کی متوقع اموات شرح اموات کے جدول کے ذریعے پیش کی گئی معیاری زندگیوں کے مساوی ہیں۔

ii. ترجیحی جوکھم

یہ ایسے جوکھم ہیں جن کی متوقع اموات معیاری زندگیوں سے کم ہیں اور اس لیے کم پریمیم وصول کیے جا سکتے ہیں ۔

iii. غیر معیاری جوکھم

یہ وہ جوکھم ہیں جن کی اوسط یا معیاری زندگیوں سے زیادہ متوقع شرح اموات ہوتی ہے، لیکن پھر بھی انہیں بیمہ کے قابل سمجھا جاتا ہے۔وہ بیمہ کے لیے زیادہ (یا اضافی) پریمیم کے ساتھ قبول کیے جا سکتے ہیں یا کچھ پابندیوں کے ساتھ مشروط ہو سکتے ہیں۔

iv. مسترد زندگی

یہ وہ جوکھم ہیں جن کی متوقع اضافی اموات اتنی زیادہ ہیں کہ انہیں سستی قیمت پر انشورنس کے ذریعے کور نہیں کیا جاسکتا۔ بعض اوقات اگر اس شخص کو آپریشن جیسے حالیہ طبی واقعہ کا سامنا کرنا پڑا ہے، تو اس کی پیشکش کو بھی عارضی طور پر مسترد کیا جا سکتا ہے۔

3. ہامیداری کے عمل

ہامیداری کا عمل دو سطحوں پر ہوتا ہے:

- ✓ میدانی سطح پر
- ✓ ہامیداری ڈیپارٹمنٹ کی سطح پر

a) فیلڈ یا پرائمری لیول

میدانی سطح پر ہامیداری کو بنیادی ہامیداری کہتے ہیں۔ اس میں ایک ایجنٹ یا کمپنی کے نمائندے کے ذریعے معلومات جمع کرنا شامل ہے، یہ طے کیا جاسکتا ہے کہ درخواست گذار بیمہ دینے کے لیے درست ہے یا نہیں۔ ایجنٹ ابتدائی ہامیداری کے طور پر ایک اہم کردار نبھاتاہے۔ وہ بیمہ زندگی کو جاننے کے لئے بہترین حالت میں ہوتا ہے۔

بہت سی بیمہ کمپنیاں ایجنٹ سے ایک بیان یا خفیہ رپورٹ پیش کرنے کا مطالبہ کر سکتی ہیں جس میں مجوزہ زندگی کے سلسلے میں ایجنٹ کی طرف سے فراہم کی جانے والی مخصوص معلومات، آراء اور سفارشات طلب کی جائیں۔

دھوکا دھڑی سے باخبر رہنے اور بنیادی انڈر رائٹر کے طور پر ایجنٹ کا کردار

جوکھم کو قبول کرنے کے بارے میں زیادہ تر فیصلے کا انحصار ان حقائق پر ہوتا ہے جو پیشکش فارم میں تجویز کنندہ کی طرف سے ظاہر کیے گئے ہیں۔ ہامیداری ڈیپارٹمنٹ میں انڈر رائٹر کے لیے یہ جاننا مشکل ہو سکتا ہے کہ آیا یہ حقائق غلط ہیں۔ اور جان بوجھ کر دھوکہ دینے کے ارادے سے حقائق کی غلط بیانی کی گئی ۔

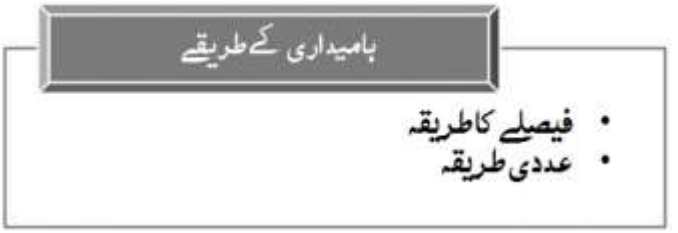
یہاں ایجنٹ ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ مجوزہ زندگی کے ساتھ اپنے براہ راست اور ذاتی رابطے کی وجہ سے، وہ اس بات کو یقینی بنانے کے لیے بہترین پوزیشن میں ہے کہ پیش کردہ حقائق درست ہیں۔

b) محکمہ کی سطح پر ہامیداری

ہامیداری کام کی بنیادی سطح محکمہ یا دفتری سطح پر ہے۔ یہ ماہرین اور لوگوں پر مشتمل ہے جو کیس سے متعلق تمام متعلقہ ڈیٹا پر غور کرتے ہیں، تاکہ یہ فیصلہ کیا جا سکے کہ لائف انشورنس کی پیشکش کو قبول کرنا ہے یا نہیں اور اگر ہاں، تو کن شرائط پر۔

4. ہامیداری کے طریقے

شکل 2: ہامیداری کے طریقے



ایک بیمہ کنندہ اس مقصد کے لیے دو طریقے استعمال کر سکتا ہے:

فیصلے کا طریقہ	عددی طریقہ
اس طریقہ کار میں موضوعی فیصلہ کا استعمال کیا جاتا ہے، خاص طور پر تب جب ایک پیچیدہ معاملے پر فیصلہ لینا ہوتا ہے۔	اس طریقہ کار میں اَنڈررائٹر سبھی منفی یا مخالف عوامل (کسی بھی مثبت یا ساز گار عوامل کے لئے منفی پوائنٹس) کے لئے مثبت شرح پوائنٹس تفویض کرتے ہیں۔
مثال: یہ فیصلہ کرنا کہ آیا زندگی کی بیمہ کسی پریشان ملک/علاقے میں رہنے والے شخص کو فراہم کی جا سکتی ہے۔	مثال: دل کی بیماریوں اور/یا کم عمری میں موت کی خاندانی تاریخ رکھنے والے شخص کو مثبت پوائنٹس دیے جا سکتے ہیں۔ اس طرح تفویض کردہ کل پوائنٹس انڈر رائٹر کو اس میں شامل خطرے کے دائرہ کار کا تعین کرنے میں مدد کریں گے۔

ایسے حالات میں، شعبہ ایسے ڈاکٹر کی ماہرانہ رائے حاصل کر سکتا ہے، جسے میڈیکل ریفری بھی کہا جاتا ہے۔	ان مثبت/منفی پوائنٹس کا مجموعہ اور/یا اضافی اموات کی درجہ بندی (EMR) کہلاتا ہے۔ اعلیٰ EMR بتاتا ہے کہ زندگی غیر معیاری ہے۔ اگر EMR زیادہ ہے، تو بیمہ کنندہ بیمہ کو مسترد کر سکتا ہے۔

ہامیداری متعلق فیصلے

آئیے، اب ہم ہامیداری کے لئے پیش کسی زندگی کے تعلق میں اَنڈررائٹر کے ذریعے لئے جانے والے مختلف فیصلوں پر غور کریں۔

a) عام شرح پر منظوری سب سے عام فیصلہ ہے۔اس ریٹنگ سے پتہ چلتا ہے کہ جوکھم کو ایک عام یا معیاری زندگی کے لئے لاگو ہونے والی پریمیم کی یکساں شرح پر منظور کیا گیا ہے۔

شکل 3 : ہامیداری فیصلہ

b) **ایک اضافی کے ساتھ قبولیت :** یہ غیر معیاری جوکھموں کی بڑی تعدادسے نپٹنے کا سب سے عام طریقہ ہے۔اس میں پریمیم کی ٹیبلر شرح پر ایک اضافی چارج لینا شامل ہے۔

c) **بیمہ رقم پر لین سمیت قبولیت :** لین ایک طرح کا پکڑ ہے جس کا استعمال زندگی بیمہ کمپنی اس فائدہ کی رقم پر کر سکتی ہے (جزوی طور پر یا مکمل طور پر) جو دعوے کی صورت میں اسے ادائیگی کرنی پڑتی ہے۔

مثال: آئیے ایک بیمہ شدہ کے معاملے پر غور کریں جو ٹی بی جیسی مخصوص بیماری میں مبتلا تھا اور ٹھیک ہو گیا تھا۔ لین کے استعمال کا مطلب یہ ہوگا کہ اگر یہ شخص ایک مخصوص مدت کے اندر دوبارہ ٹی بی سے مرجاتا ہے تو ، صرف ڈیتھ بینیفٹ کی کم ہوئی رقم ہی قابل ادائیگی ہو سکتی ہے۔

d) پابندی والی شق کے ساتھ قبولیت: ایک پابندی والی شق کو بعض قسم کے خطرات پر لاگو کیا جا سکتا ہے، جس سے بعض حالات میں موت کی صورت میں موت کے فوائد کو محدود کیا جا سکتا ہے۔

اس کی ایک مثال حاملہ خواتین پر عائد حمل کی شق ہے، جو حمل سے متعلق موت کی صورت میں ڈیلیوری کے تین ماہ کے اندر (مان لیتے ہیں) ہونے کی صورت میں قابل ادائیگی انشورنس کو محدود کرتی ہے۔

e) مسترد یا ملتوی کریں: آخر میں، لائف انشورنس انڈر رائٹر انشورنس کی پیشکش کو مسترد یا رد کرنے کا فیصلہ کر سکتا ہے۔ ایسا تب ہوگا جب صحت/دیگر مسائل اتنے ناگوار ہوں کہ وہ خطرے کو بہت زیادہ بڑھا دیں۔

مثال: ایک شخص جو کینسر میں مبتلا ہے اور اس کے صحت یاب ہونے کے امکانات بہت کم ہیں، اس کی درخواست مسترد کر دی جائے گی۔

اسی طرح، بعض صورتوں میں خطرے کی قبولیت کو اس وقت تک موخر کرنا محتاط ہو سکتا ہے جب تک کہ صورتحال بہتر اور زیادہ سازگار نہ ہو جائے۔

مثال

ایک عورت جس کا حال ہی میں بسٹریکٹومی ہوا ہے اسے اپنی زندگی کا بیمہ کروانے سے پہلے چند ماہ انتظار کرنے کو کہا جا سکتا ہے، تاکہ آپریشن کے بعد پیدا ہونے والا مسئلہ مکمل طور پر ختم ہو جائے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

لائف انشورنس کمپنی درج ذیل میں سے کون سے معاملات کو مسترد یا ملتوی کر سکتی ہے؟

I. 18 سال کی عمر کا صحت مند شخص

II. کوئی بھی کھلاڑی

III. ایڈز میں مُبتلا ایک شخص

IV. گھریلو خاتون جس کی اپنی کوئی آمدنی نہیں ہے۔

B. غیر طبی ہامیداری

1. غیر طبی ہامیداری (نان میڈیکل انڈر رائٹنگ)

زندگی کی انشورنس کی پیشکشوں کی ایک بڑی تعداد کو عام طور پر بغیر کسی طبی معائنے کے بیمہ کے لیے منتخب کیا جا سکتا ہے؛ اس طرح کے معاملات کو غیر طبی ہامیداری کہا جاتا ہے۔

بعض قسم کی پالیسیوں میں شامل اخراجات سمیت بہت سے دوسرے عوامل کو مدنظر رکھتے ہوئے، لائف انشورنس کمپنیاں طبی معائنے پر اصرار کیے بغیر انشورنس فراہم کرتی ہیں۔

2. غیر طبی ہامیداری کی شرائط

تاہم، نان میڈیکل انڈر رائٹنگ کے لیے کچھ شرائط کی تکمیل کی ضرورت ہوتی ہے، جیسے زندگی کے کچھ زمروں کا اطلاق، بیمہ کے کچھ منصوبے، بیمہ کی رقم پر کچھ بالائی حدیں، داخلے کی عمر کی حد، بیمہ کی زیادہ سے زیادہ مدت وغیرہ کا نافذ ہونا۔

3. غیر طبی انڈر رائٹنگ میں درجہ بندی کے عوامل

درجہ بندی کے عنصر کا مطلب مالی حیثیت، طرز زندگی، عادات، خاندانی تاریخ، ذاتی صحت کی تاریخ اور ممکنہ بیمہ شدہ کی زندگی کے دیگر ذاتی حالات سے متعلق مختلف پہلوؤں سے ہے، جو خطرے کا باعث بن سکتے ہیں اور جوکھم کو بڑھا سکتے ہیں۔ ہامیداری میں ان خطرات اور ان کے ممکنہ اثرات کی نشاندہی کرنا اور اس کے مطابق جوکھم کی درجہ بندی کرنا شامل ہے۔

درجہ بندی کے عوامل کو بڑے پیمانے پر دو حصوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے ۔ وہ عوامل جو اخلاقی خطرے کو بڑھاتے ہیں اور وہ عوامل جو جسمانی [طبی] خطرات کو بڑھاتے ہیں۔ لائف انشورنس کمپنیاں اکثر اپنی ہامیداری کو اس کے مطابق زمروں میں تقسیم کرتی ہیں۔ آمدنی، پیشہ، طرز زندگی اور عادات، جیسے عوامل، اخلاقی خطرے میں کردار ادا کرتے ہیں، ان کا اندازہ مالی ہامیداری کے حصے کے طور پر کیا جاتا ہے، جبکہ صحت کے طبی پہلو میڈیکل انڈر رائٹنگ کے دائرے میں آتے ہیں۔

a) خواتین کا بیمہ

خواتین کی عمر عام طور پر مردوں کے مقابلے لمبی ہوتی ہے۔ تاہم، انہیں اخلاقی خطرے سے متعلق کچھ مسائل کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ہندوستانی معاشرے میں بہت سی خواتین مردانہ تسلط اور سماجی استحصال کا شکار ہیں۔ جہیز موت جیسی برائی آج بھی موجود ہے۔ حمل سے متعلق مسائل سے خواتین کی لمبی عمر بھی متاثر ہو سکتی ہے۔

خواتین کی بیمہ بیمہ کی ضرورت اور پریمیم ادا کرنے کی اہلیت پر منحصر ہے۔ اس طرح، انشورنس کمپنیاں صرف ان خواتین کو مکمل بیمہ فراہم کرنے کا فیصلہ کر سکتی ہیں جن کی نے اپنی آمدنی ہے۔ خواتین کی دوسری قسموں پر بھی حدیں لگائی جا سکتی ہیں۔ اسی طرح حاملہ خواتین پر بھی کچھ شرائط عائد کی جا سکتی ہیں۔

b) نابالغ

نابالغوں کا اپنا کوئی معاہدہ کرنے کا حق نہیں ہوتا ہے۔ اسلئے کسی نابالغ کی زندگی پر کوئی تجویز کسی دیگر فرد کے ذریعے پیش کیا جانا چاہئیے جو والدین یا قانونی سرپرست کے طور پر نابالغ سے متعلق ہے۔ بیمہ کی ضرورت کا پتہ لگانا ضروری ہوگا کیونکہ نابالغوں کی عام طور پر اپنی خود کی کوئی مکسوب آمدنی نہیں ہوتی ہے۔نابالغوں کے لئے بیمہ پر غور کرتے وقت عام طور پر تین شرطوں کی مانگ کی جائیگی :

i. **کیا ان کا جسمانی تشکیل اچھی طرح سےنشونما پایا ہے**

خراب جسمانی تشکیل غذائیت کی کمی یا دیگر صحت کے مسائل کی وجہ سے ہوسکتی ہے جو جوکھم کو بڑھاتے ہیں۔

ii. مناسب خاندانی تواریخ اور ذاتی تواریخ

اگر یہاں منفی اشارے ہیں تو یہ جوکھم لاحق بڑھا سکتے ہیں۔

iii. کیا خاندان مناسب طور پر بیمہ شدہ ہے

یہ جانچنا ضروری ہے کہ خاندان میں انشورنس لینے کا رجحان ہے یا نہیں۔ اگر نابالغ کے خاندان کا کوئی دوسرا فرد بیمہ نہیں کرایا ہے تو اسے محتاط رہنا چاہیے۔ بیمہ کی رقم عام طور پر والدین کی بیمہ کی رقم سے منسلک ہوتی ہے۔

c) زیادہ بیمہ شدہ رقم

بیمہ کنندہ کو محتاط رہنے کی ضرورت ہے جب بیمہ کی رقم مجوزہ بیمہ شدہ کی سالانہ آمدنی سے بہت زیادہ ہو۔ عام طور پر، بیمہ کی رقم فرد کی سالانہ آمدنی کا دس سے بارہ گنا کے لگ بھگ فرض کی جا سکتی ہے۔ اگر تناسب اس سے بہت زیادہ ہے، تو اس سے انشورنس کمپنی کے خلاف انتخاب کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔

مثال

اگر کسی شخص کی سالانہ آمدنی 5 لاکھ روپے ہے اور وہ 3 کروڑ روپے کے لائف انشورنس کور کے لیے تجویز کرتا ہے، تو یہ تشویش کا باعث ہے۔

عام طور پر ایسے معاملات میں، اس امکان کی وجہ سے خدشات پیدا ہو سکتے ہیں کہ اتنی بڑی رقم انشورنس کی پیشکش خودکشی کی خواہش یا صحت کی حالت میں متوقع بگاڑ کی وجہ سے کی جا رہی ہے۔ اتنی بڑی رقم کا بیمہ کروانے کی تیسری وجہ بیمہ بیچنے والے کی طرف سے بہت غیر منصفانہ طریقے سے بیمہ بیچنا ہو سکتا ہے۔

بیمہ کی زیادہ رقم کا مطلب یہ بھی ہوگا کہ پریمیم متناسب طور پر بڑھ رہا ہے اور اس سے یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا اس طرح کے پریمیم کی ادائیگی جاری رکھی جائے گی یا نہیں۔ عام طور پر، قابل ادائیگی پریمیم فرد کی سالانہ آمدنی کے ایک تہائی کے اندر ہونا چاہیے۔

d) عمر

شرح اموات (موت کی شرح) کا عمر سے گہرا تعلق ہے۔ بیمہ کنندہ کو بوڑھے لوگوں کے لیے بیمہ پر غور کرتے وقت محتاط رہنے کی ضرورت ہے۔

مثال

اگر 50 سال کی عمر کے بعد پہلی بار انشورنس کی پیشکش کی جا رہی ہے، تو اس کے لیے اخلاقی خطرے کا شبہ ہونا ضروری ہے اور یہ پوچھنا ضروری ہے کہ ایسا انشورنس پہلے کیوں نہیں لیا گیا تھا۔

ہمیں یہ بھی ذہن میں رکھنا چاہیے کہ ٹی بی جیسے امراض، قلب اور گردے فیل ہونے کے امکانات عمر کے ساتھ بڑھتے ہیں اور بڑھاپے میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔ جب بیمہ کی زیادہ رقم/بڑھاپے یا دونوں کے مجموعے کے ساتھ تجاویز پیش کی جاتی ہیں، تو لائف انشورنس کمپنیاں کچھ خاص رپورٹس بھی طلب کر سکتی ہیں۔

مثال

ایسی رپورٹوں کی مثالوں میں ئی سی جی شامل ہے۔ ای ای جی سینے کے ایکسرے اور بلڈ شوگر کے ٹیسٹ شامل ہیں۔ یہ ٹیسٹ تجویز فارم یا عام طبی معائنے میں پائے جانے والے جوابات کے مقابلے میں مجوزہ زندگی کی صحت کے بارے میں گہری معلومات فراہم کر سکتے ہیں۔

مثال

جب تجویز مجوزہ بیمہ دار کی رہائش گاہ سے بہت دور واقع برانچ میں جمع کروائی جاتی ہے۔

طبی معائنہ کہیں اور کیا جاتا ہے یہاں تک کہ جب ایک مستند طبی معائنہ کار شخص کی رہائش گاہ کے قریب دستیاب ہو۔

تیسری صورت اس وقت ہوتی ہے جب کسی دوسرے شخص کی زندگی پر بغیر کسی واضح بیمہ مفاد کے پیشکش کی جاتی ہے، یا جب نامزد شخص مجوزہ زندگی پر قریبی انحصار نہیں کرتا ہے۔

ایسے تمام معاملات میں پوچھ گچھ کی جا سکتی ہے۔ آخر میں، جب ایجنٹ لائف ایشورڈ سے متعلق ہو، تو برانچ آفیسر جیسے ایجنسی مینیجر/ڈیولپمنٹ آفیسر سے اخلاقی خطرہ کی رپورٹ طلب کی جا سکتی ہے۔

e) پیشہ

پیشہ ورانہ خطرات تین ذرائع سے پیدا ہو سکتے ہیں:

- ✓ حادثہ
- ✓ مضر صحت
- ✓ اخلاقی خطرہ

شکل 4: پیشہ ورانہ خطرات کے ذرائع

خطرہ

i. کچھ کام ایسے ہوتے ہیں جو کسی فرد کو حادثہ کے طرف لے جاتے ہیں اور اسلئے **حادثاتی جوکھم** پیدا ہوتے ہیں۔ اس کلاس میں بہت سارے قسم کے کام آتے ہیں - جیسے سرکس کے فنکار، مچان پر کام کرنے والے کارکن، مسمار کے ماہرین اور فلم کے اسٹنٹ فنکار۔

ii. **صحت جوکھم** اس صورت میں پیدا ہوتے ہیں جب ملازمتوں کی نوعیت اس قسم کی ہے جو طبی خرابی کے امکان کو پیدا کرتے ہیں۔ صحت جوکھم مختلف قسم کے ہوتے ہیں۔

- ✓ کچھ کام جیسے رکشہ چلانے والے میں بہت زیادہ جسمانی دباؤ پڑتا ہے اور یہ نظام تنفس کو متاثر کرتا ہے۔
- ✓ ایسی صورتحال جہاں کسی شخص کو زہریلے مادوں کا سامنا ہو، جیسے کان کنی کی دھول یا سرطان پیدا کرنے والے مادے (جو کینسر کا باعث بنتے ہیں) جیسے کیمیکلز اور جوہری تابکاری میں آسکتا ہے۔
- ✓ ہائی پریشر والے ماحول جیسے زیر زمین سرنگوں یا گہرے سمندر میں کام کرنا شدید ڈیکمپریشن بیماری کا باعث بن سکتا ہے۔
- ✓ آخر میں، کام کرنے کے کچھ حالات (جیسے کمپیوٹر کے سامنے جھکنا یا شور مچانے والے ماحول میں کام کرنا) طویل مدت میں جسم کے بعض حصوں کے کام کو متاثر کر سکتے ہیں۔

iii. اخلاقی خطرہ اس وقت پیدا ہو سکتا ہے جب کسی کام میں مجرمانہ عناصر یا منشیات اور الکحل کی قربت شامل ہو یا اس کی طرف مائل ہو۔ اس کی ایک مثال نائٹ کلب ڈانسر یا شراب خانے میں نافذ کرنے والا یا مشتبہ مجرمانہ روابط رکھنے والے تاجر کا 'باڈی گارڈ' ہے۔ پھر، کچھ افراد جیسے سپر اسٹار انٹرٹینرز کی جاب پروفائل انہیں ایک نشہ آور طرز زندگی کی طرف لے جاسکتی ہے، جو بعض اوقات المناک انجام تک پہنچ جاتی ہے۔

جب کوئی پیشہ اس طرح کے خطرناک زمرے میں آتا ہے، تو انشورنس کے درخواست دہندہ کو پیشہ ورانہ سوالنامہ پُر کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے، جس میں ملازمت کی مخصوص معلومات، اس میں شامل ذمہ داریوں اور خطرے کی گنجائش کے بارے میں سوالات پوچھے جاتے ہیں۔ایسے پیشے کے لیے تجویز کردہ اضافی کے طور پر درجہ بندی بھی لگائی جا سکتی ہے (مثال کے طور پر، 2 روپے فی ہزار بیمہ شدہ رقم) بیمہ شدہ کے پیشے کی تبدیلی کی صورت میں، ایسے اضافی چارجز کو کم یا ختم کیا جا سکتا ہے۔

f) طرز زندگی اور عادات

طرز زندگی اور عادات وہ اصطلاحات ہیں جو انفرادی طرز زندگی کی خصوصیات کی ایک وسیع رینج کا احاطہ کرتی ہیں، جو ایجنٹ کی خفیہ رپورٹ اور اخلاقی خطرے کی رپورٹ میں شامل ہو سکتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انسان جوکھم میں ہے۔ تین خصوصیات خاص طور پر اہم ہیں:

تمباکونوشی اور تمباکو کا استعمال: تمباکو کا استعمال نہ صرف اپنے آپ میں ایک خطرہ ہے بلکہ یہ دیگر طبی خطرات کو بڑھانے میں بھی معاون ہے۔ بیمہ کمپنیاں تمباکو نوشی کرنے والوں اور تمباکو نوشی نہ کرنے والوں، تمباکو کے استعمال کی دوسری اقسام جیسے گٹکا اور پان مسالہ استعمال کرنے والوں کے لیے مختلف شرحیں وصول کر رہی ہیں۔

الکحل / شراب : شراب کبھی کبھار یا اعتدال میں پینا خطرناک نہیں سمجھا جاتا ہے۔ تاہم، طویل عرصے تک بھاری مقدار میں الکحل پینا جگر کے کام کو خراب کر سکتا ہے، نظام ہاضمہ متاثر ہو سکتا ہے اور دماغی خرابی پیدا ہو سکتی ہے۔ شراب کا استعمال حادثات، تشدد، خاندانی بدسلوکی، ڈپریشن اور خودکشیوں سے بھی منسلک ہے۔

منشیات کے استعمال : منشیات کا استعمال کا مطلب منشیات یا نشہ آور ادویات، سکون آور ادویات ہیں اور اسی طرح کے دیگر محرکات

جیسے کہ مختلف مادوں کا استعمال کرنا۔ ان میں سے کچھ غیر قانونی مادے بھی ہیں اور ان کا استعمال مجرمانہ اور اخلاقی خطرہ کو ظاہر کرتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مندرجہ ذیل میں سے کون اخلاقی خطرے کی مثال ہے؟

I. اسٹنٹ آرٹسٹ اسٹنٹ کرتے ہوئے مر گیا۔

II. وہ جو بہت زیادہ شراب پیتا ہے کیونکہ اس کے پاس انشورنس ہے۔

III. پریمیم کی ادائیگیوں پر بیمہ شدہ ڈیفالٹ

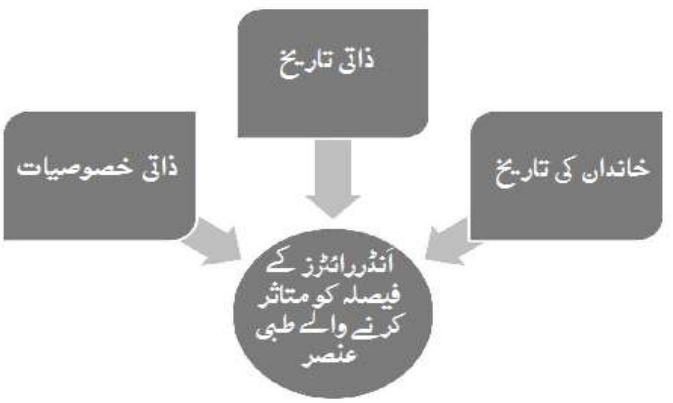
IV. تجویز کنندہ پالیسی دستاویز کھو دیتا ہے۔

C. طبی ہامیداری

1. طبی ہامیداری (میڈیکل انڈر رائٹنگ)

آئیے اب کچھ طبی عوامل پر غور کریں جو زیر تحریر کے فیصلے کو متاثر کریں گے۔ ان کا اندازہ عام طور پر میڈیکل انڈر رائٹنگ کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ یہ اکثر طبی معائنہ کار کی رپورٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اب آئیے چند عوامل کو دیکھتے ہیں جن کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔

شکل 5: طبی عوامل جو بیمہ کنندہ کے فیصلے کو متاثر کرتے ہیں۔



a) خاندان کی تاریخ

اموات کے جوکھم پر خاندانی تاریخ کے اثرات کا تین زاویوں سے مطالعہ کیا گیا ہے۔

i. وراثت: کچھ بیماریاں نسل در نسل منتقل ہو سکتی ہیں، جیسے والدین سے بچے میں آسکتی ہیں۔

ii. اوسط خاندانی عمر: جب والدین کی موت بعض بیماریوں جیسے دل کے مسائل یا کینسر کی وجہ سے ہو، تو یہ اس بات کی علامت ہو سکتی ہے کہ اولاد زیادہ دیر تک زندہ نہیں رہ سکتی۔

iii. خاندانی ماحول: تیسرا، وہ ماحول جس میں خاندان رہتا ہے اسے انفیکشن اور دیگر جوکھم کا زیادہ خطرہ بناسکتا ہے۔

لہٰذا زندگی کی بیمہ کمپنیوں کو خاندان کی منفی تاریخ والے افراد کے معاملات پر غور کرتے وقت محتاط رہنا چاہیے۔ وہ دوسری رپورٹیں طلب کر سکتے ہیں اور ایسے معاملات میں اموات کی اضافی درجہ بندی لگا سکتے ہیں۔

b) ذاتی تاریخ

ذاتی تاریخ سے مراد انسانی جسم کے مختلف نظاموں کے ماضی کے مسائل ہیں جن کے نتیجے میں بیمہ کروانے کی تجویز کردہ جان کا نقصان ہوا ہے۔ لائف انشورنس کی پیشکش کی شکل میں عام طور پر سوالات کا ایک مجموعہ ہوتا ہے جس میں یہ پوچھا جاتا ہے کہ ان میں سے کسی بھی وجہ سے بیمہ کرنے کی تجویز کردہ زندگی کا علاج کیا گیا ہے۔

انڈر رائٹرز کی طرف سے سمجھی جانے والی بیماریوں کی بڑی اقسام میں دل کی بیماری، نظام تنفس کی بیماریاں، مہلک ٹیومر/کینسر، گردے کی بیماری، اینڈوکرائن سسٹم کی خرابی، نظام ہاضمہ کی بیماریاں جیسے گیسٹرک السر اور سروسس، جگر اور اعصابی کی بیماریاں شامل ہیں۔ نظام کی بیماریاں شامل ہیں۔

c) ذاتی خصوصیات

یہ بھی بیماری کی عادت کے اہم سبب ہو سکتے ہیں۔

i. جسمانی قد کاٹھی (بلڈ)

ایک شخص کے قد میں اس کا قد، وزن، سینے اور پیٹ کا اطراف شامل ہوتا ہے۔ ایک مخصوص عمر اور قد کے لیے، ایک معیاری وزن ہے جس کی تعریف کی گئی ہے۔ اگر اس معیاری وزن کی نسبت اس شخص کا وزن بہت زیادہ یا کم ہے تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ اس شخص کا وزن زیادہ یا کم ہے۔

اسی طرح، یہ توقع کی جاتی ہے کہ ایک عام آدمی میں، سینے کو کم از کم چار سینٹی میٹر تک پھیلایا جانا چاہئے اور پیٹ کا فریم اس شخص کے سینے کی توسیع کی پیمائش سے زیادہ نہیں ہونا چاہئے۔

ii. فشار خون (بلڈ پریشر)

دوسرا اشارے اس شخص کا بلڈ پریشر ہے۔ اس کی پیمائش دو طرح کی ہوتی ہے۔

- ✓ سسٹولک
- ✓ ڈائیسٹولک

جب اصل ریڈنگ عام اقدار سے بہت زیادہ ہوتی ہے، تو ہم کہتے ہیں کہ اس شخص کو ہائی بلڈ پریشر یا ہائپرٹینشن ہے۔ جب یہ بہت کم ہو جائے تو اسے ہائپوٹینشن کہتے ہیں۔ ہائی بلڈ پریشر کے سنگین نتائج ہو سکتے ہیں۔

iii. پیشاب - مخصوص کشش ثقل

آخر میں، کسی شخص کے پیشاب کی مخصوص کثافت کو پڑھنے سے پیشاب کے نظام میں مختلف نمکیات کے درمیان توازن کا پتہ چل سکتا ہے۔ یہ سسٹم میں موجود کسی بھی خرابی کا پتہ لگا سکتا ہے۔

d) بیک ڈیٹنگ :

بیک ڈیٹنگ کا مطلب ہے پالیسی کے آغاز کی تاریخ کو پہلے کی تاریخ میں تبدیل کرنا۔ مثال کے طور پر، آپ نے 1 جون 2013 کو لائف انشورنس پالیسی خریدی تھی، لیکن بعد میں آپ کو لگتا ہے کہ اگر آپ نے اسے اپریل 2013 میں خریدا ہوتا تو پالیسی بہتر منافع دے سکتی تھی۔ آپ اور آپ کی انشورنس کمپنی اپریل 2013 سے باضابطہ طور پر پالیسی کو تبدیل کرنے پر متفق ہیں۔ اس صورت میں، آپ نے پالیسی کو بیک ڈیٹ کر دیا ہے۔ عام طور پر، اگر پالیسی ایک ماہ سے کم کے لیے بیک ڈیٹ ہو تو کوئی سود نہیں لیا جاتا ہے۔

بیک ڈیٹنگ درج ذیل وجوہات کی بنا پر کی جاتی ہے:

i. **عمر کی بنیاد پر کم پریمیم وصول کریں:** پالیسی جاری کرتے وقت، انشورنس کمپنیاں پالیسی ہولڈر کی عمر کے قریب تر خیال کرتی ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ اگر آپ کی عمر 32 سال اور 7 ماہ ہے تو انشورنس کمپنی آپ کی عمر کو 33 سال سمجھے گی۔ یہ قریب کی عمر آپ کو اعلیٰ پریمیم سلیب میں ڈال سکتی ہے۔ تاہم، اگر آپ 2 ماہ تک پالیسی کو ریورس کرتے ہیں، تو انشورنس کمپنی آپ کی عمر کو صرف 32 سال اور 5 ماہ سمجھے گی۔ اب آپ 32 سال کی عمر تک پلان کی عمر کے لحاظ سے کم پریمیم ادا کریں گے۔

ii. **ادائیگی کا نظام الاوقات:** کچھ خاص پیشے ہیں جہاں آمدنی کا بہاؤ مستقل نہیں ہوتا ہے۔ ایسے معاملات میں، اگر کوئی شخص غلطی سے اپنے آف سیزن میں لائف انشورنس پالیسی خرید لیتا ہے، تو پالیسی زیادہ آمدنی کی مدت کے لیے بیک ڈیٹ ہو سکتی ہے۔ مثال کے طور پر، ایک کسان کی آمدنی موسم پر منحصر ہو سکتی ہے۔ وہ اپنی فصل کی آمدنی حاصل کرنے کے بعد ہی انشورنس کی ادائیگی کو ترجیح دے گا۔ اس صورت میں، کسان فصل کی کٹائی کے موسم کے دوران پالیسی شروع کرنے کے لیے اسے بیک ڈیٹ کر سکتا ہے۔

iii. خصوصی تاریخوں کے ساتھ موافقت کرنے کے لیے: آپ اپنی اہم تاریخوں، جیسے سالگرہ اور سالگرہ کے ساتھ موافق ہونے کے لیے پالیسی کو بیک ڈیٹ کر سکتے ہیں۔ یہ آپ کے لیے اپنے پریمیم کی مقررہ تاریخ کو یاد رکھنا آسان بناتا ہے۔

iv. ابتدائی میچورٹی کے دعوے: بیک ڈیٹنگ پالیسی کی مدت کو مختصر کر دیتی ہے اور جلد پختگی کی اجازت دیتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر مارچ 2000 کو خریدا گیا 30 سالہ لائف انشورنس کور اپریل 1999 تک چلے گا، تو پالیسی مارچ 2030 کے بجائے اپریل، 2029 کو میچور ہو جائے گی۔ انڈومنٹ پالیسیوں کی صورت میں، یہ فائدہ مند ہو سکتا ہے، کیونکہ میچورٹی کے فوائد پہلے جمع ہوتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

طبی بامیداری میں موروثی تاریخ کیوں اہم ہے؟

I. امیر والدین کے بچے صحت مند ہوتے ہیں۔

II. کچھ بیماریاں والدین سے بچوں میں منتقل ہو سکتی ہیں۔

III. غریب والدین کے بچے غذائی قلت کا شکار ہیں۔

IV. خاندانی ماحول ایک اہم عنصر ہے۔

خلاصہ

- ایکویٹی لانے کے لیے، بیمہ کنندگان جوکھم کی درجہ بندی کا استعمال کرتے ہیں، جہاں مختلف زندگیوں کی درجہ بندی کی جاتی ہے اور ان کے جوکھم کی ڈگری کی بنیاد پر مختلف جوکھم کے زمروں میں تقسیم ہوتے ہیں۔
- بامیداری کا عمل دو سطحوں سے شروع ہو سکتا ہے:
  - ✓ فیلڈ لیول پر اور
  - ✓ بامیداری شعبہ کی سطح پر
- بامیداری کے ذریعے کیے گئے انڈر رائٹنگ کے فیصلوں میں معیاری شرحوں پر معیاری جوکھم قبول کرنا یا غیر معیاری جوکھم کے لیے اضافی فیس وصول کرنا شامل ہے۔ کبھی کبھار قبولیت بیمہ کی رقم پر لیین کے ساتھ ہوتی ہے یا قبولیت ایک پابندی والی شق پر مبنی ہوتی ہے۔ جہاں جوکھم زیادہ ہو، پیشکش کو مسترد یا ملتوی کر دیا جاتا ہے۔
- زندگی کی انشورنس کی پیشکشوں کی ایک بڑی تعداد کو عام طور پر طبی معائنے کے بغیر بیمہ کے لیے منتخب کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح کے معاملات کو غیر طبی حل کہا جاتا ہے۔
- غیر طبی بامیداری کے لیے درجہ بندی کے کچھ عوامل شامل ہیں –
  - ✓ عمر
  - ✓ بیمہ شدہ بڑی رقم
  - ✓ اخلاقی خطرہ وغیرہ
- طبی انڈر رائٹنگ میں جن عوامل پر غور کیا جانا چاہیے ان میں شامل ہیں–
  - ✓ خاندانی تاریخ،
  - ✓ وراثت اور ذاتی تاریخ وغیرہ۔

کلیدی اصطلاح

1. بامیداری (انڈر رائٹنگ)
2. معیاری زندگی
3. غیر طبی بامیداری
4. درجہ بندی کے عوامل
5. طبی بامیداری
6. منفی انتخاب

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 3 – صحیح آپشن II ہے۔

باب L-09

زندگی کی انشورنس کے دعوے

باب کا تعارف

یہ باب دعویٰ کے تصور اور دعووں کی تصدیق کے طریقوں کی وضاحت کرتا ہے۔ ایک بار پھر، یہ باب دعوؤں کی اقسام کی وضاحت کرتا ہے۔ آخر میں، آپ موت کے دعوے کے لیے جمع کیے جانے والے فارموں اور بیمہ کمپنی کے ذریعے فائدہ اٹھانے والے کے دعوے کو مسترد ہونے سے روکنے کے لیے حفاظتی اقدامات کے بارے میں جانیں گے، بشرطیکہ بیمہ دار نے کوئی مادی معلومات نہ رکھی ہو۔

قابل غور امور

A. دعووں کی اقسام اور دعوے کا عمل
B. اس بات کا تعین کرنا کہ آیا دعوے کی صورتحال آ گئی ہے۔
C. لائف انشورنس پالیسیوں کے لیے دعویٰ کا عمل

A. دعووں کی اقسام اور دعوے کا عمل

دعووں کا تصور

انشورنس کمپنی اور انشورنس پالیسی کا اصل امتحان تب ہوتا ہے جب کوئی پالیسی دعویٰ میں بدل جاتی ہے۔ لائف انشورنس کی حقیقی قدر کا اندازہ اس بات سے لگایا جاتا ہے کہ دعوے کیسے طے کیے جاتے ہیں اور فوائد کس طرح ادا کیے جاتے ہیں۔

آئی آر ڈی اے آئی پروٹیکشن آف پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے ضوابط، 2017 کہتا ہے کہ لائف انشورنس کمپنیاں، موت کی اطلاع ملنے کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر، بغیر کسی تاخیر کے موت کے دعووں پر کارروائی کریں گی اور ایک ہی بار میں تمام ضروری چیزوں کا مطالبہ کریں گی۔

موت کے دعوے کی تمام متعلقہ وجوہات بتاتے ہوئے، تمام متعلقہ کاغذات/وضاحت کی وصولی کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر ادائیگی، مسترد یا تردید کی جائے گی۔

اگر، بیمہ کمپنی کی رائے میں، دعوے کی چھان بین کی ضرورت ہے، تو وہ اطلاع ملنے کی تاریخ سے 90 دنوں کے اندر تیزی سے ایسا کرے گی اور اس کے بعد 30 دنوں کے اندر دعوے کا تصفیہ کرے گی۔

آئی آر ڈی اے آئی کہتا ہے کہ میچورٹی دعوؤں، بقا کے فوائد کے دعوے اور سالانہ کے سلسلے میں، زندگی کا بیمہ کمپنی پیشگی اطلاع بھیج کر، پوسٹ ڈیٹڈ چیک بھیج کر یا دعویدار کے بینک اکاؤنٹ میں کسی بھی منظور شدہ الیکٹرانک موڈ کے ذریعے براہ راست کریڈٹ دے کر دعوے پر کارروائی کر سکتی ہے۔ آر بی آئی کے ذریعہ۔ تاکہ دعوی کی ادائیگی مقررہ تاریخ کو یا اس سے پہلے کی جاسکے۔

تعریف

دعویٰ ایک مطالبہ ہے کہ بیمہ کمپنی معاہدے میں بیان کردہ وعدہ کو پورا کرے۔

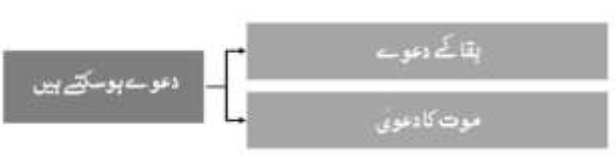
لائف انشورنس کنٹریکٹ کے تحت دعویٰ بیمہ کے معاہدے کے تحت آنے والے ایک یا زیادہ واقعات کے رونما ہونے سے شروع ہوتا ہے۔ جب کہ کچھ دعووں میں، معاہدہ جاری رہتا ہے، جبکہ دوسروں میں، معاہدہ ختم ہوجاتا ہے۔

دعوے دو قسم کے ہو سکتے ہیں:

i. بقا کے دعوے جو بیمہ شدہ زندگی کی بقا پر قابل ادائیگی ہیں اور

ii. موت کا دعوی

شکل 1: دعووں کی اقسام



جہاں موت کا دعوی صرف بیمہ شدہ کی موت کی صورت میں پیدا ہوتا ہے، بقا کے دعوے پالیسی میں بیان کردہ واقعات کے وقوع پذیر ہونے پر قابل ادائیگی ہوتے ہیں۔

اہم معلومات

دعوے کے تمام معاملات میں، بیمہ کمپنی کو اس بات کو یقینی بنانا ہوگا کہ دعویدار کی شناخت کے وائی سی کے اصولوں کے مطابق تصدیق شدہ ہے اور اس کی معلومات کو دستاویزات میں درج کیا گیا ہے۔

مثال

طے شدہ واقعات جب بیمہ شدہ کو دعوے کی ادائیگی کی جاتی ہے۔

i. بیمہ شدہ پالیسی کی پختگی کی مدت کو پہنچ گیا ہے؛

ii. بیمہ شدہ رقم واپس کرنے کی پالیسی کے تحت پہلے سے طے شدہ مدت تک پہنچ گیا ہے، جب قسطیں واجب الادا ہوں؛ یا وہ سالانہ منصوبوں کے تحت ایسی صورتحال میں آیا ہے۔

iii. پالیسی کے تحت آنے والی سنگین بیماری کی صورت میں (رائیڈر فائدے کی صورت میں یا دوسری صورت میں)؛

iv. پالیسی ہولڈر یا تفویض کرنے والے کی طرف سے پالیسی کے حوالے کرنے پر؛

B. اس بات کا تعین کرنا کہ دعویٰ کی صورت حال واقع ہوئی ہے

i. بقا کا دعوی اس وقت قابل ادائیگی ہوتا ہے جب بیمہ دار میچورٹی کی مدت کو پہنچ جاتا ہے یا پالیسی میں بتائی گئی شرائط کو پورا کرتا ہے۔

ii. میچورٹی کے دعوے اور رقم کی واپسی کی قسط کے دعوے آسانی سے طے کیے جاتے ہیں، کیونکہ وہ ان تاریخوں پر مبنی ہوتے ہیں جو معاہدہ کے آغاز پر طے کی گئی تھیں۔ مثال کے طور پر، میچورٹی کی تاریخ اور وہ تاریخیں جب منی بیک پالیسی کے تحت بقا کے فوائد کی قسطیں ادا کی جا سکتی ہیں، معاہدے کا مسودہ تیار کرنے کے وقت واضح طور پر بیان کیا گیا ہے۔

iii. سرینڈر ویلیو کی ادائیگی دیگر دعووں کی ادائیگیوں سے الگ ہے۔ یہاں، دیگر دعووں کے برعکس، پالیسی ہولڈر یا تفویض کنندہ کے معاہدے کو منسوخ کرنے اور معاہدے کے تحت اس کی واجب الادا رقم واپس لینے کے فیصلے کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ عام طور پر، پالیسی کی قبل از وقت واپسی پر جرمانہ قابل ادائیگی ہے۔ ادا کی جانی والی رقم پورے دعوے کے تحت ادا کی جانے والی رقم سے کم ہوگی اور اس لیے مکمل دعوی کی ادائیگی کی صورت میں یہ قابل ادائیگی رقم کے مقابلے کم ہوگی۔

iv. سنگین بیماری کے دعووں کا تعین اس کے دعوے کی حمایت میں پالیسی ہولڈر کے ذریعہ فراہم کردہ میڈیکل اور دیگر ریکارڈ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

v. وظیفہ : سالانہ ادائیگیوں (پنشن پلان) کی صورت میں، بیمہ شدہ کو وقتاً فوقتاً لائف سرٹیفکیٹ فراہم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

سنگین بیماری کے فائدے کا مقصد پالیسی ہولڈر کو اس قابل بنانا ہے کہ وہ سنگین بیماری کی صورت میں اپنے اخراجات پورے کر سکے۔ اگر یہ

پالیسی تفویض کی جاتی ہے، تمام فوائد تفویض کرنے والے کو قابل ادائیگی ہوں گے اور یہ سنگین بیماری کے فائدے کے مطلوبہ مقصد کو پورا نہیں کرے گا۔ اس صورتحال سے بچنے کے لیے ضروری ہے کہ پالیسی ہولڈرز کو ان فوائد کے دائرہ کار کے بارے میں مطلع کیا جائے جو مشروط تفویض کے ذریعے تفویض کیے جا سکتے ہیں۔

میچورٹی یا موت کا دعویٰ یا پالیسی کا سرنڈر معاہدے کے تحت انشورنس کور کو ختم کر دیتا ہے اور مزید انشورنس کور دستیاب نہیں ہوتا ہے۔

دعووں کی اقسام: یہ ادائیگیاں پالیسی کی مدت کے دوران کی جا سکتی ہیں:

a) بقا کے فوائد کی ادائیگی

پالیسی کی مدت کے دوران انشورنس کمپنی کی طرف سے بیمہ شدہ کو متواتر ادائیگیاں کی جاتی ہیں۔

I. **پالیسی کی دستبرداری**

سرینڈر ویلیو سرمایہ کاری کی قدر کی عکاسی کرتی ہے اوریہ بیمہ شدہ رقم، بونس، پالیسی کی مدت اور ادا کردہ پریمیم جیسے مختلف عوامل پر منحصر کرتا ہے ۔ لائف انشورنس پالیسی کا قبل از وقت بند ہونا پالیسی معاہدہ کا رضاکارانہ خاتمہ ہے۔ کسی پالیسی کو ادائیگی کی قیمت حاصل کرنے کے بعد ہی سپرد کیا جا سکتا ہے۔ بیمہ شدہ کو قابل ادائیگی رقم سرنڈر ویلیو ہے، جو عام طور پر ادا کیے گئے پریمیم کا کچھ فیصد ہے۔ بیمہ شدہ کو ادا کی جانے والی اصل سرنڈر ویلیو گارنٹیڈ سرنڈر ویلیو (جی ایس وی) سے زیادہ ہوتی ہے۔

II. **رائڈر فائدہ**

مقررہ شرائط و ضوابط کے مطابق کسی مخصوص واقعہ کے واقع ہونے پر بیمہ کمپنی کے ذریعے رائڈر کے تحت ادائیگی کی جاتی ہے۔

سنگین بیماری والے رائڈر کے تحت، کسی **سنگین بیماری کا علاج** کئے جانے کی صورت میں شرائط کے مطابق ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کی جاتی ہے ایسی بیماری بیمہ کمپنی کے ذریعے مقررہ سنگین بیماریوں کی فہرست میں شامل کیا گیا ہونا چاہئیے۔

اسپتال دیکھ بھال رائڈر کے تحت، بیمہ کمپنی شرائط و ضوابط کے تحت بیمہ دار کے اسپتال میں بھرتی کئے جانے کی صورت میں علاج کی لاگتوں کی ادائیگی کرتی ہے۔

رائڈر ادائیگی کئے جانے کے بعد بھی پالیسی معاہدہ جاری رہتا ہے۔

بیمہ معاہدہ میں مقررہ پالیسی مدت کے آخر میں مندرجہ ذیل دعویٰ ادائیگی کئے جاتے ہیں۔

III. **پختگی دعویٰ**

اس طرح کے دعووں میں بیمہ کمپنی مدت کے آخر میں بیمہ دار کو ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرنے کا وعدہ کرتی ہے، اگر بیمہ دار منصوبہ بندی کی پوری مدت میں زندہ رہتا ہے۔ اسے پختگی دعوے کے طور پر جانا جاتا ہے۔

i. شریک منصوبہ: حصہ لینے والے پلان کے تحت قابل ادائیگی میچورٹی کلیم رقم بیمہ شدہ رقم کے علاوہ جمع شدہ بونس ہے، جس میں پریمیم، پالیسی لون اور اس پر سود جیسے واجبات کو گھٹا دیا جاتا ہے ۔

ii. پریمیم کی واپسی (آراو پی) پلان: کچھ معاملات میں پالیسی کی مدت کے دوران ادا کیے گئے پریمیم پالیسی کی پختگی پر واپس کردیئے جاتے ہیں۔

iii. یونٹ لنکڈ انشورنس پلان (یولپ) : یولپ کی صورت میں، انشورنس کمپنی میچورٹی کلیم کے طور پر فنڈ کی قیمت ادا کرتی ہے۔

iv. منی بیک پلان: منی بیک پالیسی کی صورت میں، انشورنس کمپنی پالیسی کی مدت کے دوران پہلے سے ادا کیے گئے بقا کے فوائد کو منہا کرکے میچورٹی دعوی ادا کرتی ہے۔

دعوی کی ادائیگی کے بعد انشورنس معاہدہ ختم ہو جاتا ہے۔

b) موت کا دعوی

اگر بیمہ کنندہ کی اپنی پالیسی کی مدت کے دوران حادثے یا دیگر وجوہات کی وجہ سے موت ہوجاتی ہے،تو شرکت کرنے والی پالیسی کی صورت میں انشورنس کمپنی بیمہ شدہ رقم کے علاوہ جمع شدہ بونس ادا کرتی ہے۔ اس میں، انشورنس کمپنی وصول کیے جانے والے واجبات [جیسے بقایا پالیسی قرض اور سود یا پریمیم اور سود] گھٹا دیتی ہے۔ یہ موت کا دعویٰ ہے، نامزد یا تفویض یا قانونی وارث میں سے کچھ رقم کی، ادائیگی کی جاتی ہے۔ موت کا دعوی عام طور پر موت کے نتیجے میں کے اختتام کو نشان زد کرتا ہے۔

موت کا دعویٰ درج ذیل ہو سکتا ہے :

- ✓ ابتدائی دعویٰ (پالیسی کی مدت تین سال سے کم رہنے پر) یا
- ✓ غیر ابتدائی دعوی (۳ سال سے زیادہ ہوجانے پر)

نامزد یا تفویض یا قانونی وارث کو موت کی وجہ، تاریخ اور جگہ کے بارے میں انشورنس کمپنی کو مطلع کرنا ہوگا۔

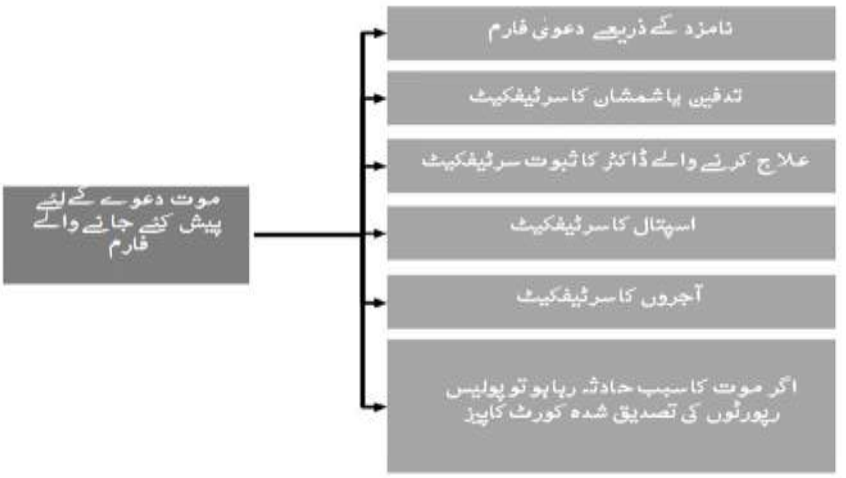
i. موت کے دعوے کے لیے جمع کرائے جانے والے فارم

عام طور پر، فائدہ اٹھانے والے کو دعوے پر کارروائی کے لیے درج ذیل فارم انشورنس کمپنی کو جمع کرنے کی ضرورت ہوتی ہے:

- ✓ نامزد کی طرف سے دعوی فارم
- ✓ دفنانے یا تدفین کا سرٹیفکیٹ
- ✓ علاج کرنے والے معالج کا سرٹیفکیٹ
- ✓ ہسپتال کا سرٹیفکیٹ
- ✓ آجر کا سرٹیفکیٹ
- ✓ موت کے ثبوت کے طور پر میونسپل حکام کی طرف سے جاری کردہ ڈیتھ سرٹیفکیٹ وغیرہ
- ✓ پولیس رپورٹس کی عدالت سے تصدیق شدہ کاپیاں، جیسے فرسٹ انفارمیشن رپورٹ (ایف آئی آر)، تفتیشی رپورٹ، پوسٹ مارٹم

رپورٹ اور حتمی رپورٹ - یہ رپورٹس حادثاتی موت کی صورت میں مانگی جاتی ہیں۔

شکل 2 : موت کے دعوے کے لیے جمع کرائے جانے والے فارم



ii. موت کے دعوے کی تردید

موت کا دعوی ادا یا مسترد کیا جا سکتا ہے۔ اگر انشورنس کمپنی، دعوے پر کارروائی کرتے ہوئے، یہ پاتی ہے کہ تجویز کنندہ نے کوئی غلط بیان دیا ہے یا پالیسی سے متعلق کسی مادی حقیقت کو چھپایا ہے، پھر معاہدہ کالعدم قرار دیا جائے گا۔ ایسی صورت میں، پالیسی کے تحت دستیاب تمام فوائد ضبط کر لیے جاتے ہیں۔

iii. سیکشن 45: ناقابل تردید کلاز

تاہم، یہ جرمانہ انشورنس ایکٹ، 1938 کے سیکشن 45 کے ساتھ مشروط ہے۔

اہم معلومات

دفعہ 45 کہتی ہے:

"لائف انشورنس کی کسی بھی پالیسی پر، پالیسی کی تاریخ سے تین سال مکمل ہونے کے بعد، یعنی پالیسی جاری کرنے کی تاریخ سے یا خطرے کے آغاز کی تاریخ سے یا پالیسی میں رائڈر کے اضافے کی تاریخ سے حیات نو، کی تاریخ ہے، جو بھی سب سے اخیر میں ہو، کسی بھی بنیاد پر سوال نہیں اٹھایا جائے گا۔"

C. لائف انشورنس پالیسی کے لیے دعویٰ کا عمل

اگرچہ تمام بیمہ کمپنیوں کے لیے دعویٰ کا کوئی معیاری طریقہ کار مقرر نہیں ہے، لیکن IRDAI نے دعویٰ کے تصفیہ کے سلسلے میں انشورنس کمپنیوں کے لیے رہنمائی اصول وضع کیے ہیں۔

ضابطہ 8: لائف انشورنس پالیسی کے سلسلے میں دعویٰ کا طریقہ کار

i. لائف انشورنس پالیسی بنیادی دستاویزات کا بیان دے گی جو دعویدار کو عام طور پر اپنے دعوے کی حمایت میں پیش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ii. دعوے کی وصولی پر، لائف انشورنس کمپنی بغیر کسی تاخیر کے دعوے پر کارروائی کرے گی۔ کوئی بھی سوال یا اضافی دستاویزات کا مطالبہ، جہاں تک ممکن ہو، دعوے کی وصولی کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر اندر کیا جائے گا نہ کہ ٹکڑوں میں۔

iii. آئی آر ڈی اے آئی (پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ) کے ضوابط، 2017 کے مطابق، لائف انشورنس پالیسی کے تحت موت کے دعوے کی ادائیگی، مسترد یا تردید، تمام متعلقہ وجوہات بتاتے ہوئے، تمام متعلقہ کاغذات اور وضاحتیں مانگے جانے کی تاریخ سے 30 دن کے اندر کیا جائے ۔ تاہم، اگر انشورنس کمپنی دعوے کی چھان بین کرنے کی ضرورت محسوس کرتی ہے، لہٰذا وہ جلد از جلد تحقیقات شروع اور مکمل کرے گی ؛ کسی بھی صورت میں دعوے کی اطلاع کی وصولی کی تاریخ سے 90 دنوں کے بعد نہیں کیا جائے گا۔ تحقیقات مکمل ہونے کے 30 دنوں کے اندر دعویٰ کا تصفیہ ہونا چاہیے۔

iv. جہاں دعویٰ ادائیگی کے لیے تیار ہو، لیکن دعویٰ کسی بھی وجہ سے ادا نہیں کیا جا سکتا جس میں وصول کنندہ کی صحیح شناخت شامل ہو، پھر لائف انشورنس کمپنی اس رقم کو وصول کنندہ کے فائدے کے لیے اپنے پاس رکھے گی۔ اس رقم پر سود ایک شیڈول بینک کے سیونگ اکاؤنٹ پر لاگو ہونے والی شرح پر جمع ہوگا (یہ تمام کاغذات اور معلومات جمع کرانے کے 30 دنوں سے نافذ العمل ہو گا)

v. جہاں سب ریگولیشن (**iv**) کے تحت آنے والی وجوہات کے علاوہ دعوے پر کارروائی کرنے میں انشورنس کمپنی کی طرف سے تاخیر ہو، لائف انشورنس کمپنی کلیم کی رقم پر بینک کی شرح سے 2% زیادہ کی شرح پر سود ادا کرے گی۔ یہ شرح مالی سال کے آغاز میں موجودہ بینک کی شرح کے مطابق ہوگی جس میں اس کے دعوے کا جائزہ لیا جاتا ہے۔

ایجنٹ کا کردار

ایجنٹ دعویٰ کے فارم کو درست طریقے سے پُر کرنے اور اسے انشورنس کمپنی کے دفتر میں جمع کرانے میں مدد کے لیے نامزد/قانونی وارث یا فائدہ اٹھانے والے کو ہر ممکن خدمت فراہم کرے گا۔

ایسی صورت حال ذمہ داریوں کو نبھانے کے علاوہ نیک نیتی پیدا کرتی ہے، جس سے ایجنٹ کو مستقبل میں میت کے خاندان سے کاروبار یا حوالہ جات حاصل کرنے کا کافی موقع ملتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

درج ذیل میں سے کون سا بیان دعویٰ کے تصور کی بہترین وضاحت کرتا ہے؟ سب سے موزوں آپشن کا انتخاب کریں۔

I. دعویٰ ایک درخواست ہے جس کے ذریعے انشورنس کمپنی معاہدے میں بیان کردہ وعدہ کو پورا کرے گی۔

II. دعویٰ ایک ایسا مطالبہ ہے جس کے ذریعے انشورنس کمپنی معاہدے میں بیان کردہ وعدہ کو پورا کرے گی۔

III. دعویٰ ایک ایسا مطالبہ ہے جس کے ذریعے بیمہ کنندہ معاہدے میں بیان کردہ وعدے کو پورا کرے گا۔

IV. دعویٰ ایک درخواست ہے جس کے ذریعے بیمہ کنندہ معاہدے میں بیان کردہ وعدے کو پورا کرے گا۔

خلاصہ

- دعویٰ ایک مطالبہ ہے کہ انشورنس کمپنی معاہدے میں بیان کردہ وعدہ کو پورا کرے۔
- دعویٰ بقا کا دعویٰ یا موت کا دعویٰ ہوسکتا ہے۔ جہاں موت کا دعوی صرف بیمہ شدہ کی موت کی صورت میں پیدا ہوتا ہے، بقا کا دعوی ایک یا زیادہ واقعات کی وجہ سے پیدا ہوسکتا ہے۔
- بقا کے دعوے کی ادائیگی کے لیے، انشورنس کمپنی کو یہ ثابت کرنا ہوگا کہ واقعہ پالیسی میں بیان کردہ شرائط کے مطابق ہوا ہے۔
- مندرجہ ذیل ادائیگی پالیسی کی مدت کے دوران ہو سکتے ہیں:
  - ✓ بقا کے فائدہ کی ادائیگی
  - ✓ پالیسی کی دستبرداری
  - ✓ رائڈر فائدہ
  - ✓ پختگی دعویٰ
  - ✓ موت دعویٰ
- انشورنس ایکٹ کا سیکشن 45 (تنازعہ کی شق) انشورنس کمپنی کی طرف سے معمولی بنیادوں پر دعوے کو مسترد کرنے کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے۔ یہ انشورنس کمپنی کے لیے پالیسی پر سوال کرنے کے لیے 3 سال کی ایک وقت کی حد مقرر کرتا ہے۔
- آئی آر ڈی اے آئی (پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ) کے ضوابط، 2017 کے تحت، IRDAI نے دعووں کی صورت میں بیمہ شدہ یا فائدہ اٹھانے والے کے تحفظ کے لیے قواعد وضع کیے ہیں۔

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

باب L-10

پریمیم اور بونس

زیادہ تر بیمہ کمپنیاں منافع کمانے اور اپنے پالیسی ہولڈرز اور شیئر ہولڈرز کو انعام دینے کے مقصد سے کام کرتی ہیں۔ بیمہ کمپنیوں کے لیے سب سے بڑی تشویش سالوینسی ہے یعنی کمپنی کی آمدنی کی رفتار کو برقرار رکھنا؛ کمپنی جو آمدنی پیدا کرتی ہے وہ اس کے اخراجات اور ذمہ داریوں کی لاگت کو پورا کرنے کے لیے کافی ہونی چاہیے۔ اگر کمپنی کی کمائی ہوئی آمدنی اخراجات اور ذمہ داریوں کو پورا کرنے کے لیے درکار رقم سے زیادہ ہے تو کہا جاتا ہے کہ کمپنی منافع کما رہی ہے۔

پالیسی ہولڈر سے وصول کیا جانے والا پریمیم بیمہ کمپنی کی آمدنی کا بنیادی ذریعہ ہے۔ مناسب پریمیم جمع نہ کرنا کاروبار کے مجموعی کاموں کو متاثر کر سکتا ہے اور اسے ناقابل عمل قرار دے سکتا ہے۔ اس باب میں، ہم پریمیم کے تصور کو سمجھنے کی کوشش کریں گے۔ اور ان طریقوں کا تجزیہ کریں جن میں کمپنیاں معقول پریمیم جمع کرکے اپنے اخراجات کی تلافی کرتی ہیں۔ ہم بونس کے تصور کو بھی دریافت کریں گے۔ اور سادہ ریورژنری بونس اور کمپاؤنڈ ریورژنری بونس کے درمیان فرق جانیں۔

مطالعہ کے مضامین

1. پریمیم کے تصور کو سمجھنا۔
2. پریمیم کی مختلف اقسام کا تجزیہ کرنا۔
3. پریمیم کا حساب لگانے میں غور کیے جانے والے عوامل کا پتہ لگانا۔
4. بونس کے تصور کو سمجھنا۔
5. منظر نامہ

نشانت جب سے اپنے ایک پرانے دوست سے ملتا ہے تب سے ہی مخمصے میں ہے۔ مختلف پہلوؤں پر تبادلہ خیال کرتے ہوئے، انہوں نے مارکیٹ میں دستیاب مختلف بیمہ پالیسیوں کے بارے میں بات کی۔ بحث کے دوران نشانت کو معلوم ہوا کہ اس کے دوست کے پاس بھی اے بی سی کمپنی کا وہی ٹرم بیمہ پلان ہے جو اس نے 2 سال پہلے خریدا تھا۔ اب اس کی عمر 35 سال ہے۔ اس کے دوست نے یہ پالیسی تقریباً 10 سال پہلے خریدی تھی جب وہ اپنی پہلی ملازمت میں شامل ہوا تھا۔ اس وقت ان کی عمر 25 سال تھی۔ نشانت کو یہ جان کر حیرت ہوئی کہ اس کا دوست صرف 3,000 روپے ماہانہ پریمیم ادا کر رہا تھا، جب کہ وہ اسی پالیسی کے لیے 7,000 روپے ادا کر رہا تھا۔

نشانت سمجھ نہیں پا رہا تھا کہ ایک ہی کمپنی کے ایک ہی پلان کی پریمیم رقم میں اتنا فرق کیوں ہے۔ اس نے ہمیشہ پریمیم کو بیمہ پلان کی لاگت کے طور پر دیکھا تھا۔ کیا مہنگائی کی وجہ سے 8 سالوں میں پلان پریمیم میں کوئی تبدیلی آئی ہے؟ نیز، کیا کمپنیاں دو مختلف افراد سے مختلف پریمیم وصول کرسکتی ہیں؟ کمپنی کس بنیاد پر پریمیم کا حساب لگاتی ہے؟ یہ کچھ سوالات تھے جو نشانت کے ذہن میں گھوم رہے تھے۔

اس باب کا مقصد پریمیم، اس کی اقسام اور اس کے حساب میں شامل عوامل سے متعلق تمام شکوک و شبہات کو دور کرنا ہے۔

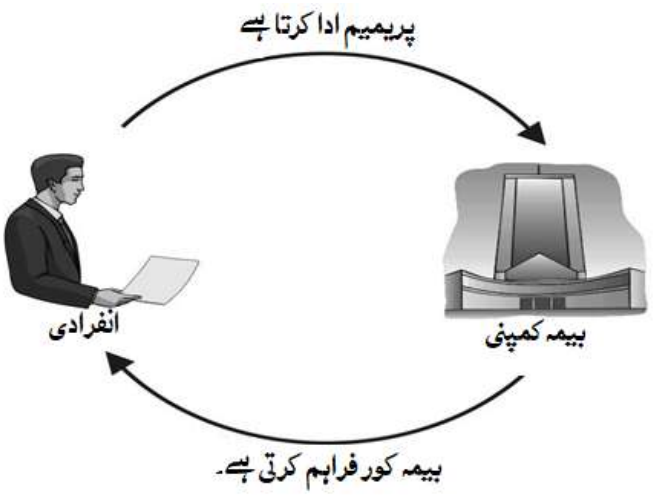
1. پریمیم کے تصور کو سمجھنا۔

پریمیم کیا ہے؟

پریمیم کے بارے میں نشانت کے مخمصے کو حل کرنے سے پہلے، آئیے پہلے بیمہ پلان کے بارے میں کچھ باتیں سمجھ لیں۔ جب کوئی شخص بیمہ پلان خریدتا ہے تو یہ چیزیں ہوتی ہیں۔:

- تجویز کنندہ اور بیمہ کمپنی کے درمیان ایک معاہدے پر دستخط کیے جاتے ہیں۔
- اس معاہدے میں، بیمہ کمپنی عام طور پر نامزد شخص کو بونس (اگر قابل اطلاق ہو) کے ساتھ بیمہ کی رقم ادا کرنے پر راضی ہوتی ہے اگر بیمہ شدہ کو کچھ ہوتا ہے، یا اگر وہ ایک مخصوص مدت تک زندہ رہتا ہے اور اگر صارف فیصلہ کرتا ہے کہ پالیسی ہولڈر ادائیگی کرنے پر راضی ہو جاتا ہے۔ وقت کی حد کے اندر مناسب پریمیم۔ قابل ادائیگی فوائد پروڈکٹ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔
- اس کے لیے، لائف بیمہ دار (یا تجویز کنندہ) معاہدہ میں بیان کردہ بیمہ کمپنی کو غور (یعنی پریمیم) ادا کرنے سے اتفاق کرتا ہے۔

شکل-1: بیمہ کا معاہدہ، جس میں بیمہ کمپنی غور و خوض (پریمیم) کے بدلے رسک کور فراہم کرتی ہے:



مندرجہ بالا مثال سے، ہم یہ نتیجہ اخذ کر سکتے ہیں کہ پریمیم وہ رقم (غور) ہے جو بیمہ دار کو خریدے گئے بیمہ کور کے لیے وقتاً فوقتاً بیمہ کمپنی کو ادا کرنا پڑتا ہے۔ پریمیم یکمشت رقم کے طور پر ادا کیا جا سکتا ہے، یعنی واحد پریمیم۔

بیمہ کمپنیوں کے پاس آمدنی کے بنیادی طور پر 2 ذرائع ہوتے ہیں۔ (a) پہلا ذریعہ پالیسی ہولڈرز سے موصول ہونے والی پریمیم رقم ہے۔ اور (ب) کمپنی کی طرف سے کی گئی سرمایہ کاری پر منافع کے ذریعے۔ سرمایہ کاری

کے لیے رقم جمع شدہ پریمیم سے آتی ہے۔ لہذا، بیمہ کمپنی کی آمدنی کا بنیادی ذریعہ پریمیم ہے۔

اس سلسلے میں بیمہ کمپنی کو پریمیم کی رقم کا حساب بہت احتیاط سے کرنا ہوگا۔ پریمیم کمپنی کے تمام اخراجات کو پورا کرنے کے لیے کافی ہونا چاہیے۔ اخراجات میں دعویٰ کی صورت میں بیمہ شدہ کی جانب سے کی جانے والی ادائیگیاں (بیمہ کی رقم)، انتظامی اخراجات اور دیگر بنیادی ڈھانچے کے اخراجات شامل ہیں۔

بنیادی طور پر، پریمیم کا انحصار بیمہ کی رقم، عمر اور بیمہ پلان کی قسم پر ہوتا ہے۔ پریمیم کو فرد کی طرف سے خریدے گئے بیمہ پلان کی قیمت کے طور پر بھی دیکھا جا سکتا ہے۔

آگے بڑھنے سے پہلے، آئیے پہلے پریمیم سے متعلق کچھ اہم اصطلاحات کو سمجھیں جو اس باب میں استعمال ہوں گی۔

اہم اصطلاحات کی وضاحت کی گئی ہے:

- بیمہ شدہ رقم: بیمہ کمپنی پالیسی کی مدت کے دوران پالیسی ہولڈر (زندگی بیمہ شدہ) کی موت کی صورت میں پالیسی ہولڈرز کے استفادہ کنندگان کو بیمہ شدہ رقم ادا کرنے کے لیے لائف بیمہ شدہ کے ساتھ ایک معاہدے پر دستخط کرتی ہے۔ یا اگر پالیسی ہولڈر پالیسی کی مدت تک زندہ رہتا ہے تو یہ ایک مقررہ رقم ادا کرنے کا وعدہ کرتا ہے۔ مستفید ہونے والوں کو ادا کی جانے والی رقم کو موت کا فائدہ بھی کہا جاتا ہے۔ یہ بیمہ کی رقم اس کی مستقبل کی ذمہ داریوں اور موجودہ آمدنی کی بنیاد پر فرد کی طرف سے پہلے سے طے شدہ رقم ہے۔
- ختم شدہ پالیسی: پریمیم کی ادائیگی میں ڈیفالٹ کے نتیجے میں پالیسی منسوخ ہو سکتی ہے۔ اسے لیپسڈ پالیسی کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیوں کی طرف سے پریمیم کی ادائیگی کے لیے ایک مخصوص رعایتی مدت دی جاتی ہے۔ اگر پالیسی ہولڈر اس رعایتی مدت کے دوران ادائیگی کرنے میں ناکام رہتا ہے، تو سمجھا جاتا ہے کہ پالیسی ختم ہو گئی ہے۔
- پالیسی ہولڈر کی عمر: پریمیم کا حساب لگانے کے لیے پالیسی ہولڈر کی صحیح عمر کا تعین کیا جانا چاہیے۔ عام اصول یہ ہے کہ "عمر جتنی زیادہ ہوگی، پریمیم اتنا ہی زیادہ ہوگا"۔ پالیسی کے آغاز کی تاریخ پر پالیسی ہولڈر کی عمر کا حساب بیمہ کمپنیوں کے ذریعے کیا جانا چاہیے۔ عمر کا حساب لگانے کے لیے، بیمہ کمپنیاں زیادہ تر صرف مکمل ہونے والے سالوں کی تعداد پر غور کرتی ہیں، اور مہینوں اور دنوں کو نظر انداز کرتی ہیں۔ تین طریقے ہیں جن کا استعمال کرتے ہوئے پالیسی ہولڈر کی عمر کا تعین کیا جا سکتا ہے :

1. عمر، اگلی سالگرہ: لائف بیمہ کمپنیاں اس شخص کی اگلی سالگرہ پر اس کی عمر کی بنیاد پر پریمیم کا حساب لگاتی ہیں۔ دوسرے الفاظ میں، پالیسی کے آغاز کے بعد گرتے ہوئے سالگرہ پر شخص کی عمر۔

منظرنامہ-1:

تاریخ پیدائش	4 جولائی 1982
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	4 دسمبر 2010
عمر ہوگی...	29 سال

منظرنامہ-2 :

تاریخ پیدائش	10**اکتوبر 1976**
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	11اگست 2010
عمر ہوگی...	34**سال**

2. عمر، آخری سالگرہ: اس طریقہ کو اصل عمر کا طریقہ بھی کہا جاتا ہے۔ اس طریقے میں بیمہ کمپنیاں پچھلی سالگرہ کی بنیاد پر عمر کا حساب لگاتی ہیں۔ دوسرے لفظوں میں، عمر کو پالیسی کے آغاز سے پہلے آنے والی سالگرہ کے طور پر لیا جاتا ہے۔

منظرنامہ-1:

تاریخ پیدائش	4 جولائی 1982
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	4 دسمبر 2010
عمر ہوگی...	28 سال

منظرنامہ-2 :

تاریخ پیدائش	10**اکتوبر 1976**
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	11اگست 2010
عمر ہوگی...	33**سال**

3. عمر، قریب ترین (یا ملحقہ) سالگرہ: اس طریقے میں، بیمہ کمپنیاں قریب ترین سالگرہ کی بنیاد پر عمر کا حساب لگاتی ہیں، جو کہ پچھلی سالگرہ یا اگلی سالگرہ ہو سکتی ہے۔ دوسرے لفظوں میں، پالیسی شروع ہونے کی تاریخ سے 6 ماہ پہلے یا بعد میں عمر کو یوم پیدائش کے طور پر لیا جاتا ہے۔

منظرنامہ-1:

تاریخ پیدائش	4 جولائی 1982
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	4 دسمبر 2010
عمر ہوگی...	28 سال

منظرنامہ-2 :

تاریخ پیدائش	10**اکتوبر 1976**
بیمہ پالیسی شروع ہونے کی تاریخ	11اگست 2010
عمر ہوگی...	34**سال**

- موت کی شرح: موت کی شرح ٹیبل کی زندگی کی ٹیبل یا ایکچوریل ٹیبل کے طور پر بھی جانی جاتی ہے۔ موت کی شرح کی ٹیبل کے استعمال کے لیے کمپنیوں کی جانب سے بیمہ مصنوعات کی قیمت کا حساب کتاب کیا جاتا ہے۔ ہر عمر کے لیے موت کی شرح شامل ہے۔ ہر

منصوبہ کے لیے موت کی شرح کا تجربہ الگ الگ ہوتا ہے۔ موت کی شرح کی ٹیبل آخری تجربہ کی بنیاد پر ایکچوریز کی طرف سے تیار کی جاتی ہے۔

- موت کی شرح یہ ممکنہ ہے کہ اگلے ایک سال کے اندر ایک شخص کی موت واقع ہو گی۔ اس کی بنیاد پر، بیمہ کنپنیاں اس ممکنہ حساب سے بچ سکتی ہیں کہ کوئی شخص یقینی طور پر زندہ رہتا ہے۔ یہ موت گزشتہ ڈیٹا پر منحصر ہے۔
- موت کے مطالعے، ہندوستانیوں کے تجربے کی عکاسی کرتے ہوئے، موت اور موربیڈیٹی انویسٹی گیشن بیورو (ایم ایم آئی بی) کی طرف سے منعقد کیے جاتے ہیں، جو کہ لائف انشورنس کونسل اور انسٹی ٹیوٹ آف ایکچوریز آف انڈیا کی طرف سے مشترکہ طور پر بیمہ کمپنیوں کی مدد کے لیے قائم کی گئی ہے۔
- ایکچوری: ایکچوری ایک کاروباری پیشہ ور ہے جو خطرے اور غیر یقینی صورتحال کے انتظام اور پیمائش سے متعلق ہے۔ تمام انشورنس کمپنیوں کو ایکچوری ہونا ضروری ہے۔ یہ وہ لوگ ہیں جو انسٹی ٹیوٹ آف ایکچوریز آف لندن (لندن ایکچوریل انسٹی ٹیوٹ) یا ایکچوریل انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا سے اہل ہیں۔ وہ مختلف ریاضیاتی، شماریاتی اور مالیاتی ماڈلز کا استعمال کرتے ہوئے خطرات کی موجودگی اور واقعات کے امکان کا تجزیہ کرتے ہیں، جیسے موت، معذوری، بیماری، جائیداد کے نقصان وغیرہ۔ ایکچوریز امکان کا مطالعہ کرتے ہیں اور انشورنس کاروبار کے مجموعی کام کاج کا تجزیہ کرتے ہیں۔
- **ایکچوری کے فرائض:**

ایکچوری کے فرائض ذیل میں دیئے گئے ہیں:

1. بیمہ کمپنیوں کا فرض ہے کہ وہ ان فوائد کی حفاظت کریں جن کا وعدہ کیا گیا ہے۔
2. وہ انشورنس کمپنیوں کو ایکچوریل مشورہ فراہم کرتے ہیں۔
3. وہ پالیسی ہولڈرز کی اموات کے رجحانات کا تجزیہ کرتے ہیں۔
4. وہ کمپنی کے ذریعے کیے گئے اخراجات اور کمائی گئی آمدنی کے ماضی کے رجحانات کا تجزیہ کرتے ہیں۔
5. وہ بیمہ کی مصنوعات کو ڈیزائن کرنے میں تکنیکی مہارت فراہم کرتے ہیں۔
6. وہ مصنوعات کی قیمتوں کا تعین کرتے وقت مالی تجزیہ میں مدد کرتے ہیں۔
7. وہ اموات کی میزیں تیار کرتے ہیں، جو مصنوعات کی ترقی اور تشخیصی مطالعات کی بنیاد کے طور پر استعمال ہوتے ہیں۔
8. وہ پریمیم بنانے میں مدد کرتے ہیں۔
9. وہ خطرے کا اندازہ لگانے کے لیے معیارات کی وضاحت اور تشخیص کرتے ہیں۔
10. وہ انشورنس کمپنی کی سالوینسی کا جائزہ لیتے ہیں۔

11. وہ سرمایہ کاری کے فیصلوں میں انشورنس کمپنی کو مشورہ دیتے ہیں۔

12. وہ پالیسی ہولڈرز کو پیش کردہ فوائد کا پتہ لگانے میں مدد کرتے ہیں۔

13. وہ انشورنس کمپنیوں کا جائزہ لینے کے ذمہ دار ہیں۔

14. وہ قانون کی تعمیل کو یقینی بناتے ہیں۔

ایکچوریل ویلیویشن : اس تشخیص کا مقصد انشورنس کمپنی کے مالیاتی عمل کے پورے دائرہ کار کا جائزہ لینا ہے۔ یہ اس بات کو یقینی بنانے کے لیے کیے گئے تخمینوں کی درستگی کو جانچنے کے لیے کیا جاتا ہے کہ کاروبار صحیح سمت میں چل رہا ہے۔ اس میں پریمیم اور سرمایہ کاری سے پیدا ہونے والی آمدنی (یا وہ آمدنی جو متوقع ہے) کا تجزیہ کرنا شامل ہے۔ آمدنی کا موازنہ کمپنی کی متوقع ذمہ داریوں یا اخراجات سے کیا جاتا ہے۔ یہ کاروبار کی مجموعی سالوینسی کا جائزہ لینے کے لیے کیا جاتا ہے۔

تشخیص میں، ایکچوری کتابوں میں کاروبار کے حوالے سے انشورنس کمپنی کی ذمہ داری کا تخمینہ لگاتا ہے۔ اس کے بعد وہ مستقبل میں وصول کیے جانے والے پریمیم کی رقم کا تخمینہ لگاتا ہے کیونکہ انہیں ذمہ داری کو پورا کرنے کے لیے فنڈ میں شامل کیا جائے گا۔ دونوں کے درمیان فرق ان فنڈز کا ہے جو انشورنس کمپنی کو سالوینٹ رہنا چاہیے۔ اس کا موازنہ اصل موجودہ لائف فنڈ سے کیا جاتا ہے۔ اگر موجودہ لائف فنڈ زیادہ ہے تو انشورنس کمپنی سالوینٹ ہے۔ لائف فنڈ میں اضافی رقم کو 'سرپلس' کہا جاتا ہے۔ اسے 'ویلیویشن سرپلس' یا 'ایکچوریل سرپلس' بھی کہا جاتا ہے۔

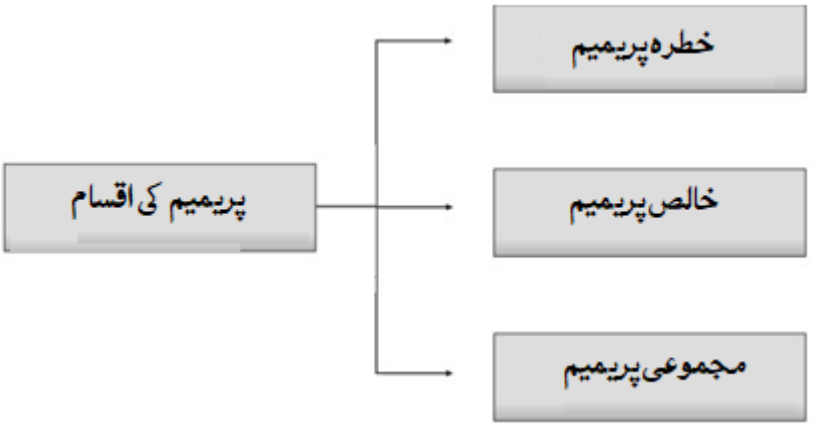
اگر فنڈز کم ہیں، تو انشورنس کمپنی سالوینٹ نہیں ہے۔ فرق کو 'خسارہ / قلت' کہا جاتا ہے۔ کاروبار کی ذمہ داری اور مستقبل کے پریمیم کا تخمینہ لگانے کا طریقہ بہت تکنیکی اور پیچیدہ ہے، جس میں ایکچوریل اصول شامل ہیں۔ یہ کام پیشہ ورانہ طور پر قابل ایکچوری کے ذریعہ کیا جانا چاہئے۔

مختلف قسم کے پریمیم کا تجزیہ کرنا

پریمیم کی اقسام: رسک پریمیم

انشورنس کا کاروبار خطرے کے امکانات پر مبنی ہے۔ خطرے کے پریمیم کا حساب اس امکان کی بنیاد پر کیا جاتا ہے کہ کسی خاص عمر کے فرد کی اس کی اگلی سالگرہ سے پہلے موت ہونے کا امکان ہے۔ اس توقع کا حساب ماضی کے تجربے کی بنیاد پر ایکچوری کے ذریعے لگایا جاتا ہے، جسے شرح اموات کے جدول میں پیش کیا گیا ہے۔ آئیے ایک انشورنس کمپنی XYZ کا معاملہ دیکھتے ہیں۔

شکل-2: پریمیم کو ان اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:



خطرہ پریمیم:

انشورنس کا کاروبار خطرے کے امکانات پر مبنی ہے۔ خطرے کے پریمیم کا حساب اس امکان کی بنیاد پر کیا جاتا ہے کہ کسی خاص عمر کے فرد کی اس کی اگلی سالگرہ سے پہلے موت ہونے کا امکان ہے۔ اس توقع کا حساب ماضی کے تجربے کی بنیاد پر ایکچوری کے ذریعے لگایا جاتا ہے، جسے شرح اموات کے جدول میں پیش کیا گیا ہے۔ آئیے ایک انشورنس کمپنی XYZ کا معاملہ دیکھتے ہیں۔

کمپنی XYZ کی تفصیلات		تبصرہ
انشورنس کمپنی کے پاس 50 سال کی عمر کے 1,000 پالیسی ہولڈرز ہیں۔ اور ہر پالیسی 50,000/- کی بیمہ کی رقم کے لیے جاری کی جاتی ہے۔		پالیسی کے آغاز میں یہ سب صحت مند ہیں۔
1% امکان ہے کہ 50 سالہ آدمی اپنی اگلی سالگرہ سے پہلے مر جائے گا۔		1,000 میں سے 10 لوگ (0.01 × 1,000)
10 پالیسی ہولڈرز کی موت کی صورت میں کمپنی پر کیے گئے کل دعوے (امکان 1% ہے)۔	50,000/- × 10 روپے ، 5,00,000/- روپے	کل کلیمز 5,00,000/- روپے ہوں گے۔
1,000 پالیسی ہولڈرز سے جمع کیا گیا	500/- روپے ہر ایک۔	یہ رسک پریمیم ہے جو پالیسی ہولڈر ادا

پریمیم...		کرے گا۔
کمپنی کو ملنے والے کل فنڈز ہوں گے...	1,000× 500 روپے = روپے 5,00,000/-	جمع شدہ کل پریمیم 5,00,000/- روپے ہوگا۔ یہ رقم دعووں کو حل کرنے کے لیے کافی ہوگی۔

A. خالص پریمیم یا نیٹ پریمیم:

بیمہ کمپنیوں کے ذریعہ ہر سال جمع کیے گئے تمام پریمیم مختلف وجوہات کی بناء پر دعووں کی ادائیگی کے لیے استعمال نہیں ہوتے ہیں۔ اصل تجربہ اموات کے جدولوں میں دکھائے گئے امکانات سے مختلف ہو سکتا ہے۔ نیز، پریمیم کا حصہ بقا کے فوائد کو پورا کرنا ہے، اور اسے الگ رکھا جانا چاہیے۔ مختلف اخراجات کے بعد بقیہ پریمیم کی سرمایہ کاری کی جائے گی اور اس پر کچھ سود بھی حاصل کیا جائے گا۔ سود کی آمدنی کی حد تک، چارج شدہ پریمیم کم کیا جا سکتا ہے۔ حاصل کیے جانے والے ممکنہ سود کو مدنظر رکھتے ہوئے، ایک پریمیم کا حساب لگایا جاتا ہے، جسے "نیٹ پریمیم" یا "خالص پریمیم" کہا جاتا ہے۔

سرمایہ کاری کی آمدنی: انشورنس کمپنی کی طرف سے پالیسی ہولڈرز سے موصول ہونے والے پریمیم مختلف فنڈز اور سیکیورٹیز میں لگائے جاتے ہیں۔ انشورنس کمپنی ماضی کے رجحانات اور ریگولیٹری مینڈیٹ (اگر کوئی ہے) کی بنیاد پر پریمیم رقم کی سرمایہ کاری پر متوقع واپسی کا حساب لگاتی ہے۔ اگر سود کی آمدنی زیادہ ہونے کی توقع ہے تو پریمیم کی رقم کم کی جا سکتی ہے۔

سرمایہ کاری پر متوقع منافع کی بنیاد پر، خالص پریمیم کا حساب لگایا جاتا ہے۔

لوڈنگ پریمیم کا وہ حصہ ہے جس میں انشورنس کمپنی کے مختلف اخراجات شامل ہیں۔ لوڈنگ اضافی چارجز ہیں جو انشورنس کمپنیوں کے ذریعے پریمیم میں شامل کیے جاتے ہیں۔

B. لیول پریمیم:

لیول پریمیم میں، پریمیم کی رقم پالیسی کی پوری مدت کے لیے مقرر کی جاتی ہے۔ اگر پالیسی کی کل مدت 20 سال ہے تو پوری پالیسی کی مدت کے لیے وہی پریمیم رقم مقرر کی جاتی ہے۔

بیمہ کمپنیاں 2 اہم وجوہات کی بنا پر لیول پریمیم وصول کرتی ہیں:

- اپنی زندگی کے آخری سالوں میں، سرمایہ کار کا رسک پروفائل کافی حد تک بڑھ جاتا ہے، اور اس وجہ سے رسک پریمیم بھی بڑھ جاتا ہے۔ چونکہ زندگی کے خطرے کی قیمت بعد کے سالوں میں زیادہ ہوگی۔ یہ پریمیم کی ادائیگی کو بہت مشکل بنا سکتا ہے، اور پریمیم کی

ادائیگیوں میں ڈیفالٹ کا باعث بن سکتا ہے، کیونکہ وہ اتنا زیادہ پریمیم برداشت نہیں کر سکے گا۔ نیز، معاہدہ پر دستخط ہونے کے بعد انشورنس کمپنی کو پریمیم میں سالانہ تبدیلیوں کا انتظام کرنا مشکل ہوگا۔ لہذا، انشورنس کمپنی رسک پریمیم کو پالیسی کی پوری مدت (جسے پریمیم کی ادائیگی کی مدت بھی کہا جاتا ہے) پر پھیلاتی ہے اور " لیول " پریمیم وصول کرتی ہے۔

انشورنس کمپنی ابتدائی سالوں میں موصول ہونے والے پریمیم کی ایک مخصوص رقم کو پالیسی کی مدت کے بعد کے حصوں کے لیے الگ کر دیتی ہے تاکہ اعلیٰ خطرے والے اخراجات کو پورا کیا جا سکے جب اس وقت دستیاب پریمیم اس سے کم ہوں گے۔ اخراجات کو پورا کرنے کے لئے کیا ضروری ہے۔

- منفی انتخاب: اگر بعد کے سالوں میں زیادہ پریمیم کی رقم وصول کی جاتی ہے، تو اس کے نتیجے میں زیادہ تر صحت مند لوگ اس وقت پلان چھوڑ سکتے ہیں، کیونکہ وہ محسوس کریں گے کہ انہیں انشورنس پلان کی ضرورت نہیں ہے۔ جو لوگ مختلف بیماریوں میں مبتلا ہیں وہ اس منصوبے کے ساتھ دستیاب فوائد حاصل کرنے کے لیے منصوبہ جاری رکھنے کے لیے تیار ہوں گے۔ وہ زیادہ پریمیم ادا کرنے کو تیار ہوں گے۔ یہ منفی انتخاب کا باعث بنے گا، یعنی پورٹ فولیو میں غیر صحت مند لوگوں کا تناسب صحت مند لوگوں سے زیادہ ہوگا۔ اس سے اموات کے جدولوں پر مبنی انشورنس کمپنی کے حسابات پر منفی اثر پڑے گا۔

C. آفس پریمیم

انشورنس کمپنی کے بڑے اخراجات میں کمیشن، ملازمین کی تنخواہیں، دیگر اخراجات جیسے کرایہ، بجلی اور دیگر انتظامی اخراجات شامل ہیں۔ یہ دفتری اخراجات کے نام سے جانے جاتے ہیں۔

نیٹ پریمیم لوڈ کرنے کے بعد حاصل ہونے والے لیول پریمیم کو آفس پریمیم کہتے ہیں۔ وہ اب استعمال کے لیے تیار ہیں۔ پروموشنل مواد اور بروشرز میں پرنٹ شدہ پریمیم اعداد و شمار آفس پریمیم ہیں۔ انہیں "ٹیبولر پریمیم" بھی کہا جاتا ہے۔

قلیل مدتی پالیسی کے مقابلے طویل مدتی پالیسی میں (موت کا) خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔ لیکن لیول پریمیم کی مشق کی وجہ سے، ایک طویل مدتی پالیسی کے لیے چارج کیا جانے والا ٹیبولر پریمیم (فی سال) مختصر مدت کی پالیسی کے مقابلے میں کم ہوگا۔ مجموعی طور پر، ایک طویل مدتی بیمہ پلان میں پوری مدت پر کل پریمیم ایک مختصر مدتی بیمہ پلان کے مقابلے میں زیادہ ہوگا۔

اگر پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ سالانہ ہے، سال کی تکمیل کے لیے، بعد میں تجدید پریمیم میں ڈیفالٹ کا امکان پیدا نہیں ہوتا ہے۔ انشورنس کمپنی اس رقم کو پورے سال کے لیے استعمال کر سکتی ہے اور قسطوں میں پریمیم ادا کرنے سے زیادہ سود حاصل کر سکتی ہے۔ لہذا، منتخب کردہ ادائیگی کے طریقے پر منحصر ہے کہ پریمیم کی شرحوں میں تھوڑا سا اضافہ یا کمی ضروری ہو گی۔

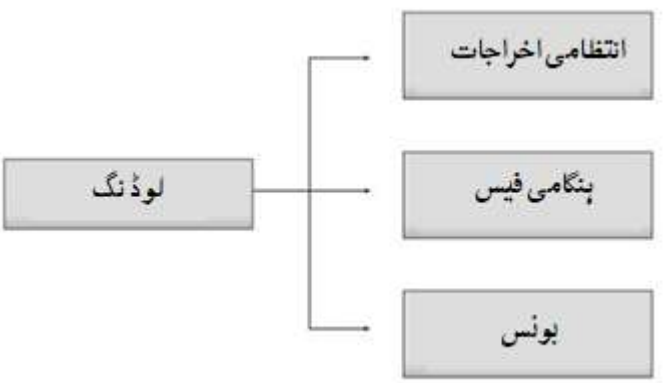
کچھ انشورنس کمپنیاں سہ ماہی موڈ یا ماہانہ موڈ کے لیے پریمیم میں اضافہ یا اضافی رقم فراہم کرتی ہیں، لیکن سالانہ موڈ کے لیے ایسی کوئی ایڈجسٹمنٹ نہیں کرتی ہیں۔ یہ اس بات پر منحصر ہے کہ متعلقہ انشورنس کمپنی نے آفس پریمیم کا فیصلہ کیسے کیا ہے۔

اسی طرح، بیمہ کی رقم (SA) کی بنیاد پر ایڈجسٹمنٹ کی جا سکتی ہے۔ اگر پالیسی ایک چھوٹی بیمہ شدہ رقم (SA) کے لیے ہے، تو پریمیم کے تناسب کے طور پر انتظامی اخراجات بڑی بیمہ شدہ رقم (SA) والی پالیسی کے مقابلے زیادہ ہوں گے، کیونکہ مختلف اخراجات، جیسے علمی اخراجات، پرنٹنگ پالیسیوں، اکاؤنٹنگ کے اخراجات وغیرہ طے شدہ ہیں، اور پالیسی کی بیمہ شدہ رقم (SA) کے ساتھ مختلف نہیں ہوتے ہیں۔ لوڈنگ کے طریقہ کار پر منحصر ہے، بیمہ کمپنیاں زیادہ بیمہ شدہ رقم (SA) کے لیے رعایت یا چھوٹی بیمہ شدہ رقم (SA) کے لیے اضافی رقم فراہم کریں گی۔

D. اضافی پریمیم

کسی خاص پالیسی پر اضافی پریمیم وصول کیے جا سکتے ہیں۔ یہ منصوبہ کے تحت پیش کیے جانے والے کچھ فوائد کی وجہ سے ہو سکتا ہے، بنیادی فوائد کے علاوہ، جیسے حادثے کا فائدہ یا پریمیم چھوٹ کا فائدہ۔ کسی خاص معاملے میں اضافی خطرے کی حد سے متعلق فیصلوں کی وجہ سے اضافی پریمیم وصول کیے جا سکتے ہیں، اگر بیمہ کے لیے تجویز کردہ شخص کے خطرے کو صحت یا پیشے، رہائش یا ذاتی عادات کی وجہ سے معمول سے زیادہ سمجھا جاتا ہے، تو انشورنس کمپنیاں کر سکتی ہیں۔ اضافی پریمیم چارج کریں۔

پریمیم لوڈنگ:



کچھ وجوہات جن کی وجہ سے انشورنس کمپنیاں خالص پریمیم لوڈ کرتی ہیں درج ذیل ہیں:

a. انتظامی اخراجات: ان میں انتظامی، سرمایہ کاری کا انتظام، انفراسٹرکچر سے متعلق اخراجات وغیرہ شامل ہیں۔

b. ہنگامی چارجز: غیر متوقع ہنگامی حالات کی صورت میں اٹھنے والے اخراجات، جس کے نتیجے میں اموات میں اچانک اضافہ ہو سکتا ہے۔

پریمیم کی ادائیگی کا حساب اموات کی میزوں میں دستیاب شرح اموات کی بنیاد پر کیا جاتا ہے، جو عام حالات کے لیے متعین ہوتے ہیں۔ کچھ قدرتی آفات جیسے سونامی، زلزلہ وغیرہ کی صورت میں، جہاں بڑی تعداد میں اموات ہوتی ہیں، قیمتوں کا تعین کرتے وقت اموات کی تعداد متوقع (تخمینی) تعداد سے زیادہ ہو سکتی ہے۔ اس صورت میں، بیمہ کمپنیوں کو بیمہ کے دعووں میں اصل تخمینہ یا اجازت سے زیادہ رقم ادا کرنی ہوگی۔ ایسے واقعات میں کمپنی کی سالوینسی بُری طرح متاثر ہو سکتی ہے۔ اس صورت حال سے بچنے کے لیے، کمپنیاں پریمیم کی رقم میں اضافی رقم شامل کرکے ان ہنگامی حالات سے نمٹنے کے لیے چارج کرتی ہیں۔

c. بونس منافع کے ساتھ پالیسی ہولڈرز کو ادا کیا جائے گا۔ بونس کے حقدار پالیسی ہولڈرز کو کچھ اضافی پریمیم رقم ادا کرنی ہوگی۔

مجموعی پریمیم کے لیے جن عوامل پر غور کرنے کی ضرورت ہے وہ درج ذیل ہیں:

a. پالیسی کی مدت: طویل مدتی بیمہ کے منصوبوں کا مجموعی پریمیم قلیل مدتی بیمہ کے منصوبوں سے زیادہ ہوگا۔ اگر پالیسی 20 سال کی طویل مدت کے لیے ہے، تو اس صورت میں زندگی کا خطرہ 5 سال کی کم مدت والی پالیسی کے مقابلے میں زیادہ ہوگا۔ دوسرے الفاظ میں، اگلے 5 سالوں میں مرنے والے شخص کا امکان اگلے 20 سالوں میں مرنے والے شخص کے امکان سے کم ہوگا۔

b. پریمیم ادائیگی کا وقفہ

(1) بیمہ کمپنیاں پریمیم کی ادائیگی کے لیے مختلف طریقے یا تعدد پیش کرتی ہیں (سالانہ یا ششماہی یا سہ ماہی یا ماہانہ)۔

(2) انشورنس کمپنیاں پریمیم کی ادائیگی کے سالانہ انداز کو ترجیح دیتی ہیں کیونکہ انتظامی چارجز اور ادائیگی میں پالیسی ہولڈر کے ڈیفالٹ کا خطرہ ماہانہ پریمیم کی ادائیگی کے مقابلے میں کم ہوتا ہے۔ سالانہ موڈ کا فائدہ یہ ہے کہ کمپنی کو سرمایہ کاری کے لیے یکمشت رقم ملتی ہے، جبکہ پریمیم ادائیگی کے ماہانہ موڈ میں سرمایہ کاری کے لیے دستیاب رقم کم ہوتی ہے اور یہ 12 چھوٹی ماہانہ قسطوں میں وصول کی جاتی ہے۔ ماہانہ موڈ کے تحت پریمیم کی ادائیگی میں ڈیفالٹ کا خطرہ زیادہ ہے۔

کچھ کمپنیاں سالانہ پریمیم کی ادائیگی کو ترجیح دیتی ہیں۔ اس کے مطابق، کمپنیاں پریمیم کی ادائیگی کے سالانہ انداز میں رعایت کرتی ہیں، کیونکہ یہ پالیسی سال کے آغاز میں یکمشت وصول کی جاتی ہے۔

پریمیم کی ادائیگی کے سالانہ طریقہ کو ترجیح دینے کی وجوہات:		
	سالانہ پریمیم	ماہانہ پریمیم

	ادائیگی کا موڈ	ادائیگی کا موڈ
انتظامی اخراجات	انتظامی اخراجات کم ہیں، کیونکہ پریمیم کی ادائیگی سال میں صرف ایک بار کی جاتی ہے، یعنی سالانہ۔	انتظامی اخراجات زیادہ ہیں، کیونکہ پریمیم کی ادائیگی کے نوٹس یا یاد دہانی کے نوٹس اور پریمیم کی ادائیگی کی رسیدیں ماہانہ بنیادوں پر جاری کی جانی ہیں۔
پریمیم کی ادائیگی میں ڈیفالٹ کا خطرہ	کمپنی کو سالانہ ادائیگی موصول ہونے کے بعد، کمپنی کم از کم ایک سال کے لیے کسی بھی ڈیفالٹ سے محفوظ رہتی ہے، جب تک کہ اگلی سالانہ پریمیم ادائیگی واجب الادا نہ ہو جائے۔	ماہانہ پریمیم کی ادائیگی میں ڈیفالٹ کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ ہر ماہ کمپنی کو ادائیگی کی رسید کا پتہ لگانا پڑتا ہے، جس سے اخراجات میں اضافہ ہوتا ہے۔
سرمایہ کاری کی واپسی	کمپنی یکمشت سرمایہ کاری پر اچھا منافع کما سکتی ہے۔	اس صورت میں کمائی کم ہوگی، کیونکہ سرمایہ کاری کے لیے دستیاب پریمیم کم ہے۔

3. پریمیم کا حساب لگانے میں غور کیے جانے والے عوامل کا پتہ لگانے کے لیے۔

پریمیم کا حساب کتاب :

بیمہ کا پریمیم ہر شخص کے لئے مختلف ہوتا ہے اور بہت سے عوامل پر مبنی ہوتا ہے۔ ان میں سے کچھ عوامل درج ذیل ہیں:

a. بیمہ کیے جانے والے شخص کی عمر: اگر کِسی شخص کی عمر زیادہ ہے، تو اس کی زندگی کے خطرے کی قیمت کو پورا کرنے کے لیے پریمیم زیادہ ہوگا۔

b. طبی حالت : کسی بیماری میں مبتلا شخص سے صحت مند شخص سے زیادہ پریمیم وصول کیا جا سکتا ہے، طبی حالت یا کمزوری کی نوعیت وغیرہ پر منحصر ہے۔

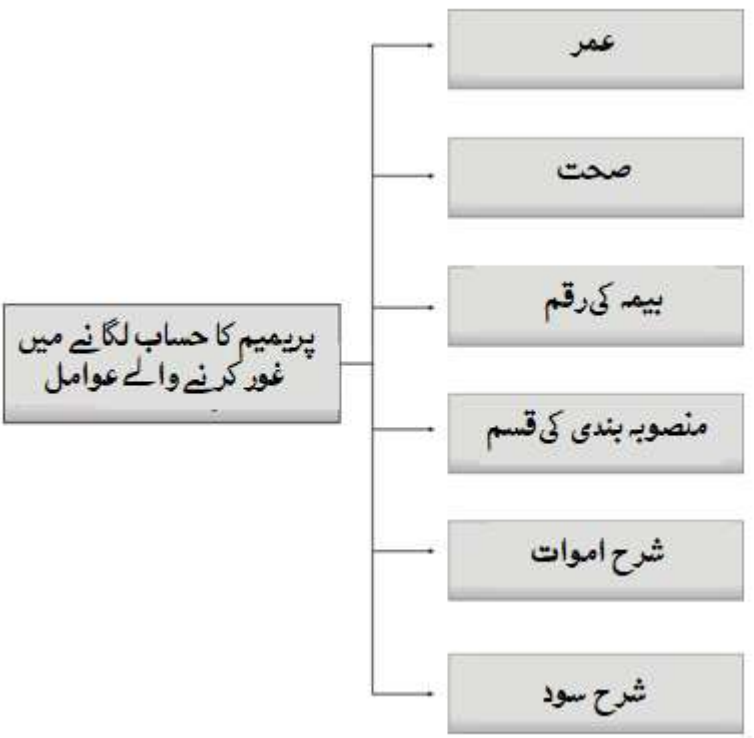
c. بیمہ کی رقم : پریمیم انشورنس پالیسی کی بیمہ کی رقم پر بھی منحصر ہے۔ بیمہ کی رقم جتنی زیادہ ہوگی، پریمیم اتنا ہی زیادہ ہوگا۔

d. انشورنس پلان کی قسم : پریمیم انشورنس پلان کی قسم پر بھی منحصر ہے۔ بیمہ کمپنی "بغیر فوائد (بونس)" بیمہ کے منصوبوں کے مقابلے "فوائد کے ساتھ (بونس)" بیمہ کے منصوبوں پر زیادہ پریمیم وصول کرے گی۔

e. شرح اموات کی تیبل : اموات کی ٹیبل متعدد عوامل کی بنیاد پر کسی فرد سے وابستہ خطرے کا تعین کرتی ہیں، جن کی بنیاد پر ایکچوریز کے ذریعے پریمیم مقرر کیے جاتے ہیں۔

f. سود کی رقم : سود کی شرح جس پر کمپنی گارنٹی شدہ فوائد پیش کرے گی پریمیم میں اضافہ یا کمی کرے گی۔

شکل-4 : پریمیم کے حساب میں غور کرنے والے عوامل :



مثال:

اگر آپ کو وہ منظر یاد ہے جس پر ہم نے باب کے آغاز میں بات کی تھی، نشانت اپنے اور اس کے دوست کے ادا کردہ پریمیم میں فرق کے بارے میں فکر مند تھا۔

مندرجہ بالا بحث سے، یہ واضح ہے کہ پریمیم میں فرق کی ایک بنیادی وجہ وہ عمر ہے جس پر پالیسی خریدی گئی ہے۔ نشانت کے دوست نے یہ پالیسی اس وقت لی تھی جب وہ 23 سال کا تھا۔ لہذا، اسی بیمہ کی رقم کا پریمیم نشانت کے مقابلے میں اس کے لیے کم ہے، جو ایک ہی عمر کا ہے۔ نشانت نے یہ پالیسی اس وقت خریدی جب وہ 32 سال کا تھا۔ اس لیے اس نے زیادہ پریمیم ادا کیا۔

عمر کے علاوہ، دیگر عوامل جو پریمیم کو متاثر کر سکتے ہیں خطرے کے آغاز کے وقت اس کی طبی حالت، اس کا پیشہ وغیرہ ہو سکتے ہیں۔

پریمیم کا حساب لگانے کے اقدامات:

مرحلہ:	مثال:
1. مطلوبہ بیمہ پلان اور پلان کی مدت کے لحاظ سے، دی گئی عمر کے لیے آفس پریمیم تلاش کریں۔ دی گئی عمر درج ذیل میں سے کوئی بھی ہو سکتی ہے۔ • عمر، اگلی سالگرہ؛ • عمر، آخری سالگرہ؛ • عمر، قریب ترین سالگرہ۔ بیان کردہ پریمیم فی ہزار بیمہ کی رقم ہے۔	**ABC** انشورنس کمپنی کا ٹیبل شدہ پریمیم، مدتی انشورنس پلان کے لیے، پالیسی ہولڈر کی دی گئی عمر (عمر، اگلی سالگرہ) کے لیے، 32.50 روپے فی ہزار بیمہ کی رقم ہے۔
2. اگر انشورنس کمپنی بیمہ کی رقم پر رعایت پیش کرتی ہے، تو اسے ٹیبل شدہ پریمیم سے منہا کریں۔ اسے رعایت میں ایڈجسٹمنٹ کہا جاتا ہے۔	**ABC** انشورنس کمپنی فی ہزار بیمہ شدہ رقم (**SA**) پر حسب ذیل چھوٹ دیتی ہے:
20,000/- روپے سے- / 1 روپے	
روپے- / 49,999 :	
50,000/- روپے سے 1.50 روپے	
- / 99,999 روپے:	
1 لاکھ روپے، - / 2 روپے	
اوپر:	
اگر پالیسی ہولڈر کے لیے بیمہ کی رقم	
اگر - / 60,000 روپے ہے تو پریمیم	
31/- روپے ہوں گے، (یعنی 32.50 - 1.50 روپے)	
3. اگر انشورنس کمپنی پریمیم ادائیگی کے طریقے پر رعایت پیش	کمپنی سالانہ ادائیگی کے طریقوں پر 1.5% کی رعایت پیش کرتی ہے۔

<table>
<tr><td>کرتی ہے، تو اس کے لیے مزید کٹوتیاں کی جاتی ہیں۔</td><td>پالیسی ہولڈر نے پریمیم ادائیگی کا سالانہ طریقہ منتخب کیا ہے۔ کٹوتی ہوئی پریمیم 30.54 روپے ہوگی، یعنی 31 روپے – (31 × (1.5 ÷ 100)).</td></tr>
<tr><td>4. اضافی پریمیم شامل کریں۔</td><td>کمپنی کی طرف سے وصول کی جانے والی اضافی فیسیں درج ذیل ہیں:
قابل ادائیگی منافع -/ 2 روپے فی ہزار۔
انتظامی اخراجات روپے-/ 1 فی ہزار۔

کل اضافہ -/3 روپے میں کیا جائے، اس لیے کل پریمیم 33.54 روپے ہوگا۔</td></tr>
<tr><td>5. رقم کو بیمہ کی رقم سے ضرب دیں۔</td><td>بیمہ کی رقم 60,000 روپے ہے اور پریمیم فی 1000 سم ایشورڈ (SA) 33.54 روپے ہے۔
پریمیم روپے 33.54 × 60 = روپے 2012.4 ہوگا۔</td></tr>
<tr><td>6. اگر رقم نکالی گئی پریمیم رقم کے حتمی اعداد و شمار میں شامل ہے، تو اسے:
▪ نظر انداز کیا جا سکتا ہے؛
▪ اگلے اعلی عدد میں گول کیا جا سکتا ہے۔
▪ قریب ترین-/ 50 پیسے تک پہنچ سکتے ہیں۔

انشورنس کمپنی مندرجہ بالا قوانین میں سے کسی پر عمل کرتی ہے۔</td><td>انشورنس کمپنی ان میں سے کسی بھی اصول پر عمل کر سکتی ہے:<table><tr><th>قاعدہ</th><th>پریمیم یہ ہوگا</th></tr><tr><td>نظر انداز کیا جا سکتا ہے:</td><td>-/ 2,012 روپے</td></tr><tr><td>اگلے اعلی عدد پر گول کیا جا سکتا ہے:</td><td>-/ 2,013 روپے</td></tr><tr><td>قریب ترین 50 پیسے تک پہنچ سکتے ہیں:</td><td>-/ 2012.50 روپے</td></tr></table></td></tr>
</table>

اضافی معلومات :

یاد رہے کہ انشورنس کمپنیوں کے پاس پریمیم کی رقم کا حساب لگانے کے لیے اقدامات کا انتخاب ہوتا ہے۔ مذکورہ حساب میں، بیمہ کی رقم پر رعایت کے لیے کٹوتی کے بعد ادائیگی کے طریقے پر رعایت کے لیے کٹوتی کی جاتی ہے۔ انشورنس کمپنیوں کے پاس یہ اختیار ہے کہ پہلے ادائیگی کے طریقہ پر رعایت کاٹیں اور پھر بیمہ کی رقم پر رعایت کاٹ لیں۔

مندرجہ بالا مثال میں:

آفس پریمیم	-/ 32.50 روپے
ادائیگی کے طریقے پر رعایت	پریمیم کی سالانہ ادائیگی پر %1.5
بیمہ کی رقم پر کٹوتی کے بعد پریمیم	32.50 – (32.50 × (1.5 ÷ 100)) =

	32.0125
بیمہ کی رقم پر رعایت	-/1.50 روپے
بیمہ کی رقم پر کٹوتی کے بعد پریمیم	32.0125 – 1.50 = 30.5125
پریمیم رقم	-/1,831 روپے

مندرجہ بالا حساب پریمیم ادائیگی کے سالانہ موڈ کے لیے ہے۔ اگر پریمیم کی ادائیگی کے لیے منتخب کردہ آپشن ششماہی، سہ ماہی یا ماہانہ ہے، تو پریمیم کی رقم مختلف ہوگی کیونکہ سالانہ ادائیگی کے لیے پیش کردہ رعایت زیادہ ہوگی۔ اور ششماہی، سہ ماہی یا ماہانہ موڈ کی صورت میں رعایت کم ہو جاتی ہے، جس کے نتیجے میں پریمیم میں اضافہ ہوتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کرو 3

بیمہ کمپنی کے ذریعے لے جانے والا پریمیئم اس بات پر قائم ہے:

A. شخص کی عمر

B. بیمہ کی منصوبہ بندی کی قسم

C. بونس میں شراکت داری

D. تمام سبھی

4. **بونس کی شراکت کو سمجھنا۔**

بونس:

منافع سمیت پالیسی کے شرکاء یا ہولڈرز میں ویلیوایشن سرپلس کی تقسیم بونس کے اعلان کے ذریعے کی جاتی ہے۔

بونس بیمہ کی رقم کے علاوہ ایک فائدہ ہے جو "منافع کے ساتھ" یا "شرکت کرنے والے" پالیسی ہولڈرز کو ادا کیا جاتا ہے۔ صرف پالیسی ہولڈرز جو "منافع کے ساتھ" پالیسیاں رکھتے ہیں بونس میں حصہ لینے کے حقدار ہیں۔

بونس کی اقسام :

سادہ ریورژنری بونس: اس طریقے میں، بونس کو عام طور پر پالیسی کے تحت بنیادی بیمہ کی رقم کے فیصد کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے اور اسے بیمہ کی رقم میں شامل کیا جاتا ہے۔ بیمہ کی رقم میں بونس کے اس طرح کے اضافے کو ویسٹنگ کہا جاتا ہے۔ سادہ ریورژنری بونس کا حساب درج ذیل ہے:

بیمہ کی رقم	-/60,000 روپے
اعلان کردہ بونس	-/3,000 روپے، (@ روپے -/50 فی ہزار؛ یا بیمہ شدہ رقم کا 5 %)
پالیسی ہولڈر کو ادا کی جانے والی کل رقم ہوگی... (بیمہ کی رقم + بونس)	-/63,000 روپے

سادہ ریورژنری بونس کا اعلان عام طور پر ہر سال کیا جاتا ہے اور یہ پالیسی سے منسلک رہتا ہے، لیکن پالیسی کی پختگی یا بیمہ شدہ کی موت سے قبل قابل ادائیگی ہے۔ ایک بار اعلان ہو جانے کے بعد، اسے واپس نہیں لیا جا سکتا، اور یہ میچورٹی یا بیمہ شدہ کی موت پر قابل ادائیگی ہے۔ اگر اگلے سال میں اعلان کردہ بونس% 6 (60 روپے فی ہزار) ہے، تو اس سال کا بونس اوپر کی مثال میں 3,600 روپے ہوگا۔ اس کو بیمہ کی رقم میں شامل کر دیا جائے گا اور سال کے

آخر میں کل بیمہ کی رقم 66,000 روپے ہوگی (بنیادی بیمہ کی رقم: 60,000 روپے + پہلے سال کا بونس: 3,000 روپے + دوسرے سال کا بونس: 3,600 روپے)۔

- **کمپاؤنڈ ریورژنری بونس:** اس طریقے میں، بونس کا حساب مرکب سود کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ کمپاؤنڈ ریورژنری بونس کو موجودہ بیمہ شدہ رقم (**SA**) میں شامل کیا جاتا ہے جس میں ویسٹڈ بونس بھی شامل ہے۔ (مذکورہ بالا مثال میں، اگر اگلے سال میں 5% کمپاؤنڈ ریورژنری بونس کا اعلان کیا جاتا ہے، تو اگلی بیمہ کی رقم (**S.A.) 66,150** روپے 5)× (Rupees 63000 + (Rupees 63000 ÷ 100))) ہوگی۔

- **ٹرمینل بونس:** یہ ایک یکمشت بونس ہے جو، طویل مدتی پالیسیوں کے لیے، پالیسی کی پختگی پر یا بیمہ شدہ کی موت پر ادا کیا جاتا ہے، جب تک کہ پالیسی ایک مخصوص مدت تک جاری رہتی ہے۔ ادا کردہ بونس کا انحصار انشورنس کمپنی کے منافع پر ہوتا ہے۔ ٹرمینل بونس میچورٹی کے وقت پالیسی میں شامل کی جانے والی رقم ہے۔ٹرمینل بونس پالیسی کو صرف اس وقت ادا کیا جاتا ہے جب پالیسی اپنی اہلیت کی مدت تک پہنچ جاتی ہے اور ایک انشورنس کمپنی سے دوسری میں مختلف ہو سکتی ہے۔ یہ ایک ترغیب کے طور پر کام کرتا ہے، پالیسی ہولڈر کو اپنی پالیسی کو جاری رکھنے کی ترغیب دیتا ہے۔

عبوری بونس:

عبوری بونس ان پالیسیوں پر قابل ادائیگی ہے جہاں حتمی ادائیگی قیمت کی دو تاریخوں کے درمیان واجب الادا ہے۔ بونس کا اعلان ہر سال 31 مارچ کو تشخیص کے بعد کیا جاتا ہے۔ بونس کی ادائیگی کے لیے صرف وہی پالیسیاں شامل کی جائیں گی، جو 31 مارچ سے نافذ العمل تھیں۔ 31 مارچ کے بعد شروع کی گئی پالیسیاں قیمت کی اگلی تاریخ تک فوائد کی حقدار نہیں ہوں گی۔ اس لیے، ان پالیسی ہولڈرز کے لیے عبوری بونس کا اعلان کیا جاتا ہے، تاکہ پالیسیوں کی قدر کی دو تاریخوں کے درمیان ختم ہونے کی صورت میں ادائیگی کی جائے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کرو4

پالیسیوں پر قابل ادائیگی بونس کی کیا قسم ہے جب دو قدر کی تاریخوں کے درمیان دعوے موصول ہوتے ہیں؟

A. ٹرمینل بونس
B. عبوری بونس
C. سادہ ریورژنری بونس
D. کمپاؤنڈ ریورژنری بونس

خلاصہ

- پریمیم کا مطلب ایک مخصوص رقم ہے جو بیمہ شدہ کو پالیسی کی شرائط کے مطابق وقتاً فوقتاً انشورنس کمپنی کو ادا کرنا ہوتی ہے۔
- پریمیم کی ادائیگی میں ڈیفالٹ ہونے کی صورت میں پالیسی ختم ہو سکتی ہے۔
- اموات کی جدولوں میں ہر عمر اور جنس کے لیے شرح اموات شامل ہیں، جو پریمیم کا حساب لگانے کے لیے استعمال ہوتے ہیں۔
- شرح اموات اس بات کا امکان ہے کہ کوئی شخص اپنی اگلی سالگرہ سے پہلے مر جائے گا۔
- ایکچوری پیشہ ور افراد ہیں جو خطرے اور غیر یقینی صورتحال کی پیمائش اور انتظام کرتے ہیں۔ وہ مختلف ریاضیاتی، شماریاتی اور مالیاتی ماڈلز کے ساتھ ساتھ بہت سے دوسرے افعال کا استعمال کرتے ہوئے خطرات کی موجودگی اور ان کے اثرات کا تجزیہ کرتے ہیں۔

- لوڈنگ پریمیم کا ایک حصہ ہے جس میں بیمہ کمپنی کی طرف سے کاروباری کارروائیوں کو منظم کرنے کے لیے کیے گئے مختلف اخراجات شامل ہیں۔
- لیول پریمیم میں، پریمیم پالیسی کی پوری مدت کے لیے مقرر رہتا ہے۔
- انشورنس کمپنیوں کی طرف سے چارج کیا جانے والا پریمیم ہر شخص کے لیے مختلف ہوتا ہے، اور پریمیم کا حساب کئی عوامل کی بنیاد پر کیا جاتا ہے: شخص کی عمر، اس کی طبی حالت، بیمہ کی رقم، شرح اموات، انشورنس پلان کی قسم اور بہت سے دوسرے عوامل فرد سے فرد، جیسے اس کی خاندانی تاریخ، سماجی عادات، پیشہ وغیرہ۔
- بونس بیمہ کی رقم کے علاوہ ایک فائدہ ہے، جو 'منافع کے ساتھ' یا 'شرکت کرنے والے' پالیسی ہولڈرز کو ادا کیا جاتا ہے۔
- عبوری بونس پالیسیوں کے تحت قابل ادائیگی ہے جہاں حتمی ادائیگی تشخیص کی 2 تاریخوں کے درمیان قابل ادائیگی ہے۔

سیکشن

صحت سیکشن

باب H-01

صحت کے بیمہ کا تعارف

باب کا تعارف یا انٹروڈکشن

اس باب میں آپ کو یہ بتایا گیا ہے کہ وقت کے ساتھ بیمہ نے کیسے ترقی کی ۔ آپ کو یہ بھی بتایا جائے گا کہ صحت کی دیکھ بھال یعنی ہیلتھ کیئر کیا ہے، ہیلتھ کیئر سسٹمس کے کتنے لیولس اور قسمیں ہیں۔ اس کے علاوہ، آپ ہندوستان کے ہیلتھ کیئر کے نظام اور اس پر اثر انداز ہونے والے عوامل کے بارے میں بھی جانیں گے۔ آخر میں، آپ کو بتایا جائے گا کہ ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی اور ہندوستان میں صحت یمہ مارکیٹ میں کون سی مختلف کمپنیاں موجود ہیں۔

قابل غور امور

A. ہیلتھ کیئر کو سمجھنا

B. ہیلتھ کیئر کے لیولس

C. ہیلتھ کیئر کی قسمیں

D. ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی

E. صحت بیمہ بازار

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ یہ سمجھ پائیں گے کہ:

a) صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی۔

b) ہیلتھ کیئر کا تصور اس کی قسمیں اور لی لویلس کی تشریح یعنی اکسپلینیشنس

c) آزادی کے بعد سے ہندوستان میں صحت کی دیکھ بھال سے متعلق قابل تعریف اقدامات کا جائزہ

d) ہندوستان میں صحت بیمہ کے ارتقاءیا ترقی پر تبادلہ خیال ۔

e) ہندوستان میں صحت بیمہ بازار کی واقفیت ۔

A. ہیلتھ کیئر کو سمجھنا

لفظ ہیلتھ (صحت) لفظ 'ہیلتھ' سے ماخوذ ہے جس کا مطلب ہے 'تندرست و توانا جسم۔

قدیم زمانے میں صحت کو ایک 'خدائی تحفہ' سمجھا جاتا تھا اور بیماری کی وجہ متعلقہ شخص کے گناہوں کو قرار دیا جاتا تھا۔ دراصل ہپوکریٹس (460 سے 370 قبل مسیح) تھے جنہوں نے بیماری کے پیچھے اصل وجوہات کی وضاحت کیں۔ ان کے مطابق یہ بیماریاں ماحول، حفظان صحت، ذاتی صفائی اور خوراک سے متعلق مختلف عوامل کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ قدیم ہندوستان کے ویدک متون میں 'آروگیام مہابھاگیم' کہا، گیا ہے جس کی تعبیر 'جان ہے تو جہان ہے' سے کی جاسکتی ہے یا بالفاظ دیگر تندرستی ہزار نعمت ہے۔

تعریف یا ڈیفینیشن

صحت کی وسیع پیمانے پر قبول شدہ تعریف ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (WHO) نے کی ہے ۔ 'صحت محض بیماری یا کمزوری کی عدم موجودگی نہیں ہے بلکہ مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کی مظہر ہے۔'

صحت کا تعین کرنے والے

عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ درج ذیل عوامل کسی فرد کی صحت کا تعین کرتے ہیں :

a) طرز زندگی کے عوامل

طرز زندگی کے عوامل وہ ہوتے ہیں جو زیادہ تر متعلقہ شخص کے کنٹرول میں ہوتے ہیں۔ جیسے ورزش کرنا اور حد کے اندر کھانا کھانا، پریشانی سے بچنا اور صحت مند؛ جبکہ اس کے بر خلاف کینسر، ایڈز، ہائی بلڈ پریشر اور ذیابطیس جیسی کئی بیماریوں کو دعوت دینا ہے ۔

b) ماحولیاتی عوامل

انفلوئنزا اور چکن پاکس جیسی متعدد بیماریاں ناقص حفظانِ صحت یا گندگی کی وجہ سے پھیلتی ہیں۔ ملیریا اور ڈینگو جیسی بیماریاں ماحولیاتی صفائی کے ناقص انتظامات کی وجہ سے پھیلتی ہیں جبکہ کچھ بیماریاں ماحولیاتی عوامل یعنی فیکٹرز کی وجہ سے بھی ہوتی ہیں۔

c) موروثی عوامل یعنی جینیٹک فیکٹرز

بیماریاں والدین سے بچوں میں جینز کے ذریعے منتقل ہو سکتی ہیں۔ اس طرح کے جینیاتی عوامل مختلف انداز میں صحت پر اثرانداز ہوتے ہیں۔کبھی نسلی کبھی جغرافیائی محل وقوع تو کبھی پوری دنیا میں پھیلے مختلف کمیونٹیز کے ذریعہ بھی رجحانات کا باعث بنتے ہیں ۔

یہ بات بالکل واضح ہے کہ کسی ملک کی سماجی اور معاشی ترقی کا انحصار اس کے عوام کی صحت پر ہوتا ہے۔ اس سے یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کیا مختلف صورتحال پر مختلف طرح کی صحت کی دیکھ بھال کی ضرورت ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں کون سی بیماری طرز زندگی سے متاثر نہیں ہے (یعنی وہ فرد کے کنٹرول میں نہیں ہیں)؟

I. کینسر

II. ایڈز

III. ملیریا

IV. ہائی بلڈ پریشر

B. ہیلتھ کیئر کے لیولس

صحت کی دیکھ بھال(ہیلتھ کیئر) حکومت سمیت مختلف ایجنسیوں کی ذمہ داری ہے تاکہ وہ عوام الناس کی صحت کی دیکھ بھال ، اس کی نگرانی اور حفظان صحت کے اصول کا خیال رکھ سکیں۔ حفظانِ صحت کیلئے ضروری ہے کہ :

- عوام الناس کی ضرورت کے حساب سے
- مکمل یا کامپریہینسیو ہوں
- ضرورت کے اعتبار سے کافی ہوں
- آسانی سے دستیاب ہوں
- کفایتی یا سستا ہو

صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات آبادی کے لیے بیماری کے امکانات پر مبنی ہونی چاہئیں۔ مثال کے طور پر، ایک شخص کو سال میں کئی بار بخار، نزلہ، کھانسی، جلد کی الرجی وغیرہ ہو سکتی ہے، لیکن اس کے ہیپاٹائٹس بی میں مبتلا ہونے کے امکانات، نزلہ زکام کے مقابلے میں کم ہوتے ہیں۔

لہٰذا، گاؤں ہو یا ضلع یا ریاست، کسی بھی علاقے میں صحت کی سہولیات کے قیام کی ضرورت صحت کی دیکھ بھال کے مختلف عوامل پر مبنی ہوگی، جنہیں اس علاقے کی صورت حال کے مطابق کیا جاتا ہے، جیسے:

- ✓ آبادی کی سائز
- ✓ شرح اموات
- ✓ بیماری کی شرح
- ✓ معذوری کی شرح
- ✓ لوگوں کی سماجی اور ذہنی صحت
- ✓ لوگوں کی عمومی غذائی حالت
- ✓ ماحولیاتی عوامل جیسے کان کنی یعنی مائنس کا علاقہ یا صنعتی علاقہ

- ✓ ممکنہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے نظام، جیسے دل کے امراض کے ڈاکٹر گاؤں میں آسانی سے دستیاب نہیں ہوسکتے ہیں، لیکن ضلع کے شہر میں ہوسکتے ہیں
- ✓ صحت کی دیکھ بھال کے نظام کا کتنا استعمال ہونے کا امکان ہے۔
- ✓ سماجی و اقتصادی عوامل، جیسے ہیلتھ کیئر کا کفایتی ہونا

مندرجہ بالا عوامل کی بنیاد پر، حکومت بنیادی، ثانوی اور تیسری درجے کے حفظانِ صحت مراکز قائم کرنے کا فیصلہ کرسکتی ہے۔ جو کہ عوام الناس کے لئے نہ صرف قابل رسائی ہو بلکہ ان کی ضرورت کے مطابق ہو ۔

C. صحت کی دیکھ بھال کے اقسام

حفظانِ صحت کی مندرجہ ذیل بنیادوں پر درجہ بندی یعنی کلاسیفائ کیا جاتا ہے:

1. بنیادی صحت کی دیکھ بھال (پرائمری ہیلتھ کیئر)

بنیادی صحت کی دیکھ بھال کا مطلب ہے ڈاکٹروں، نرسوں اور دیگر چھوٹے کلینکوں کے ذریعے فراہم کردہ خدمات ، مریض کسی بھی بیماری کے لیے سب سے پہلے کس سے رابطہ کرے ؛ یعنی بنیادی صحت کی دیکھ بھال صحت کے نظام میں تمام مریضوں کے لیے رابطے کا پہلا نقطہ ہے۔

مثال کے طور پر، اگر کوئی شخص بخار کی وجہ سے ڈاکٹر کے پاس جاتا ہے اور اسے پہلے ڈینگو بخار کی تشخیص ہوتی ہے، تو بنیادی طبی نگہداشت فراہم کرنے والا کچھ دوائیں تجویز کرے گا، لیکن مریض کو خصوصی علاج کے لیے اسپتال میں داخل کرنے کی ہدایت بھی کرے گا۔

ملک بھر میں پرائمری ہیلتھ کیئر سینٹرس حکومت اور نجی کمپنیاں دونوں علیحدہ علیحدہ قائم کرتی ہیں۔حکومت آبادی کے تناسب سے یہ کام کرتی ہے اور موجودہ دور میں گاؤں کی سطح تک یہ نظام کسی نہ کسی صورت موجود ہے۔

2. ثانوی صحت کی دیکھ بھال (سیکنڈری ہیلتھ کیئر)

ثانوی صحت کی دیکھ بھال کا مطلب طبی ماہرین اور دیگر صحت کے پیشہ ور افراد کی طرف سے فراہم کردہ صحت کی دیکھ بھال ہے جن کا عام طور پر مریض سے پہلا رابطہ نہیں ہوتا۔ اس میں سنگین بیماری کے لیے مختصر مدت کے علاج کی خدمات شامل ہیں، بشمول انتہائی نگہداشت کی خدمات، ایمبولینس کی سہولیات، پیتھالوجی، تشخیص اور دیگر متعلقہ طبی خدمات، وہ جو اکثر (لیکن ضروری نہیں کہ) ایک داخلی مریض کے طور پر علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔

3. تیسرے درجہ صحت کی دیکھ بھال (ٹرشری ہیلتھ کیئر)

تیسرے درجہ صحت کی دیکھ بھال ایک خصوصی صلاح کار صحت کی خدمت ہے، جو عام طور پر اندرون مریضوں کے لیے اور پرائمری/سیکنڈری خدمت فراہم کنندگان کے ریفرل پر ہوتی ہے۔

تیسرے درجہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی مثالیں یہ ہیں جن کے پاس ثانوی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے دائرہ کار سے باہر اعلی درجے کی طبی سہولیات اور پیشہ ور ڈاکٹر ہوتے ہیں ۔ جیسے آنکولوجی (کینسر کا علاج)، اعضاء کی پیوند کاری یا ریپئرنگ کی سہولیات، بائی جوکھم والی حمل کے ماہرین وغیرہ۔

واضح رہے کہ جیسے جیسے خدمت یا سروس کی سطح بڑھتی ہے،خدمت سے منسلک اخراجات بھی بڑھتے ہیں۔ خدمت کے مختلف سطحوں کا بنیادی ڈھانچہ بھی الگ الگ ملکوں میں ، دیہی شہری علاقوں میں مختلف ہوتا ہے، جبکہ سماجی و اقتصادی عوامل یعنی فیکٹرز بھی اس پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مندرجہ ذیل میں کون سا بنیادی صحت کی دیکھ بھال کا حصہ ہے؟

I. بخار

II. کینسر

III. اعضاء کی پیوند کاری

IV. اعلیٰ جوکھم والا حمل

D. ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی

جہاں حکومت صحت کی دیکھ بھال سے متعلق اپنے پالیسی فیصلوں میں مصروف رہی، وہیں اس نے صحت بیمہ اسکیموں کو بھی نافذ کیا۔ بیمہ کمپنیاں بعد میں اپنی ہیلتھ بیمہ پالیسیاں لے کر آئیں۔ یہاں بتایا گیا ہے کہ ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی:

1. ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم

ہندوستان میں صحت بیمہ کا باضابطہ تعارف ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم کے تعارف کے ساتھ شروع ہوئی، جو 1947 میں ملک کی آزادی کے فوراً بعد، ای ایس آئی ایکٹ، 1948 کے تحت لائی گئی تھی ۔ یہ اسکیم رسمی نجی شعبے میں ملازمت کرنے والے محنت کش کارکنوں کے لیے متعارف کرائی گئی تھی ؛ اس کے تحت، ای ایس آئی ڈسپنسریوں اور اسپتالوں کے اپنے نیٹ ورک کے ذریعے صحت کی جامع خدمات فراہم کرنا تھی۔

ای ایس آئی سی (ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم) عمل درآمد کرنے والی ایجنسی ہے جو اپنے خود کے اسپتال اور ڈسپنسریاں چلاتی ہے؛ ساتھ ہی، جہاں اس کی اپنی سہولیات کافی نہیں ہیں، وہ عوامی/ ذاتی فراہم کنندگان سے بھی معاہدہ کرتی ہے۔

2. مرکزی حکومت کی صحت اسکیم

ای ایس آئی ایس کے فوراً بعد ہی سینٹرل گورنمنٹ ہیلتھ اسکیم (سی جی ایچ ایس) متعارف کرائی گئی،جسے 1954 پنشنرز اور سول سروس میں کام کرنے والے ان کے خاندان کے افراد بشمول مرکزی حکومت کے ملازمین کے لیے متعارف کیا گیا تھا۔ اس کا مقصد ملازمین اور ان کے خاندانوں کو جامع طبی دیکھ بھال فراہم کرنا ہے؛ اس کی جزوی طور پر ملازمین اور زیادہ تر آجر (مرکزی حکومت) کے ذریعے مالی امداد کی جاتی ہے۔

3. پیشہ ورانہ صحت کا بیمہ

بیمہ انڈسٹری کو قومی تحویل میں لینے سے پہلے اور بعد میں، کچھ نان لائف بیمہ کمپنیوں نے پیشہ ورانہ صحت بیمہ کا آغاز کیا۔

1986 میں، چاروں قومی نان لائف بیمہ کمپنیوں (یہ تب جنرل بیمہ کارپوریشن آف انڈیا کی ذیلی کمپنیاں تھیں) کے ذریعے افراد اور ان کے خاندانوں کے لیے پہلی معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ کو ہندوستانی مارکیٹ میں لایا گیا۔ **میڈی کلیم** نامی یہ پروڈکٹ اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لیے لایا گیا ، جس میں معاوضے کی ایک مخصوص سالانہ حد تک کوریج فراہم کرنے کا انتظام بھی شامل ہے اور کچھ اخراجات، جیسے زچگی (ماں بننا)، پہلے سے موجود بیماریاں وغیرہ۔

اسپتال میں داخل ہونے کے لیے معاوضے پر مبنی سالانہ معاہدہ آج بھی ہندوستان میں نجی صحت بیمہ کا سب سے مقبول روپ ہے۔ 2001 میں بیمہ کے شعبے میں نجی کمپنیوں کے داخلے کے ساتھ ہی صحت بیمہ کے شعبے میں زبردست ترقی ہوئی ہے۔ تاہم، آج بھی ایک بڑی مارکیٹ پہنچ سے باہر ہے۔

سرکار نے لوگوں کو صحت بیمہ پالیسیاں خریدنے کی ترغیب دی ہے۔ جہاں افراد اپنے، شریک حیات اور خاندان کے اراکین کے لیے صحت بیمہ کے لیے پریمیم ادا کرتے ہیں، ایسے معاملات میں انکم ٹیکس ایکٹ کے سیکشن 80ڈی کے تحت قابل ٹیکس آمدنی سے کٹوتی کرنے کی اجازت ہے۔ یہ سیکشن 60 سال سے زیادہ عمر کے والدین/سسرال والوں کے پریمیم کی ادائیگی کے لیے چھوٹ کی زیادہ حد کی اجازت دیتا ہے۔

کور، اخراج یعنی اکسکلوزنس اور نئے 'ایڈ۔آن' کور میں اہم تبدیلیاں کی گئی ہیں، اس پر بعد کے ابواب میں تبادلہ خیال کیا جائے گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

افراد اور ان کے خاندانوں کے لیے پہلی معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ کو ہندوستانی مارکیٹ میں چاروں قومی شدہ نان لائف بیمہ کمپنیوں نے سال _____ میں لانچ کیا تھا۔

I. 1948
II. 1954
III. 1986
IV. 2001

E. صحت کا بیمہ بازار

صحت بیمہ مارکیٹ میں آج بہت سی کمپنیاں شامل ہیں جن میں سے کچھ صحت کی سہولیات فراہم کرتی ہیں جنہیں سروس پرووائیڈرز کہتے ہیں۔ دیگر بیمہ خدمات اور مختلف بیچ والی یعنی انٹرمیڈیری بھی موجود ہیں۔ کچھ بنیادی ڈھانچے کا کام کرتے ہیں جبکہ دیگر امدادی سہولیات فراہم کرتے ہیں۔ کچھ کمپنیاں پبلک سیکٹر میں ہیں جبکہ دیگر نجی شعبے میں ہیں۔

1. ذاتی شعبے کی صحت کی دیکھ بھال فراہم کردہ

ہندوستان میں صحت کا ایک بہت بڑا شعبہ ہے جو بنیادی، ثانوی اور تیسری تینوں قسم کی صحت کی خدمات فراہم کرتا ہے ۔ یہ رضاکارانہ، غیر منافع بخش تنظیموں اور افراد سے لے کر منافع بخش کارپوریٹس، ٹرسٹ، واحد مالکان، اسٹینڈ اکیلے ماہر خدمات، تشخیصی لیبارٹریز، ادویات کی دکانوں اور ناخواندہ فراہم کنندگان (جھولا چھاپ) بھی شامل ہیں۔

ہندوستان میں دیگر نظاموں (آیوروید/سدھا/یونانی/ہومیو پیتھی) میں بھی قابل ڈاکٹروں کی سب سے بڑی تعداد ہے، جو کہ 7 لاکھ سے زائد ہے۔ وہ سرکاری اور نجی دونوں شعبوں میں کام کرتے ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کے منافع بخش نجی فراہم کنندگان کے علاوہ، غیر سرکاری این جی اوز اور رضاکارانہ شعبے بھی کمیونٹی کو صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرنے میں مصروف ہیں۔

عام بیمہ کے شعبے میں بیمہ کمپنیاں صحت کی بیمہ خدمات کا بڑا حصہ میں تعاون کرتی ہیں۔ اسٹینڈالون صحت بیمہ (ایس اے ایچ آئی) کمپنیوں کو تمام قسم کی صحت بیمہ کرنے کی اجازت ہے، جب کہ لائف بیمہ کمپنیوں کو مخصوص قسم کی صحت بیمہ کرنے کی اجازت ہے۔

2. ثالث (درمیانی) :

بہت سے لوگ اور تنظیمیں جو بیمہ انڈسٹری کے حصے کے طور پر خدمات فراہم کرتی ہیں وہ بھی صحت بیمہ مارکیٹ کا حصہ بنتی ہیں۔ بیمہ بیچولیوں کی آئی آر ڈی اے آئی ایکٹ، 1999 کے سیکشن 2 کے تحت کی تعریف یعنی ڈیفائن کیا گیا ہے۔ ان میں بیمہ بروکر، ری بیمہ یعنی ری-انشورنس بروکر، بیمہ ایڈوائزر، سرویئر اور نقصان کا اندازہ لگانے والے کے ساتھ ساتھ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹرز (ٹی پی اے) شامل ہیں۔

تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے) آئی آر ڈی آئی کے ساتھ رجسٹرڈ ہوتے ہیں اور یہ کسی بیمہ کمپنی کے ساتھ صحت کی خدمات فراہم کرنے میں مصروف ایک کمپنی ہوتی ہے جو کہ فیس کے عوض خدمات فراہم کرتی ہے۔ ایک ٹی پی اے صحت بیمہ کے کاروبار کے سلسلے میں ایک معاہدے کے تحت بیمہ کمپنی کو درج ذیل خدمات فراہم کر سکتا ہے:

a. متعلقہ پالیسی کی بنیادی شرائط و ضوابط کے مطابق اور بیمہ کمپنیوں کی طرف سے دعووں کے تصفیہ کے لیے جاری کی گئی پیشگی اجازت کے ساتھ ہدایات کے فریم ورک کے اندر کیش لیس دعوی یا دونوں کے علاوہ کیش لیس علاج یا کلیمز کے تصفیہ کے ذریعے صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت دعوی پیش کرنا۔

b. ذاتی حادثے کی پالیسی اور گھریلو سفر کی پالیسی کے تحت اسپتال میں داخل ہونے کے دعووں کی خدمت فراہم کرنا، اگر کوئی ہو۔

c. صحت بیمہ پالیسیوں کی انڈر رائٹنگ کے سلسلے میں پری بیمہ میڈیکل امتحانات کرانے کی سہولت۔

خلاصہ یا سمری

a) بیمہ کسی نہ کسی شکل میں کئی صدیوں پہلے موجود تھا، لیکن اس کی جدید شکل صرف چند صدیوں پرانی ہے۔ ہندوستان میں بیمہ، حکومتی ضابطوں کے ساتھ کئی مراحل سے گزرا ہے۔

b) اپنے شہریوں کی صحت بہت اہم ہونے کے ساتھ، حکومتیں صحت کی دیکھ بھال کے مناسب نظام کی تعمیر میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔

c) فراہم کردہ صحت کی دیکھ بھال کی سطح کا انحصار کسی ملک کی آبادی سے متعلق بہت سے عوامل پر ہوتا ہے۔

d) صحت کی خدمات کی تین قسمیں بنیادی، ثانوی اور ترشری خدمات ہیں جو طبی دیکھ بھال کی ضرورت کی سطح پر مبنی ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کی

لاگت ہر سطح کے ساتھ بڑھ جاتی ہے جب کہ تیسرے درجہ کی خدمات سب سے مہنگی ہوتی ہیں۔

e) ہندوستان کے اپنے خاص چیلنجز ہیں، جیسے کہ آبادی میں اضافہ اور شہروں کی طرف بڑھتی آبادی یعنی اربنایزیشن، جس کے لیے صحت کی مناسب دیکھ بھال کی ضرورت ہے۔

f) پبلک سیکٹر کی بیمہ کمپنیاں سب سے پہلے صحت بیمہ کے منصوبے لے کر آئیں، بعد میں نجی بیمہ کمپنیوں نے کمرشل بیمہ کا آغاز کیا ۔

g) صحت بیمہ مارکیٹ کئی کمپنیوں پر مشتمل ہے، جن میں سے کچھ بنیادی ڈھانچہ فراہم کرتی ہیں، دیگر بیمہ خدمات فراہم کرتی ہیں، جن میں درمیانی یا انٹرمیڈیری جیسے بروکرز، ایجنٹس اور تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر صحت بیمہ کے کاروبار کی خدمت کرتے ہیں اور دیگر ریگولیٹری، تعلیمی اور قانونی ادارے بھی اپنا کردار ادا کررہے ہیں۔

خود جوابات چیک کریں۔

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

کلیدی اصطلاحی یا 'کی ٹرمس'

a) صحت کی دیکھ بھال
b) بزنس انشورنس
c) قومی تحویل میں لینے
d) پرائمری، سیکنڈری اور تیسری درجہ کی صحت کی خدمت
e) تیسری پارٹی کا منتظم

باب H-02

صحت بیمہ سے متعلق دستاویز

باب کا تعارف

بیمہ صنعت میں، ہم بڑی تعداد میں فارموں، دستاویزوں وغیرہ کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ اس باب میں ہمیں صحت بیمہ معاہدے سے متعلق دستاویزات اور ان کی اہمیت کے بارے میں سمجھایا گیا ہیں ۔

قابل غور امور

A. تجویز یا پروپوزل فارم
B. تجویز کی قبولیت (انڈررایٹنگ)
C. پراسپیکٹس
D. پالیسی دستاویز
E. شرائط اور وارنٹیاں

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

a) تجویز فارم میں لکھی باتوں کو سمجھانا ۔
b) پراسپیکٹس کی اہمیت کو بتانا۔
c) بیمہ پالیسی دستاویز میں موجود شرائط و ضوابط کی وضاحت کرنا۔
d) پالیسی کی شرائط اور وارنٹیوں پر تبادلہ خیال کرنا۔
e) اس بات کا جائزہ لینا کہ توثیق یعنی انڈورسمنٹس کیوں جاری کی جاتی ہے۔
f) پریمیم کی رسید کو سمجھنا۔
g) اس کا جائزہ لینا کہ تجدید یعنی رینیول نوٹس کیوں جاری کیے جاتے ہیں۔

A. تجویز فارم

1. صحت بیمہ کے تجوویز فارم

جیسا کہ عام ابواب میں بحث کی گئی ہے، تجویز فارم میں ایسی معلومات شامل ہیں جو بیمہ کرنے کے لیے تجویز کردہ جوکھم کو قبول کرنے کے مقصد میں بیمہ کمپنی کے لیے مفید ہے۔ صحت بیمہ پالیسی کے پروپوزل فارم کے بارے میں کچھ معلومات ذیل میں دی گئی ہیں:

1. تجویز کا فارم ایک پراسپیکٹس پر مشتمل ہوتا ہے جس میں کور کی تفصیلات جیسے کوریج، اخراج، دفعات وغیرہ شامل ہوتے ہیں۔ پراسپیکٹس پروپوزل فارم کا حصہ بناتا ہے۔ تجویز کنندہ یعنی پروپوزر کو یہ کہتے ہوئے اس پر دستخط کرنا ہوتا ہے کہ اُس میں کہی گئی باتوں کو سمجھ گیا ہے۔
2. پروپوزل فارم میں تجویز کنندہ کے ساتھ ہر بیمہ شدہ شخص کا نام، پتہ، پیشہ، تاریخ پیدائش، جنس اور تعلق کے علاوہ اوسط ماہانہ آمدنی اور انکم ٹیکس پین نمبر، پیشہ ور پریکٹیشنر کا نام اور پتہ، اس کی اہلیت اور رجسٹریشن نمبر سے متعلق معلومات جمع کی جاتی ہیں ۔ آج کل بیمہ شدہ کی بینک کی تفصیلات بھی جمع کی جاتی ہیں، تاکہ دعوے کی رقم براہ راست بینک ٹرانسفر کے ذریعے ادا کیا جاسکے۔
3. اس کے علاوہ، بیمہ شدہ شخص کی طبی حالت سے متعلق سوالات ہوتے ہیں ۔ فارم میں یہ تفصیلی سوالات پچھلے دعووں کے تجربے پر مبنی ہوتے ہیں۔ یہ سوالات اس لیے پوچھے جاتے ہیں تاکہ صحیح طریقہ سے انڈرایٹنگ کی جا سکے۔
4. فارم میں بتائی گئی کسی بھی بیماری میں مبتلا ہونے پر ، بیمہ کرنے والے شخص کو اس کی مکمل تفصیلات فراہم کرنا ضروری ہے۔
5. اس کے علاوہ کسی دیگر بیماری یا مرض میں مبتلا ہونے یا کسی حادثے کا شکار ہونے کی صورت میں درج ذیل معلومات طلب کی جاتی ہیں۔
   a) بیماری / چوٹ کی نوعیت اور علاج
   b) پہلے علاج کی تاریخ
   c) علاج کرنے والے معالج کا نام اور پتہ
   d) کیا مکمل طور پر ٹھیک ہو گیا
6. تجویز کنندہ کو کسی بھی اضافی حقائق کا خلاصہ کرنا ہوتا ہے جس کے بارے میں بیمہ کمپنیوں کو بتایا جانا ضروری ہے ؛ کیا اسے کسی بیماری یا چوٹ کی موجودگی یا امکان کے بارے میں کوئی علم ہو جس کے علاج پر دھیان دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
7. فارم میں ماضی بیمہ اور دعووں کی تاریخ کے ساتھ ساتھ کسی دوسری بیمہ کمپنی کے ساتھ موجود اضافی بیمہ سے متعلق سوالات بھی شامل ہوتے ہیں۔
8. جس اعلامیہ یعنی ڈیکلریشن پر تجویز کنندہ کے دستخط کیا جائے گا اُس کی خاص باتوں پر دھیان دیا جانا چاہیے ۔
9. بیمہ شدہ شخص بیمہ کمپنی کو ایسے کسی اسپتال/ڈاکٹر سے طبی معلومات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتا ہے اور اسے ایسا کرنے کی اجازت دیتا

ہے اور جس نے کسی بھی وقت اس کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرنے والی کسی بیماری کے لیے اس کا علاج کیا ہو یا کرنے کے امکان ہو۔

10. بیمہ دار اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ اس نے فارم کا حصہ بننے والے پراسپیکٹس کو پڑھ لیا ہے اور وہ شرائط و ضوابط کو قبول کرنے کے لیے تیار ہے۔

11. اعلامیہ میں بیانات کی سچائی اور معاہدے کے بنیاد بننے والے پیشکش فارم کے حوالے سے جنرل وارنٹیز بھی شامل ہوتی ہیں۔

2. طبی سوال نامہ

تجویز فارم میں میڈیکل ہسٹری کے نہ ہونے یعنی نیگیٹیو ہونے کی صورت میں، بیمہ شدہ فرد کو ذیابیطس، ہائی بلڈ پریشر، سینے میں درد یا کورونری کا مسئلہ یا دل کا دورا یعنی مایوکارڈیل انفکشن جیسی بیماریوں سے متعلق ایک تفصیلی سوال نامہ مکمل کرنا ہوگا۔

ان کی حمایت میں، صلاح کار ڈاکٹر سے بھرا ہوا فارم جمع کرانا ضروری ہے۔ اس فارم کی جانچ کمپنی کا پینل ڈاکٹر کے ذریعہ کی جاتی ہے، جس کی رائے کی بنیاد پر پیشکش کی قبولیت، اخراج یعنی اکسکلوزنس وغیرہ کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔

اعلامیہ کا معیاری یعنی ڈیکلریشن کا اسٹینڈرڈ فارم

آئی آرڈی اے آئی نے صحت بیمہ کی تجویز میں معیاری اعلامیہ کی شکل کو درج ذیل کے طور پر بیان کیا ہے:

1. میں/ہم اس کے ذریعے، میری طرف سے اور ان تمام افراد کی طرف سے جن کا بیمہ کروانے کی تجویز پیش کی گئی ہے، اعلان کرتا ہوں کہ میری طرف سے دیے گئے اوپری بیانات، جوابات اور/یا تفصیلات میری بہترین معلومات کے مطابق ہر لحاظ سے درست اور مکمل ہیں ؛ اور یہ کہ میں/ہم ان دیگر افراد کی طرف سے پیشکش کرنے کے مجاز یا باختیار ہیں۔

2. میں سمجھتا ہوں کہ میرے ذریعہ فراہم کردہ معلومات بیمہ پالیسی کی بنیاد بنائے گی، جو بیمہ کمپنی کی بورڈ سے منظور شدہ انڈر رائٹنگ پالیسی کے تابع ہے اور یہ کہ پالیسی پریمیم کی پوری رقم موصول ہونے کے بعد ہی شروع ہوگی۔

3. میں/ہم مزید اعلان کرتے ہیں کہ میں/ہم، پیشکش جمع کرانے کے بعد لیکن کمپنی کی طرف سے جوکھم کو قبول کرنے سے پہلے، بیمہ کے لیے پیش کردہ زندگی/ تجویز کنندہ کے پیشے یا عام صحت میں کسی قسم کی تبدیلی کے بارے میں تحریری طور پر نتیجے میں مطلع کروں گا/ کریں گے۔

4. میں/ہم یہاں اعلان کرتے ہیں اور کمپنی کو کسی بھی ڈاکٹر یا اسپتال سے طبی معلومات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتے ہیں جس نے کسی بھی وقت بیمہ کے لیے پیش کردہ زندگی کا علاج کیا ہو؛ یہ معلومات ماضی یا موجودہ آجر یعنی امپلایر سے طلب کی جاسکتی ہے اور اس میں زندگی/خودکار سے متعلق کسی بھی چیز کے بارے میں معلومات شامل ہیں جس کی بیمہ کی تجویز ہے جو اس کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرتا ہے؛ اس کے علاوہ، کسی بھی بیمہ کمپنی سے معلومات طلب کی جاتی ہیں جس کے پاس بیمہ کے لیے درخواست دی گئی ہے تاکہ بیمہ شدہ/ تجویز کنندہ کی زندگی پر تجویز اور/یا دعووں کا تصفیہ کیا جاسکے۔

5. میں/ہم کمپنی کو اپنے پروپوزل سے متعلق معلومات بشمول میڈیکل ریکارڈ، انڈر رائٹنگ کرنے اور/یا دعووں کے تصفیے کے لیے کسی بھی سرکاری اور/یا ریگولیٹری اتھارٹی کے ساتھ اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں/ دیتے ہیں

3. تجویز فارم میں شامل سوالات کی نوعیت

کسی پروپوزل فارم میں شامل سوالات کی تعداد اور نوعیت متعلقہ بیمہ کی قسم کے ساتھ مختلف ہوتی ہے۔ بیمہ کی رقم پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کی حد کو ظاہر کرتی ہے اور اسے تمام تجویز فارموں میں دکھایا جانا چاہیے۔

صحت، ذاتی حادثہ اور سفری بیمہ جیسے ذاتی لائنوں میں ، پروپوزل فارم پر پروپوزر کا پیشہ اور اس کے ساتھ اس کی صحت، طرز زندگی اور عادات، پہلے سے موجود صحت کے مسائل، طبی ہسٹری موروثی خصوصیات، صحت بیمہ کے ماضی کے تجربے وغیرہ کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لیے تیار کیا گیا ہے، جو اس لئے اہم ہیں کیونکہ وہ مادی طور پر جوکھم کو متاثر کر سکتے ہیں۔

مثال 1

- ✓ فاسٹ فوڈ ریسٹورنٹ کا ڈیلیوری مین، جسے اپنے گاہکوں کو کھانا پہنچانے کے لیے اکثر موٹر سائیکل پر تیز رفتاری سے سفر کرنا پڑتا ہے، اپنے ریستوراں میں کام کرنے والے اکاؤنٹنٹ کے مقابلے میں زیادہ حادثات کا شکار ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔
- ✓ کوئلے کی کان یا سیمنٹ پلانٹ میں کام کرنے والا شخص دھول کے ذرات کے رابطے میں آسکتا ہے جو پھیپھڑوں کی بیماریوں کا سبب بن سکتا ہے۔

مثال2

- ✓ غیر ملکی سفری بیمہ کے مقصد کے لیے، تجویز کنندہ یعنی پروپوزر کو بتانا ہوگا کہ کون، کب، کس مقصد کے لیے، کس ملک کا سفر کر رہا ہے) یا
- ✓ صحت بیمہ کے مقصد کے لیے، تجویز کنندہ سے معاملے کی بنیاد پر اس کی صحت (فرد کے نام، پتہ اور شناخت کے ساتھ) وغیرہ کے بارے میں پوچھا جاتا ہے۔

مثال 3

صحت بیمہ کے معاملے میں، یہ اسپتال کے علاج کی لاگت ہو سکتی ہے، جب کہ ذاتی حادثے کی بیمہ کی صورت میں یہ جان کے نقصان، کسی اعضاء (ہاتھ یا پیر) کے ضائع ہونے یا حادثے کی وجہ سے بینائی کے ضائع ہونے سے وابستہ ایک خاص رقم ہوسکتی ہے۔

a) ماضی اور موجودہ بیمہ

تجویز کنندہ کو بیمہ کمپنی کو اپنے ماضی کے بیمہ کے بارے میں مطلع کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کی بیمہ کی ہسٹری کو سمجھنا ضروری ہے۔ کچھ بازاروں میں ایسے نظام موجود ہیں جن کے ذریعے بیمہ کمپنیاں بیمہ شدہ کے بارے میں ڈیٹا کو خفیہ طور پر شیئر کرتی ہیں۔

تجویز کنندہ کو یہ بتانے کی بھی ضرورت ہے کہ آیا کسی بیمہ کمپنی نے اس کی پیشکش کو مسترد کر دیا ہے، خصوصی شرائط عائد کی ہیں، تجدید پر پریمیم میں اضافہ کا مطالبہ کیا ہے یا پالیسی کی تجدید یا منسوخی سے انکار کر دیا ہے۔ بیمہ کمپنیوں کے نام کے ساتھ ساتھ موجودہ بیمہ کی تفصیلات بھی کسی دوسری بیمہ کمپنی کے ساتھ پیش کرنا ضروری ہے۔ مزید برآں، ذاتی حادثاتی بیمہ میں، بیمہ کمپنی اسی بیمہ دار کی طرف سے لی گئی دیگر پی اے پالیسیوں کے تحت بیمہ شدہ رقم کی بنیاد پر کوریج کی رقم (بیمہ شدہ رقم) کو محدود کرنا چاہے گی۔

b) **کلیم اکسپیریینس**

تجویز کنندہ سے کہا جاتا ہے کہ وہ اپنے تمام نقصانات کی مکمل تفصیلات بتائے، چاہے وہ بیمہ شدہ ہیں یا نہیں ۔ اس سے بیمہ کمپنی کو بیمہ کے سبجیکٹ میٹر کے بارے میں معلومات ملے گی اور اس سے یہ بھی پتہ چل جائے گا کہ بیمہ شدہ نے ماضی میں کس طرح جوکھم کا انتظام کیا ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ بیمہ کمپنی کا فرض ہے کہ وہ زبانی طور پر موصول ہونے والی تمام معلومات کو ریکارڈ کرے، جسے ایجنٹ کو فالو-اپ کے طور پر مدنظر رکھنا ہوتا ہے۔

B. پیشکش یا پروپوزل کی منظوری (انڈر رائٹنگ)

مکمل طور پر بھرے ہوئے پروپوزل فارم میں تفصیل سے اس طرح کی معلومات شامل ہوتی ہیں جیسے:

- ✓ انشورڈ کی تفصیلات
- ✓ سبجیکٹ میٹر کی معلومات
- ✓ کیا کور چاہیے۔
- ✓ مٹیریل یا فزیکل خصوصیات کے پازیٹیو اور نیگیٹیو دونوں پہلو
- ✓ بیمے اور دعووں دونوں کا گزشتہ تجربہ

صحت بیمہ کی تجویز کی صورت میں، بیمہ کمپنی ممکنہ گاہک، جیسے کہ 45 سال سے زیادہ عمر کو شخص، ڈاکٹر اور/یا طبی معائنے کے لیے بھی بھیج سکتی ہے۔ پیشکش میں دستیاب معلومات کی بنیاد پر اور جہاں طبی معائنے کا مشورہ دیا گیا ہے، بیمہ کمپنی میڈیکل رپورٹ اور ڈاکٹر کی سفارش کی بنیاد پر فیصلہ کرتی ہے۔ کبھی کبھی، جہاں طبی ہسٹری تسلی بخش نہیں ہے، ممکنہ کسٹمر سے مزید معلومات حاصل کرنے کے لیے ایک اضافی سوال نامہ بھی درکار ہوتا ہے۔اس کے بعد، بیمہ کمپنی جوکھم کے عنصر پر نافذ ہونے والی شرح یعنی ریٹ کے بارے میں فیصلہ لیتی ہے اور مختلف عنصروں کی بنیادپر پریمیم کے حساب کرتی ہے، جسے بعد میں بیمہ دار کو بتا دیا جاتا ہے۔

C. پراسپیکٹس

پراسپیکٹس بیمہ کمپنی کی طرف سے تیار کردہ دستاویز ہے جو مستقل کے ممکنہ خریداروں کے لئے تیار کی جاتی ہے۔ یہ عام طور پر ایک بروشر یا کتابچے کی شکل میں ہوتا ہے ؛ یہ الیکٹرانک شکل میں بھی ہو سکتا ہے اور ایسے ممکنہ خریداروں کو مصنوعات یعنی پروڈکٹس کی معلومات فراہم کرنے کا مقصد پورا کرتا ہے۔ پراسپیکٹس کا مسئلہ بیمہ ایکٹ، 1938 کے ساتھ ساتھ پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ کے ضوابط، 2017 اور IRDAI کے ہیلتھ بیمہ ریگولیشنز، 2016 کے تحت چلتا ہے۔ صحت کی

پالیسیوں کے بیمہ کنندگان عام طور پر اپنی صحت بیمہ مصنوعات کے بارے میں پراسپیکٹس شائع کرتے ہیں۔ ایسے معاملوں میں، تجویز فارم میں ایک اعلان یا ڈیکلریشن ہوتا ہے کہ صارف یعنی کنزیومر نے پراسپیکٹس پڑھ لیا ہے اور اس سے اتفاق کرتا ہے۔

جیسا کہ باب 4 میں بحث کی گئی ہے، بیمہ ایکٹ، 1938 کا سیکشن VB64 فراہم کرتا ہے وہ پریمیم پہلے سے لینا ہوگا۔ تاہم، COVID-19 کے پھیلنے سے پیدا ہونے والی صورتحال کے پیش نظر ہیلتھ بیمہ پریمیم کی ادائیگی میں آسانی پیدا کرنے کی ضرورت پر غور کرتے ہوئے،IRDAI نے بیمہ کمپنیوں کو قسطوں میں انفرادی ہیلتھ بیمہ مصنوعات کے پریمیم قبول کرنے کی اجازت دی۔ یہ بھی لازمی قرار دیا گیا تھا کہ بیمہ کمپنیاں اپنی ویب سائٹس پر قسطوں میں پریمیم ادائیگی کی سہولت کی دستیابی اور شرائط کا اعلان کریں گی۔ یہ سہولت تمام پالیسی ہولڈرز کو بغیر کسی امتیاز کے فراہم کی جائے گی۔

D. پالیسی دستاویز

پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ کے ایکٹ 2017 سے متعلق IRDAI کے ضوابط یہ بتاتے ہیں کہ صحت بیمہ پالیسی کی دستاویز میں شامل ہونا چاہیے:

a) بیمہ شدہ کا نام اور پتہ اور کسی دوسرے شخص جس کا سبجیکٹ میٹر میں انشوریبل انٹرسٹ ہو؛

b) بیمہ شدہ افراد یا بیمے میں جس کا انٹرسٹ کی مکمل تفصیل

c) فرد اور/یا جوکھم کے مطابق، پالیسی کے تحت بیمہ رقم

d) پروڈکٹ کا نام، 'یو آئی ای' کوڈ نمبر، سیلز کے عمل میں شامل شخص کے رابطے کی تفصیلات

e) بیمہ شدہ کی تاریخ پیدائش اور مکمل سالوں میں متعلقہ عمر

f) بیمہ کی مدت اور وہ تاریخ جس سے پالیسی ہولڈر ہندوستان میں کسی بھی بیمہ کمپنی سے بغیر کسی رکاوٹ کے مسلسل صحت بیمہ کور حاصل کر رہا ہے۔

g) پالیسی کی متعلقہ سیکشنوں کی الگ الگ سب لمٹس، متناسب یعنی پروپورشنیٹ کٹوتیا اور پیکیج ریٹس اگر لاگو ہوں

h) دعوؤں میں انشورڈ کی بھی شرکت ہے تو اس مقررہ حد

i) پہلے سے موجود بیماری (پی ای ڈی) انتظار کی مدت، اگر قابل اطلاق ہو؛

j) قابل اطلاق خصوصی انتظار کی مدت؛

k) قابل اطلاق کٹوتیاں - عمومی اور خصوصی، اگر کوئی ہیں، احاطہ شدہ یعنی ایپلیکیبل خطرات اور اخراج یا ایکسکلوزنس؛

l) قابل ادائیگی پریمیم اور جہاں پریمیم عارضی طور پر ایڈجسٹمنٹ سے مشروط ہے، قسطوں کی مدت کے ساتھ پریمیم کی ایڈجسٹمنٹ کی بنیاد، اگر کوئی ہو؛

m) پالیسی کی شرائط، شرائط اور وارنٹی؛

n) پالیسی کے تحت دعوے کو جنم دینے کے امکان کی صورت میں بیمہ دار کی طرف سے کی جانے والی کارروائی؛

o) بیمہ کرنے والے کی ذمہ داری بیمہ کے سبجیکٹ میٹر کے حوالے سے اس صورت میں کہ واقعہ دعویٰ کو جنم دیتا ہے، اور ان حالات میں بیمہ کمپنی کے حقوق؛

p) کوئی خاص شرط

q) غلط بیانی، دھوکہ دہی، مادی حقائق کو ظاہر نہ کرنے یا بیمہ دار کے عدم تعاون کی بنیاد پر پالیسی کی منسوخی کا انتظام؛

r) ایڈ-آن کور کی تفصیلات، اگر کوئی ہو؛

s) شکایات کے ازالے کے طریقہ کار اور محتسب یعنی امبڈسمین کے ایڈریس کی تفصیلات

t) بیمہ کمپنی کے شکایات کے ازالے کے طریقہ کار کی تفصیلات؛

u) 'فری لک کی مدت' کی سہولت اور پورٹیبلٹی کی شرائط؛

v) پالیسی مائیگریشن کی سہولت اور شرائط، جہاں قابل اطلاق ہوں۔

E. شرائط اور وارنٹی

یہاں، پالیسی کے لحاظ سے استعمال ہونے والی دو اہم اصطلاحات کی وضاحت ضروری ہے۔ یہ شرائط اور وارنٹی کہلاتے ہیں۔

1. شرائط: ایک شرط بیمہ معاہدے میں ایک ایسی فراہمی ہے جو معاہدے کی بنیاد بناتی ہے۔

مثال :

a. زیادہ تر بیمہ پالیسیوں کی معیاری شرائط میں سے ایک یہ ہے:

اگر دعویٰ کسی بھی طرح سے دھوکہ دہی پر مبنی ہے یا اگر کوئی جھوٹا اعلان کیا گیا ہے یا کی حمایت میں استعمال کیا جاتا ہے اگر بیمہ کرنے والے یا اس کی طرف سے کام کرنے والے کسی شخص کی طرف سے پالیسی کے تحت کوئی فائدہ حاصل کرنے کے لیے کوئی دھوکہ دہی کا ذریعہ یا آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یا اگر جان بوجھ کر نقصان یا نقصان ہوا ہے یا لائف بیمہ شدہ کی ملی بھگت سے کیا گیا ہے، تو اس پالیسی کے تحت تمام فوائد ضبط کر لیے جائیں گے۔

b. ہیلتھ بیمہ پالیسی میں دعوے کی اطلاع دینے کی شرط یہ ہو سکتی ہے :

ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے چند دنوں کے اندر دعویٰ دائر کیا جانا چاہیے۔ تاہم، انتہائی صورتوں میں، اس حالت میں نرمی پر غور کیا جا سکتا ہے۔

اس شرط کی خلاف ورزی کے نتیجے میں بیمہ کمپنی کے اختیار پر پالیسی کی منسوخی ہو سکتی ہے۔

2. **وارنٹی :** وارنٹی بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان ایک معاہدہ ہے جس پر سختی سے عمل کیا جانا چاہیے۔ یہ پالیسی دستاویز کا ایک حصہ ہے۔ مثال کے طور پر، بیمہ کمپنی یہ شرط لگا سکتی ہے کہ وہ کسی خاص بیماری کے خطرے کا احاطہ کر سکتی ہے کہ بیمہ دار ہر تین ماہ بعد ماہر ڈاکٹر سے مشورہ کرے گا۔ مندرجہ بالا مثال میں، اگر انشورڈ معاہدے کے اپنے حصے کو انجام دینے میں ناکام رہتا ہے، پھر بیمہ کمپنی اس مخصوص سیکشن/وارنٹی کے سلسلے میں ذمہ داری کو رد یا کم کر دے گی۔

وارنٹیوں کو سختی اور لفظی طور پر سمجھا جانا چاہیے اور ان کی پیروی کی جانی چاہیے، چاہے وہ جوکھم کے لیے مواد ہوں یا نہ ہوں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

وارنٹی کے حوالے سے درج ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

I. وارنٹی ایک ایسی شرط ہے جو پالیسی میں بتائے بغیر نافذ ہوتی ہے۔

II. وارنٹی پالیسی دستاویز کا حصہ بنتی ہے۔

III. وارنٹی ہمیشہ بیمہ دار کو الگ سے ظاہر کی جاتی ہے اور پالیسی دستاویز کا حصہ نہیں ہوسکتی

IV. وارنٹی کی خلاف ورزی ہونے پر بھی دعوا ادا کیا جا سکتا ہے

صحت بیمہ میں تصدیق

کچھ خطرات کو چھپا کر اور دوسروں کو چھوڑ کر، یہ بیمہ کمپنیوں کا معمول ہے کہ اسٹینڈرڈ پالیسیاں جاری کریں۔

تعریف یعنی ڈیفنیشن

اگر جاری کرنے کے وقت پالیسی کے کچھ شرائط و ضوابط کو تبدیل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تو یہ تصدیق یعنی انڈورسمنٹ نامی دستاویز کے ذریعے ترامیم/تبدیلیوں کو ترتیب دے کر کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی سے منسلک ہو جاتا ہے اور اس کا حصہ بنتا ہے۔ پالیسی اور تصدیق مل کر معاہدہ بناتے ہیں۔ پالیسی کی مدت کے دوران تبدیلیوں/ترمیم کو ریکارڈ کرنے کے لیے توثیق بھی جاری کیا جا سکتے ہیں۔

جب بھی حقیقی معلومات میں کوئی تبدیلی ہوتی ہے تو بیمہ دار کو اس کے بارے میں بیمہ کمپنی کو مطلع کرنے کی ضرورت ہے، جو اس کا خیال رکھے گا اور اسے توثیق یعنی انڈورسمنٹ کے ذریعے بیمہ معاہدے کے حصے کے طور پر شامل کرے گی۔

عام طور پر ان باتوں کے لیے پالیسی کے تحت تصدیق کی ضرورت ہوتی ہے:

a) بیمہ کی رقم میں فرق/تغیر

b) بیمہ شدہ کے خاندان کے افراد کو شامل کرنا اور ہٹانا

c) قرض لینے اور پالیسی کو بینک کے ساتھ گروی رکھنے کی وجہ سے قابل بیمہ کے انٹرسٹ میں تبدیلی۔

d) بیمہ کی توسیع / اضافی خطرات کو پورا کرنے کے لیے پالیسی کی مدت میں توسیع

e) جوکھم میں تبدیلی، جیسے غیر ملکی سفری پالیسی کی صورت میں منزلوں کی تبدیلی

f) بیمہ کی منسوخی

g) نام یا پتہ وغیرہ میں تبدیلی

اپنے آپ کو چیک کریں 2

اگر پالیسی کے اجراء کے وقت اس کے کچھ شرائط و ضوابط میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہو، تو یہ _____ کے ذریعے ترمیم تجویز کرکے کیا جاتا ہے۔

I. وارنٹی

II. توثیق

III. ترامیم / تبدیلیاں

IV. ترمیم ممکن نہیں

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

باب H-03

صحت بیمہ کے مصنوعات یا پروڈکٹس

باب کا تعارف یا انٹروڈکشن

یہ باب آپ کو ہندوستان میں بیمہ کمپنیوں کی طرف سے پیش کردہ مختلف صحت بیمہ پروڈکٹس کے بارے میں گہری سمجھ فراہم کرے گا۔ میڈی کلیم نامی صرف ایک پروڈکٹ سے لے کر سینکڑوں مختلف قسم کی پروڈکٹس تک، کسٹمر کے پاس صحیح کور کا انتخاب کرنے کے لیے پروڈکٹس کی ایک وسیع رینج ہوتی ہے۔ اس باب میں مختلف صحت بیمہ مصنوعات کی خصوصیات بیان کی گئی ہیں، جو افراد، خاندانوں اور گروہوں کا کور کرسکتے ہے۔

قابل غور امور

A. صحت بیمہ مصنوعات یا سبجیکٹ میٹر کی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن
B. صحت بیمہ میں معیار کے مطابق یعنی اسٹینڈرڈ ایزیشن سے متعلق آئی آر ڈی اے کے ہدایات
C. اسپتال میں داخلے کے لیے معاوضے کی مصنوعات
D. ٹاپ اپ کور یا زیادہ کٹوتی کے ساتھ بیمہ پلان
E. سینئر سٹیزن پالیسی
F. فکسڈ بینیفٹ کور – ہسپتال کیش، شدید بیماری یا کریٹیکل النیس کور
G. کومبو مصنوعات
H. غریب طبقوں کے لیے مائیکرو بیمہ اور صحت بیمہ
I. راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا
J. پردھان منتری جن اروگیہ یوجنا
K. پردھان منتری سُرکشا بیمہ یوجنا
L. ذاتی حادثہ اور معذوری کا کور
M. غیر ملکی سفر کی بیمہ
N. گروپ صحت کور
O. خصوصی مصنوعات
P. صحت بیمہ پالیسیوں کی اہم شرائط

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ یہ کام کر پائیں گے:

a) صحت بیمہ کے مختلف زمروں کی وضاحت کریں
b) صحت بیمہ میں معیار کے مطابق IRDAI کے ہدایات بیان کرنا۔
c) آج ہندوستانی مارکیٹ میں دستیاب صحت بیمہ پروڈکٹس کی مختلف اقسام پر تبادلہ خیال کرنا
d) ذاتی حادثاتی بیمہ کی وضاحت کریں
e) غیر ملکی سفری بیمہ پر بحث
f) صحت بیمہ پالیسیوں کی اہم شرائط اور کلاز کو سمجھنا

A. صحت بیمہ مصنوعات کی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

1. صحت بیمہ مصنوعات کا تعارف یا انٹروڈکشن

تعریف یا ڈیفینیشن

بیمہ ایکٹ، 1938 کے سیکشن 2(6سی) کے تحت، " *صحت بیمہ* بزنس" کی تعریف اس طرح کی گئی ہے، "معاہدوں کا اثر جو بیماری کے فائدے یا طبی، جراحی یعنی سرجیکل یا اسپتال کے اخراجات کے لیے فائدہ فراہم کرتے ہیں، خواہ وہ مریض کے اندر ہو یا باہر مریض، ٹریول کور اور پرسنل ایکسیڈنٹ کور۔ IRDAI *صحت بیمہ* بزنس کی اس تعریف پر عمل کرتا ہے۔

ہندوستانی مارکیٹ میں دستیاب *صحت بیمہ* مصنوعات زیادہ تر اسپتال میں داخل ہونے والی مصنوعات کی نوعیت میں ہیں۔ یہ پراڈکٹس ہسپتال میں داخل ہونے کے دوران کسی شخص کے خرچے کو پورا کرتی ہیں۔

اسی لیے *صحت بیمہ* بنیادی طور پر دو وجوہات کی بنا پر اہم ہے:

- ✓ کسی بھی بیماری کی صورت میں طبی سہولیات کی ادائیگی میں مالی مدد فراہم کرنا۔
- ✓ کسی شخص کی بچت کو محفوظ بنانا جو دوسری صورت میں بیماری کی وجہ سے ختم ہو سکتی ہے۔

آج، *صحت بیمہ* کا شعبہ کافی حد تک ترقی کر چکا ہے، بشمول تقریباً تمام عام بیمہ کمپنیاں، اسٹینڈ اکیلے *صحت بیمہ* کمپنیاں اور لائف بیمہ کمپنیوں کے ذریعہ فراہم کردہ سینکڑوں پروڈکٹس ہیں۔ تاہم، میڈی کلیم پالیسی کے بنیادی فائدے کا ڈھانچہ یعنی اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کے لیے کور اب بھی بیمہ کی سب سے مقبول شکل ہے۔

2. صحت بیمہ مصنوعات کی تفصیلی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

پروڈکٹ کے ڈیزائن سے قطع نظر، صحت بیمہ پروڈکٹس کو بڑے پیمانے پر دو زمروں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

a) معاوضہ کور یا انڈیمنیٹی کور

یہ مصنوعات *صحت بیمہ* مارکیٹ کا بڑا حصہ ہیں؛ یہ ہسپتال میں داخل ہونے کی وجہ سے ہونے والے اصل طبی اخراجات کی ادائیگی کرتے ہیں۔

b) مقررہ فائدہ یا فکسڈ بینیفٹ کور

ان مصنوعات کو 'اسپتال کیش' کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔ یہ اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے لیے روزانہ ایک مقررہ رقم ادا کرتے ہیں۔ کچھ مصنوعات مختلف قسم کی سرجری کے لیے پہلے سے طے شدہ رقم بھی پیش کرتے ہیں۔

3. گاہک کے سگمنٹ کے لحاظ سے درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

مصنوعات کو ایک خاص گاہک سگمنٹ کی بنیاد پر بھی تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ صارفین یعنی کنزیومر کے طبقات کی بنیاد پر درجہ بندی کی گئی مصنوعات یہ ہیں:

a) **ذاتی کور** جو انفرادی گاہکوں اور ان کے خاندان کے افراد کو دیا جاتا ہے۔

b) **گروپ کور** جو کارپوریٹ گاہکوں کو دیا جاتا ہے ؛ اس میں ملازمین اور گروپس کے ساتھ ساتھ ان کے ارکان بھی کور کئے جاتے ہیں۔

c) سرکاری اسکیموں کے لیے عوامی پالیسیاں جیسے پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا/ مختلف ریاستی صحت بیمہ اسکیمیں جو آبادی کے انتہائی غریب طبقے کا کور کرتی ہیں۔

منافع کا ڈھانچہ، قیمت کا تعین، انڈر رائٹنگ اور فروخت کے طریقے ہر طبقہ کے لیے بالکل مختلف ہیں۔

صحت بیمہ کے ضوابط: بیمہ ریگولیشنز، 2016 میں صحت بیمہ پروڈکٹس کے سلسلے میں کچھ اہم تبدیلیاں کی گئی ہیں، جن میں سے کچھ درج ذیل ہیں:

1. لائف بیمہ کمپنیاں طویل مدتی صحت بیمہ مصنوعات پیش کر سکتی ہیں، لیکن کم از کم تین سال کے ہر طبقہ کی مدت کے لیے ایسی مصنوعات کے پریمیم میں کوئی تبدیلی نہیں ہوگی، اس کے بعد پریمیم کا جائزہ لیا جا سکتا ہے اور ضرورت کے مطابق اس میں ترمیم کی جا سکتی ہے۔
2. نان لائف اور اسٹینڈ الون صحت بیمہ کمپنیاں جس کی کم از کم مدت ایک سال اور زیادہ سے زیادہ تین سال کی ہو، انفرادی صحت بیمہ پروڈکٹس پیش کر سکتی ہیں بشرطیکہ پالیسی کی مدت کے دوران پریمیم میں کوئی تبدیلی نہ ہو۔
3. بیمہ کمپنیاں جدید 'پائلٹ مصنوعات' پیش کر سکتی ہیں۔ جنرل بیمہ کمپنیاں اور صحت بیمہ کمپنیاں ان مصنوعات کو 1 سال کی پالیسی کی مدت کے لیے پیش کر سکتی ہیں، لیکن 5 سال سے زیادہ نہیں۔ کوئی بھی بیمہ کمپنی ایک سال کی مدت کے لیے گروپ صحت بیمہ پالیسیاں شروع کر سکتی ہے ؛ تاہم، اس میں کریڈٹ سے منسلک مصنوعات شامل نہیں ہیں، جہاں قرض کی مدت پانچ سال تک بڑھائی جا سکتی ہے۔
4. ایسے معاملات میں کوئی گروپ صحت بیمہ پالیسی جاری نہیں کی جائے گی جہاں گروپ صرف بیمہ حاصل کرنے کے بنیادی مقصد کے لیے بنایا گیا ہو۔ گروپ کے سائز کا فیصلہ بیمہ کمپنی کرے گی، جو اس کی تمام گروپ پالیسیوں پر لاگو ہوگی اور اس کی کم از کم مدت 7 سال ہوگی۔
5. جنرل بیمہ کمپنیاں اور صحت بیمہ کمپنیاں کریڈٹ سے منسلک گروپ پرسنل ایکسیڈنٹ پالیسیاں بھی پیش کر سکتی ہیں، جنہیں پانچ سال کے قرض کی مدت تک بڑھایا جا سکتا ہے۔
6. متعدد پالیسیاں - اگر بیمہ شدہ نے ایک سے زیادہ بیمہ کمپنیوں سے صحت بیمہ پالیسیاں لی ہیں جو کچھ خاص فوائد پیش کرتی ہیں، لہذا ہر بیمہ کمپنی، کسی بھی بیمہ شدہ واقعہ کی صورت میں، دیگر اسی طرح کی پالیسیوں سے موصول ہونے والی ادائیگیوں پر غور کیے بغیر، پالیسیوں کی شرائط و ضوابط کے مطابق دعویٰ ادا کرے گی۔

اگر کسی بیمہ شدہ نے علاج کی لاگت کو پورا کرنے کے لیے ایک یا زیادہ بیمہ کمپنیوں سے مدت کے دوران دو یا زیادہ پالیسیاں لی ہیں، تو پالیسی ہولڈر کو اپنی کسی بھی پالیسی کے سلسلے میں اپنے دعوے کے تصفیہ کے لیے پوچھنے کا حق ہوگا۔ بیمہ کمپنی جس سے دعویٰ کیا گیا ہے،

وہ دعوی ادا کرے گی اور بیلنس دعویٰ یا پہلے چنی گئی پالیسی/پالیسیوں کے تحت مسترد ہونے والا دعویٰ دوسری پالیسی/پالیسیوں سے بھی کیا جا سکتا ہے، اگر پہلے منتخب کردہ پالیسی/ پالیسیوں میں بیمہ کی رقم ختم نہیں ہوئی ہو۔

B. صحت بیمہ میں معیار کے مطابق یا اسٹینڈرڈایزیشن سے متعلق آئی آر ڈی اے کے ہدایات

جہاں بہت سی بیمہ کمپنیاں بہت سی اور مختلف اقسام کی مصنوعات پیش کرتی ہیں؛ مختلف اصطلاحات اور اخراج کی مختلف تعریفیں ہیں، جس کی وجہ سے بازار میں افراتفری مچ گئی۔ گاہک کے لیے مصنوعات کا موازنہ کرنا اور باخبر فیصلے کرنا مشکل ہو گیا۔ اس کے علاوہ، سنگین بیماری کی پالیسیوں میں، اس بات کی کوئی واضح سمجھ نہیں ہے کہ سنگین بیماری سے کیا مراد ہے اور کیا نہیں۔

بیمہ کمپنیوں، سروس فراہم کرنے والوں، ٹی پی اے اور اسپتالوں کے درمیان کنفیوژن اور بیمہ شدہ عوام کی شکایات کو دور کرنے کے لیے، ریگولیٹر نے صحت بیمہ کو اسٹینڈرڈایز کرنے کی کوشش کی۔ ایک عام فہم کی بنیاد پر، IRDA نے 2016 میں صحت بیمہ کو معیاری بنانے کی ہدایات جاری کی، جس میں 2020 میں مزید ترمیم کی گئی۔ یہ تمام جنرل اور صحت بیمہ کمپنیوں پر لاگو ہوتے ہیں، جو معاوضہ کی بنیاد پر صحت بیمہ (سوائے ذاتی حادثہ یعنی اور ملکی/غیر ملکی سفر کے) (انفرادی اور گروپ دونوں) کی پیشکش کرتی ہے ۔

اسٹینڈرڈ بنانے کے لیے درج ذیل گایڈلاینس فراہم کرتی ہیں:

1. عام طور پر استعمال ہونے والی بیمہ اصطلاحات کی تعریف
2. سنگین بیماری کی تعریف
3. ہسپتال میں داخلے کے معاوضے کی پالیسیوں میں اخراجات کی اختیاری اشیاء کی فہرست
4. دعویٰ فارم اور اجازت سے پہلے کا فارم
5. بل کے لئے فارمیٹ
6. اسپتالوں سے ڈسچارج کی معلومات
7. ٹی پی اے، بیمہ کمپنیوں اور اسپتالوں کے درمیان معیاری معاہدہ
8. نئی پالیسیوں کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کی منظوری حاصل کرنے کے لیے معیاری فائل اور استعمال کے فارمیٹ
9. اخراج یعنی اسٹینڈرڈ اکسکلوزنس
10. اخراج کی اجازت نہیں ہے۔

C. اسپتال میں داخلے کے لیے معاوضے مصنوعات

معاوضے مصنوعات لوگوں کو ہسپتال میں داخل ہونے پر ہونے والے اخراجات سے بچاتی ہیں جو انہیں ہسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں خرچ کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ زیادہ تر معاملات میں، وہ ہسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے دنوں کی مخصوص میعاد کو بھی کور کرتے ہیں، لیکن اسپتال میں داخل نہ ہونے سے متعلق اخراجات کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔۔

اسپتال میں داخل ہونے کے لیے یہ پالیسی، جو میڈی کلیم کے نام سے جانی ہے،'معاوضہ' کی بنیاد پر کام کرتی ہے۔ یہ اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ہونے والے اخراجات کو کور کرکے پالیسی ہولڈر کو معاوضہ دیتی ہے۔اس میں شامل کچھ اخراجات کا تذکرہ پالیسی دستاویز میں کیا گیا ہے۔

مثال

راگھو کا ایک چھوٹا خاندان ہے، جس میں اس کی بیوی اور ایک 14 سالہ بیٹا ہے۔ اس نے صحت بیمہ کمپنی سے اپنے خاندان کے ہر فرد کو کور کرنے والی ایک میڈی کلیم پالیسی لی ہے ، جس میں ہر ایک کے لیے ایک لاکھ روپے کا ذاتی کور شامل ہے۔اسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں، ان میں سے ہر ایک کو 1 لاکھ روپے تک کے طبی اخراجات کا معاوضہ مل سکتا ہے۔

راگھو کو دل کا دورہ پڑنےاور سرجری کی ضرورت ہونے کی وجہ سے اسپتال میں داخل کرایا گیا تھا۔ اس پر 1.25 لاکھ روپے کا میڈیکل بل بنا۔ بیمہ کمپنی نے پلان کی کوریج کے مطابق 1 لاکھ روپے ادا کیے اور راگھو کو 25000 روپے کی باقی رقم اپنی جیب سے ادا کرنی پڑی۔

معاوضے پر مبنی میڈی کلیم پالیسی کی نمایاں خصوصیات ذیل میں دی گئی ہیں ؛ تاہم، کور کی حد میں تبدیلیاں، اضافی اخراج یا فوائد یا کچھ اضافی چیزیں ہر بیمہ کمپنی کی طرف سے فروخت کی جانے والی مصنوعات پر لاگو ہو سکتی ہیں۔

1. اسپتال میں داخل ہونے والے مریضوں کے اخراجات

یہ پالیسی بیمہ شدہ کو بیماری/حادثے کی وجہ سے اسپتال میں داخل ہونے کی قیمت ادا کرتی ہے۔ پالیسی میں اسپتال میں داخل ہونے کی کم از کم مدت (عام طور پر 24 گھنٹے) مقرر ہوتی ہے، جس کے بعد پالیسی کے کلاز نافذ ہو جاتے ہیں۔ تاہم، اس مدت کے ختم ہونے کے بعد، اخراجات پوری مدت کے لیے قابل ادائیگی ہو جاتے ہیں۔

علاج سے متعلق زیادہ تر اخراجات ادا کیے جاتے ہیں، تاہم، کچھ اخراجات جیسے ذاتی آرام کی اشیاء، کاسمیٹک سرجری اس میں شامل نہیں ہیں۔ لہذا، گاہک کے لیے ضروری ہے کہ وہ پالیسی کی شرائط میں پے نہ ہونے والے اخراجات سے آگاہ ہو۔

i. اسپتال/ نرسنگ ہوم کے ذریعے فراہم کرائے جانے والے کمرے، بورڈنگ اور نرسنگ کے اخراجات۔ اس میں نرسنگ کیئر، آر ایم او چارجز، آئی وی فلوڈز/خون کی منتقلی/انجیکشن چارجز اور اسی طرح کے اخراجات وغیرہ شامل ہیں۔

ii. انتہائی نگہداشت یونٹ (ICU) کے اخراجات۔

iii. سرجن، اینستھیٹسٹ، فزیشن (میڈیکل پریکٹیشنر)، کنسلٹنٹ، ماہر کی فیس۔

iv. بے ہوشی کی دوا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کے چارجز، آلات جراحی۔

v. ادویات اور دوائیں

vi. ڈائیلیسس، کیموتھریپی، ریڈیو تھریپی۔

vii. سرجری کے طریقہ کار کے دوران لگائے گئے مصنوعی آلات کی لاگت جیسے پیس میکرز، آرتھوپیڈک امپلانٹس، انفرا کارڈیک والو(valve) کی تبدیلی، ویسکولر سٹینٹس۔

viii. متعلقہ لیبارٹری/تشخیصی ٹیسٹ اور علاج سے متعلق دیگر طبی اخراجات۔

ix. بیمہ شدہ کے اعضاء کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کے سلسلے میں عطیہ دہندہ یعنی ڈونر کے اسپتال میں داخل ہونے پر اٹھنے والے اخراجات (اعضاء کی قیمت کو چھوڑ کر)۔

2. ڈے کیئر کے طریقہ کار

ایسی کئی طرح کی سرجری ہیں جن کی ضرورت نہیں ہوتی ہے، وہ خصوصی اسپتالوں میں کی جا سکتی ہیں۔ آنکھوں کی سرجری، کیموتھریپی، ڈائلیسس وغیرہ جیسے علاج کو ڈے کیئر سرجری کے تحت درجہ بندی یعنی کلاسیفای کیا جاسکتا ہے۔ یہ فہرست مسلسل بڑھ رہی ہے۔ یہ بھی پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہیں۔

3. او پی ڈی کور

ہندوستان میں بیرونی مریضوں کے اخراجات کا احاطہ ابھی بھی بہت محدود ہے ؛ ایسی چند مصنوعات او پی ڈی کور فراہم کرتی ہیں۔ تاہم، کچھ ایسے پلانس ہیں جو باہر کے مریض کے طور پر احاطہ شدہ علاج فراہم کرتے ہیں۔ وہ ڈاکٹر کے دورے، معمول کے طبی ٹیسٹ، دانتوں اور فارمیسی کے اخراجات سے متعلق صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات بھی فراہم کرتے ہیں۔

4. اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات

i. اسپتال سے پہلے کے اخراجات

کسی ہنگامی صورت حال میں اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت پڑ سکتی ہے یا یہ پہلے سے منصوبہ بند ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی مریض پہلے سے منصوبہ بند سرجری کے لیے جاتا ہے، اس لیے اسے اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔ ایسے اخراجات کو اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات کہا جاتا ہے۔

تعریف

اس کا مطلب ہے بیمہ شدہ کے اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے سے طے شدہ دنوں کے دوران ہونے والے طبی اخراجات، بشرطیکہ یہ اخراجات بیمہ شدہ کے اسپتال میں داخل ہونے سے ٹھیک پہلے کیے گئے ہوں اور

a) اسی بیماری کے لیے اٹھائے گئے ایسے طبی اخراجات جس کے لیے بیمہ شدہ کواسپتال میں داخلے کی ضرورت تھی، اور

b) اسپتال میں داخل مریضوں کے لئے بیمہ کمپنی کے زریعے دعویٰ قبول کیا جاتا ہے۔

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات ٹیسٹ، ادویات، ڈاکٹر کی فیس وغیرہ کی شکل میں ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کے حادثاتی اور اسپتال میں داخل ہونے سے متعلق اخراجات صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت کور کیا جاتا ہیں۔

ii. اسپتال میں داخل ہونے کے بعد کے اخراجات

داخل ہونے والے مریض کے زیادہ تر معاملات میں، بیمہ شدہ شخص کے اسپتال سے فارغ ہونے کے فوراً بعد صحت یابی اور فالو-اپ سے متعلق اخراجات بھی ہوتے ہیں۔

یہ دونوں قسم کے اخراجات اگر قابل قبول ہیں تو۔وہ اسی بیماری کے لیے خرچ کیے جاتے ہیں جس کے لیے بیمہ شدہ فرد کو اسپتال میں داخل کرنے کی ضرورت تھی اور

a) داخل ہونے والے ایسے معاملوں میں بیمہ کمپنی کی طرف سے مریضوں کے ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے قبول کیے جاتے ہیں۔

داخل ہونے کے بعد کے اخراجات اسپتال میں داخل ہونے کے بعد کے مقررہ دنوں تک کی مدت کے دوران اٹھائے گئے متعلقہ طبی اخراجات ہوں گے اور ان کا علاج دعوے کا حصے کے طور پر مانا جائے گا۔

داخل ہونے کے بعد کے اخراجات، اسپتال سے ڈسچارج ہونے کے بعد منشیات، ادویات ، ڈاکٹر کے جائزے وغیرہ کے اخراجات کی شکل میں ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کے اخراجات اسپتال میں ہونے والے علاج سے متعلق ہونے چاہئیں اور انھیں صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت کور کیا جانا چاہیے۔

تاہم، اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کے کور کی مدت بیمہ کمپنی سے بیمہ کنندہ تک مختلف ہوگی؛ جن کی پالیسی میں وضاحت کی جاتی ہے۔ سب سے عام کور اسپتال میں داخل ہونے سے تیس دن پہلے اور داخل ہونے کے ساٹھ دن بعد کے لیے ہوتا ہے۔

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات بیمہ کی مجموعی رقم کا حصہ ہوتے ہیں جس کے لیے پالیسی کے تحت کور دیا جاتا ہے۔

iii. رہائشی اسپتال میں داخل ہونا

iv. ایک فائدہ ان مریضوں کے لیے بھی دستیاب ہے جن کی بیماری کو بصورت دیگر اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن اسپتال میں قیام نہ ہونے یا ہسپتال لے جانے کی حالت نہ ہونے کی وجہ سے وہ گھر پر ہی علاج کا فائدہ اٹھاتے ہیں۔

اس کلاز کے غلط استعمال کو روکنے کے لیے، اس کور میں عام طور پر تین سے پانچ دن کی اضافی کلاز ہوتی ہے،جس کا مطلب ہے کہ پہلے تین سے پانچ دنوں کے لیے علاج کا خرچ بیمہ دار کو برداشت کرنا پڑے گا۔ کور کچھ دائمی یا عام بیماریوں جیسے دمہ، برونکائٹس، ذیابیطس میلیٹس، ہائی بلڈ پریشر، انفلوئنزا، کھانسی، سردی اور بخار وغیرہ کے لیے رہائشی علاج کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔

مثال

میرا نے اسپتال میں داخل ہونے کی حالت میں اخراجات کے کوریج کے لیے ایک صحت بیمہ پالیسی لی تھی۔ پالیسی میں 30 دن کی ابتدائی انتظار کی مدت کا ایک کلاز تھا۔ بدقسمتی سے، پالیسی لینے کے صرف 20 دن بعد، میرا کو ملیریا ہو گیا اور وہ 5 دن تک اسپتال میں داخل رہنے کا بھاری بل ادا کرنا پڑا۔

جب اس نے بیمہ کمپنی سے اخراجات کی واپسی کے لیے کہا، تو کمپنی نے دعوی ادا کرنے سے انکار کر دیا، کیونکہ اسپتال میں داخل ہونے کا واقعہ پالیسی لینے کے 30 دنوں کے انتظار کی مدت میں ہوئی تھی ۔

a) کوریج کے اختیارات دستیاب ہیں۔

i. **انفرادی کوریج :** بیمہ شدہ اپنے خاندان کے ممبران، جیسے بیوی یا شوہر، منحصر بچے، منحصر والدین، منحصر ساس .سسر، منحصر بھائی ۔ بہن وغیرہ کے ساتھ خود کو کور کر سکتا ہے۔کچھ بیمہ کمپنیوں کے پاس انحصار کرنے والوں پر کوئی پابندی نہیں ہوتی ہے۔ ایسے ہر انحصار بیمہ شدہ کو ایک ہی پالیسی کے تحت کور کرنا ممکن ہے، جہاں ہر بیمہ شدہ کے لیے ایک مختلف بیمہ شدہ رقم کا انتخاب کیا جاتا ہے۔اس طرح کے کور میں، پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ہر شخص پالیسی کی مدت کے دوران اپنی بیمہ کی زیادہ سے زیادہ رقم کا دعوی کر سکتا ہے۔بر بیمہ شدہ کے لیے اس کی عمر اور منتخب کردہ بیمہ کی رقم اور کسی دوسرے درجہ بندی کے عنصر کے مطابق پریمیم وصول کیا جائے گا۔

ii. فیملی فلوٹر: فیملی فلوٹر پالیسی کے نام سے جانے والے ویریئنٹ میں، ایک ہی بیمہ کی رقم اس خاندان کو پیش کی جاتی ہے جس میں شریک حیات، انحصار شدہ بچوں اور انحصار والدین جو پورے خاندان کے ساتھ رہتے ہیں۔

مثال

اگر چار افراد کے خاندان کے لیے 5 لاکھ روپے کی فلوٹر پالیسی لی جاتی ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ پالیسی کی مدت کے دوران، یہ خاندان کے ایک سے زیادہ افراد یا خاندان کے ایک فرد کے متعدد دعووں کے لیے ادائیگی کرے گی۔ یہ تمام دعوے مل کر 5 لاکھ روپے کی کل کوریج سے زیادہ نہیں ہو سکتے۔ عام پریمیم خاندان کے سب سے بڑے رکن کی عمر کی بنیاد پر وصول کیا جائے گا جس کی بیمہ کی تجویز ہے۔

ان دونوں پالیسیوں کے تحت کور اور اخراج ایک جیسا ہوگا۔ فیملی فلوٹر پالیسیاں مارکیٹ میں مقبول ہوتی جا رہی ہیں، کیونکہ پورے خاندان کو مجموعی طور پر بیمہ شدہ رقم کی کوریج ملتی ہے، جسے مناسب پریمیم پر اعلیٰ سطح پر منتخب کیا جا سکتا ہے۔

پہلے سے موجود بیماریاں

بیمہ کو غیر متوقع حادثات/بیماریوں وغیرہ کا کور کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ موجودہ طبی مسائل کے علاج کی لاگت کو پورا کرنا بیمہ کا حصہ نہیں ہے، کیونکہ یہ صحت مند لوگوں کے ساتھ ناانصافی ہے، جنہیں کچھ دوسرے لوگوں کی موجودہ بیماریوں کے لیے ادائیگی کرنی ہوگی۔ یہ یکساں جوکھم کو کور کرنے والے جوکھم پول بنانے کے اصول کے خلاف کیا جاتا ہے۔ لہذا، صحت بیمہ پالیسی جاری کرنے سے پہلے ہر بیمہ شدہ کی موجودہ بیماریوں/زخموں کے بارے میں معلومات اکٹھا کرنا بہت ضروری ہے۔اس سے بیمہ کمپنی کو بیمہ کی پیشکش کو قبول کرنے، معقول پریمیم وصول کرنے اور/یا ان لوگوں کے لیے اضافی شرائط عائد کرنے میں مدد ملے گی جن کے دعوے کرنے کا امکان زیادہ ہے۔

پہلے سے موجود بیماری کیا ہے؟

پالیسی کے آغاز سے 48 ماہ کے اندر بیمہ شدہ زندگی کو ہونے والی بیماریوں کو پہلے سے موجود بیماریاں مانی جاتی ہیں۔ اسی منطق کی بنیاد پر، بیمہ کمپنیوں کو پہلے سے موجود بیماریوں کو خارج کرنے کی اجازت نہیں ہے جب کوئی شخص لگاتار 48 مہینوں تک کور کیا جاتا ہے۔

قابل تجدید یا رینیول: اگرچہ صحت کی دیکھ بھال کی پالیسیوں کی معاہدہ زندگی ایک سال ہے؛ اور ہر سال ایک نئی پالیسی جاری کی جانی ہے، IRDAI نے تمام پالیسیوں کے لیے تاحیات تجدید کو لازمی قرار دیا ہے۔

نمایاں خصوصیت

مصنوعات میں نئی خصوصیات فراہم کرنے کے ساتھ ساتھ قیمتوں کو برقرار رکھنے کے لیے، بیمہ کمپنیوں نے مصنوعات میں جدید ترامیم کی ہیں۔ مثال کے طور پر، میڈی کلیم پالیسی، جو کہ سال 2000 سے پہلے سب سے زیادہ مقبول پالیسی تھی، میں بہت سی تبدیلیاں آئی ہیں اور کوریج میں نئی نمایاں خصوصیات شامل کی گئی ہیں۔ اصل معاوضہ کور میں کچھ خصوصیات شامل کی گئی ہیں۔ یہ خصوصیات مختلف بیمہ کمپنی اور مختلف مصنوعات کے معاملےکے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہیں؛ ہو سکتا ہے یہ تمام مصنوعات کے لیے یکساں طور پر دستیاب نہ ہوں۔

i. مخصوص بیماری کی ذیلی حدود اور کیپنگ

کچھ پروڈکٹس میں خاص بیماری کیپنگ ہوتی ہے، جیسے موتیا بند۔ کچھ پروڈکٹس میں بیمہ کی رقم سے منسلک کمرے کے کرایے پر ذیلی حدود ہوتی ہیں، جیسے کمرہ کا کرایہ فی دن بیمہ شدہ رقم کے 1% تک محدود اور ICU چارجز بیمہ شدہ رقم کے 2% تک محدود ہیں۔ چونکہ دیگر اشیاء جیسے ICU فیس، OT فیس اور یہاں تک کہ سرجن کی فیس کے تحت ہونے والے اخراجات منتخب کردہ کمرے کی قسم سے منسلک ہوتے ہیں، کمرے کے کرایے کی حد بندی دیگر ہیڈس کے تحت اخراجات کو اور اس طرح اسپتال میں داخل ہونے کے کل اخراجات کو محدود کرنے میں بھی مدد کرتی ہے ۔

ii. شریک ادائیگی یا کو۔ پیمینٹ (جسے کو- پے بھی کہا جاتا ہے)

شریک ادائیگی (کو۔ پیمینٹ) کو آئی آر ڈی اے آئی نے ہیلتھ بیمہ پالیسی کے تحت لاگت کے اشتراک کی ضرورت کے طور پر اس شرط کے ساتھ بیان کیا ہے کہ پالیسی ہولڈر/ بیمہ دار قابل قبول دعووں کی رقم کے ایک مخصوص فیصد کی لاگت برداشت کرے گا۔ کو-پے پالیسی کے سم انشورڈ کو کم نہیں کرتا۔

شریک ادائیگی ہر دعوے کے ایک حصے کا تصور ہے جو بیمہ دار کے ذریعہ صحت بیمہ پالیسی کے تحت برداشت کیا جاتا ہے۔ پروڈکٹ کے لحاظ سے یہ لازمی یا رضاکارانہ بھی ہو سکتے ہیں۔ غیر ضروری طور پراسپتال میں داخل نہ ہونا، اپنی صحت کی طرف سے محتاط رہنا اور اخراجات میں کفایت غیر ضروری آسائشوں سے پرہیز، ان سب سے بچنے کے لئے نظم و ضبط پیدا ہوتا ہے۔ قابل قبول کلیم ہونے پر بہت سی پالیسیوں میں انشورڈ کی شراکت کے صورت میں مثلاً 20000 کے نقصان پر اپنی جیب سے 10٪ کے حساب سے کل 2000 رقم ہی دینا ہوگی۔

iii. کٹوتی/ زیادہ

جیسا کہ باب 5 میں بیان کیا گیا ہے، ایک 'کٹوتی'، جسے 'اضافی' بھی کہا جاتا ہے، خرچ کو بانٹنے کا انتظام ہے۔ صحت بیمہ پالیسی کے تحت، یہ انتظام ہے کہ بیمہ کمپنی معاوضے کی پالیسیوں کے معاملے میں ایک مخصوص رقم اور اسپتال کی نقد پالیسیوں کے معاملے میں دنوں/گھنٹوں کی مخصوص تعداد کے لیے، کسی بھی فوائد کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار نہیں ہوگی۔ بیمہ کمپنی کے ذریعہ قابل ادائیگی اس سے پہلے لاگو ہوگا۔ صحت بیمہ پالیسیوں میں، بیمہ کرنے والے کو بیمہ کمپنی کی طرف سے دعوے کی ادائیگی سے پہلے ابتدائی طور پر ایک خاص رقم ادا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر کسی پالیسی میں کٹوتی 10,000 روپے ہے، تو بیمہ دار ہر بیمہ شدہ نقصان کے دعوے میں پہلے 10,000 روپے ادا کرتا ہے۔ مثال کے طور پر، اگر دعویٰ 80,000 روپے کا ہے، تو بیمہ شدہ پہلے 10,000 روپے کی لاگت برداشت کرے گا اور بیمہ کمپنی 70,000 روپے ادا کرے گی۔ کٹوتی بیمہ کی رقم یعنی سم انشورڈ کو کم نہیں کرتی ہے۔

اسپتال کی نقد پالیسیوں کی صورت میں، کٹوتی دنوں/گھنٹوں کی ایک مقررہ تعداد بھی ہو سکتی ہے، جو بیمہ کمپنی کی طرف سے کسی بھی فائدہ کی ادائیگی سے پہلے لاگو ہوگی۔

ایجنٹ کو اس کی جانچ کرنی چاہیے اور بیمہ دار کو بتانا چاہیے کہ آیا کٹوتی فی سال، فی زندگی یا فی واقعہ لاگو ہوگی اور خصوصی کٹوتی کیا ہوگی۔

iv. انتظار کی مدت

پالیسی کے آغاز سے 30 دن کی انتظار کی مدت عام طور پر زیادہ تر پالیسیوں پر کوئی دعویٰ کرنے کے لیے لاگو ہوتی ہے۔ تاہم، حادثے کی وجہ سے اسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں اس کا اطلاق نہیں ہوگا۔

v. مخصوص بیماریوں کے لئے انتظار کی مدت

یہ اُن بیماریوں پر نافذ ہوتا ہے جن کے علاج میں تاخیر اور منصوبہ بندی کی جا سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں پروڈکٹ کے لحاظ سے ایک/دو/چار سال انتظار کی مدت عائد کرتی ہیں۔ ان بیماریوں کے دعوے مدت مکمل ہونے کے بعد ہی قابل قبول ہو سکتے ہیں۔کچھ ایسی بیماریاں ہیں: موتیا بند، معمولی پروسٹیٹک ہائپر ٹرافی، ہسٹریکٹومی فار مینورجیا یا فبرووما، ہرنیا، ہائیڈروسیل، پیدائشی اندرونی بیماری، اینس میں فسٹولہ، بواسیر، سائنوسائٹس اور متعلقہ مسائل وغیرہ۔

vi. دن کی دیکھ بھال کے طریقہ کار کے لیے کوریج

جیسا کہ پہلے بات کی جا چکی ہے، میڈیکل سائنس کی ترقی کے ساتھ، ڈے کیئر کے زمرے میں بڑی تعداد میں طریقہ کار کو شامل کیا گیا ہے۔

vii. پالیسی سے پہلے چیک اپ کی قیمت

قبل ازیں طبی معائنے کا خرچ ممکنہ صارفین کو برداشت کرنا پڑتا تھا۔ اب بیمہ کمپنی لاگت کی واپسی کرتی ہے، بشرطیکہ پیشکش انڈر رائٹنگ کے لیے قبول کر لی گئی ہو؛ معاوضہ 50% سے 100% تک مختلف ہوتا ہے۔ اب ***IRDAI*** نے یہ بھی لازمی کر دیا ہے کہ بیمہ کمپنی ہیلتھ چیک اپ کے کم از کم 50% اخراجات خود برداشت کرے گی۔

viii. ایڈ ۔ آن کور

کچھ بیمہ کمپنیوں نے کئی نئے اضافی کور متعارف کرائے ہیں جنہیں ایڈ آن کور کہتے ہیں۔ ان میں سے کچھ یہ ہیں:

- ✓ **زچگی کا کور:** پہلے زچگی کور خوردہ یعنی انفرادی پالیسیوں میں نہیں دیا جاتا تھا۔ لیکن اب زیادہ تر بیمہ کمپنیاں مختلف انتظار کی مدت کے ساتھ یہ کور فراہم کرتی ہیں۔
- ✓ **سنگین بیماری کا کور:** یہ کور بعض بیماریوں کے لیے اعلیٰ مصنوعات کے تحت ایک اختیار کے طور پر دستیاب ہے جو جان لیوا ہیں اور جہاں مہنگا علاج درکار ہوتا ہے۔
- ✓ **بیمہ کی رقم کی بحالی:** دعوے کی ادائیگی کے بعد، بیمہ کی رقم (جو کہ دعوے کی ادائیگی پر کم ہو جاتی ہے) کو اضافی پریمیم ادا کر کے اصل حد میں بحال کیا جا سکتا ہے۔
- ✓ آیوش کے لیے کوریج یعنی آیورویدـ یوگاـ یونانیـ سدھاـ ہومیوپیتھ: کچھ پالیسیاں آیوش کے علاج کی لاگت کو اسپتال میں داخل ہونے کی لاگت کے ایک خاص فیصد تک کو کور کرتی ہیں۔

ix. ویلیو ایڈڈ کور

کچھ معاوضے کی مصنوعات میں ویلیو ایڈڈ کور شامل ہیں جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ فوائد پالیسی شیڈول میں ہر کور کے لیے بتائی گئی بیمہ کی رقم کی حد تک قابل ادائیگی ہیں، جو کہ کل بیمہ کی رقم سے زیادہ نہیں ہے۔

- ✓ **آؤٹ پیشنٹ کور:** ہندوستان میں صحت بیمہ پروڈکٹس زیادہ تر صرف مریض کے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو کور کرتے ہیں۔ کچھ کمپنیاں اب مخصوص پلانس کے تحت بیرونی یعنی آؤٹ ڈور مریضوں کے لیے بھی محدود کور دیتی ہیں۔
- ✓ **اسپتال کیش :** یہ ایک مخصوص مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے ہر دن کے لیے ایک مقررہ یکمشت ادائیگی فراہم کرتا ہے۔ عام طور پر یہ مدت 7 دن کے لیے دی جاتی ہے، سوائے 3/2 دن کی کٹوتی والی پالیسیوں کے۔ یہ منافع صرف اس صورت میں محرک ہوگا جب اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کٹوتی کی مدت سے زیادہ ہو۔ یہ ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے کے علاوہ ہے، لیکن پالیسی کی کل بیمہ کی رقم مختلف ذیلی حد کے اندر یا اس کے ساتھ ہو سکتا ہے۔
- ✓ **ریکوری منافع :** اگر بیماری اور/یا حادثے کی وجہ سے ہسپتال میں قیام کی کل مدت 10 دن سے کم نہ ہو تو یکمشت فائدے کی ادائیگی کی جاتی ہے ۔
- ✓ **عطیہ دہندگان یعنی آرگن ڈونرز کے اخراجات:** بڑے اعضاء کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کی صورت میں، پالیسی میں بیان کردہ شرائط و ضوابط کے مطابق عطیہ دہندگان کے اخراجات کی ادائیگی کا انتظام ہے۔
- ✓ **ایمبولینس کا معاوضہ:** ایمبولینس پر بیمہ دار کے ذریعے کیے گئے اخراجات کی ادائیگی پالیسی کے شیڈول میں بیان کردہ ایک خاص حد تک کی جاتی ہے۔

- ✓ **اسپتال میں ساتھ جانے والے شخص کے لیے اخراجات:** اس کا مقصد اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے دوران بیمہ شدہ مریض کی دیکھ بھال کے لیے ساتھ رہنے والے شخص کے کھانے، نقل و حمل وغیرہ پر خرچ ہونے والے اخراجات کو پورا کرنا ہے۔ یکمشت ادائیگی یا ری ایمبرسمنٹ ادائیگی پالیسی کی شرائط کے مطابق پالیسی کے شیڈول میں بیان کردہ حد تک کی جاتی ہے۔
- ✓ **خاندان کی تعریف:** کچھ صحت بیمہ مصنوعات میں خاندان کی تعریف بدل گئی ہے۔ اس سے پہلے، بنیادی بیمہ شدہ، شریک حیات، زیر کفالت بچوں کو کور دیا جاتا تھا۔ اب ایسی پالیسیاں ہیں جن میں والدین اور سسرال والوں کو بھی اسی پالیسی کے تحت لایا جا سکتا ہے۔

x. طبی مشورہ لینے یا اس پر عمل کرنے میں ناکامی یا علاج کے طریقہ کار کی تعمیل کرنے میں ناکامی۔

ابتدائی طور پر، پہلے سے موجود بیماریوں میں مبتلا افراد کو صحت بیمہ کور سے انکار کر دیا گیا تھا۔ اب ایسی بیماریوں کے علاوہ ایسے معاملات میں کور کی پیشکش کی جا رہی ہے۔

معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ - آروگیہ سنجیونی: COVID-19 وبائی امراض کے پس منظر میں، IRDAI نے تمام بیمہ کمپنیوں کو آروگیہ سنجیونی نام کی معیاری صحت کی مصنوعات لانے کو کہا ہے ، جس میں شرائط و ضوابط میں کوئی تبدیلی نہیں کی گئی ہے، تاکہ سمجھنے میں آسانی ہو۔ تاہم، ہر کمپنی کی قیمتوں کی پالیسی کے مطابق پریمیم مختلف ہو سکتا ہے۔ یہ مارکیٹ میں صحت بیمہ تک بہتر رسائی کو یقینی بنانا ہے۔ تمام بیمہ کمپنیوں کو آروگیہ سنجیونی نامی اس پروڈکٹ کو پیش کرنے کی ضرورت ہے۔[اس اقدام کا سیاق و سباق یہ تھا کہ مارکیٹ میں صحت بیمہ کی مختلف مصنوعات دستیاب تھیں اور صارفین ان کا موازنہ کرنے کے قابل نہیں تھے، جس کی وجہ الجھن پیدا ہوتی تھی۔]

یہ دو قسم کے منصوبے آروگیہ سنجیونی بیمہ پالیسی کے تحت دستیاب ہیں:

- **انفرادی منصوبہ:** ایک انفرادی پالیسی ہولڈر آروگیہ سنجیونی پالیسی کا مستفید ہوگا۔
- **فیملی فلوٹر پلان:** پالیسی ہولڈر کے خاندان کے کئی افراد آروگیہ سنجیونی یوجنا کے مستفید ہو سکتے ہیں۔

یہ پروڈکٹ کمرے کے کرایے اور ICU چارجز پر کیپنگ کے ساتھ آتی ہے، لیکن اس میں 50% کیپنگ کے ساتھ جدید علاج اور اسٹیم سیل تھریپی بھی شامل ہے۔

D. ٹاپ اپ کور یا زیادہ کٹوتی کے ساتھ بیمہ پلان

ٹاپ اپ کور کو اعلی کٹوتی پالیسی کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیوں کی ٹاپ اپ پالیسیاں ایک مخصوص رقم (جسے تھیرش ہولڈ کہا جاتا ہے) سے زیادہ بیمہ کی رقم کو کور کرتی ہے۔ یہ پالیسی کم بیمہ شدہ رقم کے ساتھ بنیادی ہیلتھ کور کے ساتھ کام کرتی ہے اور نسبتاً معقول پریمیم پر آتی ہے۔ مثال کے طور پر، جو لوگ اپنے آجر یعنی امپلایر کے ذریعے کور کئے جاتے ہیں وہ اضافی تحفظ کے لیے ٹاپ اپ کور کا انتخاب بھی کر سکتے ہیں۔(جہاں پہلی پالیسی کی بیمہ کی رقم کو حد کے طور پر لیا جاتا ہے)۔

ٹاپ اپ پالیسی کے تحت دعویٰ حاصل کرنے کے اہل ہونے کے لیے، طبی لاگت کا منصوبہ کے تحت منتخب کردہ کٹوتی (یا حد) کی سطح سے زیادہ ہونا چاہیے؛ زیادہ کٹوتی کے منصوبوں کے تحت، واپسی خرچ کی گئی رقم ہوگی یعنی کٹوتی سے زیادہ رقم ہوگی۔

مثال

ایک شخص کو اس پالیسی یا امپلایر نے 3 لاکھ روپے کی بیمہ شدہ رقم کا کور کیا ہے۔ وہ 3 لاکھ روپے کے علاوہ 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی کا انتخاب کر سکتا ہے۔ اگر ایک بار اسپتال میں داخل ہونے کی لاگت 5 لاکھ روپے ہے، تو بنیادی پالیسی صرف 3 لاکھ روپے تک کا کور کرے گی۔ ٹاپ اپ کور کے ساتھ، 2 لاکھ روپے کی بقایا رقم ٹاپ اپ پالیسی کے ذریعے ادا کی جائے گی۔

ٹاپ اپ پالیسیاں سستی ہیں۔ 10 لاکھ روپے کی واحد پالیسی پر 3 لاکھ روپے کے علاوہ 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی سے بہت زیادہ لاگت آئے گی۔ یہ کور انفرادی بنیادوں پر اور خاندانی بنیادوں پر دستیاب ہیں۔ ٹاپ اپ پلان کے لیے ہسپتال میں داخل ہونے کے ہر ایک واقعے میں کٹوتی کی جانے والی رقم سے زیادہ ہونا ضروری ہے۔ تاہم، کچھ ٹاپ-اپ پلانوں کو جو پالیسی کی مدت کے دوران لگاتار متعدد ہسپتالوں میں داخل ہونے کے بعد کٹوتی کو حد سے تجاوز کرنے کی اجازت دیتے ہیں، ان کو ہندوستانی مارکیٹ میں کمپوزٹ بیسڈ ہائی ڈیڈکٹیبل پلانز یا سپر ٹاپ اپ کور کے نام سے جانا جاتا ہے۔ ایک سپر ٹاپ-اپ پلان کٹوتی کی رقم سے زیادہ ہسپتال کے تمام بلوں (سپر ٹاپ اپ پلان کی حد تک) کو کور کرتی ہے، یعنی کٹوتی ایک سال میں کیے گئے کل دعووں پر لاگو ہوتی ہے۔ اس طرح، ایک بار کٹوتی کی ادائیگی کے بعد، پلان بعد کے دعووں کے لیے فعال ہو جاتا ہے۔

E. عمر رسیدہ باشندوں کے لئے یا سینیئر سیٹیزن پالیسی

یہ انشورنس پلان عمر رسیدہ افراد کو کور فراہم کرنے کے لیے بنائے گئے ہیں۔ جنہیں اکثر ایک خاص عمر کے بعد کوریج سے محروم کردیا جاتا تھا۔ (مثال کے طور پر، 60 سال سے زیادہ عمر کے لوگ)۔ کوریج اور اخراج یعنی ایکسکلوزنوں کی شکل اسپتالی یا ہاسپیٹلایزیشن والی پالیسیوں سے تقریباً ملتی ہوئی ہوتی ہے۔

کوریج اور انتظار کی مدت کے تعین میں بوڑھے شخص کی بیماریوں کو مدنظر رکھا جاتا ہے۔ داخلے کی عمر زیادہ تر 60 سال کے بعد ہوتی ہے اور پالیسی کو تاحیات تجدید کیا جا سکتا ہے۔ سم انشورڈ 50,000 روپے سے 5,00,000 روپے تک ہوتا ہے۔ بعض بیماریوں کے لیے قابل اطلاق انتظار کی مدت مختلف ہوتی ہے۔

مثال: موتیا بند ہونے کی صورت میں ایک بیمہ کمپنی کے لیے 1 سال اور دوسری بیمہ کمپنی کے لیے 2 سال انتظار کی مدت ہوسکتی ہے۔

مثال: سائنوسائٹس کچھ بیمہ کمپنیوں کے انتظار کی مدت کے سیکشن کے تحت نہیں آتا ہے، لیکن کچھ کمپنیاں اسے اپنی مدت کے کلاز میں شامل کرتی ہیں۔

کچھ پالیسیوں میں پہلے سے موجود بیماریوں کے سلسلے میں انتظار کی مدت یا کیپنگ ہوتی ہے۔ ہسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات ہسپتال میں داخل ہونے کے دعووں کے فیصد کے طور پر یا ذیلی سیکشن کی سب لیمٹ کی حد کے اندر ہوتی ہے (جو بھی زیادہ ہو) ادا کی

جاتی ہیں۔ کچھ پالیسیوں میں وہ ایک مخصوص معاوضے کے منصوبے کے مطابق چلتی ہیں، جیسے کہ 60/30 دن یا 90/60 دنوں کی مخصوص مدت میں ہونے والے اخراجات۔

IRDAI نے لازمی قرار دیا ہے کہ تمام صحت بیمہ کمپنیاں اور TPAs صحت بیمہ کے دعووں اور بزرگ شہریوں کی شکایات کے ازالے کے لیے ایک الگ چینل قائم کریں۔

F. فکسڈ بینیفٹ کور - ہسپتال کیش، سنگین یا بیماری یا کریٹیکل النیس

اس کور کے تحت، بیمہ دار کو دعویٰ کی رقم کے طور پر ایک خاص رقم ملتی ہے، اس کے ذریعہ نامزد کردہ علاج کے لئے خرچ کی گئی رقم کچھ بھی ہو۔ اس پروڈکٹ میں، عام طور پر ہونے والے علاج کو ئی این ٹی، امراض چشم، زچگی اور گائناکالوجی وغیرہ کو طبقہ کے تحت رکھا گیا ہے جیسے؛ ان میں سے ہر ایک کے لیے زیادہ سے زیادہ ادائیگی کی رقم پالیسی میں تجویز کی گئی ہے۔

یہ پالیسیاں آسان ہیں، کیونکہ پالیسی کے تحت ہسپتال میں داخل ہونے اور بیماری کی کوریج کا صرف ثبوت ہی دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے کافی ہے۔ کچھ پروڈکٹس ایک فکسڈ بینیفٹ کور کے ساتھ روزانہ کیش بینیفٹ پیکج بھی پیش کرتے ہیں۔

ایسی سرجری/علاج کے لیے ایک مخصوص رقم ادا کرنے کا انتظام کیا گیا ہے، جو پالیسی میں نامزد کی فہرست میں شامل نہیں ہیں۔ پالیسی کی مدت کے دوران مختلف علاج کے لیے متعدد دعوے ممکن ہیں۔ تاہم، دعوے بالآخر پالیسی کے تحت منتخب کردہ بیمہ کی رقم تک ہی محدود ہیں۔

کچھ فکسڈ منافع والے بیمہ کے پلان یہ ہیں:

- ✓ ہسپتال ڈیلی کیش بیمہ پلان
- ✓ کریٹیکل الینس بیمہ پلان

1. ہسپتال کی روزانہ کیش پالیسی

a) فی دن کی رقم کی حد

اسپتال کی نقدی کوریج بیمہ شدہ کو اسپتال میں داخل ہونے کے ہر دن کے لیے ایک مقررہ رقم فراہم کرتی ہے۔ کیش کوریج فی دن (مثال کے طور پر) 1,500 روپے فی دن سے 5,000 روپے فی دن یا اس سے بھی زیادہ ہو سکتی ہے۔ ہر بیماری اور پالیسی کی اصطلاح کے لیے (جو عام طور پر سالانہ پالیسی ہوتی ہے) روزانہ کیش ادائیگیوں پر ایک حد مقرر کی جاتی ہے۔

b) ادائیگی کے دنوں کی مدت

اس پالیسی کی کچھ اقسام میں، روزانہ کیش کے لیے دیے گئے دنوں کی تعداد اس بیماری سے منسلک ہوتی ہے جس کا علاج کیا جا رہا ہے۔ ہر بار علاج اور قیام کی مدت کی ایک تفصیلی فہرست تجویز کی گئی ہے، جو ہر قسم کے طریقہ کار/بیماری کے لیے جائز یومیہ نقد فائدہ کو محدود کرتی ہے۔

c) اسٹینڈ-ایلون کور یا ایڈ آن کور

اسپتال ڈیلی کیش پالیسی کچھ بیمہ کمپنیوں کی جانب سے اسٹینڈ-ایلون پالیسی کے طور پر دستیاب ہے، جب کہ دیگر معاملات میں یہ

باقاعدہ معاوضے کی پالیسی میں ایک اضافی کور ہے۔ یہ پالیسیاں بیمہ دار کو حادثاتی اخراجات کو پورا کرنے میں مدد کرتی ہیں، کیونکہ اس میں ایک مقررہ رقم ادا کی جاتی ہے اور اس ادائیگی کا علاج کی اصل قیمت سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ اس معاوضے پر مبنی صحت بیمہ پلان کے تحت موصول ہونے والے کسی بھی کور کے علاوہ پالیسی کے تحت ادائیگی کی بھی اجازت دیتا ہے۔

d) اضافی یا سپلیمنٹری کور

یہ پالیسیاں اسپتال کی عام لاگت کی پالیسی کی تکمیل کر سکتی ہیں، کیونکہ یہ واجبی کاسٹ افیکٹیو ہے؛ یہ ہنگامی حالات کے لیے معاوضہ فراہم کرتی ہے اور ان اخراجات کے لیے بھی جو معاوضے کی پالیسی کے تحت قابل ادائیگی نہیں ہیں، جیسے کہ اخراج یعنی ایکسکلوزن، شریک ادائیگی وغیرہ۔

e) کور کے دیگر فوائد

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظر سے، اس پلان کے کئی فائدے ہیں، کیونکہ یہ گاہک کو سمجھانا آسان ہے اور اس لیے اسے زیادہ آسانی سے فروخت کیا جا سکتا ہے۔ طبی مہنگائی بھی اس پر اثر انداز کم ہوتی ہے، کیونکہ اصل اخراجات سے قطع نظر، ہسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے لیے ایک مقررہ رقم فی دن ادا کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ، اس طرح کے بیمہ کور کی قبولیت اور دعووں کا تصفیہ بہت آسان ہے۔

2. سنگین بیماری یا کریٹیکل النیس پالیسی

میڈیکل سائنس کی ترقی کے ساتھ، لوگ کینسر، فالج اور ہارٹ اٹیک وغیرہ جیسی بڑی بیماریوں سے بچ رہے ہیں، جو پہلے زمانے میں موت کا باعث بنتا تھا۔ تاہم، کسی بڑی بیماری سے بچنے کے لیے، علاج کے ساتھ ساتھ علاج کے بعد زندہ رہنے کے لیے بھی بھاری اخراجات اٹھانے پڑتے ہیں۔ سنگین بیماری کا آغاز فرد کی مالی سلامتی کو خطرہ ہوتا ہے۔ ایسے معاملات میں تمام طبی اخراجات کو پورا کرنے کے لیے بنیادی صحت بیمہ پالیسی کافی نہیں ہو سکتی۔

سنگین بیماری کی پالیسی میں مخصوص سنگین بیماری کی تشخیص پر یکمشت رقم ادا کرنے کا انتظام ہے۔ بڑے اخراجات پورے کرنے کے لحاظ سے اس پالیسی کا سم انشورڈ زیادہ رہتا ہے۔

ہندوستان میں، سنگین بیماری یا کریٹیکل النیس کے فوائد عام طور پر لائف بیمہ کمپنیاں لائف بیمہ پالیسیوں میں بطور رائڈر دو قسم کے کور فروخت کرتی ہیں۔ ایکسلیریٹڈ سی آئی پلان اور اسٹینڈ-ایلون سی آئی منافع پلان۔ ہر طرح کی غلط فہمی سے بچنے کے لئے آئی آر ڈی اے نے اپنی گائڈلانس کے زریعے 22 بیماریوں کو اسٹینڈرڈایز کیا ہے۔

بیمہ کمپنیوں اور مصنوعات کی طرف سے کور کی جانے والی سنگین بیماریاں مختلف ہوتی ہیں۔ عام طور پر، بیمہ کی رقم کا 100% سنگین بیماری کی تشخیص پر ادا کیا جاتا ہے۔ کچھ کیسیز میں معاوضہ پالیسی کی شرائط و ضوابط کے مطابق سم انشورڈ کا 25% سے 100% تک بھی ہو سکتا ہے۔

پالیسی کے تحت قابل ادائیگی کسی بھی فائدے کے لیے، پالیسی کے آغاز سے 90 دن کا انتظار اور بیماری کی تشخیص کے بعد 30 دن کا 'سروایول کلاز' ہے۔ خاص طور پر 45 سال سے زیادہ عمر کے لوگوں کے لیے طبی ٹیسٹ ضروری ہیں ۔

کسی بھی بیمہ شدہ شخص کے حوالے سے پالیسی کے تحت معاوضے کی ادائیگی کے بعد، پالیسی ختم ہو جاتی ہے۔ یہ پالیسی گروپوں کو بھی دی جاتی ہے، خاص طور پر کارپوریٹ جو اپنے ملازمین کے لیے پالیسیاں لیتے ہیں۔

مخصوص بیماری سے متعلق مصنوعات - کورونا کوچ(ڈھال)

جون 2020 میں، جب ملک کو کورونا وائرس کے انفیکشن (COVID-19) کے متعدد کیسز کا سامنا تھا، ایسے میں میں گاہک کے مفاد میں کئی پروڈکٹس بازار میں آئے، جو COVID-19 کے ٹیسٹ کی نشاندہی ہونے پر یکمشت ادائیگی کی پیشکش کرتے ہیں۔ بعد میں، کچھ کمپنیوں نے معاوضے پر مبنی مصنوعات بھی متعارف کرائیں۔ حالانکہ ، پی پی ئی کِٹ، آکسی میٹر وغیرہ جیسے کئی سامان اور کارنٹائین کرنے کے اخراجات بھی تھے، جن کا ان مصنوعات میں خیال نہیں رکھا گیا تھا ۔

آئی آر ڈی اے آئی دو معیاری صحت بیمہ پالیسیاں لے کر آیا ہے، جسے کورونا کوچ اور کورونا محافظ(جن پر لائف بیمہ سیکشن میں الگ سے بحث کی گئی ہے) کہا جاتا ہے ۔ جہاں جنرل اور صحت بیمہ کمپنیوں کے لیے کورونا کوچ کو معاوضے پر مبنی ہے، اسٹینڈرڈ COVID-19 پروڈکٹ کے طور پر فراہم کرنا لازمی ہے، جب کہ کورونا محافظ، جو کہ فائدے پر مبنی پروڈکٹ پیش کرتا ہے، تمام بیمہ کمپنیوں کے لیے اختیاری ہے۔ دونوں مصنوعات کی انتظار کی مدت 15 دن ہے۔

کورونا محافظ ایک معیاری فائدے پر مبنی صحت بیمہ ہے جو COVID-19 سے متاثرہ بیمہ شدہ کو ایک بار کا فائدہ فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے؛ اس کے لیے کم از کم 72 گھنٹے کی مسلسل مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونا ضروری ہے۔ یہ منصوبہ 18 سال سے 65 سال کی عمر کے لوگوں کے لیے 3.5 ماہ، 6.5 ماہ اور 9.5 ماہ کی مختلف پالیسی شرائط کے ساتھ انفرادی بنیادوں پر یکمشت فائدہ کی پالیسی کے طور پر کوریج پیش کرتا ہے؛ پالیسی ختم ہو جاتی ہے جب فائدہ ادا کیا جاتا ہے۔ کورونا محافظ 50,000 روپے سے لے کر 2.5 لاکھ روپے تک، 50,000 روپے کے ضرب میں بیمہ کی رقم کے اختیارات پیش کرتا ہے۔ پالیسی مندرجہ ذیل کے لیے فراہم کرتی ہے: (i) مکمل بیمہ شدہ فائدہ، (ii) سستی پریمیم، (iii) دعوے کی یکمشت رقم، (iv) پندرہ دن کی مختصر انتظار کی مدت اور (v) ٹیکس فوائد۔

کرونا کوچ جون 2020 میں آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے جاری کردہ ہدایات کے مطابق درج ذیل کوریج فراہم کرتا ہے:

1. حکومت سے منظور شدہ تشخیصی مرکز میں COVID-19 مثبت کی تشخیص کی صورت میں، COVID-19 کے علاج کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات میں درج ذیل شامل ہیں: (کم از کم 24 گھنٹے کے لیے ہسپتال میں داخلے کے چارجز قابل قبول ہیں۔)
   a. اسپتال/ نرسنگ ہوم کے کمرے، بورڈنگ، نرسنگ کے اخراجات ۔
   b. سرجن، اینستھیٹسٹ، ڈاکٹر (میڈیکل پریکٹیشنر)، کنسلٹنٹس، ماہرین کی فیس۔
   c. اینستھیزیا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کے چارجز، سرجیکل آلات، ونٹیلیٹر کے چارجز، ادویات، تشخیص کی قیمت، تشخیصی یعنی انوسٹیگیشنس، پی پی ای کٹس، دستانے، ماسک اور اسی طرح کے وغیرہ خرچ۔

d. انتہائی نگہداشت یونٹ (ICU) / انتہائی کارڈیک کیئر یونٹ (ICCU) کے اخراجات۔

e. ہر بار اسپتال میں داخل ہونے کے لیے سڑک ایمبولینس پر ہونے والا زیادہ سے زیادہ 2000 روپے کا خرچ ہے۔

2. گھریلو نگہداشت کے علاج کے اخراجات، ایک مرتبہ کی بیماری کا اثر یا اگر کہیں کہ ایک انسیڈنٹ کے لیے زیادہ سے زیادہ 14 دنوں تک گھریلو علاج کے لیے درج ذیل شرائط پوری ہونے پر:

a. ڈاکٹر بیمہ دار کو گھر پر علاج کرانے کا مشورہ دیتا ہے۔

b. صحت کی حالت کی مسلسل نگرانی کی جاتی ہے اور جو علاج دیا جاتا ہے وہ ہر روز ڈاکٹر کے ذریعہ چیک کیا جاتا ہے۔

3. علاج کرنے والے معالج کے ذریعہ تجویز کردہ اور COVID کے علاج سے متعلق دیگر اخراجات کو کور کیا جاتا ہے۔

a. گھر پر یا پیتھالوجی لیب میں کیے گئے تشخیصی ٹیسٹ

b. تحریری طور پر تجویز کردہ ادویات

c. ڈاکٹر کی مشاورت کی فیس

d. طبی عملے سے متعلق نرسنگ فیس

e. منشیات کی پیرنٹرل انتظامیہ تک محدود طبی طریقہ کار

f. پلس آکسی میٹر، آکسیجن سلینڈر اور نیبولائزر کی قیمت

اضافی کور - ہسپتال ڈیلی کیش: بیمہ کمپنی اس پالیسی کے تحت قابل قبول ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے کے بعد، COVID کے علاج کے لیے مسلسل ہسپتال میں داخل ہونے کے ہر 24 گھنٹے کے لیے بیمہ شدہ رقم کا 0.5% یومیہ ادا کرے گی۔

اسٹینڈر ویکٹر بورن ڈیزیز ہیلتھ پالیسی:

آئی آر ڈی اے آئی، نے 3 فروری 2021 کے ہدایات پر مبنی، فیصلہ کیا کہ ویکٹر یعنی مختلف جراثیم سے پیدا ہونے والی بیماریوں کے لیے اسٹینڈرڈ پروڈکٹس درج ذیل کوریج فراہم کریں گی:

1. **اسپتال میں داخل ہونے پر ملنے والا بینیفٹ:** بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ کے 100% کے برابر ایک یکمشت رقم ان میں سے کسی بھی ویکٹر سے پیدا ہونے والی بیماری کے پازیٹیو ہونے پر قابل ادائیگی ہوگا، جہاں کم از کم 72 گھنٹے کی مسلسل مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونا ضروری ہے۔

a) ڈینگی بخار

b) ملیریا

c) فائلیریا (لمفیٹک فائلریا)

d) کالازار

e) چکن گنیا

f) جاپانی انسیفلائٹس

g) ذکا وائرس

2. **تشخیص کا کور:** کور کی مدت کے دوران، ویکٹر سے پیدا ہونے والی بیماری کے لیے پازیٹیو ہونا پہلی شناخت پر (لیبارٹری ٹیسٹ کے ذریعے اور ڈاکٹر کے ذریعہ تصدیق) بیمہ شدہ رقم کا 2% پالیسی کی شرائط و ضوابط کے تحت قابل ادائیگی ہوگا۔ پالیسی ہولڈر پالیسی سال میں صرف ایک بار ہر بیماری کے لیے "تشخیص کور" کے تحت ادائیگی حاصل کرنے کا حقدار ہے۔

G. کومبو پروڈکٹ

ہیلتھ پلس لائف کومبو پروڈکٹس لائف بیمہ کمپنی کے لائف بیمہ کور اور نان لائف اور/یا اسٹینڈ-ایلون صحت بیمہ کمپنی کے ذریعہ فراہم کردہ صحت بیمہ کور کی سہولت فراہم کرتے ہیں۔

یہ پروڈکٹ انفرادی بیمہ پالیسی اور گروپ بیمہ دونوں بنیادوں پر دی جا سکتی ہے۔ تاہم، صحت بیمہ فلوٹر پالیسیوں کے سلسلے میں، خاندان کے کمانے والے ارکان میں سے کسی ایک کی زندگی پر خالص مدتی لائف بیمہ کوریج کی اجازت ہے ؛ کمانے والا ممبر صحت بیمہ پالیسی کا تجویز کنندہ بھی یہ پروڈکٹ لے سکتا ہے بشرطیکہ اس کا انشوریبل انٹرسٹ ہو اور بیمہ کمپنیوں کے دیگر انڈررائٹنگ معیار پر پورا اترتا ہو۔

پیکیج کی پالیسیاں

پیکجز، یا امبریلا کور، ایک دستاویز میں کور کا مجموعہ فراہم کرتے ہیں۔

صحت بیمہ میں پیکیج کی پالیسیوں کی مثالوں میں اہم بیماری کور کے فوائد کو معاوضے کی پالیسیوں اور حتیٰ کہ لائف بیمہ پالیسیوں اور اسپتال کے روزانہ نقد فوائد کو معاوضہ کی پالیسیوں کے ساتھ ملانا شامل ہے۔

سفر یا اوورسیز میڈیکلیم بیمہ:

بیرونی ممالک پر سفر کو جانے کے لئے یہ بیمہ پالیسی بھی پیکیج پالیسی کے طور پر دستیاب ہے، جس میں نہ صرف صحت بیمہ بلکہ حادثاتی موت/معذوری کے فوائد کے ساتھ ساتھ بیماری/حادثے کی وجہ سے ہونے والے طبی اخراجات اور چیک شدہ سامان کی آمد میں نقصان یا تاخیر، پاسپورٹ اور دستاویزات کا نقصان، جائیداد/ذاتی نقصانات اور فریق ثالث شامل ہیں۔ ذمہ داری، سفر کی منسوخی اور یہاں تک کہ اغوا کا احاطہ روایتی طور پر سفری پالیسیوں کے تحت فراہم کیا جاتا ہے۔(سفری بیمہ کے بارے میں مزید تفصیلات ذیل میں دی گئی ہیں۔)

H. غریبوں کے لیے مائیکرو بیمہ اور صحت بیمہ

مائیکرو بیمہ مصنوعات خاص طور پر دیہی اور غیر رسمی شعبوں سے کم آمدنی والے لوگوں کی حفاظت کے لیے بنائی گئی ہیں۔ یہ کفایتی پریمیم اور فوائد کے پیکج کے ساتھ ایک کم قیمت پروڈکٹ ہے۔ مائیکرو بیمہ آئی آر ڈی اے کے مائیکرو بیمہ ریگولیشنز 2005 کے تحت آتا ہے۔

اس قسم کا کور زیادہ تر مختلف کمیونٹی آرگنائزیشنز یا غیر سرکاری تنظیمیں (این جی او) اپنے اراکین کے لیے گروپ کے لحاظ سے لیتے ہیں۔

سماج کے غریب طبقوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پبلک سیکٹر انڈرٹیکنگس (PSUs) کی طرف سے خاص طور پر وضع کی گئی دو پالیسیاں جن آروگیہ بیما پالیسی اور یونیورسل ہیلتھ اسکیم ہیں۔ ذاتی سیکٹر کی

بیمہ کمپنیاں بھی اس ہدف والے طبقے کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے بہت سی نئی مائیکرو بیمہ ہیلتھ پروڈکٹس جیسے بیمہ کوچ یوجنا، گرامین جیون رکھشا پلان، بھاگیہ لکشمی لے کر آئی ہیں - مکمل فہرست آئی آر ڈی اے آئی کی ویب سائٹ پر دیکھی جا سکتی ہے۔ .

I. راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا

حکومت نے صحت کی مختلف اسکیمیں بھی شروع کی ہیں، جن میں سے کچھ خاص ریاستوں میں نافذ ہیں۔ راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا (آرایس بی وائ) کو بیمہ کمپنیوں کے ساتھ مل کر نافذ کیا گیا تھا جس کا مقصد غربت کی لکیر سے نیچے (بی پی ایل) خاندانوں کے لیے صحت بیمہ کوریج فراہم کرنا تھا۔ تاہم، آرایس بی وائ نے صرف 30,000 روپے کی بیمہ کی رقم فراہم کی تھی، جسے بڑی سرجری/ہسپتال میں داخلے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لیے کافی نہیں سمجھا جاتا تھا۔

J. پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا

آرایس بی وائ کی خامیوں کو دور کرنے کے لیے، جیسا کہ قومی صحت پالیسی 2017 کی سفارش کی گئی ہے، حکومت ہند نے 2017 میں 'آیوشمان بھارت یوجنا' شروع کی، جو کہ یونیورسل ہیلتھ کوریج (یو ایچ سی) کے نظریے کو حاصل کرنے کے لیے ایک اہم اسکیم ہے۔ اسے پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا (پی ایم جے اے وائے) آیوشمان بھارت کے نام سے بھی جانا جاتا ہے، جو 5,00,000 روپے کی بیمہ شدہ رقم کے ساتھ آئی ہے۔

اس وقت کی موجودہ راشٹریہ سوستھ بیمہ یوجنا (آر ایس بی وائ) اس میں شامل تھی۔ پی ایم ۔ جے اے وائ کو حکومت کی طرف سے مکمل طور پر مالی امداد فراہم کی جاتی ہے۔ اس کے نفاذ کی لاگت مرکزی اور ریاستی حکومتوں کے درمیان مشترک ہے۔

K. پردھان منتری سُرکشا بیمہ یوجنا

ذاتی حادثاتی موت اور معذوری کا احاطہ کرنے والے حال ہی میں اعلان کردہ پی ایم ایس بی وائ کی خصوصیات درج ذیل ہیں:

کوریج کا دائرہ: حصہ لینے والے بینکوں کے ساتھ 18 سے 70 سال کی عمر کے تمام بچت بینک اکاؤنٹ ہولڈرز صرف ایک بچت بینک اکاؤنٹ رکھنے کے حقدار ہیں؛ اگر وہ ایک سے زیادہ بینکوں میں انرول ہو جاتا ہے تو اس کو اضافی بیمے کا فائدہ نہیں ملے گا اور ادا شدہ اضافی پریمیم ضبط کر لیا جائے گا۔ آدھار بینک اکاؤنٹ کے لیے بنیادی کے وائے سی ہوگا۔

اندراج کا طریقہ/ مدت: یہ کور یکم جون سے 31 مئی تک ایک سال کی مدت کے لیے ہو گا، جس کے لیے مقررہ فارم پر نامزد بچت بینک اکاؤنٹ سے جوائن/آٹو ڈیبٹ کرنے کا اختیار ہر سال 31 مئی تاریخ تک دینا ضروری ہوگا۔

مکمل سالانہ پریمیم کی ادائیگی پر بعد میں شمولیت مخصوص شرائط پر ممکن ہو سکتی ہے۔ وہ افراد جنہوں نے کسی بھی وقت اسکیم سے آپٹ آؤٹ کیا ہے وہ آئندہ سالوں میں مذکورہ طریقے سے اسکیم میں دوبارہ شامل ہو سکتے ہیں۔

بیمہ کے تحت فوائد درج ذیل ہیں:

فوائد کا ٹیبل	بیمہ کی رقم
حادثاتی موت ہو جانے پر	2 لاکھ روپے
دونوں آنکھوں کا مکمل اور ناقابل تلافی نقصان یا دونوں ہاتھوں یا پیروں کے استعمال میں نقصان یا ایک آنکھ کی بینائی کا ضائع ہو جانا اور بازو یا پیر کے استعمال کا نقصان ۔	2 لاکھ روپے
ایک آنکھ کا مکمل اور ناقابل تلافی نقصان یا بازو یا پیر کا استعمال کا نقصان۔	ایک لاکھ روپے

اسکیم میں شمولیت اور اندراج کی سہولت ایس ایم ایس، ای میل یا ذاتی طور پر بینک جا کر دستیاب ہے۔

پریمیم: 12/- روپے فی ممبر فی سال۔ اکاؤنٹ ہولڈر کے سیونگ بینک اکاؤنٹ سے 'آٹو ڈیبٹ' سہولت کے ذریعے کاٹا جائے گا۔

کور کا خاتمہ: ممبر کے لیے حادثے کا احاطہ درج ذیل حالات میں ختم ہو جائے گا:

1. جب ممبر 70 سال کی عمر (قریب ترین سالگرہ پر عمر) کو پہنچ جائے یا
2. بینک میں اکاؤنٹ بند کرنے یا بیمہ جاری رکھنے کے لیے بیلنس کی دستیابی نہ ہونے پر

اگر بیمہ کور کسی تکنیکی وجہ سے ختم ہو جاتا ہے، جیسے کہ مقررہ تاریخ پر اکاؤنٹ میں کافی بیلنس کی عدم دستیابی یا کسی انتظامی مسئلے کی وجہ سے، تو اسے مقررہ شرائط کے ساتھ مکمل سالانہ پریمیم کی وصولی پر بحال کیا جا سکتا ہے۔

i. ذاتی حادثہ اور معذوری کا کور

ذاتی حادثہ (پی اے) کور کسی غیر متوقع حادثے کی صورت میں معاوضہ دیتا ہے جس کی وجہ سے موت اور معذوری ہوتی ہے۔

پی اے پالیسی درج ذیل باتیں شامل ہوتی ہے:

a) بیمہ شدہ رقم کا 100% موت ہونے پر ادا کیا جاتا ہے،

b) معذوری کی صورت میں، مستقل معذوری کی صورت میں معاوضہ بیمہ کی رقم کے ایک خاص فیصد سے مختلف ہوتا ہے۔

c) عارضی معذوری کے لیے ہفتہ وار معاوضہ دیا جاتا ہے۔

ہفتہ وار معاوضہ کا مطلب ہے معذوری کے ہر ہفتے کے لیے ایک مقررہ رقم کی ادائیگی، ان ہفتوں کی تعداد کے لحاظ سے ایک حد سے مشروط ہے جس کے لیے معاوضہ ادا کیا جائے گا۔

1. کور کی گئی معذوری کی اقسام

معذوری کی اقسام، جو عام طور پر پالیسی کے تحت کور کی جاتی ہیں:

i. مستقل مکمل معذوری(پی ٹی ڈی): اس کا مطلب ہے زندگی بھر کے لیے مکمل طور پر معذور ہو جانا۔ یعنی چاروں اعضاء (بازوؤں اور

پیروں) کا فالج، بے ہوشی کی حالت، دونوں آنکھوں/دونوں ہاتھ/دونوں اعضاء یا ایک ہاتھ اور ایک آنکھ یا ایک آنکھ اور ایک پیر یا ایک ہاتھ اور ایک پیرکا نقصان،

ii. **مستقل جزوی معذوری (پی پی ڈی):** اس کا مطلب ہے زندگی بھر کے لیے جزوی طور پر معذور ہونا۔ یعنی ہاتھ کی انگلیاں، پیر کی انگلیاں، پنجے وغیرہ کا نقصان۔

iii. **عارضی مکمل معذوری (ٹی ٹی ڈی):** اس کا مطلب ہے عارضی مدت کے لیے مکمل طور پر معذور ہو جانا۔ کور کے اس حصے کا مقصد معذوری کی مدت کے دوران آمدنی کے نقصان کو کور کرنا ہے۔

گاہک / کلائنٹ کے پاس صرف موت کا کور یا موت اور مستقل معذوری یا موت اور مستقل معذوری کے ساتھ ساتھ عارضی مکمل معذوری کے درمیان انتخاب کرنے کا اختیار ہے۔

2. بیمہ کی رقم

ذاتی حادثے (پی اے) پالیسیوں کے لیے بیمہ کی رقم یعنی سم انشورڈ کا فیصلہ عام طور پر مجموعی ماہانہ آمدنی کی بنیاد پر طے کیا جاتا ہے۔ عام طور پر، یہ مجموعی ماہانہ آمدنی کا 60 گنا ہے۔ تاہم، کچھ بیمہ کمپنیاں آمدنی کی سطح سے قطع نظر، ایک مقررہ منصوبہ بندی کی بنیاد پر پالیسیاں بھی پیش کرتی ہیں۔ ایسی پالیسیوں میں کور کے ہر حصے کے لیے بیمہ کی رقم منتخب کردہ پلان کے مطابق مختلف ہوتی ہے۔

3. ذاتی حادثاتی بیمہ - ایک بینیفٹ اسکیم ہے

یہ ایک بینیفٹ اسکیم ہونے کی وجہ سے، ایک سے زیادہ پالیسیاں ہونے کانٹریبیشن کے اصول کی تابع نہیں ہوتیں۔اس طرح اگر کسی شخص کی مختلف بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ایک سے زیادہ پالیسیاں ہیں، تو تمام پالیسیوں کے تحت دعوے ادا کیے جائیں گے۔

4. کور کا دائرہ

ان پالیسیوں کو اکثر طبی اخراجات کو کور کرنے، یعنی کسی حادثے کے بعد اسپتال میں داخل ہونے/طبی اخراجات کی ادائیگی کرنے کے لیے بڑھایا جا سکتا ہے۔

5. ویلیو ایڈڈ فوائد

ذاتی حادثے کے ساتھ ساتھ، بہت سی بیمہ کمپنیاں ویلیو ایڈڈ فوائد بھی پیش کرتی ہیں، جیسے حادثے کی وجہ سے داخل ہونے کی صورت میں اسپتال کی رقم، میت کی نقل و حمل کے اخراجات کے لئے ایک محدود رقم اور ایمبولینس چارجز اور ایک بچے کے لیے تعلیمی بینیفٹ۔

6. اخراج یا ایکسکلوزنس

ذاتی حادثاتی بیمہ کے تحت عام استثنیٰ میں پالیسی کے آغاز سے پہلے موجود معذوری کی وجہ سے ہونے والے حادثات، دماغی عارضے یا کسی بیماری کی وجہ سے موت یا معذوری، جنگ کی وجہ سے چوٹ، حملہ، قتل یا قتل کے مترادف مجرمانہ قتل، جان بوجھ کر خود کو زخمی کرنا، مجوزہ اضافی خطرناک سرگرمی جیسے کہ قتل، خودکشی، منشیات/الکوحل کا استعمال، ہوا بازی یا غبارہ چلانے کے دوران چوٹ شامل ہیں ۔ یہ ایک محدود فہرست ہے جو کمپنی کے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہے۔

پی اے پالیسیاں افراد، خاندانوں اور گروپوں کو دستیاب کرائی جاتی ہیں۔

گروپ ذاتی حادثات کی پالیسیاں

گروپ ذاتی حادثات پالیسیاں عام طور پر سالانہ پالیسیاں ہوتی ہیں، جن کی سالگرہ پر تجدید کی اجازت ہوتی ہے۔ تاہم، نان لائف اور اسٹینڈ-ایلون صحت بیمہ کمپنیاں مخصوص واقعات کی کوریج فراہم کرنے کے مقصد سے ایک سال سے کم مدت کے ساتھ گروپ پرسنل ایکسیڈنٹ پروڈکٹس دے سکتی ہیں۔

ہڈیوں کے ٹوٹنے کی پالیسی اور روزمرّہ کی سرگرمیوں کے نقصان کا معاوضہ

یہ خصوصی پی اے پالیسی ہے، فہرست میں مذکور فریکچر کے خلاف کور فراہم کرنے کے لیے ڈئزائن کی گئی ہے۔ ہر فریکچر کے لیے،دعوے کے وقت، ایک مقررہ فائدہ یا پالیسی میں بیان کردہ بیمہ کی رقم کا فیصد ادا کیا جاتا ہے۔ فائدے کی رقم اس پر منحصر ہے کہ کس ہڈی کا فریکچر ہوا ہے اور فریکچر کی نوعیت کیا ہے۔

M. غیر ملکی سفر کی بیمہ

پالیسی کی ضرورت: کاروبار، تعطیلات یا مطالعہ کے لیے ہندوستان سے باہر سفر کے دوران حادثاتی چوٹ لگنے یا اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو کور کرنے کے لیے۔ طبی دیکھ بھال کی قیمت، خاص طور پر امریکہ اور کینیڈا جیسے ممالک میں، بہت زیادہ ہے اور بڑے مالی مسائل کا سبب بن سکتی ہے۔

کوریج کا دائرہ

اس طرح کی پالیسیاں بنیادی طور پر حادثے اور بیماری کے فوائد کے لیے ہوتی ہیں، لیکن مارکیٹ میں دستیاب زیادہ تر مصنوعات ایک ہی پروڈکٹ کے اندر مختلف قسم کے کور پیش کرتی ہیں۔

فراہم کردہ عام کور یہ ہیں:

a) طب اور بیماری کا سیکشن:

i. حادثاتی موت/معذوری

ii. بیماری/حادثے کی وجہ سے طبی اخراجات

b) وطن واپسی اور خروج یا اویکویشن

c) ذاتی حادثے کا کور

d) ذاتی ذمہ داری

e) دیگر غیر طبی کور میں شامل ہیں:

i. سفر کی منسوخی

ii. سفر میں تاخیر

iii. سفر میں رکاوٹ

iv. کنکشن چھوٹ جانا

v. چیک-ان والے بیگیج میں تاخیر

vi. چیک-ان والے بیگیج کا کھونا
vii. پاسپورٹ کا کھو جانا
viii. ہنگامی نقد پیشگی
ix. اغوا کا الاؤنس
x. ضمانتی بانڈ بیمہ
xi. اغوا کا کور
xii. اسپانسر تحفظ
xiii. تسلی کا سفر
xiv. مطالعہ یا اسٹڈی میں رکاوٹ
xv. گھر چوری/ ڈکیتی

1. منصوبہ بندی یعنی پلان کی قسم

زیادہ تر کاروباری اور چھٹیوں کے منصوبے، مطالعہ کے منصوبے اور روزگار کی پالیسیاں مقبول ہیں۔

2. پالیسی کون لے سکتا ہے۔

کاروبارکرنے ، چھٹّیاں منانے یا تعلیم کے لیے بیرون ملک سفر کرنے والے ہندوستانی باشندے اس پالیسی سے فائدہ اٹھا سکتے ہیں۔ بیرون ملک معاہدے پر بھیجے گئے ہندوستانی آجروں یعنی امپلایر کے ملازمین کو بھی کور کیا جاسکتا ہے۔

3. بیمہ کی رقم اور پریمیم

کور امریکی ڈالر میں دیا جاتا ہے؛ یہ عام طور پر طبی اخراجات، انخلا اور وطن واپسی کا احاطہ کرنے والی کلاز کے لیے **1,00,000** امریکی ڈالر سے **5,00,000** امریکی ڈالر تک ہو سکتی ہے، سوائے ذمہ داری یا لایبیلیٹی کور کے۔ دیگر کلاز کے لیے بیمہ کی رقم کم ہے۔ پریمیم بھارتی روپے میں ادا کیا جا سکتا ہے، سوائے روزگار کے منصوبوں کے، جہاں پریمیم ڈالر میں ادا کرنا پڑتا ہے۔ عام طور پر دو قسم کے منصوبے ہوتے ہیں:

- ✓ امریکہ/کینیڈا کے علاوہ دنیا بھر میں
- ✓ امریکہ/کینیڈا سمیت دنیا بھر میں

کچھ مصنوعات یا پروڈکٹس ممالک کے ایک گروپ کے لیے کور فراہم کرتے ہیں۔ مثلاً صرف ایشیائی ممالک کا سفر، صرف یورپی ممالک کا سفر، یا صرف کسی خاص ملک کا سفر شامل ہے۔

کارپوریٹ فریکوئنٹ فلائر پلان

یہ ایک سالانہ پالیسی ہے جس کے تحت ایک کارپوریٹ/آجر یعنی ایمپلائر اپنے افسران کے لیے مختلف پالیسیاں لیتا ہے، جو اکثر ہندوستان سے باہر سفر کرتے ہیں۔ یہ کور وہ لوگ بھی لے سکتے ہیں جو ایک سال کے دوران متعدد بار بیرون ملک سفر کرتے ہیں۔ ایک پیشگی پریمیم کمپنی کے ملازمین کی طرف سے ایک سال میں سفر کیے گئے دنوں کی تخمینی یا ایسٹیمیٹیڈ تعداد کی بنیاد پر ادا کیا جاتا ہے۔ مندرجہ بالا پالیسیاں صرف کاروباری اور تفریحی دوروں کے لیے پیش کی جاتی ہیں۔ پہلے سے موجود بیماریوں کو عام طور پر بیرون ملک میڈیکل/ٹریول بیمہ سے خارج کر دیا جاتا ہے۔

N. گروپ ہیلتھ کور

1.گروپ کی پالیسیاں

جیسا کہ پہلے باب میں بیان کیا گیا ہے، گروپ پالیسی ایک گروپ کے مالک کے ذریعہ لی جاتی ہے ایک آجر یا ایمپلائر، ایسوسی ایشن، بینک کا کریڈٹ کارڈ ڈویژن ہو سکتا ہے، جہاں ایک پالیسی افراد کے پورے گروپ کا کور کرتی ہے۔ یہ پالیسیاں عموماً ایک سال میں تجدید ہونے والے معاہدے ہیں۔

گروپ پالیسیوں کی خصوصیات - اسپتال میں داخل ہونے کے فوائد کا کور

1. کوریج کا دائرہ

گروپ صحت بیمہ کی سب سے عام شکل آجر یا ایمپلائر کی طرف سے فراہم کردہ پالیسی ہے جس میں ملازمین اور ان کے خاندانوں بشمول انحصار شدہ شریک حیات، بچے اور والدین/سسرال والوں کا کور کیا جاتا ہے۔

2. ضرورت کے مطابق کور

گروپ کی پالیسیاں اکثر گروپ کی ضروریات کے مطابق بنائی جاتی ہیں۔ اس طرح، گروپ پالیسیوں میں، انفرادی پالیسی کے کئی اسٹینڈرڈ اکسکلوزنس گروپ پالیسی کے تحت آتے ہیں۔

3. زچگی کا کور

گروپ پالیسی میں سب سے زیادہ عام توسیعات یا ایکسٹینشن میں سے ایک زچگی کا کور ہے۔ زچگی کا کور بچے کی پیدائش کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کا انتظام کرے گا۔ اس میں سیزیرین ڈیلیوری بھی شامل ہے۔ یہ کور عام طور پر خاندان کی کل بیمہ کی رقم کے اندر ایک مخصوص رقم تک محدود ہوتا ہے۔

4. چائلڈ کور

بچوں کو پہلے دن سے کوریج دیا جاتا ہے۔ کبھی زچگی کے کور کی حد تک محدود اور کبھی خاندان کی پوری بیمہ کی رقم کو پورا کرنے کے لیے بڑھایا جاتا ہے۔

5. پہلے سے موجود بیماریوں کا کور، انتظار کی مدت ختم

کئی عام استثنیٰ یعنی ایکسکلوزنس، جیسے پہلے سے موجود بیماری کا اخراج، تیس دن کا انتظار، دو سال کا انتظار؛ اپنی مرضی کے مطابق پالیسی میں پیدائشی بیماریوں کو معاف کیا جا سکتا ہے۔

6. پریمیم کا حساب

گروپ پالیسی کے لیے چارج کیا جانے والا پریمیم ممبران کی عمر کے پروفائل، گروپ کے سائز اور سب سے اہم بات، دعووں کے تجربے پر مبنی ہے۔

7. نان ایمپلائر ملازم گروپس

ہندوستان میں، ریگولیٹری دفعات بنیادی طور پر گروپ بیمہ کور حاصل کرنے کے مقصد سے ان کی تشکیل پر سختی سے پابندی لگاتی ہیں۔ جب گروپ کی پالیسیاں آجروں یا امپلائیرز کے علاوہ کسی اور کو دی جاتی ہیں، تو اس بات کا تعین کرنا ضروری ہے کہ گروپ کے مالک کا اپنے اراکین کے ساتھ کیا تعلق ہے۔

مثال

ایک بینک جو اپنے بچت بینک اکاؤنٹ ہولڈرز یا کریڈٹ کارڈ ہولڈرز کے لیے پالیسی بناتا ہے، ایک یکساں گروپ بناتا ہے، جو ایک بڑے گروپ کو ان کی ضروریات کے مطابق پالیسی سے فائدہ اٹھانے کے قابل بناتا ہے۔

8. قیمت کا تعین

گروپ پالیسیوں میں، گروپ کے سائز کے ساتھ ساتھ گروپ کے دعووں کے تجربے کی بنیاد پر پریمیم کی رعایت کا انتظام ہے۔

2. کارپوریٹ بفر یا فلوٹر کور

زیادہ تر گروپ پالیسیوں میں، ہر خاندان کو ایک مقررہ بیمہ کی رقم کا کور دیا جاتا ہے، جو کہ ایک لاکھ روپے سے لے کر پانچ لاکھ روپے تک ہوتا ہے ؛ کبھی کبھی یہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ ایسے حالات پیدا ہوتے ہیں جب خاندان کی بیمہ کی رقم ختم ہو جاتی ہے، خاص طور پر خاندان کے کسی فرد کی بڑی بیماری کی صورت میں۔ ایسے حالات میں، اگر بفر کور کا انتخاب کیا جائے، تو اس سے راحت ملتی ہے ؛ اس بفر کی رقم کا استعمال خاندان کی بیمہ کی رقم سے زائد اضافی اخراجات کو پورا کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

خاندان کی بیمہ کی رقم ختم ہونے کے بعد، رقم بفر سے نکال لی جاتی ہے۔ تاہم، یہ استعمال عام طور پر بڑی بیماری/خطرناک بیماری کے اخراجات تک محدود ہے، جہاں ایک بار اسپتال میں داخل ہونے کے بعد، بیمہ کی رقم ختم ہو جاتی ہے۔

O. خصوصی مصنوعات

1. بیماری کا کور

حالیہ برسوں میں، کینسر، ذیابیطس، **COVID-19** کے لیے بیماری کے مخصوص کور ہندوستانی بازار میں متعارف کرائے گئے ہیں۔ کور یا تو قلیل مدتی یا طویل مدتی ہے یعنی 5 سال سے 20 سال تک اور اس میں فلاحی فائدہ بھی شامل ہے۔ بیمہ کمپنی باقاعدگی سے صحت کے معائنے کے لیے ادائیگی کرتی ہے۔ بلڈ شوگر، بلڈ پریشر جیسے عوامل پر بہتر کنٹرول کے لیے دوسرے پالیسی سال سے کم پریمیم کی صورت میں مراعات دی جاتی ہیں۔ دوسری طرف، ان چیزوں پر ناقص کنٹرول کے لیے زیادہ پریمیم وصول کیے جاتے ہیں۔

2. ذیابیطس والے لوگوں کے لیے تیار کردہ مصنوعات

یہ پالیسی 26 سے 65 سال کے درمیان کے لوگ لے سکتے ہیں؛ اس کی تجدید یعنی رینیول 70 سال تک کیا جا سکتا ہے۔ بیمہ کی رقم 50,000 روپے سے 5,00,000 روپے تک ہوتی ہے۔ کیپنگ اسپتال کے کمرے کے کرایے پر لاگو ہوتی ہے۔ اس پروڈکٹ کا مقصد مریض کے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات بشمول ذیابیطس سے متعلقہ مسائل جیسے کہ ذیابیطس ریٹینوپیتھی (آنکھ)، گردے، ذیابیطس فٹ، گردے کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کے لیے ڈونر کے اخراجات کو کور کرتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات کو کور کی مدت بیمہ کمپنیوں میں آپس میں مختلف ہو سکتی ہیں۔ پالیسی میں اس کا تعین کیا جاتا ہے۔ اسپتال سے پہلے کا عام کور_____ہے

I. پندرہ دن

II. تیرہ دن

III. پینتالیس دن

IV. ساٹھ دن

صحت بیمہ پالیسیوں کی کلیدی شرائط **(تمام شرائط جیسا کہ IRDAI کے صحت بیمہ پروڈکٹس کی اسٹینڈرڈازیشن کے ماسٹر سرکیولر، مورخہ 22.07.2020 میں بیان کیا گیا ہے)**

1. نیٹ ورک کی خدمات دینے والے

نیٹ ورک پرووائیڈر کا مطلب ایک اسپتال/نرسنگ ہوم/ڈے کیئر سنٹر ہے جو بیمہ شدہ مریضوں کو کیش لیس علاج فراہم کرنے کے لیے بیمہ کمپنی/TPA کے ساتھ معاہدہ کرتا ہے۔ مریض نیٹ ورک سے باہر کے پرووائیڈر کی خدمات لینے کے لئے آزاد ہے لیکن وہاں ان سے عموماً بہت زیادہ فیس چارج کی جائے گی۔

2. ترجیحی نیٹ ورک کی خدمات دینے والے یا پریفرڈ پروائڈر نیٹ ورک (پی پی این)

بیمہ کمپنی کو انتہائی واجب ریٹوں پر معیاری علاج فراہم کروانے کے لئے اسپتالوں کا بہتر نیٹ ورک بنانے کا اختیار ہوتا ہے۔

3. کیش لیس خدمت

کیش لیس سروس بیمہ دار کو اس قابل بناتی ہے کہ وہ ہسپتالوں سے بغیر کسی ادائیگی کے کور کی حد تک علاج حاصل کر سکے۔ بیمہ شدہ کو صرف ایک نیٹ ورک ہسپتال سے رجوع کرنا پڑتا ہے اور آپ کو بیمہ کے ثبوت کے طور پر اپنا میڈیکل کارڈ پیش کرنا ہوگا۔ بیمہ کمپنی صحت کی دیکھ بھال تک بغیر نقدی کے رسائی فراہم کرتی ہے اور قابل قبول رقم کے لیے براہ راست نیٹ ورک فراہم کنندہ کو ادائیگی کرتا ہے۔ تاہم، بیمہ شدہ کو پالیسی کی حد سے زیادہ رقم اور پالیسی کی شرائط کے مطابق قابل ادائیگی اخراجات کی ادائیگی کرنی ہوگی۔

4. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے)

صحت بیمہ میں تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹرز یا TPAs کی شروعات ہونا ایک اہم پیش رفت ہے۔ دنیا بھر میں بہت سی بیمہ کمپنیاں صحت بیمہ کے دعووں کو منظم کرنے کے لیے آزاد تنظیموں کی خدمات استعمال کرتی ہیں۔ ان ایجنسیوں کو TPAs کے نام سے جانا جاتا ہے۔ ہندوستان میں، بیمہ کمپنی صحت کی خدمات کی فراہمی کے لیے TPA کی خدمت لیتی ہے، جس میں دیگر چیزوں کے علاوہ یہ چیزیں شامل ہیں:

i. پالیسی ہولڈر کو ایک شناختی کارڈ فراہم کرنا جو اس کی بیمہ پالیسی کا ثبوت ہے اور اسے ہسپتال میں داخلے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ii. نیٹ ورک اسپتالوں میں کیش لیس سروس فراہم کرنا

iii. دعووں پر کارروائی کرنا

TPAs صحت بیمہ پالیسی ہولڈرز کو اسپتال میں داخلے کے لیے منفرد شناختی کارڈ کے اجراء سے لے کر کیش لیس بنیادوں یا معاوضے کی بنیاد پر دعووں کے تصفیے تک خدمات فراہم کرتے ہیں۔ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر اسپتالوں یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے ساتھ مفاہمت میں شریک ہوتے ہیں جس کو "میمورینڈم آف انڈرسٹینڈنگ" (MOU) کہا جاتا ہے۔اس کے تحت یقینی بنایا جاتا ہے کہ نیٹ ورک اسپتالوں میں علاج کے خواہاں ہر شخص کو کیش لیس سروس فراہم کی جا سکے۔ 'ٹی پی اے' اسپتالوں کے باہمی اشتراک سے دعووں کو نپٹانے کا جلد فیصلہ کرتے ہیں۔

5. اسپتال

اسپتال کا مطلب ہے کوئی بھی ادارہ جو اندرونِ مریض کی دیکھ بھال اور بیماری اور/یا زخموں کے علاج کے لیے قائم کیا گیا ہے، جو مقامی اتھارٹی کے پاس بطور اسپتال رجسٹرڈ ہے، جہاں بھی قابل اطلاق ہو؛ نیز، اسے ایک رجسٹرڈ اور مستند طبی پریکٹیشنر کی نگرانی میں ہونا چاہیے اور اسے ان تمام کم از کم معیارات کی تعمیل کرنی چاہیے:

a) اس کے پاس 10,00,000 سے کم آبادی والے شہروں میں کم از کم 10 داخل مریضوں کے بستر ہوں اور دیگر جگہوں پر 15 داخل مریضوں کے بستر ہونے چاہئے؛

b) چوبیس گھنٹے قابل نرسنگ عملہ کا ہونا؛

c) انچارج ڈاکٹرز چوبیس گھنٹے کام کر رہے ہیں ؛

d) اس کا اپنا مکمل طور پر لیس آپریشن تھیٹر ہے جہاں سرجکل آپریشن کیے جا سکیں۔

e) مریضوں کے روز مرہ کے ریکارڈ کو بنانا اور حسب ضرورت انشورنس کمپنی کو دستیاب کروانا۔

6. معالج (میڈیکل پریکٹیشنر)

میڈیکل پریکٹیشنر وہ شخص ہوتا ہے جس کے پاس ہندوستان کی کسی بھی ریاست کی میڈیکل کونسل کے ساتھ یا ہومیوپیتھی کے لیے درست رجسٹریشن ہوتا ہے؛اس طرح وہ اپنے دائرہ اختیار میں طب کی مشق کرنے کا حقدار ہوتا ہے؛ نیز، اسے اپنے لائسنس کے دائرہ کار اور دائرہ اختیار میں کام کرنا چاہیے۔ یہ اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ اپنے رشتے داروں سے

یا ان کی ملکیت والے اسپتالوں سے یا ان میں سے کسی کی طرف سے علاج کرانے کے ذریعے دھوکہ دہی کے دعوے درج نہیں کروائے گا۔

کوالیفائیڈ (ایل) نرس: کوالیفائیڈ نرس کا مطلب ہے وہ شخص جس کی نرسنگ کونسل آف انڈیا یا ہندوستان کی کسی بھی ریاست کی نرسنگ کونسل میں درست رجسٹریشن ہو۔

7. معقول اور ضروری اخراجات

صحت بیمہ پالیسیوں میں ہمیشہ یہ سیکشن ہوتا ہے، کیونکہ پالیسی ان اخراجات کے لیے معاوضہ فراہم کرتی ہے جو کسی خاص بیماری کے علاج اور کسی خاص جغرافیائی علاقے میں مناسب سمجھے جائیں گے۔

8. دعوے کا نوٹس

ہر بیمہ پالیسی دعوے کی فوری رپورٹنگ اور دستاویزات جمع کرانے کے لیے ایک مخصوص ٹائم فریم فراہم کرتی ہے۔ صحت بیمہ پالیسیوں میں، جہاں گاہک کی طرف سے کیش لیس سہولت طلب کی جاتی ہے، وہاں اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے بیمہ کمپنی کو مطلع کرنا پڑتا ہے۔ تاہم، معاوضے کے دعووں کی صورت میں، دعوے کے دستاویزات جمع کرانے کی آخری تاریخ عام طور پر اسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے 15 دن ہوتی ہے۔

9. مفت ہیلتھ چیک اپ

انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں میں، عام طور پر کلیم فری پالیسی ہولڈر کو کسی قسم کی ترغیب دینے کے لیے ایک انتظام دستیاب ہوتا ہے۔ کئی پالیسیاں چار مسلسل، دعوے سے پاک پالیسی کی مدت کے اختتام پر ہیلتھ چیک اپ کی لاگت کی واپسی کی پیشکش کرتی ہیں۔

10. مجموعی بونس

ہر دعویٰ فری سال کے لیے بیمہ کی رقم پر مجموعی بونس دیا جاتا ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ تجدید پر بیمہ کی رقم میں ایک خاص فیصد اضافہ ہوتا ہے، جیسے کہ 5% سالانہ تک بڑھ جاتا ہے؛ دس دعووں کی مفت تجدید کے لیے 50% تک اضافے کی اجازت ہے۔ مزید، اگر دعویٰ کسی خاص سال میں کیا جاتا ہے، لہذا حاصل کردہ مجموعی بونس کو صرف اسی شرح سے کم کیا جا سکتا ہے جس پر یہ کمایا گیا ہے۔

مثال

ایک شخص 5000 روپے کے پریمیم پر 3 لاکھ روپے کی پالیسی لیتا ہے۔ پہلے سال میں کوئی دعویٰ نہ ہونے کی صورت میں، دوسرے سال اسے 5,000 روپے کے اسی پریمیم پر 3.15 لاکھ روپے (پچھلے سال سے 5% زیادہ) کی بیمہ کی رقم ملتی ہے۔ دس سال کے کلیم فری تجدید پر یہ بیمہ کی رقم 4.5 لاکھ روپے تک جا سکتی ہے۔

11. میلس/بونس

جس طرح صحت بیمہ پالیسی کو دعووں سے پاک رکھنے کے لیے ترغیب دی جاتی ہے۔ اس کے برعکس پالیسی کے تحت دعوے اگر زیادہ ہیں، تو تجدید پر میلس یا پریمیم کی لوڈنگ چارج کی جاتی ہے۔ تاہم، گروپ پالیسیوں کی صورت میں، کلیم ریشو کو معقول حد کے اندر برقرار رکھنے کے لیے مجموعی پریمیم کو مناسب طریقے سے لوڈ کرکے پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

12. نو کلیم ڈسکاؤنٹ (دعوا نہ ہونے پر چھوٹ)

کچھ پروڈکٹس بیمہ کی رقم پر بونس کی بجائے ہر کلیم فری سال کے لیے پریمیم پر رعایت پیش کرتے ہیں۔

13. کمرے کے کرایہ پر پابندیاں

کچھ ہیلتھ پلانس سم انشورڈ میں اسپتال کے کمرے کے روزآنہ کراے حد مقرر کرتے ہیں جسے بیمہ دار منتخب کرتا ہے۔ لہذا، اگر پالیسی روزانہ بیمہ شدہ رقم کا 1% کمرہ کرایہ پر پابندی لگائی گئی ہے، لہذا ایک لاکھ کی بیمہ کی رقم والا شخص 1,000 روپے روزانہ کے کمرے کا حقدار ہوگا۔

14. قابل تجدید کلاز

صحت بیمہ پالیسیوں کی تجدید کے بارے میں IRDA کے ہدایات، سوائے دھوکہ دہی اور غلط بیانی کے صحت کی بیمہ پالیسیوں کی تاحیات ضمانت کی تجدید کو لازمی قرار دیتے ہیں۔ آئی آر ڈی اے آئی صحت بیمہ ریگولیشنز 2016 کی دفعات کے مطابق، ایک بار کی صحت بیمہ پالیسی(ذاتی حادثے اور سفری بیمہ پالیسیوں کے علاوہ) کے سلسلے میں کوئی بھی پیشکش قبول کی جاتی ہے اور پالیسی جاری کی جاتی ہے، لہذا بیمہ کمپنی زندگی کی عمر کی بنیاد پر پالیسی کی مزید تجدید سے انکار نہیں کر سکتیں۔ اس طرح، صحت بیمہ پالیسیوں کو تاحیات تجدید کیا جا سکتا ہے۔

15. منسوخی کی کلاز

بیمہ کمپنی کسی بھی وقت محض غلط بیانی، دھوکہ دہی، اور مادی حقائق کو ظاہر نہ کرنے یا بیمہ دار کی طرف سے عدم تعاون کی بنیاد پر پالیسی منسوخ کر سکتی ہے۔

جب بیمہ کمپنی کی طرف سے پالیسیاں منسوخ کی جاتی ہیں، تو بیمہ کی غیر ختم شدہ مدت کے مطابق پریمیم کا تناسب بیمہ شدہ کو واپس کر دیا جاتا ہے، بشرطیکہ پالیسی کے تحت کوئی کلیم ادا نہ کیا گیا ہو۔ یہ عام طور پر تناسب کی بنیاد پر ہوتا ہے۔

جب بیمہ شدہ کی طرف سے سالانہ پالیسیاں منسوخ کی جاتی ہیں، تو بیمہ کمپنی عام طور پر تخمینہ شدہ (پرو-راٹا) پریمیم کے بجائے مختصر مدت کے پیمانے پر پریمیم وصول کرتی ہے۔ یہ بیمہ کمپنیوں کے خلاف منفی انتخاب کو روکے گا اور بیمہ کمپنی کے ابتدائی اخراجات کا خیال رکھے گا۔

16. تجدید کے لیے رعایتی مدت

جیسا کہ باب 4 میں بیان کیا گیا ہے، رعایتی مدت کی فراہمی ایک پالیسی کے لیے رعایتی مدت کے دوران جاری رہنا ممکن بناتی ہے جو بصورت دیگر پریمیم کی عدم ادائیگی کی وجہ سے ختم ہو جاتی۔

اوپر دی گئی زیادہ تر بڑی کلاز، تعریفیں، رعایتی مدت سے متعلق اخراج کو صحت بیمہ ریگولیشنز اور صحت بیمہ اسٹینڈرڈائزیشن گائیڈ لائنز کے تحت معیاری بنایا گیا ہے جو IRDAI کی طرف سے جاری کیا گیا ہے۔ یہ وقتاً فوقتاً اپ ڈیٹ ہوتے رہتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

IRDAکے ہدایات کے مطابق، انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں کی تجدید کے لیے _____ کی رعایتی مدت کی اجازت ہے۔

I. پندرہ دن

II. تیرہ دن

III. پینتالیس دن

IV. ساٹھ دن

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

باب H-04

صحت بیمہ انڈر رائٹنگ

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد آپ کو صحت بیمہ میں انڈر رائٹنگ کی تفصیلی معلومات دینا ہے۔ انڈر رائٹنگ کسی بھی قسم کی بیمہ کا ایک بہت اہم پہلو ہے؛ یہ بیمہ پالیسی جاری کرنے میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ اس باب میں، آپ انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصولوں، ٹولز، طریقوں اور عمل کے بارے میں سمجھیں گے۔ اس میں آپ کو گروپ صحت بیمہ کی انڈر رائٹنگ کے بارے میں بھی معلومات فراہم کی جائیں گی۔

قابل غور امور

A. انڈر رائٹنگ کیا ہے؟
B. انڈر رائٹنگ - بنیادی تصورات
C. IRDAI کے صحت بیمہ کے دیگر ضابطے۔
D. صحت بیمہ کی پورٹیبلٹی
E. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول اور ٹولز
F. انڈر رائٹنگ کے عمل
G. گروپ کی سطح پر صحت بیمہ
H. غیر ملکی سفری بیمہ کی انڈر رائٹنگ
I. انڈر رائٹنگ ذاتی ایکسیڈنٹ بیمہ

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

a) انڈر رائٹنگ کے معنی کی وضاحت کرنا
b) انڈر رائٹنگ کے بنیادی تصورات کی وضاحت
c) بیمہ کنندگان کے ذریعے اپنائے جانے والے اصولوں اور ٹولز کے بارے میں وضاحت
d) انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں کے انڈر رائٹنگ کے عمل کا جائزہ لینا
e) گروپ صحت بیمہ پالیسیوں کی انڈر رائٹنگ کے طریقہ کار کی وضاحت

اس منظر کو دیکھیں

منیش 48 جو ایک سافٹ ویئر انجینئر کے طور پر کام کر رہے ہیں، نے اپنے لیے صحت بیمہ پالیسی لینے کا فیصلہ کیا۔ وہ ایک بیمہ کمپنی کے پاس گیا جہاں انہوں نے اسے ایک پروپوزل فارم دیا، جس میں اسے اپنے جسمانی قد اور صحت، دماغی صحت، پہلے سے موجود امراض، اس کی خاندانی صحت کی ہسٹری، عادات وغیرہ سے متعلق کئی سوالات کے جوابات دینے تھے۔

اپنا پیشکش فارم موصول ہونے پر، اسے کئی دیگر دستاویزات بھی جمع کرانی پڑیں جیسے شناخت اور عمر کا ثبوت، ایڈریس کا ثبوت اور سابقہ میڈیکل ریکارڈ۔ پھر انہوں نے اسے بیلتھ چیک اپ اور کچھ میڈیکل ٹیسٹ کروانے کو کہا جس سے وہ مایوس ہو گئے۔

منیش، جو خود کو ایک صحت مند انسان اور اچھی آمدنی والا شخص سمجھتا تھا، سوچنے لگا کہ بیمہ کمپنی ان کے معاملے میں اتنے طویل عمل سے کیوں گزر رہی ہے۔ اس سب سے گزرنے کے بعد بھی بیمہ کمپنی نے اسے بتایا کہ اس کے طبی معائنے میں ہائی کولیسٹرول اور ہائی بی پی کا پتہ چلا تھا، جس کی وجہ سے بعد میں دل کے امراض کے امکانات بڑھ گئے۔ اگرچہ انہوں نے اسے پالیسی کی پیشکش کی تھی، لیکن پریمیم اس کے دوست کی ادائیگی سے کہیں زیادہ تھا ؛ اس لیے اس نے پالیسی لینے سے انکار کر دیا۔

یہاں، بیمہ کمپنی اپنے انڈر رائٹنگ کے عمل کے حصے کے طور پر ان تمام اقدامات پر عمل کر رہی تھی۔ جوکھم کی کوریج فراہم کرتے وقت، بیمہ کمپنی کو خطرات کا صحیح اندازہ لگانے اور معقول منافع کمانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر جوکھم کا صحیح اندازہ نہیں لگایا جاتا ہے اور دعویٰ کیا جاتا ہے، تو نتیجہ نقصان ہوگا۔ اس کے علاوہ، بیمہ کمپنیاں تمام بیمہ شدہ افراد کی جانب سے پریمیم جمع کرتی ہیں اور اسے یہ رقم امانت کی طرح سنبھالنی پڑتی ہے۔

A. انڈر رائٹنگ کیا ہے؟

1. انڈر رائٹنگ

بیمہ کمپنیاں ان لوگوں کو بیمہ کرنے کی کوشش کرتی ہیں جن کی توقع کی جاتی ہے کہ وہ بیمہ پول میں لائے گئے جوکھم کے تناسب سے پریمیم ادا کرتے ہیں۔ تجویز کنندہ سے معلومات اکٹھا کرنے اور تجزیہ کرنے کے اس عمل کو انڈر رائٹنگ کے نام سے جانا جاتا ہے۔ اس عمل کے ذریعے جمع ہونے والی معلومات کی بنیاد پر کمپنیاں فیصلہ کرتی ہیں چاہے وہ تجویز کنندہ کا بیمہ کروانا چاہتے ہیں یا نہیں۔ اگر وہ ایسا کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو کس پریمیم پر، شرائط و ضوابط کیا ہوں گے، تاکہ ایسے رسک سے معقول منافع حاصل کیا جا سکے۔

تعریف

انڈر رائٹنگ جوکھم کا مناسب اندازہ لگانے اور ان شرائط کا فیصلہ کرنے کا عمل ہے جن پر بیمہ کور دیا جانا ہے۔ اس طرح، یہ جوکھم کی تشخیص اور جوکھم کی تشخیص کا عمل ہے۔

2. انڈر رائٹنگ کی ضرورت

انڈر رائٹنگ بیمہ کمپنی کی ریڑھ کی ہڈی ہے، کیونکہ لاپرواہی سے یا ناکافی پریمیم کے ساتھ خطرہ قبول کرنا بیمہ کمپنی کے دیوالیہ ہونے کا باعث بنے گا۔ دوسری طرف، بہت زیادہ انتخاب کرنا یا محتاط رہنا بیمہ کمپنی کو بڑا تالاب بنانے سے روک دے گا، تاکہ جوکھم یکساں طور پر پھیل جائے۔ لہذا، جوکھم اور کاروبار کے درمیان صحیح توازن قائم کرنا ضروری ہے۔ تاکہ یہ مسابقتی اور تنظیم کے لیے منافع بخش ہو۔

یہ توازن اندر رائٹر اور بیمہ کمپنی کے بزنیس بڑھانے کی خواہش کے درمیان بیلینس رکھنے کا نام ہے۔ تاہم عمر بڑھنے سے بیماری کے ساتھ ساتھ موت کے امکانات بھی بڑھ جاتے ہیں، یاد رہے کہ یہ بیماری عام طور پر موت سے بہت پہلے آتی ہے اور دوبارہ ہو سکتی ہے۔ لہذا، یہ کافی قابل بحث ہے کہ صحت کی کوریج کے لئے انڈر رائٹنگ کے اصول اور رہنما خطوط موت کی کوریج کے مقابلے میں زیادہ سخت ہیں۔

3. انڈر رائٹنگ - جوکھم کی تشخیص

صحت بیمہ میں، مالی یا آمدنی پر مبنی انڈر رائٹنگ کے مقابلے طبی یا صحت سے متعلق پر زیادہ توجہ دی جاتی ہے۔ تاہم، آمدنی کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا، کیوں کہ وہاں انشوریبل انٹرسٹ ہونا چاہیئے اور کسی بھی منفی انتخاب کو روکنے اور صحت بیمہ کو لگاتار رینیو ہونے کو یقینی بنانے کے لیے مالی انڈر رائٹنگ اہم ہے۔

مثال

ذیابیطس والے شخص کو موت کی بنسبت دل یا گردے کے مسائل پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے، جس کو اسپتال میں داخل کرنے کی ضرورت ہے؛ بیمہ کوریج کے دوران بعض اوقات صحت کے مسائل بھی ہو سکتے ہیں۔ لائف بیمہ انڈر رائٹنگ کے ہدایات ایسے فرد کو اوسط جوکھم کے طور پر درجہ بندی یا کلاسیفائی کر سکتے ہیں۔ تاہم، میڈیکل انڈر رائٹنگ کے لیے، اسے ہائی رسک کے طور پر درجہ بندی کی جائے گی۔

4. بیماری کے امکان کو متاثر کرنے والے عوامل

بیماری کو متاثر کرنے والے ان عوامل (بیمار پڑنے کا جوکھم) جوکھم کا اندازہ لگاتے وقت احتیاط سے غور کیا جانا چاہئے:

a) **عمر:** پریمیم عمر اور جوکھم کی ڈگری کے مطابق وصول کیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر، انفیکشن اور حادثات کے زیادہ جوکھم کی وجہ سے، نوجوان بالغوں کے مقابلے میں شیر خوار اور بچوں کے لیے زیادہ پریمیم وصول کیا جاتا ہیں۔ اسی طرح، 45 سال سے زیادہ عمر کے بالغوں کے لیے، پریمیم زیادہ ہے، کیونکہ ذیابیطس، اچانک دل کی بیماری یا اس جیسی دیگر بیماریوں جیسے دائمی مرض میں مبتلا ہونے کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

b) **جنس:** بچے پیدا کرنے کے دوران خواتین کو بیماری کے اضافی خطرے کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ تاہم، مردوں کے دل کے دورے سے متاثر ہونے یا ملازمت سے متعلق حادثات کا شکار ہونے کا امکان خواتین کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ وہ خطرناک روزگار میں زیادہ ملوث ہو سکتے ہیں۔

c) **عادات:** تمباکو، الکوحل یا منشیات کا کسی بھی شکل میں استعمال مریض کے جوکھم پر براہ راست اثر پڑتا ہے۔

d) پیشہ: کچھ پیشوں، جیسے ڈرائیور، بلاسٹرز، ہوا باز وغیرہ میں حادثات کا اضافی جوکھم ممکن ہے۔ اسی طرح، کچھ پیشوں میں صحت کے زیادہ جوکھم ہوتے ہیں، جیسے ایکس رے مشین آپریٹرز، ایسبیسٹس انڈسٹری کے کارکن، کان کنی کے کارکن وغیرہ۔

e) **خاندانی ہسٹری:** اس کی مطابقت زیادہ ہے، کیونکہ جینیاتی عوامل دمہ، ذیابیطس اور کینسر کی کچھ اقسام جیسی بیماریوں کو متاثر کرتے ہیں۔ یہ بیماری کو متاثر کرتا ہے اور جوکھم کو تسلیم کرتے وقت اسے دھیان میں رکھنا چاہیے۔

f) **قد-کاٹھی:** کچھ گروہوں میں موٹے، پتلے یا اوسط قد-کاٹھی کو بھی بیماریوں سے منسلک کیا جا سکتا ہے۔

g) **پچھلی بیماری یا سرجری:** اس بات کا پتہ لگانا چاہیے کہ کیا پچھلی بیماری سے جسمانی کمزوری کے مزید خراب ہونے یا دوبارہ آنے کا کوئی امکان ہے ؛ اسی کے مطابق پالیسی کی شرائط پر فیصلہ لیا جانا چاہیے۔ مثال کے طور پر، گردے کی پتھری کے دوبارہ پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے؛ اسی طرح، ایک آنکھ میں موتیا بِند ہونے سے دوسری آنکھ میں موتیا بِند ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔

h) **صحت کی موجودہ حالت اور دیگر عوامل یا شکایات:** جوکھم اور بیمہ کی ڈگری کا پتہ لگانے کے لیے یہ اہم ہے؛ اس کا پتہ مناسب انکشاف اور طبی معائنہ سے لگایا جا سکتا ہے۔

i) **ماحولیات اور رہائش:** ان کا اثر بیماری کی شرح پر بھی پڑتا ہے۔

صحت بیمہ میں اخلاقی جوکھم یعنی مارل ہزارڈ کو سمجھنا

جہاں عمر، جنس، عادات وغیرہ جیسے عوامل صحت کے جوکھم کے جسمانی خطرے کی عکاسی کرتے ہیں، اس کے علاوہ دیگر عوامل بھی ہیں جن پر کڑی نظر رکھنے کی ضرورت ہے۔ یہ صارف کے لیے ایک اخلاقی جوکھم ہے، جو بیمہ کمپنی کے لیے بہت مہنگا ثابت ہو سکتا ہے۔

ناقص اخلاقی خطرہ کی ایک انتہائی مثال یہ ہے کہ بیمہ شدہ نے یہ جانتے ہوئے کہ اسے مختصر مدت کے اندر ایک جراحی آپریشن کرانا ہوگا، لیکن وہ بیمہ کمپنی کو اس کا انکشاف نہیں کرتا ہے۔ اس طرح، یہاں صرف دعویٰ حاصل کرنے کے لیے جان بوجھ کر بیمہ لینے کا ارادہ ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

انڈر رائٹنگ _____ کا ایک عمل ہے۔

I. بیمہ مصنوعات کی فروخت

II. صارفین سے پریمیم جمع کرنا

III. جوکھم کی تشخیص اور خطرے کی قیمتوں کا تعین

IV. مختلف بیمہ مصنوعات کی فروخت

B. انڈر رائٹنگ - بنیادی تصورات

1. انڈر رائٹنگ کے مقاصد

انڈر رائٹنگ کے دو بنیادی مقاصد ہیں۔

i. منفی انتخاب یعنی بیمہ کمپنی کے خلاف انتخاب کو روکنا

ii. جوکھم کی درجہ بندی کرنا اور جوکھموں کے درمیان مساوات کو یقینی بنانا

تعریف

جوکھم کی تشخیص کی اصطلاح سے مراد صحت بیمہ کی ہر پیشکش کا جائزہ کرنے کے عمل سے ہے، جو جوکھم کی ڈگری کے لحاظ سے کیا جاتا ہے؛ پھر یہ طے ہوتا ہے کہ بیمہ دینا ہے یا نہیں اور کن شرائط پر۔

مخالف انتخاب (یا منفی انتخاب) لوگوں کا یہ رجحان ہے کہ وہ توقع کرتے ہیں یا جانتے ہیں کہ ان کے نقصان کا زیادہ امکان ہے، وہ بے تابی سے بیمہ کی تلاش کرتے ہیں اور اس عمل میں منافع حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

مثال

اگر بیمہ کمپنیاں رسک سلیکشن میں محتاط نہیں ہوتیں تو امکان ہے کہ ذیابیطس، ہائی بلڈ پریشر، دل کے مسائل یا کینسر جیسی سنگین بیماریوں میں مبتلا لوگ، جو جانتے ہیں کہ انہیں جلد ہی اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت ہوگی، صحت بیمہ خریدنے کی کوشش کریں گے۔ اس سے بیمہ کمپنی کو نقصان ہوگا۔ بالفاظ دیگر اگر بیمہ کمپنی خطرے کا صحیح اندازہ نہیں لگاتی تو اس عمل میں اسے نقصان اٹھانا پڑے گا۔

---

2. جوکھم کے درمیان مساوات

آئیے اب جوکھم کے درمیان مساوات پر غور کریں۔ "ایکوئٹی" جس کا مطلب ہے کہ درخواست دہندگان جو ایک ہی قسم اور خطرے کی ڈگری کے تحت آتے ہیں ان کے ساتھ ایک ہی پریمیم زمرہ کے ساتھ رکھا جائے گا۔ بیمہ کمپنی پریمیم کے لئے اسٹینڈرڈ ایزیشن کرنا چاہے گی۔ انڈر رائٹر کے پاس آنے آلے پروپوزل کو ان جوکھم کے لحاظ ذیل میں کلاسیفائی کیا گیا ہے :

i. معیاری جوکھم

یہ وہ لوگ ہیں جن کی متوقع بیماری (بیمار پڑنے کا امکان) اوسط ہے۔

ii. ترجیحی جوکھم

کچھ معاملات میں، متوقع بیماری اوسط سے بہت کم ہے؛ اسی لیے انہیں ترجیحی جوکھم کہا جاتا ہے۔ ان سے کم پریمیم لیا جاسکتے ہیں۔

iii. غیر معیاری جوکھم

کچھ دوسرے معاملات میں، متوقع بیماری اوسط سے زیادہ ہوسکتی ہے۔ تاہم، یہ جوکھم بھی بیمہ ہوسکتے ہیں، بیمہ کمپنیاں کچھ شرائط اور پابندیوں کے ساتھ زیادہ پریمیم وصول کر سکتی ہیں اور/یا قبول کر سکتی ہیں۔

iv. نامنظور جوکھم

کچھ لوگ ایسے ہوتے ہیں جن کو طبی یا دیگر مسائل ہوتے ہیں، جو انہیں بیماریوں اور دعووں کے لیے انتہائی حساس بنا دیتا ہے۔ زیادہ امکان ہوتا ہے کہ ایسے افراد بیمار پڑ جائیں اور جو عام پول پر ذمہ داری کی غیر متناسب سطح کا سبب بن جائے۔ دوسرے لفظوں میں، جہاں پول میں موجود دوسرے لوگوں کے بیمار پڑنے کا اوسط یا کم اوسط سے امکان ہے، ان افراد کے بیمار ہونے کی بہت زیادہ امکان ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے پریمیم کی بلند شرحوں پر بھی ان کا بیمہ کروانا مشکل ہو جاتا ہے۔[کبھی ۔ کبھی، ایسے فرد اخلاقی جوکھم لاحق ہو سکتا ہے، جب وہ اپنے بیمار ہونے کے ضرورت سے زیادہ امکان کو ظاہر نہیں کرتے ہیں اور دوسرے عام لوگوں کی طرح بیمہ کروانے کی کوشش کریں۔] زیادہ تر بیمہ کمپنیاں ایسے جوکھموں کو مسترد کرتی ہیں اور مستقبل میں استعمال کے لیے ایسے لوگوں کا ڈیٹا بیس بناتی ہیں۔

'ناکارہ جوکھم' ہونے کا مطلب صرف ہے کہ ایک مخصوص بیمہ کمپنی اس مخصوص وقت پر اس قسم کی بیمہ پروڈکٹ کے لیے فرد کا بیمہ نہیں کروانا چاہتی ہے ۔ تاہم، یہ ممکن ہے کہ کوئی دوسری بیمہ کمپنی مختلف پریمیم پر اور/یا مختلف شرائط کے ساتھ اُس کا بیمہ کر سکتی ہے۔ وہی بیمہ کمپنی کسی بھی دوسری قسم کی پالیسی کے لیے یا بعد کی تاریخ میں بھی اسی پالیسی کے لیے، اگر شرائط بدل دی جائیں تو اس پر غور کر سکتی ہے۔

3. انڈر رائٹنگ کے عمل

انڈر رائٹنگ کا عمل دو سطحوں پر ہوتا ہے:

- ✓ پرائمری یا فیلڈ لیول پر یا
- ✓ انڈر رائٹنگ محکمہ سطح پر

a) بنیادی انڈر رائٹنگ

پرائمری انڈر رائٹنگ (یا فیلڈ لیول انڈر رائٹنگ) میں ایجنٹ یا کمپنی کے نمائندے کے ذریعے معلومات اکٹھی کرنا شامل ہے تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ کوئی درخواست دہندہ بیمہ کوریج کی پیشکش کرنے کا اہل ہے یا نہیں۔ ایجنٹ بنیادی انڈر رائٹنگ کا یہ اہم کردار

انجام دیتا ہے۔ وہ یہ جاننے کے لیے بہترین پوزیشن میں ہے کہ ممکنہ گاہک قابل بیمہ ہے یا نہیں۔

کچھ بیمہ کمپنیاں ایجنٹوں سے مطالبہ کرتی ہیں کہ وہ ایک بیان یا خفیہ رپورٹ فراہم کریں جس میں مخصوص معلومات، رائے اور سفارشات پیش کی جائیں۔

اسی طرح کی ایک رپورٹ، جسے **اخلاقی جوکھم رپورٹ** کہا جاتا ہے، یہ بیمہ کمپنی کے افسر سے بھی مانگی جا سکتی ہے۔ ایسی رپورٹیں عام طور پر صحت بیمہ کے لیے تجویز کرنے والے شخص کے پیشہ، آمدنی اور مالی حیثیت اور ساکھ کا کور کرتی ہیں۔

4. ایجنٹ کے دھوکا دھڑی کی نگرانی والی کردار

بیمہ کے لیے جوکھم کے انتخاب کے بارے میں فیصلہ ان حقائق پر منحصر ہے جو تجویز کنندہ نے تجویز فارم میں ظاہر کیے ہیں۔ دفتر میں بیٹھے انڈررایٹر کے لیے یہ جاننا مشکل ہوگا کہ آیا یہ حقائق درست ہیں یا بیمہ کمپنی کو دھوکہ دینے کے ارادے سے دھوکہ دہی سے غلط بیانی پیش کی گئی ہے۔

ایجنٹ یہاں بنیادی بیمہ شدہ کے طور پر ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ چونکہ ایجنٹ کا تجویز کنندہ کے ساتھ براہ راست ذاتی رابطہ ہوتا ہے، وہ اس بات کا پتہ لگانے کے لیے سب سے اچھی بہترین پوزیشن میں ہوتا ہے کہ پیش کی گئی معلومات درست ہیں اور کیا کوئی جان بوجھ کر غیر انکشاف یا غلط بیانی تو نہیں کی گئی ہے۔

a) انڈر رائٹنگ ڈیپارٹمنٹ کا کردار

بیمہ کمپنی کے دفتر میں انڈر رائٹنگ کا شعبہ بڑا کردار ادا کرتا ہے۔ یہاں، ماہرین جو اس قسم کے کام میں مہارت رکھتے ہیں، کسی خاص جوکھم سے وابستہ تمام متعلقہ ڈیٹا، اور یہاں تک کہ کچھ آبادیاتی ڈیٹا پر غور اور تجزیہ کریں، آخر میں، وہ فیصلہ کرتے ہیں کہ بیمہ کی پیشکش کو قبول کرنا ہے یا نہیں، شرائط کیا ہوں گی اور مناسب پریمیم کیا ہوگا۔

c. آئی آر ڈی اے آئی کے دیگر صحت بیمہ ریگولیشنز

بیمہ شدہ کے فائدے کے لیے، ریگولیٹر نے کچھ تبدیلیاں بھی کی ہیں جیسا کہ ذیل میں دیا گیا ہے۔

a. لائف بیمہ دار کو پریمیم کے علاوہ کسی بھی انڈر رائٹنگ لوڈنگ کے بارے میں مطلع کیا جائے گا اور پالیسی جاری کرنے سے پہلے ایسی لوڈنگ کے لیے پالیسی ہولڈر کی مخصوص رضامندی حاصل کی جائے گی۔

b. اگر بیمہ کمپنی کو مزید معلومات کی ضرورت ہوتی ہے، جیسے کہ کسی پالیسی کے بعد کے مرحلے پر یا اس کی تجدید کے وقت پیشے کی تبدیلی، بیمہ شدہ کو مقررہ معیاری فارم کو پُر کرنا ہوگا جو پالیسی دستاویز کا حصہ بنے گا۔

c. بیمہ کمپنیاں پالیسی ہولڈرز کو ایک ہی بیمہ کمپنی کے ساتھ تیزی سے داخلے، مسلسل تجدید، سازگار دعووں کے تجربے وغیرہ کے لحاظ سے انعام دینے کے لیے مختلف نظام لے کر آئی ہیں؛ وہ پراسپیکٹس اور پالیسی دستاویز میں اس طرح کے طریقہ کار یا مراعات کا بیان کرتی ہیں۔

D. صحت بیمہ کی پورٹیبلٹی

آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے انفرادی صحت بیمہ کے پالیسی ہولڈرز (بشمول فیملی کور تمام ممبران)، پہلے سے موجود بیماریوں کے لیے حاصل کردہ کریڈٹ اور ایک بیمہ کمپنی سے دوسری یا اسی بیمہ کمپنی کے ایک پلان سے وقتی اخراج کے لیے پورٹیبلٹی کو بڑھایا گیا ہے دوسرے منصوبے میں منتقل کرنے کے حق کے طور پر تعریف اس طرح کی گئی ہے، بشرطیکہ پچھلی پالیسی کو بغیر کسی رکاوٹ کے جاری رکھا گیا ہو۔

پورٹیبلٹی ایک ایسی فراہمی ہے جس کے ذریعے بیمہ شدہ ایک بیمہ کمپنی سے دوسری کمپنی کو ایک مدت کے دوران حاصل ہونے والے تمام منافع کے ساتھ منتقل کر سکتا ہے۔ طلباء 22 جولائی 2020 کو صحت بیمہ بزنس میں پروڈکٹس کی فائلنگ سے متعلق آئی آر ڈی اے آئی کی جامع ہدایات پڑھ سکتے ہیں، جس میں پورٹیبلٹی سمیت بہت سے طریقوں کو معیاری بنانے کے لیے اصول وضع کیے گئے ہیں۔

آئی آر ڈی اے آئی نے لازمی قرار دیا ہے کہ عام بیمہ کمپنیوں اور صحت بیمہ کمپنیوں بشمول فیملی فلوٹر پالیسیوں کے ذریعہ جاری کردہ تمام انفرادی معاوضہ صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت پورٹیبلٹی کی اجازت دی جائے۔

لیکن پورٹنگ صرف رینیول کے وقت کی جا سکتی ہے۔ انتظار کی مدت کے کریڈٹ کے علاوہ، نئی پالیسی کی دیگر شرائط بشمول پریمیم کا فیصلہ نئی بیمہ کمپنی کرے گی۔ طریقہ کار سے، بیمہ دار کو تجدید سے کم از کم 45 دن پہلے پرانی بیمہ کمپنی کو پورٹ کرنے کی درخواست کرنی چاہیے، یہ بتاتے ہوئے کہ پالیسی کو کس کمپنی میں پورٹ کیا جاتا ہے۔ پالیسی کو بغیر کسی رکاوٹ کے تجدید کیا جائے گا (اگر پورٹنگ جاری ہے تو 30 دن کی رعایتی مدت ہے)۔ آئی آر ڈی اے نے ایک ویب پر مبنی سہولت بنائی ہے جہاں بیمہ کمپنیوں کے ذریعے افراد کو پاس جاری کیے جاتے ہیں تمام صحت بیمہ پالیسیوں کے ڈیٹا پر مشتمل ہے، تاکہ نئی بیمہ کمپنی کو بغیر کسی رکاوٹ کے پورٹنگ پالیسی ہولڈر کی صحت بیمہ ہسٹری کے بارے میں ڈیٹا تک رسائی حاصل کرنے کے قابل بنایا جا سکے۔

E. صحت بیمہ کی منتقلی

پہلے سے موجود بیماریوں کے لیے صحت بیمہ پالیسی ہولڈرز (بشمول فیملی کور کے تحت تمام ممبران اور گروپ صحت بیمہ پالیسی کے ممبران) کے لیے موصول ہونے والے کریڈٹ کو منتقل کرنے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی نے پالیسی کی منتقلی یعنی مایگریشن کے تحت پالیسی ہولڈر کو اختیار دیا ہے (فیملی کور میں تمام فیملی ممبرز کے ساتھ گروپ پالیسی گروپ ممبروں کے ساتھ) وہ پری ایکزسٹنگ کنڈیشنوں اور موجودہ اخراج یا اکسلوزنس کے ساتھ اسی بیمہ کمپنی میں منتقل کر سکتا ہے۔

22 جولائی 2020 کو صحت بیمہ کے کاروبار میں پروڈکٹ فائل کرنے کے بارے میں 'آئی آر ڈی اے آئی' نے موجودہ گائڈلاینس پر نظرثانی کرتے ہوے صحت بیمہ پالیسیوں کی منتقلی سے متعلق ہدایات جاری کیں جس کے تحت انفرادی پالیسی ہولڈر (بشمول فیملی فلوٹر پالیسی کے تحت ممبران) کو معاوضے پر مبنی انفرادی صحت بیمہ پالیسی کی ہجرت کا اختیار دیا جائے گا جس کا استعمال پالیسی ہولڈر کے ذریعہ کیا جائے گا۔ گروپ پالیسیوں سے انفرادی پالیسیوں میں منتقلی انڈر رائٹنگ کے تابع ہوگی۔

پالیسی ہولڈر اپنی پالیسی کی منتقلی کے خواہش مند کو تمام خاندان کے ممبران کے ساتھ، اگر کوئی ہے تو، اپنی موجودہ پالیسی کی پریمیم تجدید کی تاریخ سے کم از کم 30 دن پہلے پالیسی کی منتقلی کے لیے بیمہ کمپنی کو درخواست دینے کی اجازت ہوگی۔ تاہم، اگر بیمہ کمپنی 30 دن سے کم مدت پر غور کرنے کے لیے تیار ہے، تو بیمہ کمپنی ایسا کر سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں اس کام کے لیے کوئی فیس نہیں چارج کریں گی۔

F. انشورنس کے بنیادی اصول اور انڈر رائٹنگ کے آلات

1. انڈر رائٹنگ کے لیے متعلقہ بنیادی باتیں

بیمہ کی کوئی بھی شکل، چاہے وہ لائف بیمہ ہو یا جنرل بیمہ، کے کچھ قانونی اصول ہوتے ہیں۔ جو جوکھموں کو قبول کرتے ہوئے کام کرتے ہیں۔ صحت بیمہ ان اصولوں کے تحت یکساں طور پر چلتا ہے۔ اصولوں کی کسی بھی خلاف ورزی کے نتیجے میں بیمہ کمپنی ذمہ داری سے بچنے کا فیصلہ کر سکتی ہے۔(یہ اصول عام ابواب میں زیر بحث آئے ہیں۔)

2. انڈر رائٹنگ کے لیے آلات

یہ انڈر رائٹر کے لیے معلومات کے ذرائع ہیں۔ ان کی بنیاد پر، خطرے کی درجہ بندی کی جاتی ہے اور آخر میں پریمیم کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔ انڈر رائٹنگ کے اہم آلات درج ذیل ہیں:

a) تجویز فارم

یہ دستاویز معاہدے کی بنیاد ہے، جہاں تجویز کنندہ کی صحت اور ذاتی معلومات (یعنی عمر، پیشہ، قد، عادات، صحت کی حیثیت، آمدنی، پریمیم ادائیگی کی تفصیلات وغیرہ) سے متعلق تمام اہم معلومات اکٹھی کی جاتی ہیں۔ لائف بیمہ دار کی طرف سے معلومات کی کوئی بھی خلاف ورزی یا دباو پالیسی کو باطل کر دے گا۔(اس پر عام ابواب میں بحث کی گئی ہے۔)

b) عمر کا ثبوت

پریمیم کا تعین بیمہ شدہ زندگی کی عمر کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ لہذا، یہ ضروری ہے کہ اندراج کے وقت ظاہر کی گئی عمر کی تصدیق عمر کا ثبوت پیش کرکے کی جائے۔

مثال

ہندوستان میں، بہت سی دستاویزات ہیں جنہیں عمر کا ثبوت سمجھا جا سکتا ہے، لیکن ان میں سے سبھی قانونی طور پر قابل قبول نہیں ہیں۔ زیادہ تر درست دستاویزات کو دو وسیع زمروں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ وہ درج ذیل ہیں:

a) معیاری عمر کا ثبوت: ان میں سے کچھ میں اسکول کا سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ، رہائشی سرٹیفکیٹ، PANکارڈ وغیرہ شامل ہیں۔

b) غیر معیاری عمر کا ثبوت: ان میں سے کچھ میں راشن کارڈ، ووٹر شناختی کارڈ، بزرگوں کا اعلان، گرام پنچایت سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔

مالی دستاویزات

منتقل کرنے والے کی مالی حیثیت کو جاننا خاص طور پر منافع بخش مصنوعات اور اخلاقی خطرے مارل ہزاڈ کو کم کرنے کے متعلق ہے۔ تاہم،

عام طور پر مالی دستاویزات صرف درج ذیل صورتوں میں طلب کیے جاتے ہیں:

a) ذاتی حادثے کا کور یا

b) زیادہ بیمہ شدہ کوریج یا

c) جب مطلوبہ کوریج کے مقابلے میں بیان کردہ آمدنی اور پیشے کے درمیان کوئی ہم آہنگی نہ ہو۔

c) طبی رپورٹ

میڈیکل رپورٹ کی ضرورت بیمہ کمپنی کے معیارات پر مبنی ہے؛ یہ عام طور پر بیمہ شدہ کی عمر اور بعض اوقات منتخب کردہ کور کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے۔ تجویز فارم کے کچھ جوابات میں کچھ معلومات بھی شامل ہو سکتی ہیں جن کے لیے میڈیکل رپورٹ طلب کی گئی ہے۔

d) سیلز اہلکاروں کی رپورٹ

سیلز پرسن کو کمپنی کے لیے گراس روٹ انڈر رائٹر کے طور پر بھی دیکھا جا سکتا ہے ؛ وہ اپنی رپورٹ میں جو معلومات فراہم کرتے ہیں وہ اہم اور غور طلب ہوسکتی ہے۔ تاہم، سیلز کے اہلکاروں کو زیادہ کاروبار فراہم کرنے کی ترغیب ہوتی ہے، اس لیے مفادات کے تصادم ممکن ہیں، جن پر توجہ دی جانی چاہیے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

انڈر رائٹنگ میں انتہائی نیک نیتی کے اصول پر عمل کرنا _____ کے لیے ضروری ہے۔

I. **بیمہ کمپنی**

II. **بیمہ شدہ**

III. **بیمہ کمپنی اور بیمہ شدہ دونوں**

IV. **طبی معائنہ کار**

اپنے آپ کو چیک کریں 3

انشوریبل انٹرسٹ سے مراد ہے _____.

I. بیمہ کے لیے پیش کردہ جائیداد میں فرد کا مالی مفاد

II. جائیداد جو پہلے سے بیمہ شدہ ہے۔

III. نقصان میں ہر بیمہ کمپنی کا حصہ، جب ایک سے زیادہ بیمہ کمپنیاں ایک ہی نقصان کو کور کرتی ہیں۔

IV. نقصان کی رقم جو بیمہ کمپنی سے وصول کی جاسکتی ہے۔

G. انڈر رائٹنگ کے عمل

مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے بعد، انشورر پالیسی کی شرائط کا فیصلہ کرتا ہے۔ ذیل میں عام شکلیں ہیں جو صحت بیمہ بزنس کو انڈر رائٹنگ کے لیے استعمال کی جاتی ہیں:

1. میڈیکل انڈر رائٹنگ

میڈیکل انڈر رائٹنگ ایک ایساعمل ہے جس میں صحت بیمہ پالیسی کے لیے درخواست دینے والے شخص کی صحت کی حالت کا تعین کرنے کے لیے تجویز کنندہ سے میڈیکل رپورٹ طلب کی جاتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں جمع کی گئی صحت سے متعلق معلومات کا جائزہ لیتی ہیں تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آیا کوریج دیا جانا چاہیے، اگر ہاں، تو کس حد تک اور کن شرائط اور استثنیٰ ایکسکلوزنس پر۔ اس طرح، میڈیکل انڈر رائٹنگ خطرے کی قبولیت یا مسترد ہونے اور کور کی شرائط بھی لکھ سکتی ہے۔

مثال

طبی مسائل جیسے کہ ہائی بلڈ پریشر، زیادہ وزن/موٹاپا اور شوگر کی سطح میں اضافہ دل، گردے اور اعصابی نظام کی بیماریوں کے لیے مستقبل میں اسپتال میں داخل ہونے کا زیادہ امکان رکھتا ہے۔ لہٰذا، میڈیکل انڈر رائٹنگ کے خطرے کا اندازہ کرتے وقت ان شرائط پر احتیاط سے غور کیا جانا چاہیے۔

میڈیکل انڈر رائٹنگ کی گائیڈلاینس کے مطابق، تجویز کنندہ کی صحت کے بارے میں فیملی ڈاکٹر سے دستخط شدہ اعلامیہ یا ڈیکلیریشن بھی طلب کیا جا سکتا ہے۔

پہلی بار، 45-50 سال سے زیادہ عمر کے افراد کو صحت کے جوکھم کے پروفائل کا اندازہ لگانے اور اپنی موجودہ صحت کی حالت کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لیے عام طور پر مخصوص پیتھولوجیکل اسکریننگ سے گزرنا پڑتا ہیں۔ اس طرح کے ٹیسٹ پہلے سے موجود طبی مسائل یا بیماریوں کے پھیلاؤ کی بھی نشاندہی کرتے ہیں۔

2. غیر طبی انڈر رائٹنگ

صحت بیمہ کے لیے درخواست دینے والے زیادہ تر افراد کو طبی معائنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

اگر تجویز کنندہ نے تمام مادی حقائق کو پوری طرح اور سچائی کے ساتھ ظاہر کیا ہے اور ایجنٹ نے محتاط جانچ پڑتال کی ہے، تب بھی طبی معائنے کی بہت کم ضرورت ہو سکتی ہے۔

مثال

اگر کسی شخص کو طبی معائنے، انتظار کی مدت اور پروسیسنگ میں تاخیر کے طویل عمل سے گزرے بغیر فوری طور پر صحت بیمہ کوریج حاصل کرنے کی ضرورت ہے تو وہ نان میڈیکل انڈر رائٹنگ پالیسی کا انتخاب کر سکتا ہے۔ نان میڈیکل انڈر رائٹنگ پالیسیوں میں، پریمیم کی شرح اور بیمہ کی رقم کا تعین عمر، جنس، تمباکو نوشی کے زمرے، قد وغیرہ کی بنیاد پر صحت سے متعلق کچھ سوالات کے جوابات کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ یہ عمل تیز ہے، لیکن پریمیم نسبتاً زیادہ ہو سکتا ہے۔

3. عددی درجہ بندی یا نیومیرکل ریٹنگ کا طریقہ

اس طرح کی انڈر رائٹنگ میں کی جاتی ہے جس میں ہر ایک جوکھم کے اجزاء یا کمپوننٹس عددی یا فیصدی کے حساب سے انداز کیا جاتا ہے۔

عمر، جنس، ذات، پیشہ، رہائش، ماحول، قد، عادات، خاندان اور ذاتی تاریخ جیسے عوامل کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے اور پہلے سے طے شدہ معیار کی بنیاد پر عددی طور پر اسکور کیے جاتے ہیں۔

4. انڈر رائٹنگ کے فیصلے

انڈر رائٹنگ کا عمل مکمل ہو جاتا ہے جب موصول ہونے والی معلومات کا بغور جائزہ لیا جاتا ہے اور اسے خطرے کے مناسب زمروں میں درجہ بندی کیا جاتا ہے۔ مندرجہ بالا ذرائع اور ان کے فیصلے کی بنیاد پر، بیمہ کنندہ جوکھم کو ان زمروں میں درجہ بندی کرتا ہے:

a) معیاری شرحوں پر جوکھم قبول کرنا

b) اضافی پریمیم (لوڈنگ) پر جوکھم قبول کرنا، حالانکہ یہ طریقہ تمام کمپنیوں میں نہیں اپنایا جا سکتا ہے۔

c) ایک مخصوص مدت کے لیے کور کو ملتوی کرنا

d) کور کو مسترد کریں

e) جوابی پیشکش (کور کے کسی بھی حصے پر پابندی لگانا یا مسترد کرنا)

f) زیادہ کٹوتیوں یا شریک ادائیگیوں یعنی کو-پے کا اطلاق کرنا یا لگانا

g) پالیسی کے تحت مستقل اخراج کا نفاذ

اگر کسی بیماری کو مستقل طور پر خارج کر دیا جائے، پھر پالیسی سرٹیفکیٹ پر اس کی توثیق کی جاتی ہے۔ یہ معیاری پالیسی کے اخراج کے علاوہ ایک اضافی اخراج بن جاتا ہے اور معاہدے کا حصہ بنے گا۔

5. عام یا معیاری اخراج کا استعمال

مستثنیات یا ایکسکلوزنس زیادہ تر پالیسیوں میں نافذ ہوتے ہیں، جو ان کے تمام اراکین پر لاگو ہوتے ہیں۔ ان کو معیاری اخراج کے نام سے جانا جاتا ہے یا بعض اوقات عام اخراج بھی کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں معیاری اخراج کو لاگو کرکے اپنے جوکھم کو محدود کرتی ہیں۔ ان باتوں پر پہلے باب میں بحث ہو چکی ہے۔

6. شعبہ وار پریمیم

عام طور پر، پریمیم کا انحصار بیمہ شدہ زندگی کی عمر اور منتخب کردہ بیمہ کی رقم پر ہوگا۔ پریمیم فرق کچھ علاقوں جیسے دہلی اور ممبئی میں زیادہ دعوے کی لاگت کے ساتھ متعارف کرایا گیا ہے، جو کچھ بیمہ کمپنیوں کی مخصوص مصنوعات کے لیے سب سے زیادہ پریمیم زون کا حصہ ہیں۔ مثال کے طور پر، میٹروز اور 'A' زمرہ کے شہروں میں 55-65 سال کی عمر کے گروپ میں انفرادی پالیسیوں کا اندازہ اندور یا جموں جیسے شہر میں اسی عمر کے گروپ میں ملتے جلتے پالیسیوں سے زیادہ شرح پر لگایا جائے گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 4

میڈیکل انڈر رائٹنگ کے بارے میں درج ذیل میں سے کون سا بیان غلط ہے؟

I. اس میں میڈیکل رپورٹس حاصل کرنے اور جانچنے کی زیادہ قیمت شامل ہے۔

II. صحت کی بیمہ کے لیے طبی انڈر رائٹنگ میں موجودہ صحت کی حالت اور عمر اہم عوامل ہیں۔

III. حامیوں کو ان کے صحت کے خطرے کے پروفائل کا اندازہ لگانے کے لیے طبی اور پیتھولوجیکل ٹیسٹ کروانے کی ضرورت ہے۔

IV. فیصد کی تشخیص جوکھم کے ہر جزو پر کی جاتی ہے۔

H. گروپ کی سطح پر صحت بیمہ

صحت بیمہ کے گروپ کو قبول کرتے وقت، بیمہ کمپنیاں گروپ میں بعض اراکین کی موجودگی کے امکان کو مدنظر رکھتی ہیں، جن کو صحت کے سنگین اور مستقل مسائل ہو سکتے ہیں۔

1. گروپ صحت بیمہ

گروپ صحت بیمہ کی انڈر رائٹنگ کے لیے گروپ کی خصوصیات کا تجزیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، تاکہ اس بات کا جائزہ لینے کے لیے کہ آیا یہ بیمہ کمپنی کی انڈر رائٹنگ ہدایات کے ساتھ ساتھ بیمہ ریگولیٹرز کی طرف سے گروپ بیمہ کے لیے تجویز کردہ ہدایات کے تحت آتا ہے۔

گروپ صحت بیمہ کے لیے معیاری انڈر رائٹنگ کے عمل کو ان عوامل پر مجوزہ گروپ کی تشخیص کی ضرورت ہے:

a) گروپ کی قسم

b) گروپ کا سائز

c) صنعت کی قسم

d) کوریج کے لئے اہل شخص

e) کیا پورے گروپ کو کور کیا جا رہا ہے یا ممبروں کے پاس آپٹ آؤٹ کرنے (شامل نہیں ہونے)کا انتخاب ہے۔

f) کوریج کی سطح – سبھی کے لیے یکساں یا مختلف

g) جنس، عمر، ایک یا ایک سے زیادہ مقامات، گروپ کے اراکین کی آمدنی کی سطح، ملازمین کی آمدورفت کی شرح کے لحاظ سے گروپ کی ساخت؛ کیا پریمیم گروپ کے مالک نے پریمیم کی پوری ادائیگی کی ہے یا پریمیم کی ادائیگی ممبران کے لیے ضروری ہے

h) مختلف جغرافیائی مقامات پر پھیلے متعدد مقامات کی صورت میں تمام علاقے میں صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات میں فرق

i) تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (اپنی پسند یا بیمہ کمپنی کے ذریعے منتخب کیے گئے) یا خود بیمہ کمپنی کے ذریعے گروپ بیمہ کا انتظام کے لیے گروپ کے مالک کا انتخاب

j) مجوزہ گروپ کے پچھلے دعووں کا تجربہ

مثال

کانوں یا کارخانوں میں کام کرنے والے اراکین کے گروپ کو ایئرکنڈیشنڈ دفاتر میں کام کرنے والے اراکین کے گروپ سے زیادہ صحت کا جوکھم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ، بیماریوں کی نوعیت (جن سے یہ دعویٰ کیا گیا ہے) بھی دونوں گروہوں کے لیے بالکل مختلف ہونے کا امکان ہے۔ لہذا، بیمہ کمپنی دونوں صورتوں میں گروپ صحت بیمہ پالیسی کی قیمت اسی کے مطابق طے کرے گی۔

اسی طرح، آئی ٹی کمپنیوں جیسے زیادہ ٹرن اوور گروپس کی صورت میں منفی انتخاب سے بچنے کے لیے، بیمہ کمپنیاں احتیاطی اصول متعارف کروا سکتی ہیں، جس میں ملازمین کو بیمہ کا اہل بننے سے پہلے اپنی پروبیشن مدت پوری کرنی ضروری ہوتی ہے۔

2. آجر یعنی امپلایر-ملازمین گروپوں کے علاوہ دیگر کی انڈر رائٹنگ

آجر-ملازمین گروپ روایتی طور پر سب سے عام گروپ رہے ہیں جو گروپ صحت بیمہ پیش کرتے ہیں، گروپ کی ساخت کا کردار انڈر رائٹنگ کرتے وقت خاصہ اہم ہوتا ہے۔

صحت بیمہ غیر آجر ملازمین گروپوں کو بھی دیا جا سکتا ہے۔ آئی آر ڈی اے آئی نے مختلف گروپوں کے ساتھ کام کرنے میں بیمہ کمپنیوں کے ذریعہ اپنائے جانے والے نظریہ سے گروپ بیمہ کو ریگولیٹ کرنے کے لیے ہدایات جاری کر دی گئی ہیں۔ ایسے غیر آجر گروپوں میں شامل ہیں:

a) ایمپلائر ویلفیئر ایسوسی ایشنز

b) کسی خاص کمپنی کے ذریعہ جاری کردہ کریڈٹ کارڈ ہولڈرز

c) کسی خاص کاروبار کے صارفین، جہاں بیمہ کو اضافی فائدہ کے طور پر دیا جاتا ہے۔

d) کسی بھی بینک اور پیشہ ورانہ انجمنوں یا معاشروں سے قرض لینے والے

I. غیر ملکی سفری انشورنس کی انڈر رائٹنگ

چونکہ غیر ملکی ٹریول بیمہ پالیسیوں کے تحت بنیادی کور ہیلتھ کور ہے، اس لیے ان کی انڈر رائٹنگ عام طور پر صحت بیمہ پیٹرن کی پیروی کرے گی۔

پریمیم درجہ بندی اور قبولیت کمپنی کے ہدایات کے مطابق مختلف ہوگی، لیکن کچھ اہم تحفظات ذیل میں دیے گئے ہیں:

1. پریمیم کی شرح تجویز کنندہ کی عمر اور غیر ملکی سفر کی مدت پر منحصر ہوگی۔
2. چونکہ بیرون ملک علاج مہنگا ہے، ہوم صحت بیمہ پالیسیوں کے مقابلے پریمیم کی شرحیں عام طور پر بہت زیادہ ہوتی ہیں۔
3. امریکہ اور کینیڈا جیسے ممالک سب سے زیادہ پریمیم رکھتے ہیں۔
4. تجویز کنندہ کے بیرون ملک طبی علاج کے مقصد کے لیے پالیسی استعمال کرنے کے امکان کو خارج کرنے کا خیال رکھا جانا چاہیے ؛ لہذا، کسی بھی پہلے سے موجود بیماری میں، تجویز کے مرحلے کو

احتیاط سے سمجھا جانا چاہئے.

J. ذاتی حادثے کی انشورینس کی انڈر رائٹنگ

ذاتی حادثے کی پالیسیوں کے لیے انڈر رائٹنگ کے تحفظات ذیل میں دیئے گئے ہیں:

ریٹنگ

ذاتی حادثاتی بیمہ میں، بیمہ شدہ کے قبضے کو اہم عنصر سمجھا جاتا ہے. کسی پیشے یا کاروبار سے وابستہ جوکھم کام کی نوعیت کے مطابق مختلف ہوتے ہیں. مثال کے طور پر، ایک آفس مینیجر کو اس مقام پر کام کرنے والے سول انجینئر کے مقابلے میں کام پر جوکھم کم ہوتا ہے جہاں عمارت کی تعمیر کی جا رہی ہو. شرح کا تعین کرنے کے لیے پیشوں کو گروہوں میں تقسیم کیا جاتا ہے، ہر گروپ کم و بیش ایک ہی جوکھم کی نمائندگی کرتا ہے.

جوکھم کی درجہ بندی

پیشہ کی بنیاد پر، بیمہ شدہ سے وابستہ خطرات کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

- **جوکھم گروپI**

اکاؤنٹنٹ، ڈاکٹر، وکلاء، اور انتظامی کام میں مصروف افراد، بنیادی طور پر ایسے ہی خطرے والے پیشوں سے وابستہ افراد.

- **جوکھم گروپII**

معمار، ٹھیکیدار اور انجینیئر سپرنٹنڈنس کے کاموں میں مصروف ہیں اور ایسے ہی خطرے کے پیشے سے وابستہ افراد. تمام افراد جو دستی مزدوری میں مصروف ہیں (سوائے گروپ III کے تحت آنے والوں کے).

- **جوکھم گروپ III**

زیر زمین بارودی سرنگوں میں کام کرنے یا پہیوں پر چلانے جیسی سرگرمیوں میں مصروف افراد اور ایسے ہی خطرناک پیشوں/سرگرمیوں میں شامل لوگ .

جوکھم گروپس کو بالترتیب 'نارمل'، 'اعتدال پسند' اور 'بائی' جوکھم کے نام سے بھی جانا جاتا ہے.

عمر کی حد

کام کرنے والی آبادی (آجر ملازمین) کے لیے عمر کی عمومی حد 18-70 سال ہے. تاہم، طلباء کی کم از کم عمر بھی 5 سال ہو سکتی ہے.

کور اور تجدید کے لیے کم از کم اور زیادہ سے زیادہ عمر کمپنی سے کمپنی میں مختلف ہوتی ہے.

فیملی پیکج کور

ذاتی حادثے کی پالیسی میں فیملی پیکج کا احاطہ بھی ہوتا ہے، جس میں بچوں اور غیر کمانے والے شریک حیات کو صرف موت اور مستقل معذوری (مکمل یا جزوی) کا کور کیا جاتا ہے.

گروپ پالیسیوں میں پریمیم کی چھوٹ

اگر بیمہ شدہ زندگی کی تعداد ایک خاص تعداد سے زیادہ ہے، 100 کہہ لیں، تو پریمیم میں گروپ ڈسکاؤنٹ کی اجازت ہے۔ تاہم، تعداد کم ہونے پر گروپ پالیسیاں جاری کی جاسکتی ہیں، جیسے کہ 25 - لیکن بغیر کسی چھوٹ کے۔

گروپ ڈسکاؤنٹ کا معیار

گروپ پالیسیاں صرف نامزد گروپوں کے حوالے سے جاری کی جائیں۔ گروپ ڈسکاؤنٹ اور دیگر فوائد حاصل کرنے کے مقصد کے لیے، مجوزہ "گروپ" کو واضح طور پر درج ذیل زمروں میں سے کسی ایک کے تحت آنا چاہیے :

- آجر اور ملازم کا رشتہ، بشمول ملازم کے زیر کفالت
- رجسٹرڈ کوآپریٹو سوسائٹی کا ممبر
- رجسٹرڈ سروس کلبوں کے ممبران
- بینکوں/ڈائنرز/ماسٹر/ویزا کے کریڈٹ کارڈ ہولڈرز

مندرجہ بالا زمروں کے علاوہ کسی دوسرے زمرے سے تعلق رکھنے والی تجاویز کی صورت میں، متعلقہ بیمہ کمپنیوں کے ٹیکنیکل ڈپارٹمنٹ کی طرف سے ان پر فیصلہ کیا جا سکتا ہے۔

پریمیم

پریمیم کی مختلف شرحیں نامزد ملازمین پر خطرے اور منتخب کردہ فوائد کی درجہ بندی کے مطابق لاگو ہوتی ہیں۔

آن ڈیوٹی کور

پرسنل ایکسیڈنٹ (پی اے پالیسیاں) میں آن-ڈیوٹی اور آف-ڈیوٹی دونوں مدتوں کے لیے یا الگ الگ کور ہو سکتے ہیں ۔ پریمیم کا انحصار سم انشورڈ، ڈیوٹی کے گھنٹوں کی تعداد وغیرہ پر ہوتا ہے۔ کچھ آجر صرف ڈیوٹی کی مدت کو محدود کرنے کو ترجیح دے سکتے ہیں۔

موت کے کور کا اخراج

موت کا فائدہ کے علاوہ گروپ پی اے پالیسیاں جاری کرنا ممکن ہے۔ یہ انفرادی کمپنی کے ہدایات کے ماتحت ہے۔

گروپ ڈسکاؤنٹس اور بونس/میلس

گروپ پالیسیوں کی تجدید کے تحت درجہ بندی کا فیصلہ دعوے کے تجربے کے حوالے سے کیا جاتا ہے۔

- سازگار تجربے کو تجدید پریمیم (بونس) میں رعایت کے ساتھ نوازا جاتا ہے۔
- منفی تجربے کی صورت میں، تجدید پریمیم لوڈنگ (میلس) کو پیمانے کے مطابق جرمانہ کیا جاتا ہے۔
- تجدید کے لیے عمومی شرحیں لاگو ہوں گی، اگر دعویٰ کا تجربہ، 70 فیصد ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

1) گروپ صحت بیمہ میں، جو بھی گروپ کا حصہ ہے وہ بیمہ کمپنی کے انتخاب کے خلاف ہوسکتا ہے۔
2) گروپ صحت بیمہ صرف آجر-ملازمین گروپوں کو کوریج فراہم کرتا ہے۔

I. بیان 1 درست ہے اور بیان 2 غلط ہے۔
II. بیان 2 درست ہے اور بیان 1 غلط ہے۔
III. بیان 1 اور بیان 2 درست ہیں۔
IV. بیان 1 اور بیان 2 درست ہیں۔

خود جوابات چیک کریں۔

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

باب H-05

صحت بیمہ کے دعوے

باب کا تعارف

اس باب میں ہم دعوے مینجمنٹ کے عمل، دعوے سے متعلق طریقہ کار اور صحت بیمہ میں دستاویزات کے بارے میں بات کریں گے۔ اس کے علاوہ، ہم ذاتی حادثاتی بیمہ کے تحت دعویٰ مینجمنٹ کے بارے میں بھی جانیں گے اور TPA کے کردار کو سمجھیں گے۔

قابل غور امور

A. بیمہ میں دعووں کا انتظام
B. صحت بیمہ دعووں کا انتظام
C. صحت بیمہ کے دعوے کی دستاویزات
D. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (TPA) کا کردار
E. دعووں کا انتظام - ذاتی حادثہ
F. دعووں کا انتظام – اوورسیز ٹریول بیمہ

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

a) بیمہ کے دعووں میں مختلف اسٹیک ہولڈرز کی وضاحت
b) یہ بتانا کہ صحت بیمہ کے دعووں کا انتظام کیسے کیا جاتا ہے۔
c) صحت بیمہ کے دعووں کے تصفیہ کے لیے درکار مختلف دستاویزات پر تبادلہ خیال کریں۔
d) یہ سمجھانا کہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے دعووں کے لیے ریزرو کیسے دستیاب کرائے جاتے ہیں۔
e) ذاتی حادثے کے دعووں پر بات کرنا
f) ٹی پی اے کے تصور اور کردار کو سمجھنا

A. بیمہ میں دعووں کا انتظام

یہ اچھی طرح سے سمجھا جاتا ہے کہ بیمہ ایک 'وعدہ' ہے اور پالیسی اس وعدے کی 'گواہ' ہے۔ کسی بھی بیمہ شدہ حادثہ ہونے پر پالیسی کے تحت دعوی کیا جاتا ہے جو اس وعدے کا سچا امتحان ہوتا ہے۔ بیمہ کمپنی کتنی اچھی کارکردگی کا مظاہرہ کرتی ہے، اس کا اندازہ اس بات سے لگایا جاتا ہے کہ وہ اپنے دعووں کو کس حد تک پورا کرتا ہے۔ کسی بیمہ کمپنی کو اچھی ریٹنگ تبھی حاصل ہوتی ہے جب کلیم ادائیگی اچھی طرح کرتی ہے۔

1. دعوے کے عمل میں حصہ دار

دعووں کو کیسے منظم کیا جاتا ہے، یہ دیکھنے سے پہلے دعووں کے عمل میں شریک حصے داروں یا اسٹیک ہولڈروں کے بارے میں سمجھنا ضروری ہے۔

شکل 1: دعووں کے عمل میں حصہ دار

گاہک	انشورڈ بیمہ خریدنے والا اور دعوے کا حاصل کرنے والا پہلا اسٹیک ہولڈر ہوتا ہے
مالکان	بیمہ کمپنی کے مالکان 'دعوے کے ادا کنندہ' کے طور پر بڑے اسٹیک ہولڈر ہوتے ہیں۔ گو کہ دعوے پالیسی ہولڈرز کے فنڈز سے پورے کیے جاتے ہیں، مگر زیادہ تر معاملات میں وہی وعدے کو پورا کرنے کے لیے ذمہ دار ہوتے ہیں۔
انڈر رائٹر	انڈررایٹر کی بیمہ کمپنی میں اور تمام دوسری بیمہ کمپنیوں میں بھی یہ ذمہ داری ہے کہ وہ دعووں کو سمجھے اور پروڈکٹ کو ڈیزائن کرے، پالیسی کی شرائط، اور قیمتوں کا تعین کرے۔
ریگولیٹر	ریگولیٹر (بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا) اپنے مقاصد میں ایک اہم اسٹیک ہولڈر

	ہے: ✓ بیمہ ماحول میں ترتیب کو برقرار رکھنا ✓ پالیسی ہولڈر کے مفادات کے تحفظ کے لیے ✓ بیمہ کمپنیوں کی طویل مدتی مالی صحت کو یقینی بنانا۔
تھرڈ پارٹی ایڈمینیسٹریٹر (ٹی پی اے)	انشورنس کمپنی اور گاہک کے لئے بحیثیت انٹرمیڈیری کام کرنے والے تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر صحت بیمہ کے دعووں پر کارروائی کرتے ہیں۔
بیمہ ایجنٹ / بروکر	بیمہ ایجنٹس / بروکرز نہ صرف پالیسیاں فروخت کرتے ہیں بلکہ ان سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ دعووں کی صورت میں صارفین کو سروس فراہم کریں گے۔
فراہم کنندہ/اسپتال	یہ اس بات کو یقینی بناتے ہیں کہ گاہک کو دعوی کا آسان تجربہ حاصل ہو، خاص طور پر جب اسپتال کو ٹی پی اے کے ذریعے نامزد کیا گیا ہو اور بیمہ کمپنی مریض کے وہاں داخل ہونے پر کیشلیس سروس دے۔

اس طرح دعووں کے بہتر انتظام کا مطلب ہے دعووں سے متعلق ان اسٹیک ہولڈرز میں سے ہر ایک کے مقاصد کا انتظام کرنا۔ بے شک ایسا ہوسکتا ہے اس میں سے کچھ مقاصد آپس میں ٹکرا جائیں۔

محفوظ کرنا یا فاینینشیل ریزرو: بہت سے معاملات میں، بیمہ کمپنیاں فوری طور پر دعووں کا تصفیہ کرنے کے قابل نہیں ہوسکتی ہیں؛ انہیں معلومات یا تنازعات، قانونی چارہ جوئی وغیرہ کے نتائج کا انتظار کرنا پڑ سکتا ہے۔ لہذا، انہیں ادائیگی تک دعوے کی رقم کو ریزرو میں رکھنا ہوتا ہے۔ ذخائر عام طور پر بقایا دعووں پر ادا کی جانے والی رقوم کے حقیقی تخمینے ہوتے ہیں۔

ریزرو بنانے کا مطلب ہے دعووں کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے فراہم کردہ رقم۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

درج ذیل میں سے کون صحت بیمہ دعوئ کے عمل میں اسٹیک ہولڈر نہیں ہے؟

I. گاہک

II. محکمہ پولیس

III. ریگولیٹر

IV. ٹی پی اے

B. صحت بیمہ دعووں کا انتظام

1. صحت بیمہ میں دعوے کا عمل

دعووں کو یا تو خود بیمہ کمپنی نبٹاتی ہے یا اس سلسلے میں اس کے اختیار کردہ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (TPA) کی خدمات کے ذریعہ فراہم کی جاتی ہے۔

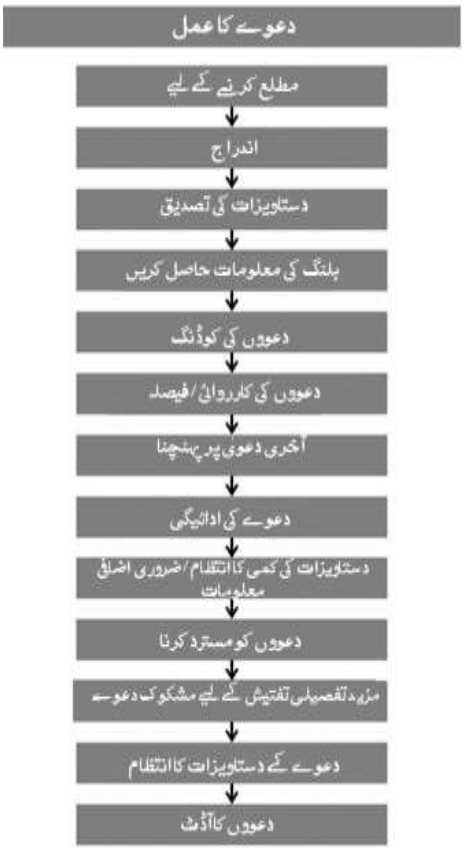
بیمہ کمپنی/ٹی پی اے کو دعوے کی اطلاع دینے سے لے کر پالیسی کی شرائط کے مطابق ادائیگی تک، صحت کا دعویٰ اچھی طرح سے طے شدہ مراحل سے گزرتا ہے، ہر ایک مرحلے کی اپنی اہمیت ہوتی ہے۔

ذیل میں بیان کردہ طریقہ کار میں صحت بیمہ (اسپتال میں داخل ہونے) کے معاوضے کی مصنوعات کا خصوصی حوالہ ہے، جو کہ صحت بیمہ کے کاروبار کا ایک بڑا حصہ ہیں۔

فکسڈ بینیفٹ پروڈکٹ یا کریٹیکل الینس یا ڈیلی کیش پروڈکٹ وغیرہ کے تحت کلیم کے لیے عمومی طریقہ کار اور معاون دستاویزات کافی مماثل ہوں گے، سوائے اس حقیقت کے کہ ایسی مصنوعات بغیر نقدی کی سہولت کے ساتھ نہیں آسکتی ہیں۔

معاوضہ اور معاوضے کے دعوے کے دونوں معاملات میں، بنیادی اقدامات ایک جیسے رہتے ہیں۔

شکل 2: دعوے کے عمل میں بڑے پیمانے پر یہ اقدامات شامل ہیں (شاید اسی ترتیب میں نہ ہوں)



a) مطلع کرنا

دعوے کا نوٹیفکیشن کسٹمر اور دعویٰ ٹیم کے درمیان رابطے کا پہلا موقع یا اسٹیج ہے۔ صارف یعنی کنزیومر کمپنی کو مطلع کر سکتا ہے کہ وہ اسپتال میں داخل ہونے کا منصوبہ بنا رہا ہے یا ہسپتال میں

داخل ہونے کے بعد اس کی اطلاع دی جائے گی، خاص طور پر ہنگامی صورت میں اسپتال میں داخل ہونے کے معاملے میں ۔

کچھ عرصہ پہلے تک، دعوے کے واقعے کی اطلاع دینا ایک رسمی حیثیت تھی۔ تاہم، حال ہی میں بیمہ کمپنیوں نے دعویٰ کی جلد از جلد اطلاع دینے پر اصرار کرنا شروع کر دیا ہے۔ عام طور پر طے شدہ ہونے پر پہلے اور ایمرجنسی کی صورت میں اسپتال داخل ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر مطلع کر دینا چاہیے۔یہ آج کل بہت آسان بھی ہو گیا ہے؛ اب موبائل ایپ/ بیمہ کمپنی کے ذریعہ چلائے جا رہے اور 24 گھنٹے کھلے رہنے والے کال سینٹروں/ ٹی پی اے کے ذریعہ سے اور انٹرنیٹ یا ای ۔ میل کے ذریعہ سے بھی اطلاع دی جا سکتی ہے۔

b) رجسٹریشن

جب معلومات کمپنی کو براہ راست یا TPA کے ذریعے موصول ہوتی ہے، اس کے بعد تفصیلات کو درستگی کے لیے ملایا جاتا ہے اور ایک حوالہ نمبر یا کلیم کنٹرول نمبر بنا کر دعویدار تک پہنچایا جاتا ہے۔ اس کے بعد دستاویزات کی کوریج کے لیے جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔ اور کیش لیس اسکیم (جس کے بارے میں بعد کے حصے میں بیان کیا گیا ہے) کے تحت منصوبہ بند سرجریوں کی معلومات موصول ہونے پر اسپتال کو ممکنہ لاگت کی پیشگی اجازت دی جاتی ہے۔

اگر کلیم کا پیسا اسپتال کا بل طے کرنے کے بعد یعنی ریمبرسمنٹ کا کلیم ہوتا ہے تو دعوے پر کارروائی اس کے قابل قبول ہونے کی بنیاد اور حتمی تصفیہ کے لیے بیمہ کی رقم، کٹوتی، ذیلی حد وغیرہ کے حوالے سے تفصیل سے جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔ دستاویزات میں اگر کمی ہو تو انشورر کو چاہیے کہ گاہک کو بار بار نہ بتاکر یکمشت بتائے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ دعویٰ پروسیسنگ میں نہ صرف اس بات کو یقینی بنانا شامل ہے کہ معاہدے کی شرائط کو پورا کیا جائے گا، بلکہ اس بات کو یقینی بنانا ہوگا کہ اسپتال اوور چارجنگ، ڈبل چارجنگ وغیرہ میں ملوث نہ ہوں۔

مثال

اسپتال میں داخل ہونے کا تعلق عام طور پر ایلوپیتھک طریقہ علاج سے ہوتا ہے۔ تاہم، مریض علاج کے دیگر طریقوں کو بھی اپنا سکتا ہے، جیسے:

- ✓ یونانی
- ✓ سدھا
- ✓ ہومیوپیتھی
- ✓ آیورویدِ
- ✓ قدرتی علاج (نیچروپیتھی) وغیرہ۔

زیادہ تر پالیسیاں اب ان علاجوں میں شامل ہوتی ہیں، حالانکہ ذیلی حدود ہو سکتی ہیں۔

ٹیلی میڈیسن: آئی آر ڈی اے آئی نے بیمہ کمپنیوں سے کہا ہے کہ وہ ٹیلی میڈیسن کی اجازت دیں جہاں میڈیکل بیمہ پالیسیوں کی شرائط و ضوابط کے تحت باقاعدہ طبی مشاورت کی اجازت دیں۔

اس سے پالیسی ہولڈرز کو مدد ملے گی جو آن لائن یا ٹیلی فون پر ڈاکٹروں سے مشورہ کرنے کو ترجیح دے سکتے ہیں تاکہ وہ اپنے گھروں سے باہر نکلنے سے گریز کریں یا اگر وہ کورونا وائرس کے انفیکشن کی وجہ سے خود کو کوارنٹائن میں رکھے ہوئے ہیں۔

قابل ادائیگی حتمی دعوی پر پہنچنا: قابل ادائیگی دعوی کی رقم کا تعین کرنے والے عوامل یہ ہیں:

a) پالیسی کے تحت ممبر کو بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ دستیاب ہے۔

b) پہلے سے کیے گئے کسی بھی دعوے کے مدنظر، ممبر کو پالیسی کے تحت بیمہ شدہ بیلنس دستیاب ہے۔

c) ذیلی حدود

d) بیماری کے لیے کسی خاص حد کی جانچ کرنا

e) یہ چیک کرنا کہ مجموعی بونس کے حقدار ہے یا نہیں۔

f) حد کے ساتھ کور کیے گئے دیگر اخراجات

آخر میں جو ادائیگی کی جائے گی وہ معقول اور روایتی چارجز ہیں، جس کا مطلب ہے خدمات یا سپلائیز کے لیے فیس، جو کسی خاص فراہم کنندہ کے لیے معیاری چارجز ہیں اور اس میں شامل بیماری/چوٹ کی نوعیت کی مدنظر، اسی یا اس جیسی خدمات کے لیے جغرافیائی علاقے میں مروجہ چارجز کے مطابق ہیں۔

پہلے ہر ٹی پی اے / بیمہ کمپنی کی اپنی ناقابل ادائیگی اشیاء کی فہرست ہوتی تھی، اب اسے آئی آر ڈی اے آئی صحت بیمہ اسٹینڈرڈائزیشن ہدایات کے تحت معیاری بنایا گیا ہے۔

c) دعوے کی ادائیگی

جب دعوے کی واجب الدا رقم یا پیبل کلیم اماؤنٹ طے ہو جانے تب گاہک یا اسپتال کو، جیسے بھی معاملہ ہو، دعوے کی ادائیگی کی جاتی ہے۔ ادائیگی چیک کے ذریعہ یا گاہک کے بینک کھاتے میں دعوے کی رقم منتقل کرکے کیا جاسکتا ہے۔

d) دعووں کو مسترد کرنا

صحت کے دعووں کا تجربہ بتاتا ہے کہ جمع کرائے گئے 10% سے 15% دعوے پالیسی کی شرائط کے تحت نہیں آتے۔ یہ کئی وجوہات کی بنا پر ہو سکتا ہے، جن میں سے کچھ درج ذیل ہیں:

i. داخلے کی تاریخ بیمہ کی مدت کے اندر نہیں ہے۔

ii. جس رکن کے لیے دعویٰ کیا گیا ہے اُسے کور نہیں کیا گیا ہے۔

iii. پہلے سے موجود بیماری کی وجہ سے (جہاں پالیسی ایسی حالت کو خارج کرتی ہے)۔

iv. بغیر کسی جائز وجہ دعویٰ داخل کرنے میں غیر ضروری تاخیر

v. کوئی فعال علاج نہیں؛ داخلہ صرف جانچ پڑتال کے لیے ہے۔

vi. علاج شدہ بیماری کو پالیسی کے تحت باہر رکھا گیا ہے ۔

vii. بیماری کی وجہ شراب یا نشیلی دواؤں کا غلط استعمال ہے۔

viii. 24 گھنٹے سے بھی کم وقت کے لیے اسپتال میں داخل۔

کسی بھی دعوے کا خارج کرنا (خواہ کسی وجہ سے ہو) بیمہ کمپنی کے ذریعہ صارف کو تحریری طور پر مطلع کیا جائے گا۔ عام طور پر، انکار کا ایسا خط واضح طور پر انکار کی وجہ بیان کرتا ہے، جس میں پالیسی کی شرائط و ضوابط بیان کیے گئے ہیں جن کی بنیاد پر دعویٰ مسترد کر دیا گیا تھا۔

دعویٰ کے فیصلے کے خلاف انشورڈ کو اپنے کیس کی لکھ کر شکایت کرنے کا اختیار نہ صرف بیمہ کمپنی سے ہے بلکہ وہ ذیل ایجنسیوں سے بھی رابطہ کر سکتا ہے:

- ✓ بیمہ محتسب یا انشورنس امبڈسمین یا
- ✓ کسٹمر کمیشن یا
- ✓ آئی آر ڈی اے آئی یا
- ✓ قانون کی عدالتیں

e) مشکوک دعووں کے لیے کمپنیوں/ٹی پی اے کی طرف سے مزید تفصیلی تفتیش کی ضرورت ہوتی ہے۔

جہاں بھی بیمہ کمپنی کو بدعنوانی کا شبہ ہو، وہ دعووں کی چھان بین کر سکتی ہے۔ صحت بیمہ میں دھوکہ دہی کے کچھ مثالیں یہ ہیں:

i. جس شخص کا علاج ہوا وہ انشورڈ خود نہ ہوکر کوئی دوسرا ہی، جس کو کہ امپرسونیشن کہا جاتا ہے۔

ii. اسپتا میں داخل ہوئے بغیر وہاں کے جالی کاغزات تیار کروانا۔

iii. اسپتال کی مدد سے یا دھوکہ دہی کے ارادے سے بنائے گئے اضافی بلوں کو شامل کرکے اخراجات کو بڑھا چڑھا کر دکھانا۔

iv. تشخیص کی لاگت جو بعض حالات میں زیادہ ہو سکتی ہے، کو کور کرنے کے لئے بیرون مریض یعنی آؤٹ ڈور پیشنٹ کی حیثیت کو داخلی مریض یعنی ان پشنٹ کی حیثیت سے دکھانا۔

واضح رہے کہ ایسے دعووں کے لیے جن کے لیے تحقیقات کروانے کی ضرورت ہو تو ایسی تحقیقات جلد مکمل ہونا چاہیے۔ کسی بھی صورت میں دعویٰ کی اطلاع موصول ہونے کی تاریخ سے 90 دن بعد کا نہیں ہونا چاہیے۔ تحقیقات مکمل ہونے کے 30 دنوں کے اندر دعویٰ کا تصفیہ ہونا چاہیے۔(براہ کرم IRDAI (پالیسی ہولڈرکا تحفظ)، 2017 کے ضوابط دیکھیں اور اس کے مطابق خود کو اپڈیٹ کریں)

f) ٹی پی اے کے ذریعے کیش لیس سیٹلمنٹ کا عمل

کیش لیس سہولت کیسے کام کرتی ہے؟ یہ ایک معاہدہ ہے جو بیمہ کمپنی اور ٹی پی اے کا اسپتال کے ساتھ ہوتا ہے۔ دیگر طبی خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ معاہدے بھی ممکن ہیں۔ کیش لیس سہولت فراہم کرنے کے لیے استعمال ہونے والے عمل پر اس سیکشن میں بحث کی گئی ہے:

ٹیبل 3.1

مرحلہ یا اسٹیپ 1	• صحت بیمہ کے تحت آنے والا صارف یا کنزیومر کسی بیماری یا چوٹ میں مبتلا ہے اور اس کے لیے اسے اسپتال میں داخل ہونے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ وہ (یا اس کی طرف سے کوئی بھی شخص) بیمہ کی تفصیلات کے ساتھ اسپتال کے بیمہ ڈیسک سے رابطہ کرتا ہے، جیسے: i. ٹی پی اے کا نام، ii. سبسکرائبر کا ممبرشپ نمبر، iii. بیمہ کمپنی کا نام وغیرہ
مرحلہ ۲	اسپتال ضروری معلومات مرتب کرتا ہے، جیسے: i. تشخیص ii. علاج، iii. علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام، iv. اسپتال میں داخل ہونے کے لیے تجویز کردہ دنوں کی تعداد اور v. متوقع لاگت • یہ معلومات ایک فارمیٹ میں پیش کی جاتی ہیں جسے کیش لیس اتھارٹی فارم کہتے ہیں۔
مرحلہ ۳	• ٹی پی اے کیش لیس اتھارٹی فارم میں فراہم کردہ معلومات کا مطالعہ کرتا ہے اور فیصلہ کرتا ہے کہ کیا کیش لیس اجازت دی جا سکتی ہے اور اگر ایسا ہے تو، وہ رقم جس کے لیے اسے اختیار کیا جانا چاہیے؛ اسپتال کو بنا تاخیر اس کی اطلاع دی جاتی ہے۔
مرحلہ ۴	ٹی پی اے کی طرف سے طے شدہ یا آتھورازڈ رقم کو مریض کے کھاتے میں بطور کریڈٹ رکھتے ہوئے، اسپتال مریض کا علاج کرتا ہے۔ ممبر سے پالیسی کے تحت نہ کور ہونے والے کے اخراجات اور پالیسی کنڈیشن کے مطابق اس کی شراکت کا حصہ یعنی کو-پے کی رقم جمع کرنے کو کہا جاتا ہے۔
مرحلہ ۵	• جب مریض اسپتال سے ڈسچارج ہونے کے لیے تیار ہوتا ہے، تو اسپتال بیمہ میں شامل علاج کے اصل چارجز کے خلاف منظور شدہ مریض کے کھاتے میں موجود رقم ٹی پی اے کی طرف سے کریڈیٹ کی رقم کی جانچ کرتا ہے ۔ • اگر کریڈیٹ کم ہے، تو اسپتال نقدی بغیر علاج کے لیے کریڈیٹ کی اضافی منظوری کے لیے درخواستیں کرتا ہے۔ • ٹی پی اے اس کا تجزیہ کرتا ہے اور اضافی رقم کی منظوری دیتا ہے۔

مرحلہ ٦	• مریض کلیم کا غیر قابل قبول حصہ یعنی نان-ایڈمیسیبل بورشن خود ادا کرتا ہے اور اسے اسپتال سے چھٹی دے دی جاتی ہے اس سے دعویٰ فارم اور بل پر دستخط کرنے کو کہا جائے گا تاکہ دستاویز کی کارروائی مکمل کی جا سکے۔
مرحلہ ٧	• اسپتال تمام دستاویزات کو یکجا کرتا ہے اور بل پر کارروائی کے لیے دستاویزات ٹی پی اے کو جمع کرواتا ہے۔
مرحلہ ٨	• TPA دعوے پر کارروائی کرے گا اور تفصیلات کی تصدیق کے بعد اسپتال کو ادائیگی کی سفارش کرے گا۔

g) گاہک کو یقینی بنانا ہوگا کہ اس کی بیمہ کی تفصیلات اس کے پاس ہیں۔

اس میں اس کا TPA کارڈ، پالیسی کی کاپی، کور کی شرائط و ضوابط وغیرہ شامل ہیں۔

جب یہ دستیاب نہ ہوں، تو وہ معلومات حاصل کرنے کے لیے ٹی پی اے (24 گھنٹے کی ہیلپ لائن کے ذریعے) سے رابطہ کر سکتا ہے۔

i. گاہک کو یہ دیکھنا ہوتا ہے کہ آیا اس کے کنسلٹنگ فزیشن کا تجویز کردہ اسپتال TPA کے نیٹ ورک میں شامل ہے۔ اگر نہیں، تو اسے TPA کے ساتھ دستیاب اختیارات کو تلاش کرنا پڑے گا، جہاں اس طرح کے علاج کے لیے کیش لیس سہولت دستیاب ہے۔

ii. اسے یقینی بنانا ہوگا کہ اجازت سے پہلے کے فارم میں درست تفصیلات درج کی گئی ہیں۔ اس فارم کو 2013 میں جاری کردہ صحت بیمہ میں اسٹینڈرڈازیسن سے متعلق آئی آر ڈی اے آئی کی گایڈلاینس کے مطابق معیاری بنایا گیا ہے۔ اگر معاملہ واضح نہیں ہے، تو ٹی پی اے کیش لیس سہولت سے انکار یا سوال اٹھا سکتا ہے۔

iii. اسے یقینی بنانا چاہیے کہ اسپتال کے چارجز حدود کے مطابق ہوں جیسے کمرے کا کرایہ یا مخصوص علاج جیسے موتیا بند پر کیپس۔

iv. گاہک کو ڈسچارج ہونے سے پہلے TPA کو مطلع کرنا ہوگا اور اسپتال سے TPA کو کوئی اضافی منظوری بھیجنے کی درخواست کرنی ہوگی جو چھٹی سے پہلے ضروری ہو سکتا ہے تاکہ یقینی بنایا جا سکے کہ مریض کو غیر ضروری انتظار نہ کرنا پڑے

یہ بھی ممکن ہے کہ گاہک اسپتال میں بغیر نقدی کے علاج کی درخواست کرے اور اس کی منظوری لیتا ہے، لیکن مریض کو کہیں اور داخل کرنے کا فیصلہ کرتا ہے۔ ایسی صورت میں، صارف کو مطلع کرنا چاہئے اور اسپتال سے کہا جائے کہ وہ ٹی پی اے کو مطلع کرے کہ کیش لیس سہولت استعمال نہیں کی جا رہی ہے۔

اگر ایسا نہیں کیا جاتا ہے تو، منظور شدہ رقم گاہک کی پالیسی میں روکی جا سکتی ہے اور اس سے بعد کی درخواستوں کی قبولیت پر منفی اثر پڑ سکتا ہے۔

C. صحت بیمہ کے دعوے کی دستاویزات

یہ سیکشن وضاحت کرتا ہے صارفین یا کنزیومر کی طرف سے جمع کروائے جانے والے مطلوبہ دستاویزات اور ان کے کنٹینٹ کی:

1. اسپتال سے ڈسچارج کی تفصیلات

سب سے اہم دستاویز اسپتال سے ڈسچارج کی تفصیلات کہی جا سکتی ہیں، جو صحت بیمہ کلیم پر کارروائی کرنے کے لیے درکار ہے۔ یہ مریض کی حالت اور علاج کی لائن کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرتا ہے؛ اس سے دعویٰ پر کارروائی کرنے والے شخص کو بیماری/چوٹ اور علاج کی لائن کو سمجھنے میں بہت مدد ملتی ہے۔ جہاں مریض بدقسمتی سے زندہ نہیں رہتا، وہاں کے بہت سے اسپتالوں میں ڈسچارج کی تفصیلات کو "ڈیتھ سمری" کہا جاتا ہے۔ خارج ہونے والی تفصیلات ہمیشہ اصل میں مانگی جاتی ہیں۔

2. تحقیقاتی رپورٹ

ٹیسٹ رپورٹ تشخیص اور علاج کا موازنہ کرنے میں مدد کرتی ہے، جس میں مریض کی صحیح حالت کو سمجھنے کے لیے ضروری معلومات فراہم کی جاتی ہیں، جس کی وجہ سے علاج اور ہسپتال میں داخل ہونے کے دوران مختلف طریقہ کار انجام پائے ؛ مثلاً خون کے ٹیسٹ کی رپورٹس، ایکسرے رپورٹس اور بائیوپسی کی رپورٹس۔ بیمہ کمپنی خصوصی درخواست پر صارف کو ایکس رے اور دیگر فلمیں واپس کر سکتی ہے۔

3. یکجا اور تفصیلی بل :

یہ وہ دستاویز ہے جو طے کرتا ہے کہ بیمہ پالیسی کے تحت کتنی رقم ادا کرنا ہے۔ جہاں الگ الگ مدوں کے بریک اپ کے ساتھ مجموعی بل مجموعی بنایا جاتا ہے۔ بل اصل یعنی اوریجنل ہونا چاہیے

4. ادائیگی کی رسید

صحت بیمہ دعوی کی ادائیگی کے لیے اسپتال سے ادا کی گئی رقم کے لیے ایک رسمی رسید بھی درکار ہوگی، جو کہ بل کی کل رقم ہونی چاہیے۔

رسید پر نمبر اور/یا مہر لگی ہونی چاہیے اور اصل یعنی اوریجنل جمع کی جانی چاہیے۔

5. دعویٰ فارم

دعویٰ فارم دعوے پر کارروائی کے لیے ایک رسمی اور قانونی درخواست ہے؛ یہ گاہک کے دستخط کے ساتھ اصل یا اوریجنل دیا جاتا ہے۔ دعویٰ فارم کو اب آئی آر ڈی اے آئی نے معیاری بنایا ہے۔

بیماری، علاج وغیرہ کی تفصیلات کے علاوہ، دعویٰ فارم میں بیمہ شدہ کی طرف سے کیا گیا اعلان یا ڈیکلیریشن قانونی لحاظ سے سب سے اہم دستاویز ہے۔

6. شناخت کا ثبوت

ہماری زندگی میں مختلف سرگرمیوں میں شناخت کے ثبوت کے بڑھتے ہوئے استعمال کے ساتھ، شناخت کا عمومی ثبوت اس بات کی تصدیق کرنے میں مدد کرتا ہے کہ آیا وہ شخص جس کا کور کیا گیا ہے۔ اور جس شخص کا علاج کیا گیا، دونوں ایک ہیں۔ عام طور پر مانگے جانے والے شناختی دستاویزات ووٹر آئی ڈی، ڈرائیونگ لائسنس، پین کارڈ، آدھار کارڈ وغیرہ ہو سکتے ہیں۔

7. خصوصی دعووں کے لیے ہنگامی دستاویز

کچھ ایسے دعوے ہیں جن کے لیے اوپر بیان کردہ کے علاوہ اضافی دستاویزات کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ ہیں:

a) حادثے کے دعوے، جہاں رجسٹرڈ پولیس اسٹیشن کو اسپتال کی طرف سے جاری کردہ ایف آئی آر یا میڈیکو لیگل سرٹیفکیٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

b) پیچیدہ یا زیادہ قیمت کے دعووں کی صورت میں کیس انڈور پیپر۔

c) ڈائلیسس/کیموتھراپی/فزیو تھراپی چارٹ، جہاں قابل نافذ ہو۔

d) اسپتال کا رجسٹریشن سرٹیفکیٹ، جہاں اسپتال کی تعریف کی تعمیل کی جانچ کرنا ضروری ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

ان میں سے کون سی دستاویزات اسپتالوں کے پاس ہیں جن میں مریض کے ہونے والے تمام علاج کے بارے میں معلومات موجود ہیں؟

I. جانچ رپورٹ

II. ڈسچارج کی معلومات

III. کیس پیپر

IV. ہسپتال رجسٹریشن سرٹیفکیٹ

اپنے آپ کو چیک کریں 3

دعوے کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے فراہم کی گئی رقم کو _____ کہا جاتا ہے۔

I. پولینگ

II. اکاؤنٹنگ

III. محفوظ کرنا

IV. سرمایہ کاری

D. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے) کا کردار

ٹی پی اے کے کردار پر بھی پچھلے ابواب میں بحث کی جا چکی ہے۔ ٹی پی اے کی طرف سے پیش کردہ خدمات کو جاننا ضروری ہے، تاکہ بیچنے والے کے ذریعہ گاہک کو مناسب خدمات فراہم کی جاسکیں۔

ٹی پی اے خدمات کا دائرہ بیمہ پالیسی کے فروخت ہونے اور پالیسی جاری ہونے کے بعد شروع ہوتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں ٹی پی اے استعمال نہ کرنے کی صورت میں، کمپنی کی ٹیم ایسی خدمات فراہم کرتی ہے۔

1. صحت بیمہ آفٹر سیلز سروس

a) ایک بار پیشکش (اور پریمیم) قبول ہو جانے کے بعد، کوریج شروع ہو جاتی ہے۔

b) اگر ٹی پی اے کو پالیسی کو سروس فراہم کرنے کے لیے استعمال کیا جانا ہے، تو بیمہ کمپنی ٹی پی اے کو صارف اور پالیسی کے بارے میں معلومات فراہم کرتی ہے۔

c) TPA اراکین کو نامزد کرتا ہے (جہاں تجویز کنندہ پالیسی لینے والا شخص ہے، ممبران وہ ہیں جو پالیسی کے تحت آتے ہیں) اور براہ راست یا الیکٹرانک کارڈ کی شکل میں رکنیت کی شناخت جاری کر سکتا ہے۔

d) ٹی پی اے کے ساتھ رکنیت کا استعمال کیش لیس سہولت حاصل کرنے کے ساتھ ساتھ دعووں پر کارروائی کے لیے کیا جاتا ہے، جب ممبر کو اسپتال میں داخل ہونے یا احاطہ شدہ علاج کے لیے پالیسی کی حمایت کی ضرورت ہوتی ہے۔

e) ٹی پی اے دعوے یا کیش لیس درخواست پر کارروائی کرتا ہے اور بیمہ کمپنی کے ساتھ طے شدہ وقت کے اندر خدمات فراہم کرتا ہے۔

f) بیمہ شدہ افراد کے پاس ایک شناختی کارڈ ہونا چاہیے، انہیں پالیسی اور ٹی پی اے سے جوڑنا چاہیے۔

g) کیش لیس سہولت کی درخواست کے لیے فراہم کردہ معلومات کی بنیاد پر ٹی پی اے اسپتال کو پیشگی اجازت یا ضمانت کا خط جاری کرتا ہے۔

h) جہاں معلومات غیر واضح ہوں یا دستیاب نہ ہوں، ٹی پی اے کیش لیس درخواست کو مسترد کر سکتا ہے۔ ایسے معاملات میں معاوضے کی بنیاد پر دعوے کی چھان بین کی جا سکتی ہے۔

2. گاہک سے تعلقات اور رابطے کا انتظام یا کسٹمر ریلیشنشپ اور کانٹیکٹ مینیجمنٹ

چونکہ **TPAs** کلیموں کی سروس فراہم کرنے میں ملوث ہیں، ان کے پاس عام طور پر شکایت کے ازالے کا نظام ہوتا ہے۔

E. دعووں کا انتظام - ذاتی حادثہ

جب کسی دعوے کے بارے میں مطلع کیا جاتا ہے، تو ان پہلوؤں کو مدنظر رکھا جانا چاہیے:

a) وہ شخص جس کے بارے میں دعویٰ کیا جاتا ہے وہ پالیسی کے تحت آتا ہے۔

b) پالیسی حادثے کی تاریخ پر لاگو یا افیکٹیو ہے اور پریمیم موصول ہو گیا ہے۔

c) نقصان پالیسی کی مدت میں ہوا ہے۔

d) نقصان "حادثے" سے ہوتا ہے بیماری سے نہیں۔

e) کسی بھی دھوکہ دہی کی وجہ کی چھان بین کریں اور اگر ضروری ہو تو تحقیقات کریں۔

f) دعویٰ رجسٹر کرنا اور اس کے لیے ریزرو بنانا

g) ٹرنارا ؤنڈ ٹائم (دعوے کی خدمت کا وقت) پر نظر رکھنے اور گاہک کو دعوے کی پیش رفت کے بارے میں آگاہ رکھنے کے لیے۔

1. دعووں کی تحقیقات

دعوے کی تفتیش کا مطلب دعویٰ کی درستگی، نقصان کی اصل وجہ اور نقصان کی گنجائش کا پتہ لگانا ہے۔ دعوے کی دستاویز کی وصولی پر، اگر کوئی دعویٰ مشکوک پایا جاتا ہے، تو اسے دعوے کی تصدیق کے لیے اندرونی/پیشہ ور تفتیش کار کے حوالے کیا جا سکتا ہے۔

مثال

معاملے سے متعلق ہدایات کی مثال:

روڈ ٹریفک حادثہ

i. واقعہ کب پیش آیا - صحیح وقت، تاریخ اور جگہ کیا تھی؟ تاریخ اور وقت

ii. کیا بیمہ شدہ پیدل چل رہا تھا، مسافر/پچھلی سیٹ پر سفر کر رہا تھا یا حادثے میں ملوث گاڑی چلا رہا تھا؟

ذاتی حادثے کے دعووں میں ممکنہ دھوکہ دہی اور لیکیج کی کچھ مثالیں:

i. ٹی ٹی ڈی مدت کو بڑھا کر بتانا۔

ii. بیماری کو حادثے کے طور پر پیش کرنا، جیسے پیتھولوجیکل وجوہات کی وجہ سے کمر میں درد، گھر میں 'گرنے/ پھسلنے' کی اطلاع کے بعد PA دعوے میں بدل جاتا ہے۔

ڈسچارج واؤچر ذاتی حادثے کے دعوے کے تصفیہ کے لیے ایک اہم دستاویز ہے، خاص طور پر ایسے معاملات میں جہاں موت کے دعوے شامل ہوں۔ پروپوزل کے وقت نامزد شخص یعنی نامنی کی تفصیلات حاصل کرنا ضروری ہے جو پالیسی دستاویز کا ایک حصہ ہوتا ہے۔

2. دعوی کے دستاویزات - ہر کمپنی کی فہرست دیتی ہے

a) دعویدار کے نامزد/خاندان کے رکن کے دستخط والا ذاتی حادثے کا دعویٰ فارم درست طریقے سے پُر کیا گیا ہونا چاہیے۔

b) فرسٹ انفارمیشن رپورٹ کی اصل یا تصدیق شدہ کاپی۔

c) موت کے سرٹیفکیٹ کی اصل یا تصدیق شدہ کاپی۔

d) اگر پوسٹ مارٹم کیا گیا ہے، تو اُس کی رپورٹ کی تصدیق شدہ کاپی۔

e) اے ایم ایل (اینٹی منی لانڈرنگ) دستاویزات کی تصدیق شدہ کاپی- نام کی تصدیق کے لیے (پاسپورٹ/پین کارڈ/ووٹر آئی ڈی/ڈرائیونگ لائسنس)، تلاش کی تصدیق کے لیے (ٹیلی فون بل/بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات، بجلی کا بل/راشن کارڈ)۔

f) قانونی وارث سرٹیفکیٹ، جس میں حلف نامہ اور معاوضہ بونڈ دونوں شامل ہیں، ان پر تمام قانونی ورثاء کے دستخط شدہ اور نوٹری کی مہر ہونی چاہئیں۔

g) مستقل معذوری کا سرٹیفکیٹ سول سرجن یا کسی بھی مساوی قابل ڈاکٹر کی طرف سے جو تاحیات بیمہ شدہ کی معذوری کی تصدیق کرتا ہے۔

h) علاج کرنے والے ڈاکٹر کا میڈیکل سرٹیفکیٹ جس میں معذوری کی قسم اورمعذوری کی مدت کی نشاندہی ہوتی ہے۔ چھٹی کی صحیح مدت کی تفصیلات بتاتے ہوئے، آجر یعنی امپلایر سے چھٹی کا سرٹیفکیٹ، جس پر اس کے دستخط شدہ اور مہر بند ہو ۔

مندرجہ بالا فہرست مختصر ہے، کیس کے مخصوص حقائق، خاص طور پر مشتبہ دھوکہ دہی کے مقدمات کی تفتیش کے لحاظ سے مزید دیگر دستاویزات (بشمول زخم کے نشانات، جائے حادثہ کی تصاویر وغیرہ) کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 4

مستقل مکمل معذوری کے دعوے کے لیے درج ذیل میں سے کون سے دستاویزات جمع کرنے کی ضرورت نہیں ہے؟

I. درست طریقے سے بھرا ہوا ذاتی حادثہ دعوی فارم، جس پر دعویدار کے دستخط ہیں۔

II. بیمہ پالیسی کی کاپی۔

III. مستقل معذوری کا سرٹیفکیٹ سول سرجن یا اس کے مساوی قابل میڈیکل پریکٹیشنر سے جو تاحیات بیمہ شدہ کی معذوری کی تصدیق کرتا ہے۔

IV. علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے فٹ نیس کا سرٹیفکیٹ جس میں یہ تصدیق ہوتی ہے کہ بیمہ شدہ شخص اپنے معمول کے فرائض انجام دینے کے لیے موزوں ہے۔

F. کلیم مینیجمنٹ - بیرون ملک سفری یا اوورسیز ٹریول بیمہ

اس پالیسی کے کوریج پر پروڈکٹ کے باب میں پہلے بات ہو چکی ہے۔اس سیکشن میں یہ سمجھانے کی کوشش کی گئی ہے کہ بیرون ملک سفر کے دوران پیدا ہونے والے دعووں پر کارروائی کیسے کی جاتی ہے۔

ذیل خدمات دعوے کی سروس دینے کے لئے ضروری ہیں:

a) 24×7 کی بنیاد پر دعوے کی اطلاع حاصل کرنا؛

b) دعوے کے فارم اور کارروائی کی معلومات بھیجنا؛

c) گاہک کی رہنمائی کرنا کہ نقصان کے فوراً بعد کیا کرنا ہے؛

d) طبی اور بیماری کے دعووں کے لیے کیش لیس خدمات فراہم کرنا؛

e) وطن واپسی اور واپسی، ایمرجنسی کیش ایڈوانس کا بندوبست کرنا۔

معاون کمپنیاں - غیر ملکی دعووں میں کردار

ذیلی اداروں کے اپنے دفاتر ہیں اور دنیا بھر میں اسی طرح کے دیگر خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ معاہدہ کرتے ہیں۔ یہ کمپنیاں بیمہ کمپنیوں کے صارفین کو پالیسی کے تحت آنے والے ہنگامی حالات کی صورت میں مدد فراہم کرتی ہیں۔

یہ کمپنیاں دعوے کے اندراج اور معلومات کے لیے بین الاقوامی ٹول فری نمبروں کے ساتھ 7*24 کال سینٹر چلاتی ہیں۔ وہ درج ذیل خدمات بھی فراہم کرتے ہیں۔ خدمات کے چارجز مخصوص بیمہ کمپنی کے ساتھ معاہدے، احاطہ کردہ فوائد وغیرہ کی بنیاد پر مختلف ہوتے ہیں۔

a) طبی امدادی خدمات:
   i. طبی خدمات فراہم کرنے والے کا حوالہ
   ii. اسپتال میں داخلے کے انتظامات
   iii. ایمرجنسی طبی انخلاء یعنی ایویکویشن کے انتظامات
   iv. ایمرجنسی وطن واپسی کے لئے طبی انتظامات
   v. لاش کی وطن واپسی
   vi. تسلی یا حوصلہ افزائی کرنے والے کے دورے کے انتظامات
   vii. نابالغ بچے کی مدد
b) اسپتال میں داخل ہونے کے دوران اور بعد میں طبی حالت کی نگرانی
c) ضروری ادویات فراہم کروانا۔
d) اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ہونے والے طبی اخراجات کی ضمانت، جس کے لیے پالیسی کی شرائط و ضوابط اور بیمہ کمپنی کی منظوری کی ضرورت ہوتی ہے۔
e) سفر سے پہلے کی معلوماتی خدمات اور دیگر خدمات:
   i. ویزا اور ویکسینیشن کے ضروریات
   ii. سفارت خانے کی ریفرل سروسز
   iii. گمشدہ پاسپورٹ اور گمشدہ سامان کی معاونت کی خدمات
   iv. ہنگامی پیغام رسانی کی خدمات
   v. ضمانتی بانڈ کا انتظام
   vi. مالی بحران کی مدد
f) مترجم کا حوالہ
g) قانونی ریفرل
h) وکیل کے ساتھ ملاقات

a) اسپتال میں داخل ہونے طریقہ کار

i. غیر ملکی سفری بیمہ میں زیادہ تر سپتال تمام بین الاقوامی بیمہ کمپنیوں سے ادائیگی کی گارنٹی قبول کرتے ہیں۔

ii. اسپتال فوری طور پر علاج شروع کر دیتے ہیں۔ بل بیمہ دیتی ہے یا مریض کو ادا کرنا پڑتا ہے۔ ادائیگی میں تاخیر کی وجہ سے اکثر سپتال فیس بڑھا دیتے ہیں۔

iii.نیٹ ورک اسپتالوں اور طریقہ کار کے بارے میں معلومات بیمہ شدہ کے لیے ذیلی اداروں کے ذریعے فراہم کردہ ٹول فری نمبروں پر دستیاب ہیں۔

iv. اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت کی صورت میں، بیمہ شدہ کو کال سینٹر کو اس کی اطلاع دینی ہوگی اور ٹریول بیمہ پالیسی کے ساتھ ایک نامزد اسپتال جانا ہوگا۔

v. پالیسی کی درستگی کی جانچ کرنے اور کوریج کی تصدیق کے لیے اسپتال عام طور پر کال سینٹر نمبروں پر ذیلی کمپنیوں/بیمہ کنندگان سے رابطہ کرتے ہیں۔

vi. اسپتال کی طرف سے پالیسی کو قبول کرنے کے بعد، بیمہ شدہ کا اسپتال میں بغیر نقدی کی بنیاد پر علاج کیا جاتا ہے۔

vii.قبولیت کا فیصلہ کرنے کے لیے بیمہ کمپنی/سپورٹ فراہم کنندہ سے کچھ بنیادی معلومات طلب کی جاتی ہیں، جو درج ذیل ہیں:

1. بیماری کی معلومات
2. بیماری کی سابقہ ہسٹری کی صورت میں، ہسپتال کی تفصیلات، ہندوستان میں مقامی میڈیکل آفیسر:

- ✓ اسپتال میں گزشتہ ہسٹری، موجودہ علاج اور مزید پلان اور فوری دستاویزات کی درخواست
- ✓ علاج کرنے والے معالجین کے بیان کے ساتھ دعویٰ فارم
- ✓ پاسپورٹ کی کاپی
- ✓ طبی معلومات کے فارم کا اجراءکرنا

b) طبی اخراجات اور دیگر غیر طبی دعووں کی ادائیگی:

معاوضے کے دعوے عام طور پر بیمہ دار کی ہندوستان واپسی کے بعد دائر کیے جاتے ہیں۔ دعوے کے کاغذات کی وصولی پر، دعوے پر عام طریقہ کار کے مطابق کارروائی کی جاتی ہے۔ تمام قابل قبول دعوے ہندوستانی روپے (INR) میں ادا کیے جاتے ہیں، کیش لیس دعووں کے برعکس، جہاں ادائیگی غیر ملکی کرنسی میں کی جاتی ہے۔

معاوضے کے دعووں پر کارروائی کے دوران، کرنسی کی تبدیلی کی شرح کا اطلاق نقصان کی تاریخ پر ہوتا ہے تاکہ ہندوستانی روپے (INR) میں ذمہ داری کا تصفیہ کیا جا سکے۔ اس کے بعد ادائیگی چیک یا الیکٹرانک ٹرانسفر کے ذریعے کی جاتی ہے۔

c) طبی حادثے اور بیماری کے اخراجات کے لیے دعویٰ دستاویز

i. دعویٰ فارم

ii. ڈاکٹر کی رپورٹ

iii. اصل داخلہ/ڈسچارج کارڈ

iv. اصل بل / رسیدیں / دوائیوں کا نسخہ

v. اصل ایکس رے رپورٹ / پیتھولوجیکل / ٹیسٹ رپورٹ

vi. پاسپورٹ/ویزا کی کاپی جس میں داخلے اور باہر نکلنے کی مہر ثبت ہے۔

مندرجہ بالا فہرست نا مکمل ہے۔ خاص کیس کی تفصیلات یا مخصوص بیمہ کمپنی کی طرف سے اختیار کردہ دعویٰ سیٹلمنٹ پالیسی/طریقہ کار کے لحاظ سے اضافی معلومات/دستاویزات درکار ہو سکتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

زیادہ تر اسپتال تمام بین الاقوامی بیمہ کمپنیوں سے ادائیگی کی گارنٹی قبول کرتے ہیں جب بیمہ شدہ کی طرف سے ایک درست _____ بیمہ پالیسی فراہم کی جاتی ہے۔

I. قانونی ذمہ داری یا لیگل لایبیلیٹی

II. کرونا رکشک

III. بیرون ملک سفر

IV. انڈومنٹ

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 4 - صحیح آپشن IV ہے۔

جواب 5 . صحیح آپشن III ہے۔

خلاصہ

a) بیمہ ایک 'وعدہ' ہے اور پالیسی اس وعدے کی 'گواہ' ہے۔ بیمہ شدہ واقعہ کا ہونا پالیسی کے تحت دعوے کا سبب بنتا ہے، جو اس وعدے کا حقیقی امتحان ہے۔

b) بیمہ کمپنی کی اچھی ریٹنگ اس کے دعووں کو پے کرنے کی صلاحیت پر منحصر ہے۔

c) گاہک، جو بیمہ خریدتا ہے، بنیادی اسٹیک ہولڈر ہونے کے ساتھ ساتھ دعوے کا فائدہ اٹھانے والا بھی ہوتا ہے۔

d) کیش لیس دعوے میں، نیٹ ورک ہسپتال بیمہ کمپنی/ٹی پی اے سے پیشگی منظوری کی بنیاد پر طبی خدمات فراہم کرتا ہے۔ بعد ازاں دعوے کے تصفیہ کے لیے دستاویزات جمع کراتا ہے۔

e) معاوضے کے دعوے میں، صارف اپنے وسائل سے اسپتال کو ادائیگی کرتا ہے اور پھر ادائیگی کے لیے بیمہ کمپنی/ٹی پی اے کے پاس دعویٰ دائر کرتا ہے۔

f) دعوے کا نوٹیفکیشن گاہک اور دعویٰ ٹیم کے درمیان رابطے کی پہلی مثال ہے۔

g) اگر بیمہ دعویٰ معاملے میں بیمہ کمپنی کو دھوکہ دھڑی کا شک ہوتا ہے، تو اسے جانچ کے لیے بھیجا جاتا ہے۔ کسی دعوے کی جانچ بیمہ

کمپنی/ ٹی پی اے کے ذریعہ اندرونی طور پر کی جا سکتی ہے یا کسی پیشہ ور تفتیشی ایجنسی کو سونپی جا سکتی ہے۔

h) ریزرو کی تخلیق کا مطلب ہے دعووں کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے رکھی گئی رقم۔

i) دعوے سے انکار کی صورت میں، صارف کو بیمہ کمپنی کو نمائندگی دینے کے علاوہ، بیمہ محتسب یا صارف کمیشن یا یہاں تک کہ قانونی حکام سے رجوع کرنے کا اختیار ہے۔

j) دھوکا دہی زیادہ تر اسپتال میں داخل ہونے والے معاوضے کی پالیسیوں میں ہوتا ہے، لیکن ذاتی حادثے کی پالیسیوں کو دھوکہ دہی کے دعووں میں بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

k) ٹی پی اے بیمہ کمپنی کو بہت سی اہم خدمات فراہم کرتا ہے اور معاوضہ فیس کی صورت میں وصول کرتا ہے۔

سیکشن
عام بیمہ

باب G-01

عام بیمہ دستاویزات

باب کا تعارف

باب 7 کے مطابق، پروپوزل فارم میں دی گئی معلومات، انشورنس کورانشورنس کمپنی کی طرف تجویز کردہ جوکھم یعنی رسک کو منظور کرنے میں مددگار ثابت ہوں گے۔

مختلف اقسام کے بیمہ، مختلف بیمہ شدہاشیاءیعنی سبجیکٹ میٹر میں بیمہ کرتے وقت اور دعووں یعنی کلیمز کارروائی کرتے وقت الگ الگ طرح کے دستاویزات کی ضرورت پڑتی ہے۔

قابلِ غور امور

A. تجویز فارم
B. پیشکش کی قبولیت (انڈر رائٹنگ)
C. پریمیم کی رسید
D. کور نوٹ/بیمہ کا سرٹیفکیٹ/پالیسی دستاویز
E. وارنٹی
F. توثیق یعنی انڈورسمنٹ
G. پالیسیوں کی وضاحت
H. تجدید یعنی رینیول نوٹس

اس باب کا مطالعہ یعنی اسٹڈی کرنے کے بعد، آپ درج ذیل کے بارے میں سمجھنے کے قابل ہو جائیں گے:

a. تجویز فارم کے مندرجات کی وضاحت۔
b. پروسپیکٹس کی اہمیت
c. پریمیم کی رسید کو سمجھنا
d. انشورنس پالیسی دستاویز میں موجود اصطلاحات یعنی ٹرمز اور کنڈیشنز کی وضاحت۔
e. پالیسی کی شرائط اور وارنٹیوں کو سمجھنا
f. یہ سمجھنا کہ وارنٹی کیوں جاری کی جاتی ہیں۔
g. یہ سمجھنا کہ تجدید کے نوٹس کیوں جاری کی جاتی ہیں۔

A. تجویز فارم

ایسی معلومات تجویز فارم میں موجود ہوتی ہیں جو انشورنس کمپنیوں کے ذریعے کی گئی پیشکش اور اس کے منظور کرنے میں آسانی فراہم کرتی ہیں۔ نیک نیتی یعنی اٹموسٹگڈ فیتھ کا اصول اور اہم معلومات فراہم کرنی کی ذمے داری تجویز فارم سے شروع ہوجاتی ہے۔

مثال

اگر بیمہ شدہ کو الارم لگانے کی ضرورت ہے یا اگر اس نے یہ بتایا ہے کہ اس نے سونے کے زیورات کے شوروم میں خودکار الارم سسٹم لگا رکھا ہے، تو اسے نہ صرف اُس کا انکشاف کرنا ہوتا ہے، بلکہ ساتھ ہی اسے یہ یقینی بنانا ہوگا کہ پالیسی کی پوری مدت کے دوران الارم کام کرنے کی حالت میں رہے گا الارم کی موجودگی بیمہ کنندہ کے لیے ایک اہم حقیقت ہوگی کیونکہ ان حقائق کی بنیاد پر اس کی طرف سے پروپوزل کو قبول کیا جائے گا اور اس کے مطابق جوکھم کا اندازہ لگایا جائے گا۔

1. پروپوزل فارم میں سوالات اور ان کے تعداد کی نوعیت متعلقہ بیمہ کے زمرے کے مطابق مختلف ہوتی ہے۔

i. **آگ بیمہ** پروپوزل فارمز عام طور پر نسبتاً آسان/معیاری خطرات جیسے گھر، دکان وغیرہ کے لیے استعمال کیے جاتے ہیں۔ تجویز فارم کے علاوہ، بعض اوقات مخصوص معلومات حاصل کرنے کے لیے خصوصی سوال نامے بھی استعمال کیے جاتے ہیں۔

آگ بیمہ پروپوزل فارم میں، دوسری باتوں کے ساتھ، پراپرٹی کی تفصیلات بھی پوچھی جاتی ہیں جس میں درج ذیل معلومات کو شامل کیا جاتا ہیں:

- ✓ بیرونی دیواروں اور چھتوں کی تعمیر، منزلوں کی تعداد
- ✓ عمارت کے ہر حصے کا استعمال
- ✓ خطرناک یعنی ہزارڈس سامان کی موجودگی
- ✓ مینوفیکچرنگ کا عمل، جس میں خام مال اور تیار شدہ مواد دونوں کو شامل کیا جاتا ہیں۔
- ✓ انشورنس کے لیے تجویز کردہ رقم
- ✓ انشورنس کی مدت، وغیرہ

ii. **موٹر انشورنس کے لیے** ،گاڑی، اس کے استعمال، اس کی ساخت، سامان یا سواری بیٹھالنے کی صلاحیت یعنی کیپیسیٹی، مالک کی طرف سے اس کا رکھ رکھاؤ اور گاڑی کے انشورنس کی ہسٹری سے متعلق سوالات پوچھے جاتے ہیں۔

iii. **ذاتی معاملات** جیسے صحت، ذاتی حادثہ اور سفری بیمہ، تجویز کنندہ کی صحت، طرز زندگی اور عادات، پہلے سے موجود صحت کی حالت، طبی ہسٹری، موروثی خصوصیت ، بیمہ کا ماضی کا تجربہ وغیرہ کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لیے اس کے مطابق پروپوزل فارم تیار کیے جاتے ہیں ۔

iv. دیگر متفرق بیموں میں، پیشکش کے فارم لازمی ہیں۔ ان میں عام قانون کے تحت اٹموسٹ گڈ فیتھ کو مزید شامل کیا جات ہے۔

2. پیشکش کے عناصر یعنی پروپوزل کے الیمنٹس

i. تجویز کنندہ کا پورا نام

تجویز کنندہ کو واضح طور پر اپنی شناخت کرنی چاہیے بیمہ کنندہ یعنی بیمہ کرنے والے کے لیے یہ جاننا ضروری ہے کہ معاہدہ کس کے ساتھ کیا گیا ہے، تاکہ پالیسی کے تحت فائدہ صرف بیمہ دار ہی حاصل کر سکے ۔

ii. پیشکش کنندہ یعنی پروپوسر کا پتہ اور رابطے کی تفصیلات

اوپر بیان کردہ وجوہات پیشکش کنندہ کے ایڈریس کے ساتھ ساتھ رابطے کی تفصیلات جمع کرنے پر بھی لاگو ہوتی ہیں۔

iii.تجویز کنندہ کا پیشہ، یا کاروبار

کچھ معاملات جیسے کہ صحت اور ذاتی حادثات، تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا تجارت بہت اہم ہے کیونکہ جوکھم پر اس کا اہم اثر ہو سکتا ہیں۔

iv. انشورنس کے سبجیکٹ میٹر کی تفصیل اور شناخت

تجویز کنندہ کے ذریعہ انشورنس کے لئے تجویز کردہ سبجیکٹ میٹر کو واضح کرنا ضروری ہے۔

مثال

پیش کنندہ کو لازمی طور پر درج ذیل معلومات جمع کرانی پڑتی ہے ۔

i. ایک نجی موٹر گاڑی [اس کی شناخت کے ساتھ جیسے انجن نمبر، چیسس نمبر، رجسٹریشن نمبر] یا

ii. ایک رہائشی مکان [مکمل پتہ اور شناختی نمبر کے ساتھ] یا

iii.غیر ملکی دورہ [کس کے ذریعے، کس ملک میں، کسی مقصد کے لیے] یا

iv. کسی شخص کی صحت [اس شخص کا نام، پتہ اور شناخت کے ساتھ] وغیرہ، کیس پر منحصر ہے۔

v. بیمہ کی رقم پالیسی کے تحت بیمہ کنندہ کی ذمہ داری کی حد کی نشاندہی کرتی ہے اور اس کی اطلاع تمام قسم کی تجویز میں دی جانی چاہیے۔

vi. ماضی اور موجودہ بیمہ: جیسا کہ عام ابواب یعنی چیپٹروں میں دیکھا گیا ہے، تجویز کنندہ کو بیمہ کنندہ کو ماضی کی بیمہ کی تفصیلات کے بارے میں لازمی طور پر مطلع کرنا ہوگا۔

پراپرٹی انشورنس میں، یہ ہو سکتا ہے کہ پالیسی بیمہ دار نے مختلف بیمہ کنندگان سے خریدی ہو اور نقصان کی صورت میں، ایک سے زیادہ بیمہ کنندگان سے دعویٰ کیا جا سکتا ہے۔ یہ معلومات اس بات کو یقینی بنانے کے لیے حاصل کی جاتی ہیں کہ شراکت کے اصول کا اطلاق ہوتا ہے۔ تاکہ بیمہ دار کو معاوضہ فراہم کیا جا سکے اور وہ ایک

ہی خطرے کے لیے متعدد انشورنس پالیسیوں سے فائدہ/فوائد حاصل نہ کر سکے۔

مزید برآں، ذاتی حادثاتی بیمہ میں، بیمہ کنندہ، بیمہ شدہ رقم کی بنیاد پر، اسی بیمہ شدہ کے ذریعہ لیا جاتا ہے۔ فرد حادثاتی پالیسیوں کے تحت تحفظ کی رقم (بیمہ شدہ رقم) کو بھی محدود کر سکتا ہے۔

vii.نقصان کا تجربہ

تجویز کنندہ سے کہا جاتا ہے کہ وہ اپنے نقصانات کی مکمل تفصیلات پیش کرے، چاہے ان کا بیمہ ہو یا نہ ہو۔ یہ بیمہ کنندہ کو بیمہ کے موضوع کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے اور ماضی میں بیمہ دار کی جانب سے جوکھم کا انتظام کرنے کے لیے کی گئی کارروائی کی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ انڈر رائٹرز مندرجہ بالا جوابات کے ساتھ جوکھم کی بہتر درجہ بندی یا کلاسیفائی کر سکتے ہیں اور جوکھم کی نگرانی یا ضرورت سے زیادہ تفصیلات حاصل کرنے کے بارے میں فیصلے کر سکتے ہیں۔

viii. بیمہ شدہ کی طرف سے اعلان

چونکہ پروپوزل فارم کا مقصد بیمہ کنندگان کو اہم معلومات فراہم کرنا ہے، لہٰذا، مذکورہ فارم میں، بیمہ دار کی طرف سے اعلان یعنی ڈیکلیریشن شامل ہے کہ پیش کردہ جوابات درست اور سچے ہیں اور وہ اس بات سے اتفاق کرتا ہے کہ مذکورہ فارم بیمہ کے معاہدے کی بنیاد ہوگا۔ غلط جواب کی صورت میں، بیمہ کنندگان کو معاہدہ موخر کرنے کا حق حاصل ہوگا۔ تجویز کی تمام شکلوں میں موجود دیگر حصے عام طور پر دستخط، تاریخ، اور بعض صورتوں میں ایجنٹ کی سفارش سے متعلق ہوتے ہیں۔

B. پیشکش کی قبولیت (انڈر رائٹنگ)

جیسا کہ پہلے ہی دیکھا جا چکا ہے، درج ذیل معلومات واضح طور پر بھرے ہوئے پروپوزل فارم سے حاصل کی جا سکتی ہیں :

- ✓ بیمہ شدہ کی تفصیلات

  مصنوعات یعنی سبجیکٹ میٹر کی تفصیلات
- ✓ کور کی قسم درکار ہے۔
- ✓ مادی یعنی فیزیکل خصوصیات کی تفصیل، مثبت اور منفی دونوں - بشمول تعمیر کی قسم اور معیار، عمر، آگ بجھانے والے آلات کی موجودگی، تحفظ کی قسم، وغیرہ کو شامل کیا جاتا ہے،
- ✓ انشورنس اور نقصان کی سابقہ تاریخ

پراپرٹی، گاڑی یا سامان کی بیمہ کے معاملے میں، بیمہ کنندہ جوکھم کی نوعیت اور قدر کے لحاظ سے، قبولیت سے پہلے جوکھم کا سابقہ جائزہ لینے کا بھی انتظام کر سکتا ہے۔ بیمہ کنندگان اپنے فیصلے تجویز میں دستیاب معلومات، رسک انسپیکشن رپورٹ، سوال نامے کے اضافی جوابات اور دیگر دستاویزات (جیسا کہ بیمہ کنندہ کی طرف سے مطالبہ کیا گیا ہے) کی بنیاد پر کرتے ہیں۔ اس کے بعد، جوکھم کے اجزاء پر لاگو ہونے والی شرح کا فیصلہ بیمہ کنندہ کے ذریعہ لیا جاتا ہے۔ اور پریمیم کا حساب مختلف عوامل کی بنیاد پر کیا جاتا ہے، جس کی معلومات بیمہ دار

کو دی جاتی ہے۔ بیمہ دہندہ یعنی بیمہ کرنے والے کی طرف سے تجاویز پر تیزی کے ساتھ کارروائی کی جاتی ہے اور تمام فیصلے ایک معقول مدت کے اندر تحریری طور پر بتائے جاتے ہیں۔

تعریف یعنی ڈیفنیشن

انڈر رائٹنگ: پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ کے ضوابط، 2017 کے مطابق، کمپنی کو 15 دنوں کی مدت کے اندر تجویز پر کارروائی کرنی ہوگی۔ ایجنٹ، مذکورہ مدت کو مدنظر رکھتے ہوئے، اندرونی طور پر پیروی کریں اور کسٹمر سروس کے تحت، ممکنہ شخص/بیمہ شدہ سے ضروری معلومات فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے۔ تجویز کی جانچ کرنے اور قبولیت کا فیصلہ کرنے کے پورے عمل کو انڈر رائٹنگ کہتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

پالیسی ہولڈرز کے تحفظ کے ضابطے، 2017 کے مطابق، انشورنس کمپنی کو _____ دنوں کے اندر انشورنس کی تجویز پر کارروائی کرنی چاہیے۔

I. 7 دن

II. 15دن

III. 30 دن

IV. 45 دن

C. پریمیم ادائیگی

پریمیم، انشورنس معاہدے کے تحت، بیمہ کروانے والے کو بیمہ کرنے والے کو بیمہ کرنے کے لئے ادا کرنا ہوتی ہے۔ جیسا کہ باب 4 میں کی گئی بحث یعنی ڈسکشن کے مطابق، ایجنٹ کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے کہ انشورنس ایکٹ کے سیکشن **VB**64 کے مطابق، بیمہ کے معاہدے کے آغاز کی تاریخ سے پہلے پریمیم پیشگی ادا کیا جاتا ہے۔

اہم

a) انشورنس ایکٹ 1938 کا سیکشن VB64 فراہم کرتا ہے کہ کوئی بیمہ کنندہ اس وقت تک جوکھم کا ذمے دار نہیں ٹھہرے گا جب تک پریمیم کی رقم پیشگی موصول نہیں ہو جاتی یا ادائیگی کی ضمانت نہیں دی گئی ہو یا ایڈوانس کی رقم مقررہ نظام کے تحت جمع نہیں کرائی گئی ہو۔ بیمہ کے قواعد 58 اور 59 میں، مخصوص حالات میں پریمیم کی پیشگی ادائیگی کی شرط کے بارے میں کچھ چھوٹ فراہم کی گئی ہے۔

b) اگر پریمیم انشورنس ایجنٹ کے ذریعہ بیمہ کنندہ کی جانب سے انشورنس کی پالیسی پر جمع کیا جاتا ہے یا وہ اپنے کمیشن کو کم کیے بغیر، جمع شدہ پریمیم کی پوری رقم ادا کرے گا یا ایجنٹ 24 گھنٹے کے اندر بیمہ دفتر کو ڈاک کے ذریعے پریمیم بھیج دیگا، سوائے بینک اور ڈاک کی چھٹیوں کے۔

c) یہ بھی ذکر کیا گیا ہے کہ نقد یا چیک کے ذریعہ پریمیم کی ادائیگی کی تاریخ سے جوکھم قبول کیا جائے گا۔

d) اگر پریمیم ڈاک یا منی آرڈر کے ذریعے ادا کیا جاتا ہے یا ڈاک کے ذریعے بھیجا جاتا ہے، پھر جس دن منی آرڈر کو نشان زد کیا جاتا ہے

یا جس دن چیک بھیجا گیا ہو ،جیسے بھی معاملہ ہو، جوکھم صرف وصول ہونے کی تاریخ سے ہی منظور کیا جاتا ہے۔

e) پالیسی کی منسوخی یا اس کے شرائط و ضوابط میں ترمیم یا کسی اور وجہ سے بیمہ کنندہ کو پریمیم کی رقم کی واپسی کی صورت میں، بیمہ کنندہ کی طرف سے براہ راست، کراس یا آرڈر چیک کے ذریعے ادائیگی کی جائے گی۔ بذریعہ ڈاک/منی آرڈر یا الیکٹرانک ذرائع اور بیمہ کنندہ کو بیمہ کرنے والے سے مناسب رسید حاصل کی جائے گی اور مذکورہ رقم ایجنٹ کے کھاتے میں جمع نہیں کی جائے گی۔

D. کور نوٹ/انشورنس سرٹیفکیٹ/پالیسی دستاویز

انڈر رائٹنگ کارروائی کے بعد، پالیسی جاری کرنے میں کچھ وقت لگ سکتا ہے۔ عارضی بنیادوں پر تحفظ فراہم کرنا لازمی ہے، پالیسی کی تشکیل یا انشورنس کے مذاکرات زیر التواء ہیں یا جب لاگو کی جانے والی اصل شرح کا فیصلہ کرنے کے لیے احاطے کا معائنہ یعنی رسک انسپکشن کیا جا رہا ہو، پالیسی کے تحت تحفظ کی تصدیق کے لیے ایک سیکورٹی نوٹ جاری کیا جاتا ہے۔ اس میں سیکورٹی کی تفصیلات پیش کی گئی ہیں۔ بعض اوقات، حفاظتی نوٹ کے بجائے، بیمہ کنندہ کی طرف سے عارضی بیمہ کی تصدیق کرنے والا خط جاری کیا جاتا ہے۔

تاہم، سیکورٹی نوٹ پر مہر نہیں لگائی جاتی ہے، کور نوٹ کی اصطلاحات یہ واضح کرتی ہیں کہ یہ متعلقہ بیمہ کے لیے بیمہ کنندہ کی پالیسی کے عمومی شرائط و ضوابط کے تابع ہے۔ اگر جوکھم کو کسی بھی قسم کی وارنٹی کے ذریعے کنٹرول کیا جاتا ہے، لہذا کور نوٹ میں ذکر کیا گیا ہے کہ انشورنس مندرجہ بالا وارنٹیوں، خصوصی کلازوں مثال کے طور پر بینک کی متفق کلاز، اعلامیہ یعنی ڈکلیریشن کی کلاز وغیرہ کی شرائط کے مطابق ہے۔

سیکورٹی نوٹ میں درج ذیل کو شامل کیا جاتا ہے :

a) بیمہ شدہ کا نام اور پتہ

b) بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ

c) انشورنس کی مدت

d) جوکھم کا کو کور

e) شرح اور پریمیم، شرح کا علم نہ ہونے کی صورت میں، عارضی پریمیم

f) رسک کے کور ہونے کی تفصیل: مثال کے طور پر، فائر سیفٹی نوٹ عمارت کی خصوصیات، اس کی تعمیر اور اس کے استعمال کو بیان کر سکتا ہے۔

g) کور نوٹ کا سیریل نمبر

h) جاری ہونے کی تاریخ

i) کور نوٹوں کی میعاد عام طور پر 15 دن اور شاذ و نادر ہی 60 دن ہوتی ہے۔

کور نوٹ کا زیادہ تر استعمال میرین اور موٹر بیمہ میں کیا جاتا ہے۔

1. میرین کور نوٹس

یہ عام طور پر جاری کیے جاتے ہیں جب پالیسی جاری کرنے کے لیے ضروری وضاحت جیسے جہاز کا نام، پیکجوں کی تعداد، یا صحیح قیمت وغیرہ کے

بارے میں معلومات دستیاب نہیں ہیں۔ برآمدات کی صورت میں بھی کور نوٹ جاری کیا جا سکتا ہے، مثال کے طور پر، سامان کی کچھ مقدار شپمنٹ کے لیے رکھی جاتی ہے جو برآمد کنندہ کے ذریعے بندرگاہ پر بھیجا جاتا ہے۔ یہ ہو سکتا ہے کہ لوڈنگ کے لیے کافی جگہ حاصل کرنے میں دشواری کی وجہ سے، جس جہاز سے شپمنٹ کی جانی ہے وہ ممکن نہیں ہو سکتا۔ اس لیے کسی خاص جہاز میں بھیجے جانے والے سامان کا سراغ نہیں لگایا جا سکتا۔ ایسے حالات میں، ایک کور نوٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے، اور اس کے بعد جنرل پالیسی جاری کرنی ہوگی جس میں انشورنس کمپنی کو دی گئی تمام تفصیلات پوری طرح دستیاب ہوتی ہیں۔

میرین کور نوٹ میں درج ذیل شرائط استعمال کی جا سکتی ہیں:

i. میرین کور نوٹ نمبر

ii. جاری کرنے کی تاریخ

iii. بیمہ شدہ کا نام

iv. درست مدت

"جیسا کہ درخواست کی گئی ہے، اس طرح،..... روپے کی حد تک، تحفظ آپ کو کمپنی کی پالیسی کے عمومی شرائط و ضوابط کے تحت فراہم کیا جاتا ہے۔"

a) کلازیز: انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاز a, b یا c بشمول انسٹی ٹیوٹ کی کلازیز کے مطابق جنگ ایس آر سی سی کے جوکھم شامل ہے، ، لیکن منسوخی کے 7 دن کے نوٹس سے مشروط۔

b) شرطیں : شپمنٹ کی تفصیلات پالیسی جاری کرنے کے لیے شپمنٹ کی تفصیلات جمع کرائی جانا چاہیے۔ شپمنٹ بورڈ ہونے پر ڈیکلیریشن اور/یا شپمنٹ سے پہلے نقصان یا توڑ پھوڑ کی صورت میں، یوں اس پر اتفاق کیا جاتا ہے کہ سامان کی اصل قیمت اور اصل میں اٹھائے جانے والے چارجز قیمت کی بنیاد ہوں گے، جس کے لیے بیمہ دار شخص ذمہ دار ہے۔

اندرون ملک نقل و حمل کے معاملے میں، پالیسی کے اجراء کے لیے درکار تمام متعلقہ ڈیٹا عام طور پر دستیاب ہوتا ہے لہذا، کبھی کبھی ایک سیکورٹی نوٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ تاہم، کچھ حالات ہو سکتے ہیں جب سیکیورٹی نوٹس جاری کیے جاتے ہیں اور بعد میں ان کی جگہ سامان، نقل و حمل وغیرہ کی مکمل تفصیلات کے ساتھ پالیسیوں سے بدل دیا جاتا ہیں۔

2. موٹر کور نوٹس

انہیں متعلقہ کمپنیوں کے ذریعہ مقررہ فارم میں جاری کرنا پڑتا ہے۔ موٹر کور نوٹس کے فنکشنل سیکشن کی اصطلاحات حسب ذیل ہو سکتی ہیں:

"فارم میں درج بیمہ شدہ، جس کا ذکر ذیل میں کیا گیا ہے، موٹر گاڑیوں کے سلسلے میں انشورنس کی تجویز پیش کی ہے، جس کی تفصیل اس میں کی گئی ہے، اور ..... روپے کی پریمیم کی ادائیگی کے نتیجے میں، جوکھم کا کور کمپنی کی عمومی شکل کی ..... پالیسی کے مطابق فراہم کیا جاتا ہے، جو کہ نافذ ہوگا (ذیل میں نقل کردہ کسی خاص شرائط کے تابع) بشرط کہ کمپنی کی طرف سے تحریری نوٹس پیش کرتے ہوئے کور نوٹ کو منسوخ کیا جا سکتا ہے، اور ایسی صورت میں، بیمہ ختم سمجھا جائے گا اور وہ مدت جس کے لیے کمپنی جوکھم کے تحت رہی ہے ،

اُس مدت تک، پریمیم کا ایک متناسب حصہ انشورنس کمپنی کے ذریعے وصول کیا جائے گا۔

موٹر کور نوٹس میں عام طور پر درج ذیل تفصیلات شامل ہوتی ہیں:

a) رجسٹریشن مارک اور نمبر یا بیمہ شدہ گاڑیوں کی تفصیلات/ کیوبک صلاحیت/ لے جانے کی صلاحیت/ بنانے کا سال، انجن نمبر، چیسس نمبر

b) بیمہ شدہ کا نام اور پتہ

c) ایکٹ کے مقاصد کے لیے انشورنس کے آغاز کی مؤثر تاریخ اور وقت۔ وقت..... ، تاریخ .....

d) انشورنس کی آخری تاریخ

e) شخص یا افراد کا طبقہ جو گاڑی چلانے کے حقدار ہیں۔

f) استعمال کی حدود

g) اضافی خطرہ، اگر کوئی ہو

موٹر کور نوٹس میں، ایک سرٹیفکیٹ شامل ہے جس میں کہا گیا ہے کہ اسے موٹر وہیکل ایکٹ، 1988 کے باب X اور XI کی دفعات کے مطابق جاری کیا گیا ہے۔

اہم

کورنوٹ کی میعاد کو ایک وقت میں 15 دن کی اضافی مدت کے لیے بڑھایا جا سکتا ہے، بشرط کہ کور نوٹ کی میعاد کی پوری مدت، کسی بھی صورت میں، 60 دنوں سے زیادہ نہیں ہوسکتی ہے۔

نوٹ: کور نوٹ کی اصطلاحات بیمہ کنندہ کے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہیں۔

زیادہ تر کمپنیوں کی طرف سے کور نوٹ کے استعمال کی حوصلہ شکنی کی جا رہی ہے۔ موجودہ صنعتی نظام کی مدد سے پالیسی دستاویزات کے فوری اجراء کی سہولت دستیاب ہے۔

3. انشورنس کا سرٹیفکیٹ - موٹر انشورنس

انشورنس کے سرٹیفکیٹ میں، ایسے معاملات کے لیے انشورنس کا وجود پیش کرتا ہے جہاں ثبوت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ مثال کے طور پر، موٹر گاڑی کی انشورنس میں، جیسا کہ موٹر وہیکل ایکٹ میں فراہم کیے گئے مطابق، پالیسی کے علاوہ انشورنس کا سرٹیفکیٹ بھی جاری کیا جاتا ہے۔ **اس سرٹیفکیٹ کے ذریعے پولیس اور رجسٹریشن حکام کو انشورنس کا ثبوت فراہم کیا جاتا ہے۔** ذیل میں نجی گاڑیوں کے لیے ایک نمونہ سرٹیفکیٹ ہے، جو اہم خصوصیات کو بیان کرتا ہے۔

موٹر وہیکل ایکٹ، 1988

انشورنس سرٹیفکیٹ

سرٹیفکیٹ نمبر پالیسی نمبر

1. رجسٹریشن کا نشان اور نمبر، رجسٹریشن کی جگہ، انجن نمبر/چیسس نمبر/میک/تیار کا سال۔

2. باڈی کی قسم / سی سی / بیٹھنے کی کل گنجائش / نیٹ پریمیم / رجسٹر کرنے والے اتھارٹی کا نام،

3. جغرافیائی خطہ – ہندوستان

4. بیمہ شدہ اعلان شدہ قدر (آئی ڈی وی)

5. بیمہ شدہ کا نام اور پتہ ، کاروبار یا پیشہ

6. ایکٹ کے مقصد کے لیے انشورنس کے آغاز کی مؤثر تاریخ۔ ..... تاریخ سے .....بجے سے

7. انشورنس کے ختم ہونے کی تاریخ، .....کو رات 12 بجے

8. گاڑی چلانے کے اہل افراد یا افراد کا طبقہ۔۔

درج ذیل میں سے کوئی بھی:

a) بیمہ شدہ:

b) کوئی دوسرا شخص جو بیمہ شدہ کے حکم یا اجازت سے گاڑی چلا رہا ہو۔

بشرط کہ گاڑی چلانے والے شخص کے پاس حادثے کے وقت قانونی طور پر ایک درست ڈرائیونگ لائسنس موجودہ ہو اور مذکورہ لائسنس رکھنے یا حاصل کرنے کے لیے نااہل قرار نہیں دیا گیا ہے۔ بشرط کہ ایک ہی وقت میں، شخص جس کے پاس درست نوسکھئیے کا لائسنس ہو، وہ گاڑی بھی چلا سکتا ہے اور ایسا شخص سینٹرل موٹر وہیکل رولز 1989 کے رول 3 کے تقاضوں کو پورا کرتا ہے۔

مقصد کی حدود

پالیسی درج ذیل کے علاوہ دیگر مقاصد کے لیے تحفظ فراہم کرتی ہے:

a) کرایہ یا انعام؛

b) سامان کی نقل و حمل (ذاتی سامان کے علاوہ)

c) منظم ریسنگ

d) نسل کی تشکیل

e) رفتار ٹیسٹ

f) قابل اعتماد کا امتحان

g) گاڑیوں کی تجارت کے سلسلے میں کوئی مقصد

میں/ہم، اس طرح تصدیق کرتے ہیں کہ وہ پالیسی جس سے اس سرٹیفکیٹ کا تعلق ہے نیز انشورنس کا یہ سرٹیفکیٹ، موٹر وہیکل ایکٹ، 1988 کے باب X اور XI کی دفعات کے مطابق جاری کیا گیا ہے۔

چیک کیا گیا ..

(باختیار بیمہ کنندہ)

موٹر انشورنس سرٹیفکیٹ کو ہمیشہ گاڑی میں رکھنا چاہیے تاکہ اس کو متعلقہ حکام کی جانچ کے لئے پیش کیا جا سکے

4. پالیسی دستاویز

پالیسی ایک باضابطہ دستاویز ہے جو انشورنس کے معاہدے کو ثبوت فراہم کرتی ہے۔ ہندوستانی سٹیمپ ایکٹ، 1899 کی دفعات کے مطابق، اس دستاویز پر انشورنس سٹیمپ لگانا ضروری ہے۔

زیادہ تر انشورنس پالیسی میں درج ذیل تفصیلات عام طور پر لکھی ہوتی ہیں:

a) بیمہ کنندہ کا نام اور پتہ اور کسی دوسرے شخص کا جس کا اس سبجیکٹ میٹر میں انٹریسٹ ہو؛

b) پراپرٹی یا بیمہ شدہ چیز کی مکمل تفصیلات؛

c) پالیسی کے تحت بیمہ کی جانے والی پراپرٹی یا سبجیکٹ میٹر کی جگہ اور بالترتیب ان کی بیمہ شدہ قیمت؛

d) انشورنس کی مدت؛

e) بیمہ شدہ رقم ؛

f) تحفظ کے لیے فراہم کردہ جوکھم اور اخراج؛

g) حسب ضرورت سرپلس / کٹوتی جہاں لاگو ہو؛

h) قابل ادائیگی پریمیم اور جہاں پریمیم کی ایڈجسٹمنٹ عارضی ہے، پریمیم کی ایڈجسٹمنٹ کی بنیاد؛

i) پالیسی کے شرائط و ضوابط یعنی ٹرمز،کنڈیشنز اور وارنٹیز؛

j) ہنگامی صورت حال میں، پالیسی کے تحت دعوے کو جنم دینے کا امکان بیمہ دار کی طرف سے کی جانے والی کارروائی؛

k) کسی واقعہ سے پیدا ہونے والے دعوے پر بیمہ کے مصنوعات یعنی سبجیکٹ میٹر کے حوالے سے بیمہ دار کی ذمہ داریاں اور مذکورہ حالات میں بیمہ کنندہ کے حقوق؛

l) کوئی خاص شرائط؛

m) غلط بیانی، دھوکہ دہی، مادی حقائق کو ظاہر نہ کرنے یا بیمہ شدہ کی جانب سے عدم تعاون کی صورت میں پالیسی کی منسوخی کا انتظام؛

n) بیمہ شدہ کا پتہ جس پر پالیسی کے حوالے سے تمام مواصلات بھیجے جائیں گے؛

o) اضافی تحفظات اور/یا توثیق کی تفصیلات، اگر کوئی ہو؛

p) شکایات کے ازالے کا طریقہ کار اور لوک پال کے پتہ کی تفصیلات

اپنے آپ کو چیک کریں 2

کور نوٹ کے حوالے سے درج ذیل میں سے کون سے بیانات درست ہیں؟

I. کور نوٹ زیادہ تر لائف انشورنس میں استعمال ہوتا ہے۔

II. کور نوٹ زیادہ تر جنرل انشورنس کے تمام شعبوں میں استعمال ہوتا ہے۔

III. کور نوٹ زیادہ تر ہیلتھ انشورنس میں استعمال ہوتا ہے۔

IV. کور نوٹ زیادہ تر جنرل انشورنس کے میرین اور موٹر کے زمرے میں استعمال ہوتا ہے۔

E. وارنٹی

وارنٹی، جو پالیسی میں واضح طور پر بیان کی گئی ہے، معاہدے کی درستگی کے لیے اس کی مکمل تعمیل کی جانی چاہیے۔ وارنٹی علیحدہ دستاویز نہیں ہے۔ یہ کور نوٹ اور پالیسی دستاویز دونوں کا حصہ ہے۔ یہ معاہدہ کا مسودہ تیار کرنے سے پہلے تیار کیا جاتا ہے۔ اس کا مشاہدہ اور تعمیل سختی اور مکمل طور پرکیا جانا چاہیے، چاہے یہ جوکھم کے حوالے سے اہم ہے یا نہیں۔ اگر وارنٹی کی خلاف ورزی کی گئی ہے، پھر انشورنس کمپنی کے اختیار پر پالیسی کو منسوخ کیا جا سکتا ہے، یہاں تک کہ اگر یہ واضح طور پر دکھایا گیا ہے کہ مذکورہ خلاف ورزی سے کوئی نقصان نہیں ہوا ہے۔ تاہم، عام طور پر اگر وارنٹی کی خلاف ورزی خالصتاً تکنیکی نوعیت کی ہو اور کسی بھی طرح سے، نقصان کا سبب نہیں بنتا یا اس میں اضافہ نہیں کرتا ہے، بیمہ کنندگان، اپنی صوابدید یعنی ڈسکریش پر، کمپنی کی پالیسی کے اصولوں اور گایڈلانز کے مطابق دعووں پر کارروائی کر سکتے ہیں۔

1. آگ بیمہ وارنٹی (کچھ مثالیں) ذیل میں پیش کی گئی ہیں

یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ پالیسی کی میعاد کی مدت کے دوران بیمہ شدہ احاطے یعنی پریمایسز میں کوئی خطرناک مواد ذخیرہ نہیں کیا جائے گا۔

خاموش جوکھم یعنی سائلینٹ رسک: وارنٹی دی جاتی ہے کہ بیمہ شدہ احاطے میں 30 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت تک کسی بھی قسم کی کوئی مینوفیکچرنگ سرگرمی نہیں کی جائے گی۔

سگریٹ فلٹرز بنانے وال یعنی موفیکچرنگ کرنے والی یونٹ: اس بات کی ضمانت کہ احاطے میں 30 ڈگری سینٹیگریٹ سے کم فلیش پوائنٹ کی کوئی سالوینٹس استعمال/جمع نہیں کیا جاتا ہے۔

2. **میرین انشورنس میں،** وارنٹی کی تعریف اس طرح پیش کی گئی ہے: ایک وعدہ نوٹ یعنی پرومیسری نوٹ ایک ایسی وارنٹی جس کے ذریعے اس شخص نے یقین دلایا کہ کوئی خاص عمل انجام دیا جائے گا یا نہیں کیا جائے گا، یا کوئی شرط پوری کی جائے گی، یا اس کے ذریعے وہ، بعض حقائق کے وجود کی تصدیق یا تردید کرتا ہے۔''

   میرین کارگو انشورنس میں، ایک وارنٹی اس اثر کے لیے شامل ہے کہ، سامان (مثال کے طور پر، چائے) کو ٹن کے ڈبوں میں پیک کیا جائے گا۔ میرین ہل(HULL) انشورنس میں اس اثر کی وارنٹی شامل ہے کہ، بیمہ شدہ جہاز مذکورہ مخصوص علاقے میں سفر نہیں کرے گا، بیمہ کنندہ یعنی انشیورر کو یہ جاننے کا حق ہوگاکہ انشیورڈ نے کس حد تک جوکھم کو پورا کرنے پر رضامندی ظاہر کی ہے۔وارنٹی کی اگر خلاف ورزی ہوتی ہے تو، ابتدائی طور پر متفقہ جوکھم کی منظوری کی جگہ بیمہ کمپنی کو وارنٹی کی خلاف ورزی کی تاریخ سے اضافی ذمہ داری سے دستبردار مانا جائے گا۔

3. **چوری کے انشورنس میں،** یہ وارنٹی لگائی جاتی ہے کہ چوبیس گھنٹے چوکیدار کے ذریعہ پراپرٹی کی حفاظت کی جائے گی۔ پالیسی کی شرحیں، شرائط و ضوابط یکساں اسی صورت میں مانے جائیں گے جب پالیسی کے ساتھ منسلک وارنٹی کی تعمیل کی جائے گی۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

وارنٹی کے حوالے سے درج ذیل میں سے کون سے بیانات درست ہیں؟

I. وارنٹی ایک ایسی شرط ہوتی ہے، جس کا ذکر پالیسی میں کبھی نہیں کیا جاتا ہے ۔

II. وارنٹی پالیسی دستاویز کا ایک حصہ ہے۔

III. وارنٹی نوٹس، ہمیشہ بیمہ شدہ کو الگ سے دیا جاتا ہے، پالیسی دستاویز کا حصہ نہیں ہوتا ہے۔

IV. وارنٹی کی خلاف ورزی ہونے پر بھی دعوے قابل ادائیگی ہیں۔

F. توثیق یعنی انڈوسمنٹ

اکثر، پالیسیاں بیمہ کنندگان کے ذریعہ معیاری یعنی سٹینڈرڈ شکل میں جاری کی جاتی ہیں۔ جس میں کچھ خطرات شامل ہوں اور کچھ کو خارج کر دیا گیا ہو۔

تعریف

پالیسی کے اجراء کے دوران یا پالیسی کی مدت کے دوران، اگر کچھ شرائط و ضوابط میں ترمیم کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے، تو مذکورہ ترمیم/تبدیلی ایک دستاویز کے ذریعے بتائی جاتی ہے جسے توثیق کہتے ہیں۔

یہ پالیسی سے منسلک ہے اور اس کا ایک حصہ ہے۔ پالیسی اور توثیق ایک ساتھ، معاہدے کا ثبوت بناتے ہیں۔ تبدیلیوں/ ترامیم کو ریکارڈ کرنے کے لیے پالیسی کی درستگی کے دوران توثیق بھی جاری کی جا سکتی ہے۔

جب بھی اہم معلومات میں کوئی تبدیلی ہوتی ہے، بیمہ دار بیمہ کمپنی کو مطلع کرنے کا پابند ہوتا ہے کہ اس تبدیلی کے لیے کون ذمہ دار ہوگا اور کس کی طرف سے اسے توثیق کے ذریعے انشورنس معاہدے کے حصے کے طور پر شامل کیا جائے گا۔

پالیسی کے تحت عام طور پر مطلوبہ توثیق اس سے متعلق ہیں:

A. بیمہ کی رقم میں تغیرات/ تبدیلیاں

B. فروخت، رہن وغیرہ کی وجہ سے انشیوربل انٹرسٹ میں تبدیلی ۔

C. اضافی جوکھم کی تحفظ کے لیے انشورنس کی توسیع / پالیسی کی مدت میں توسیع

D. جوکھم میں تبدیلی، مثال کے طور پر، فائر انشورنس میں عمارت کی تعمیر یا قبضے میں تبدیلی

E. جائیداد یعنی پراپرٹی کی دوسری جگہ منتقلی۔

F. انشورنس کی منسوخی

G. نام یا پتہ وغیرہ میں تبدیلی

نمونہ

مثالی مقاصد کے لیے، توثیق کی اصطلاحات کی کچھ مثالیں ذیل میں پیش کی گئی ہیں:

منسوخی

بیمہ دار کی درخواست پر، اس پالیسی کے ذریعے بیمہ شدہ بیمہ کی تاریخ..... منسوخ قرار دیا گیا ہے۔ چونکہ ، پچھلے ..... مہینوں کی مدت سے بیمہ نافذ تھا، اس لیے بیمہ دار کو کوئی رقم قابل ادائیگی نہیں ہے۔

اسٹاک کی قیمت کی حفاظت میں اضافہ

"بیمہ دار کی طرف سے اطلاع دی گئی ہے کہ مذکورہ پالیسی کے ذریعہ فراہم کردہ سیکورٹی کے اسٹاک میں اضافہ کیا گیا ہے۔ لہذا اس سے اتفاق کیا جاتا ہے کہ بیمہ کی رقم میں ذیل میں تبدیلیاں کی گئی ہیں:

تاریخ (تفصیلات) روپے

تاریخ (تفصیلات) روپے

جس پر غور کرتے ہوئے ایک اضافی پریمیم لیا جاتا ہے۔

اس کے مزید سالانہ پریمیم روپے.....

موجودہ کل انشورنس روپے ..... ہوگئی ہے۔

پالیسی کی دیگر ٹرمس اور کنڈیشنگ بدستور رہیں گی۔

سمندری پالیسی میں بیرونی جوکھم کو شامل کرنے کے لیےتحفظ کی توسیع

بیمہ کنندہ کی درخواست پر، مندرجہ بالا پالیسی کے تحت ٹوٹ پھوٹ کے خطرے کو پورا کرنے پر اتفاق کیا گیا ہے۔

لہذا اس کو مدنظر رکھتے ہوئے مندرجہ ذیل .....روپے کا اضافی پریمیم بیمہ شدہ سے وصول کیا جائے گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

اگر پالیسی کے اجراء کے دوران یا پالیسی کی مدت کے دوران بعض شرائط و ضوابط میں ترمیم کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے تو ..... کے ذریعے کارروائی کرتے ہوئے ترمیم کی جاتی ہے۔

I. وارانٹی

II. توثیق یعنی انڈورسمنٹ

III. تبدیلی

IV. ترمیم ممکن نہیں ہے

G. پالیسیوں کی وضاحت

انشورنس کے معاہدوں کا اظہار تحریری طور پر کیا جاتا ہے اور انشورنس پالیسی کی اصطلاحات بیمہ کنندگان کے ذریعہ تیار کی جاتی ہیں۔ ان پالیسیوں کی تشریح، تشکیل یا وضاحت طے شدہ ضوابط کے مطابق بڑی غور وفکر کے بعد کیا جاتا ہے، جن کی وضاحت مختلف عدالتوں نے بھی کی ہو۔ **آئین کا سب سے اہم قاعدہ یہ ہے کہ فریقین کی رائے کو مقدم رکھا جائے اور مذکورہ نیت کو پالیسی میں ہی دیکھا جانا چاہیے۔** اگر پالیسی غیر متضاد طور پر جاری کی جاتی ہے، پھر اس کی تشریح، عدالتوں کے ذریعہ اس عمومی اصول پر کہ پالیسی کا مسودہ بیمہ کنندہ نے تیار کیا تھا، تو فیصلہ انشیورڈ بیمہ حق میں اور انشیورر کے خلاف ہو جاےگا۔

پالیسی کے الفاظ کو درج ذیل اصولوں کے مطابق سمجھا اور تشریح کیا جاتا ہے:

a) ایک واضح حالت ایک مضمر حالت سے زیادہ اہم ہے، سوائے اس کے جہاں ایسا کرنا غیر معقول معلوم ہوتا ہو۔

b) معیاری پرنٹ شدہ پالیسی فارم اور ٹائپ شدہ یا ہاتھ سے لکھے ہوئے حصوں کے درمیان الفاظ کے تنازعہ کی صورت میں، مخصوص معاہدے میں، ٹائپ شدہ یا ہاتھ سے لکھا ہوا حصہ مخصوص معاہدے میں فریقین کے ارادے کا اظہارسمجھا جائے گا ، یا ان کے معنی اصل طباعت شدہ حصوں میں الفاظ قبول کیے جائیں گے۔

c) توثیق کے معاہدے کے دیگر حصوں کے خلاف ہونے کی صورت میں، توثیق کے لیے تفویض کردہ معنی غالب ہوں گے، کیونکہ یہ دستاویز بعد میں بنائی گئی ہے۔

d) ترچھا الفاظ میں لکھے گئے حصے عام طور پر مطبوعہ اصطلاحات ، جہاں متضاد ہوں، کے موازنہ زیادہ مروجہ سمجھے جائیں گے ۔

e) پالیسی کے حاشیے میں پرنٹ یا ٹائپ کیے گئے حصوں کو پالیسی کے اہم حصہ میں موجود لغتوں سے زیادہ اہمیت دی جانی چاہیے۔

f) پالیسی میں منسلک یا چسپاں کلاز ہی، پالیسی کے اہم حصہ میں پیش کی گئی کلازوں سے زیادہ اہم ہوتے ہیں۔

g) ٹائپ شدہ اصطلاحات یا سیاہی کے نشان والے ربڑ اسٹیمپ اصطلاحات طباعت شدہ مطبوعہ اصطلاحات کو ختم کرتا ہے۔

h) ہینڈ رائٹنگ ٹائپ شدہ یا پرنٹ شدہ الفاظ سے زیادہ اہم ہے۔

i) آخر میں، اگر کوئی ابہام یا وضاحت کی کمی ہو تو گرامر اور اوقاف یعنی پنکچویشن کے عام اصول لاگو ہوتے ہیں۔

اہم

1. پالیسیوں کی تشکیل

انشورنس پالیسی تجارتی معاہدے کا ثبوت ہے اور عدالت کے ذریعہ اختیار کیے گئے آئین اور تشریح کے عمومی اصول، کسی دوسرے معاہدے کی طرح، بیمہ کے معاہدوں پر نافذ ہوتے ہیں۔

آئین کا اصول یہ ہے کہ معاہدہ کرنے والے فریقین کی نیت غالب ہونی چاہیے، کہ، نیت پالیسی دستاویز سے ہی حاصل کی جانی چاہیے اور پیشکش

فارم، کلاز، توثیق، وارنٹی وغیرہ کو اس کے ساتھ منسلک کیا جانا چاہیے اور معاہدہ کا حصہ ہونا چاہیے۔

2. الفاظ کا مفہوم

استعمال شدہ الفاظ کے معنی عام اور مقبول ہونے چاہئیں۔ **الفاظ میں استعمال ہونے والے معنی عام آدمی کی سمجھ کے مطابق ہونے چاہئیں۔ لہذا "آگ" کا مطلب شعلہ یا اصل میں جلنا ہوگا۔**

اس کے برعکس، عام کاروبار یا تجارت کے معنی رکھنے والے الفاظ کا مطلب اسی طرح کیا جائے گا، سوائے اس کے کہ جملے کے تناظر میں اس کا کوئی مختلف معنی ہو۔ جہاں الفاظ کی وضاحت قانون سے ہوتی ہے، وہاں الفاظ کا استعمال قانون کے مطابق ہوگا۔ جیسے انڈین پینل کوڈ میں "چوری" کا کیا جاتا ہے۔

انشورنس پالیسیوں میں استعمال ہونے والی بہت سی اصطلاحات پچھلے قانونی فیصلوں کا موضوع رہی ہیں، اور ہائی کورٹ کا مذکورہ فیصلے نچلی عدالتوں کے فیصلے کو پابند کرتے ہیں۔ تکنیکی اصطلاحات کو ہمیشہ تکنیکی معنی ہی لیا جانا چاہیے، سوائے اس کے کہ ان کا مفہوم اس کے برعکس ہو۔

H. تجدید یعنی رینیول نوٹس

زیادہ تر نان لائف انشورنس پالیسیاں سالانہ بنیادوں پر بیمہ کی جاتی ہیں۔

تاہم، بیمہ کنندہ قانونی طور پر اس بات کا پابند نہیں ہے کہ وہ بیمہ شدہ کو مطلع کرے کہ پالیسی ایک مخصوص تاریخ کو ختم ہو رہی ہے، پھر بھی، ایک شائستہ اور مثبت کاروباری عمل کے طور پر، تجدید کا نوٹس بیمہ کنندہ کی طرف سے بیمہ ختم ہونے کی تاریخ سے پہلے جاری کیا جاتا ہے، نوٹس میں پالیسی سے متعلق تمام متعلقہ معلومات شامل ہیں جیسے بیمہ کی تفصیلات، سالانہ پریمیم وغیرہ کی وضاحت شامل کیا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ ہی ، ایک نوٹ بھی رکھا جاتا ہے جس میں بیمہ دار کو مطلع کیا جاتا ہے کہ جوکھم میں کسی مادی یعنی مٹیریل تبدیلی کی صورت میں اس کی اطلاع دی جانی چاہیے۔

مثال کے طور پر، موٹر کی تجدید کے نوٹس میں، بیمہ شدہ کی توجہ موجودہ ضروریات کو مدنظر رکھتے ہوئے بیمہ شدہ رقم (یعنی گاڑی سے متعلق بیمہ شدہ کی طرف سے اعلان کردہ قیمت یعنی ای ڈی وی) کی طرف مبذول کروائی جاتی ہے۔

بیمہ دار کی توجہ اس قانونی پہلو کی طرف بھی مبذول کرانی چاہیے کہ جب تک پریمیم پیشگی ادا نہیں کیا جاے گا، تب تک جوکھم کا کور ہونا نہیں مانا جائے گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

تجدید نوٹس کے بارے میں درج ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

I. ضوابط کے مطابق، بیمہ کنندگان قانونی طور پر پابند ہیں کہ وہ پالیسی کی میعاد ختم ہونے سے 30 دن پہلے بیمہ شدہ کو تجدید کے نوٹس بھیجیں۔

II. ضوابط کے مطابق، بیمہ کنندگان قانونی طور پر پابند ہیں کہ وہ پالیسی کی میعاد ختم ہونے سے 15 دن پہلے بیمہ شدہ کو تجدید کا نوٹس بھیجیں۔

III. ضوابط کے مطابق، بیمہ کنندگان قانونی طور پر پابند ہیں کہ وہ پالیسی کی میعاد ختم ہونے سے 7 دن پہلے بیمہ شدہ کو تجدید کے نوٹس بھیجیں۔

IV. ضوابط کے مطابق، بیمہ کنندہ قانونی طور پر پابند نہیں ہے کہ وہ پالیسی کے خاتمے سے پہلے بیمہ دار کو تجدید کا نوٹس بھیجے۔

خلاصہ

a) دستاویزات کی پہلی سطح بنیادی طور پر تجویز کا فارم ہے جس کے ذریعے بیمہ دار اپنی ذاتی معلومات فراہم کرتا ہے۔

b) اہم معلومات کو ظاہر کرنے کا فرض پالیسی کے آغاز سے پہلے پیدا ہوتا ہے، اور معاہدہ ختم ہونے کے بعد بھی جاری رہتا ہے۔

c) انشورنس کمپنیاں عام طور پر تجویز فارم کے آخر میں ایک اعلامیہ یعنی ڈیکلیریشن شامل کرتی ہیں، جس پر بیمہ کنندہ کے دستخط کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

d) تجویز فارم میں درج ذیل عناصر شامل ہیں:

i. تجویز کنند یعنی پروپوزر کا پورا نام

ii. پیشکش کنندہ یعنی پروپوزر کا پتہ اور رابطے کی تفصیلات

iii. تجویز کنندہ کا پیشہ، یا کاروبار

iv. انشورنس کے سبجکٹ میٹر کی تفصیل اور شناخت

v. بیمہ کی رقم

vi. ماضی اور موجودہ انشورنس

vii. نقصان کا تجربہ

viii. بیمہ شدہ کی طرف سے اعلان

e) ایک ایجنٹ، جو ایک ثالث یعنی میڈیٹر کے طور پر کام کرتا ہے، اس کی ذمہ داری ہے کہ وہ اس بات کو یقینی بنائے کہ بیمہ دار یعنی انشورڈ نے بیمہ کنندہ یعنی انشیورنس کمپنی کو خطرے سے متعلق تمام اہم یعنی مٹیریل معلومات فراہم کر دی ہیں۔

f) تجویز کی جانچ کرنے اور قبولیت کا فیصلہ کرنے کے عمل کو انڈر رائٹنگ کہا جاتا ہے۔

g) پریمیم وہ رقم ہے جو انشورڈ کے ذریعہ بیمہ کنندہ کو بیمہ کے معاہدے کے تحت سبجیکٹ میٹر کا بیمہ کرنے کے لیے ادا کی جاتی ہے۔

h) پریمیم کی ادائیگی نقد، کسی بھی معیاری بینک کے نیگوشیبل انسٹرومنٹ کے جیسے چیک،ڈرافٹ، پے آرڈر اور یا پوسٹل منی آرڈر، کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ، انٹرنیٹ، ای-ٹرانسفر، براہ راست کریڈٹ یا

وقتاً فوقتاً IRDAI سے منظور شدہ کسی بھی نظام کے ذریعے کی جا سکتی ہے۔

i) پالیسی کی تیاری میں تاخیر یا انشورنس کے سلسلے میں گفت و شنید کی صورت میں، ایک کور نوٹ جاری کیا جاتا ہے اور عارضی بنیادوں پر انشورنس فراہم کرنا لازمی ہے۔

j) کور نوٹ زیادہ تر میرین اور موٹر بیموں کے لیے استعمال ہوتا ہے۔

k) انشورنس سرٹیفکیٹ انشورنس کے وجود میں ہونے کا ثبوت ہے۔

l) پالیسی ایک رسمی باضابطہ یعنی فارمل دستاویز ہے جو انشورنس کے معاہدے کا ثبوت فراہم کرتی ہے۔

m) وارنٹیز جو پالیسی میں واضح طور پر بیان کی گئیں ہوں، معاہدے کی درستگی کے لیے ان کی مکمل تعمیل کی جانی چاہیے۔

n) اگر پالیسی کے اجراء کے دوران یا پالیسی کی مدت کے دوران کچھ شرائط و ضوابط میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہو تو، توثیق یعنی انڈورسمنٹ نام کے دستاویز کے ذریعے ترمیم/ تبدیلیاں نافذ کی جاتی ہیں۔

o) تعمیر یا کانٹریکٹ کا سب سے اہم اصول یہ ہے کہ فریقین کی نیت یعنی انٹینشنز صحیح ہوں اور وہ پالیسیکی تحریر میں نظر بھی آئیں

کلیدی اصطلاحات یعنی ٹرمز

a) پالیسی فارم

b) پریمیم کی پیشگی ادائیگی

c) کاور نوٹ

d) بیمہ کا سرٹیفکیٹ

e) تجدید کا نوٹس

f) وارنٹی

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشنIV ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشنII ہے۔

جواب 4 - صحیح آپشنII ہے۔

جواب 5 - صحیح آپشنIV ہے۔

باب G-02

انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی یعنی ریٹ طے کرنا

باب کا تعارف

ہم نے جنرل انشورنس سے متعلق مختلف تصورات اور اصولوں کے بارے میں سیکھا ہے۔ انڈر رائٹنگ وہ عمل ہے جس کے ذریعے بیمہ کنندہ فیصلہ کرتا ہے کہ جوکھم قبول کرنا ہے یا نہیں۔ اس کے لیے رسک کا تجزیہ کیا جاتا ہے اور اندازہ لگایا جاتاہے کہ رسک کس حد تک جوکھم والا ہے۔ نیز، پریمیم کے طور پر کتنی رقم جمع کی جانی چاہیے۔ اس کے علاوہ، بعض اوقات، جوکھم کو کم کرنے کے لیے شرائط کے تحت جوکھموں کو قبول کیا جا سکتا ہے۔ ان تمام طریقوں پر اس باب میں ڈسکس گیا ہے

قابلِ غور امور

A. مادی یعنی فیزیکل خطرہ

B. فیزیکل خطرات ہزارڈ - خطرے کے انتظام کی اہمیت، تقسیم اور درجہ بندی

C. کور کی حد بندی کے لئے اکسیس/ڈیڈکٹیبل کا لگانا

D. اخلاقی خطرہ یعنی مارے ہزارڈ

E. بیمہ کی رقم کا تعین

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ درج ذیل کام کر سکیں گے :

1. فیزیکل ہزاڈ کو سمجھنا

2. ایک کارروائی کے طور پر انڈر رائٹنگ کی اہمیت کو سمجھنا

3. جوکھم کو کم کرنے کے لیے انڈررایٹر کے ذریعے اختیار کیے جانے والے اقدامات کے بارے میں جاننا

4. بیمہ کی رقم کے تعین کے طریقہ کار کے بارے میں جاننے کے لیے

A. مادی خترے یعنی فیزیکل ہزارڈ

انڈر رائٹنگ میں، پراپرٹی اور افراد کو درپیش مختلف خطرات کا تفصیلی علم انتہائی اہمیت کا حامل ہے۔

فیزیکل ہزارڈ کا پتہ تجویز فارم میں دی گئی معلومات سے لگایا جا سکتا ہے۔اسے جوکھم کے سروے یا معائنہ سے بہتر جانا جا سکتا ہے۔ بیمہ کے مختلف کلاسوں میں فیزیکل ہزارڈ کے کچھ مثالیں درج ذیل ہیں۔

a) آگ

i. **تعمیر :** تعمیر دیواروں اور چھت میں استعمال کئے گئے مواد یعنی مٹیریل سے مراد ہے، ایک لکڑی کے عمارت سے کنکریٹ کی عمارت سے بہتر ہوتی ہے۔

ii. اونچائی : آگ بجھانے کی مشکلات کی وجہ سے منزلوں کی تعداد جتنی زیادہ ہوگی، خطرہ اتنا زیادہ ہوگا۔اس کے علاوہ، منزلوں کی ایک بڑی تعداد میں اوپری منزلوں کے گرنے کا جوکھم شامل ہے جو بھاری اثرات ڈالنے والے نقصان کی وجہ بنتا ہے۔

iii. فرش کی نوعیت : لکڑی کے فرش آگ میں گھی کا کام کرتے ہیں۔ اسکے علاوہ، لکڑی کے فرش آگ لگنے پر آسانی سے گر جاتے ہیں جسکی وجہ سے اوپری منزلوں سے مشینری یا سامانوں کے گرنے سے نچلی منزلوں پر املاك کو نقصان ہو سکتا ہے۔

iv. **قبضے :**کسی عمارت کے قبضے اور مقصد جسکے لئے اسکا استعمال کیا جاتا ہے۔قبضے سے مختلف قسم کے خطرے پیدا ہوتے ہیں۔

v. اگنیشن کا خطرہ : ایسے عمارت جن میں بڑی مقدار میں کیمیکل کا پروڈکشن یا استعمال کیا جاتا ہے، وہاں کافی آگ بھڑکنے کا اگنیشن خطرہ شامل ہوتا ہے۔ایک لکڑی کا یارڈ زیادہ آتش پذیری خطرہ پیش کرتا ہے کیونکہ ایک بار آگ شروع ہونے پر لکڑی تیزی سے جلنے لگتی ہے۔مندرجات آگ لگنے کے واقعہ میں نقصان کے لئے انتہائی حساس ہو سکتا ہیں۔

مثال کے طور پر ، کاغذ، کپڑے وغیرہ نہ صرف آگ سے بلکہ پانی، گرمی وغیرہ سے نقصان کے لیے بھی انتہائی حساس ہوتے ہیں۔

vi. مینوفیکچرنگ کا عمل : اگر کام رات کے دوران کیا جاتا ہے تو مصنوعی روشنی کے استعمال ، مشینری کے مسلسل استعمال جو تکان یعنی ایگزحاسشن کی وجہ بنتا ہے، اور تکان کی وجہ سے کارکنوں کی امکانی لاپرواہی کی وجہ سے خطرہ بڑھ جاتا ہے۔

vii. صورتحال/خطرے کا مقام صورتحال : ایک گنجان علاقے ، خطرناک ملحقہ احاطے کا جوکھم اور فائر بریگیڈ سے دوری والا مقام فیزیکل ہزارڈ کی ایک مثال ہے۔

b) **میرین**

i. **ویسل کی عمر اور حالت :** پرانے ویسل زیادہ یا خراب رسک ہوتے ہیں۔

ii. **کیا جانے والا سمندری سفر :** سمندری سفر کا راستہ، لوڈینگ اور اَن لوڈینگ کے حالات اور بندرگاہوں پر اسٹوریج سہولیات اس کے عوامل یعنی وجوہات ہیں۔

iii. **اسٹاکس (مال) کی نوعیت :** زیادہ قیمت کی اشیاۂ چوری کے جوکھم کے دائرے میں آتی ہیں؛ مشینری کے ٹرانزٹ میں ٹوٹ جانے کے امکانات رہتے ہیں۔

iv. **پیکنگ کے طریقہ کار :** گٹھروں میں پیک کئے گئے مال کو بیگ میں رکھے مال کے مقابلے میں بہتر مانا جاتا ہے۔ پھر، ڈبل بیگ ایک بیگ سے زیادہ محفوظ ہوتے ہیں۔ استعمال کئے گئے (سیکنڈ ہینڈ) ڈرموں میں رقیق یعنی لیکوئیڈ کارگو خراب فیزیکل ہزارڈ ہوتا ہے۔

c) **موٹر**

i. **گاڑی کی عمر اور حالت :** پرانےگاڑیاں زیادہ حادثات کا شکار ہوتی ہیں۔

ii. **گاڑی کی قسم :** اسپورٹس کاروں میں فزیکل ہزارڈ وغیرہ کافی ہوتے ہیں۔

d) **چوری**

i. **اسٹاکس (مال) کی نوعیت :** چھوٹے گروپ میں اعلی قیمت کی اشیاۂ (جیسے زیورات) اور آسانی سے ڈسپوزایبل چیزوں کو برا جوکھم مانا جاتا ہے۔

ii. **صورتحال :** گراؤنڈ فلورکے جوکھم اوپری منزل کے جوکھموں سےخراب ہوتے ہیں: الگ علاقوں میں واقع ذاتی مکانات خطرناک ہوتے ہیں۔

iii. **تعمیر سے متعلق خطرہ :** بہت سارے دروازے اور کھڑکیاں برے فزیکل ہارڈ کی وجہ بنتے ہیں۔

e) ذاتی حادثے

i. **شخص کی عمر :** ضعیف شخص حادثے کے شکار ہوتے ہیں؛ اس کے علاوہ ایک حادثے کی حالت میں ان کو ٹھیک ہونے میں لمبا وقت لگ جائیگا۔

ii. **قبضے کی نوعیت :** جاکیز،کانوں یعنی مائنوں میں کام کرنے والے انجینئرز ،ہاتھ کی مزدوری کرنے خراب فزیکل ہزارڈ کے مثالیں ہیں۔

iii. **صحت اور جسمانی حالت :**ذیابیطس میں مبتلا ایک شخص حادثاتی جسمانی چوٹ کی صورت میں سرجری ہونے پر ریکوری دیر سے ہوسکتی ہے۔

B. فزیکل ہزارڈ – جوکھم مینجمنٹ کی اہمیت، اس کے حصے اور ریٹنگ

اَنڈررائٹر فزیکل ہزارڈ سے نپٹنے کے لئے درج ذیل طریقوں کا استعمال کرتے ہیں :

- ✓ پریمیم کی لوڈنگ
- ✓ پالسی پر وارنٹیاں لاگو کرنا
- ✓ کچھ کلاز لاگو کرنا
- ✓ اضافی / کٹوتیاں لگانا
- ✓ فراہم کئے گئے کور کو محدود کرنا
- ✓ کور کو مسترد کرنا

a) پریمیم کی لوڈینگ

ایک جوکھم ایکسپوزر میں کچھ منفی خصوصیات ہو سکتی ہیں جن کے لئے اَنڈررائٹر منظوری سے پہلے ایک اضافی پریمیم لگانے کا فیصلہ کر سکتے ہیں۔ پریمیم کی لوڈینگ بڑھاکر دعووں کےاعلی امکانات یا بڑے دعووں کے واقعہ کو دھیان میں رکھا جاتا ہے۔

مثال

لائنرس یا دیگر گاڑیوں یعنی ویسیلس کے ذریعے جو سٹینڈرڈ گایڈلانز کو پورا کرتے ہیں، میں بھیجے جانے والے مال کے لئے پریمیم کی عام شرح وصول کی جاتی ہے۔ حالانکہ، اگر ایک زیادہ عمر یا کم ٹن بھار والا ویسل مال کو لے جاتا ہے تو اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

ذاتی حادثہ بیمہ میں اگر بیمہ دار شخص کوہ پیمائی، پہیوں پر ریسنگ، بگ گیم ہنٹنگ (شکار) وغیرہ جیسے مضر سرگرمیوں میں مصروف ہے تو اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

کبھی کبھی موٹر بیمہ یا صحت بیمہ پالسیوں کے معاملے کی طرح منفی دعووں کے تناسب کے لئے بھی پریمیم کی لوڈینگ بڑھائی جاتی ہے۔

b) وارنٹیوں کا نفاذ

بیمہ کمپنیاں فزیکل ہزارڈ کو کم کرنے کے لئے مناسب وارنٹیاں شامل کرتی ہیں۔ اسکی کچھ مثالیں ذیل میں دی گئ ہیں۔

مثال

i. **سمندری کارگو:** ان اثرات کے لئے ایک وارنٹی شامِل کی جاتی ہے سامان (جیسے چائے) ٹن لائنوں والے ڈبوں میں پیک کی جاتی ہے۔

ii. **چوری :** یہ وارنٹی لگائی جاتی ہے کہ املاک کی حفاظت چوبیس گھنٹوں کے لئے ایک چوکیدار کے ذریعے کی جائے گی۔

iii. **آگ :** آگ بیمہ میں، یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ احاطے کو عام کام کے اوقات کے بعد استعمال نہیں کیا جائیگا۔

iv. **موٹر :** یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ گاڑی کو رفتار کی جانچ یا ریسنگ کے لئے استعمال نہیں کیا جائیگا۔

مثال

میرین کارگو : پرزوں میں چھوٹے سے نقصان کی وجہ سے مہنگی مشینری مکمل نقصان میں تبدیل ہو سکتی ہے۔ ایسے نقصان کو کم کرنے کے لئے رپلیسمنٹ وارنٹی لگائی جاتی ہے جس کے تحت صرف نقصان ہوئے حصے کا ہی معاوضہ دینا ہوگا۔ لہٰذا اَنڈررائٹر کی ذمہ داری کہ صرف کسی ٹوٹے ہوئے پرزے کی منتقلی پر انے والی کل لاگت کو محدود رکھا جائے ۔

کاسٹ پائپ، ہارڈ بورڈ کبھی کبھی کناروں پر ہی نقصان زدہ ہو جاتے ہیں۔ کاسٹ پائپ، ہارڈ بورڈ وغیرہ پر سمندری پالسیاں کاٹنے کے کلاز کے مشروط ہوتی ہیں جو یہ وارنٹی دیتی ہے کہ نقصان زدہ حصے کو کاٹ دیا جانا چاہئیے اور بقیہ حصے کا استعمال کیا جانا چاہئیے۔

c) اضافی / کٹوتیوں اور سیکیورٹی پر پابندی پر فیصلہ

جب نقصان کی مقدار کٹوتی/اضافی یعنی ڈیڈکٹیبل/ اکسیس کلاز سے زیادہ ہو جاتی ہے تو اکسیس کاٹ کر باقی رقم کی ادائیگی 'اضافی ' کلاز کے تحت کی جاتی ہے۔ جو کلیمز اکسیس کی حد کے اندر رہتے ہیں وہ قابل ادائیگی نہیں ہوتے۔

ان کلاز کا مقصد چھوٹے دعووں کو ختم کرنا ہے۔ چونکہ بیمہ دار سے نقصان کے حصے کی ادائیگی کرائی جاتی ہے، اس لئے اس کو زیادہ احتیاط برتنے اور نقصان کی روک تھام کی کوشش کرنے کی حوصلہ افزائی بھی ہوتی ہے۔

مثال

i. **موٹر :** ایک پرانے موٹر گاڑی کے تجویز کو جامع شرطوں پر قبول نہیں کیا جائیگا لیکن بیمہ کمپنیاں ایک محدود کور کی پیشکش کرینگی یعنی صرف تیسری پارٹی کے جوکھموں کے خلاف ۔

ii. **ذاتی حادثہ :** ایک ذاتی حادثہ کا تجویز کار جو زیادہ سے زیادہ منظوری عمر کی حد پار کر گیا ہے، اسے جامع شرطوں پر یعنی معذوری منافع سمیت کے بجائے صرف موت کے جوکھم کے لئے کور کیا جا سکتا ہے۔

d) **چھوٹ**

جوکھم ساز گار ہونے پر کم شرح لگائی جاتی ہیں یا عام پریمیم میں ایک چھوٹ دی جاتی ہے۔ آگ بیمہ میں جوکھم کے سدھار میں شراکت کے لئے درج ذیل خصوصیت پر غور کیا جاتا ہے۔

i. احاطے یعنی پریمیسز کے اندر آگ بجھانے والے نظام کی تنصیب یعنی انسٹال کا کام

ii. احاطے میں ہائڈرنٹ سسٹم قائم کرنا

iii. ہاتھ سے استعمال کئے جانے والے آلات کی تنصیب جن میں بالٹی، پورٹیبل آگ بجھانے اور مینوال فائر پمپ شامل ہیں

iv. خود کار طریقے سے آگ کے الارم کی تنصیب

مثال

موٹر بیمہ کے تحت پریمیم میں ایک چھوٹ فراہم کی جاتی ہے اگر موٹر سائیکل کو ہمیشہ ایک منسلک سائڈ کار کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے،

کیونکہ یہ خوبی گاڑی کی زیادہ تحفظ پذیری کی وجہ سے جوکھم کے سدھار میں شراکت کرتی ہے۔

میرین بیمہ میں بیمہ کمپنی "مکمل لوڈ" کنٹینر کے لئے پریمیم میں چھوٹ دینے پر غور کر سکتی ہیں کیونکہ یہ چوری اور کمی کی واقعات کو کم کر دیتا ہے۔

ایک گروپ ذاتی حادثہ کور کے تحت ایک بڑے گروپ کے کوریج کے لئے چھوٹ دی جائیگی جو بیمہ کمپنی کے انتظامی کام اور اخراجات کو کم کر دیتا ہے۔

---

e) کوئی دعویٰ نہیں بونس (این سی بی)

تجدید رینیول کے وقت کوئی دعویٰ نہ ہونے کی صورت میں ایک خاص فی صد بونس کے طور پر دیا جاتا ہے جس میں حاصل کئے جانے والے زیادہ سے زیادہ بونس کی ایک حد ہوتی ہے۔ اس کی اجازت صرف تجدید کے وقت کل پریمیم پر کٹوتی کے ذریعے سے دی جاتی ہے یعنی بغیر دعوی کے مفت سالوں کے لیے،جو پورے گروپ کے لئے خرچ کئے گئے دعویٰ تناسب یا موٹر گاڑی کا ذاتی نقصان پالیسی ہولڈرز پر منحصر ہے۔

نو کلیم بونس انڈرایٹنگ میں سدھار کے لئے ایک اچھی حکمت عملی ہے اور یہ ریٹنگ سسٹم کا ایک مربوط حصہ بنتا ہے۔ یہ بونس بیمہ دار شخص میں مارل ہزارڈ کے عنصر کی شناخت کرتا ہے۔یہ موٹر بیمہ میں بہتر ڈرائیونگ مہارت کو اپنا کر یا صحت پالسیوں میں اپنے صحت کی بہتر دیکھ بھال کرکے دعویٰ دائر نہیں کرنے کے لئے بیمہ دار کو انسینٹیو دیتاہے۔

f) غیر منظوری

اگر فزیکل ہزارڈ بہت خراب ہے تو جوکھم بیمہ کے لئے رد ہو جاتا ہے اور نامنظور کر دیا جاتا ہے۔ اپنے ماضی کے نقصان کے تجربہ ، خطروں کی معلومات اور مجموعی انڈرایٹنگ کے طریقہ کار کی بنیاد پر بیمہ کمپنیوں نے بیمہ کے ہر ایک طبقے میں انکار کئے جانے والے جوکھموں کی ایک فہرست تیار کی ہے۔

C. اخلاقی جوکھم یعنی مارل ہزاڈ

مارے ہزاڈ درج ذیل طریقوں سے پیدا ہو سکتا ہے :

a) بےایمانی

برے مارے ہزارڈ کی ایک بڑی مثال ایک دعویٰ حاصل کرنے کے لئے جان بوجھ کر نقصان کرنے یا بنانے کے ارادے کے ساتھ بیمہ لینے والے شخص کا ہے۔یہاں تک کہ ایک ایماندار بیمہ دار کو بھی مالی کٹھنائیوں میں ہونے پر نقصان پورا کرنے کا لالچ دیا جا سکتا ہے۔

b) لاپرواہی

نقصان سے بچنے کی طرف لاپرواہی کی ایک مثال ہے۔ بیمہ کی موجودگی کے کارن بیمہ دار شخص بیمہ شدہ املاك کی طرف سے ایک لاپرواہ رویہ اپنانے لگتا ہے۔

اگر بیمہ دار شخص املاك کا اسی طرح سے دھیان نہیں رکھتا ہے جیسا کہ ایک ذمّہ دار اور مناسب شخص بیمہ شدہ نہ ہونے کی حالت میں کرتا ہے تو مارل ہزارڈ غیر اطمینان بخش ہے۔

c) صنعتی تعلقات

مالک اور ملازم کے تعلقات میں خراب مارے ہزارڈ کا ایک عنصر شامل ہو سکتا ہے۔

d) غلط دعوے

اس طرح کے مارل ہزارڈ دعویٰ پیدا ہونے پر اٹھتے ہیں۔ ایک بیمہ دار شخص نے جان بوجھ کر نقصان نہیں کیا ہو سکتا ہے لیکن ایک بار نقصان واقع ہونے پر وہ معاوضہ کے اصول کے برخلاف غلط طریقہ سے معاوضہ کی زیادہ رقم حاصل کرنے کی کوشش کریگا۔

معلومات

ذیلی حدود : بیمہ کمپنی بڑھا چڑھاکر دکھائے گئے بل کی جانچ کرنے کے لئے کمرے کے اخراجات ، سرجیکل طریقہ کار یا ڈاکٹر کی فیس کے تعلق میں ہر ایک کے لئے الگ سے کل ادائیگی پر ایک حد لگا سکتی ہے۔

جہاں بیمہ دار شخص پر مارل ہزارڈ کا شبہ ہوتا ہے، ایجینٹ کو اس طرح کی تجویز بیمہ کمپنی کے پاس نہیں لانا چاہئیے۔ اس کے علاوہ اسے اس طرح کے معاملوں کو بیمہ کمپنی کے حکام کے سامنے لانا چاہئیے۔

1. مختصر مدت کے پیمانے

عام طور پر پریمیم شرح بارہ مہینے کی ایک مدت کے لئے بتلائے جاتے ہیں۔ اگر کوئی پالسی ایک چھوٹی مدت کے لئے لی جاتی ہے تو پریمیم ایک خاص پیمانے کے مطابق لگایا جاتا ہے جسے چھوٹی مدت کے پیمانے کو شارٹ پیریڈ سکیل کہا جاتا ہے۔قلیل مدت کے بیمہ کے لئے لیا جانے والا پریمیم متناسب یعنی پروپورشنیٹ پریمیم کی بنیاد پر نہیں کیا جاتا ہے۔

چھوٹی مدت کے پیمانوں کی ضرورت

a) اس طرح کی شرح اس لئے لاگو کی جاتی ہیں کیونکہ پالسی جاری کرنے میں شامل خرچ چاہے وہ 12 مہینے کی مدت کے لئے ہو یا ایک چھوٹی مدت کے لئے، تقریباً ایک ہی ہیں۔

b) اس کے علاوہ، ایک سالانہ پالیسی کے لئے ایک سال کے دوران صرف ایک بار تجدید یعنی رینیول کی ضرورت ہوتی ہے جبکہ چھوٹی مدت کے بیمہ میں باربار تجدید کرنا شامل ہے۔اگر ایک متناسب پریمیم کی اجازت دی جاتی ہے تو بیمہ دار شخص کی طرف سے چھوٹی مدت کی پالسیوں کا آپشن لینے کا رجحان ہوگا اور اس سے موثر طریقے سے قسطوں میں پریمیموں کی ادائیگی کی جا سکتی ہے۔

c) اس کے علاوہ، کچھ بیمے موسمی ہوتے ہیں اور اس موسم کے دوران جوکھم زیادہ ہوتا ہے۔کبھی کبھی بیمہ اس طرح کی مدت کے دوران لیا جاتا ہے جب جوکھم سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ چھوٹی مدت کے پیمانے بیمہ کمپنیوں کے خلاف اس طرح کے انتخاب کو روکنے کے لئے تیار کئے گئے ہیں۔ یہ اس وقت بھی لاگو ہوتے ہیں جب بیمہ دار شخص کے ذریعے سالانہ بیمہ کو رد کر دیا جاتا ہے۔ ایسے معاملات میں، بیمہ کنندہ کے جوکھم کی مدت کے لیے قلیل مدتی پیمائش کو ذہن میں رکھتے ہوئے رقم کی واپسی کی جاتی ہے۔

کم از کم پریمیم

ہر ایک پالیسی کے تحت کم از کم پریمیم وصول کرنا ضروری ہے تاکہ پالسی جاری کرنے کے انتظامی اخراجات کو کور کیا جا سکے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

جب کسی اخلاقی جوکھم کا پتہ لگتا ہے، ایک ایجنٹ سے کیا توقع کی جاتی ہے؟

I. پہلے کی طرح بیمہ جاری رکھنا

II. اس کے بارے میں بیمہ کمپنی کو اطلاع کرنا

III. دعووں میں ایک حصہ مانگنا

IV. آنکھیں موند لینا

D. بیمہ کی رقم یا سم امشورڈ کا تعین

یہ پالیسی شرط کے مطابق ایک بیمہ کمپنی کے ذریعے معاوضہ کی جانے والی زیادہ سے زیادہ رقم ہے۔ ایک بیمہ دار کو معاوضہ کی حد منتخب کرنے میں بہت محتاط رہنا چاہئیے کیونکہ یہ دعوے کے وقت معاوضہ کی جانے والی زیادہ سے زیادہ رقم ہے۔

بیمہ رقم ہمیشہ بیمہ دار شخص کے ذریعے طے کی جاتی ہے۔ یہ ایک ایسی رقم جس پر پالیسی کے تحت پریمیم پر پہنچنے کے لئے شرح لاگو کیا جاتا ہے۔

اسے املاک کے اصل قیمت کا نمائندہ ہونا چاہئیے۔ اگر بیمہ ضرورت سے زیادہ ہوتا ہے تو بیمہ دار کو کوئی فائدہ نہیں ملتا ہے اور بیمہ کے کم ہونے کے معاملے میں دعویٰ متناسب روپ میں کم ہو جاتا ہے۔

بیمہ رقم طے کرنا

کاروبار کے ہر ایک طبقے کے تحت بیمہ دار شخص کو درج ذیل باتوں کی صلاح دی جانی چاہئیے جن کو بیمہ رقم طے کرتے وقت دھیان میں رکھا جانا چاہئیے۔

a) **ذاتی حادثہ بیمہ :** ایک کمپنی کے ذریعے پیش کردہ بیمہ رقم ایک مقررہ رقم ہو سکتی ہے یا یہ بیمہ دار شخص کی آمدنی پر مبنی ہو سکتی ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیاں ایک خاص معذوری کے لئے بیمہ دار شخص کی ماہانہ آمدنی کے 60 گنا یا 100 گنا کے برابر فائدہ دے سکتی ہیں۔ زیادہ سے زیادہ رقم پر ایک اوپری حد یا 'کیپ' ہو سکتا ہے۔ الگ الگ کمپنی کے معاوضے (معاوضہ) میں اختلاف ہو سکتا ہے۔ گروپ ذاتی حادثہ پالیسیوں میں بیمہ رقم ہر ایک بیمہ شدہ شخص کے لئے الگ سے طے کی جا سکتی ہے یا اسے بیمہ شدہ شخص کو قابل ادائیگی بھتوں سے منسلک کیاجا سکتا ہے۔

b) **موٹر بیمہ :** موٹر بیمہ کے معاملے میں بیمہ رقم بیمہ دار شخص کا اعلان قیمت [آئی ڈی وی] ہے۔یہ گاڑی کی قیمت ہے جو انڈین موٹر ٹیرف میں تجویز کردہ میں تعین قیمت ڈپریسیشن اس فی صد کے ساتھ گاڑی موجودہ تعمیر کے درج فروخت کی قیمت کو ایڈجسٹ کرکے

نکالا جاتا ہے۔ مینفیکچر کے درج فروخت قیمت میں رجسٹریشن اور بیمہ کو چھوڑکر مقامی چارج / ٹیکس شامل ہو نگے۔

آئی ڈی وی = (مینفیکچر کی لسٹ کی گئی فروخت قیمت - گھسائی یعنی ڈیپریسییشن) + (سامان یعنی ایسیسیریز جو لسٹ کی گئی فروخت قیمت میں شامل نہیں ہیں) اور اس میں رجسٹریشن اور بیمہ کے اخراجات شامل نہیں ہے۔

گاڑیوں کی آئی ڈی وی جو متروک یا 5 سال سے زیادہ پرانی ہے، اس کا شمار بیمہ کمپنی اور بیمہ دار شخص کے درمیان آپسی سمجھوتے سے کیا جاتا ہے۔ فرسودگی ڈیپریسییشن کے بجائے، پرانے کاروں کی آئی ڈی وی، کار ڈیلروں یا سرویور کے ذریعے کئے گئے گاڑی کی حالت کے جائزہ یعنی ولویشن کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔

آئی ڈی وی گاڑی کے چوری ہونے یا کل نقصان کا سامنا کرنے کے معاملے میں دی جانے والے معاوضہ کی رقم ہے۔ کار کی بازار قیمت کے آس پاس آئی ڈی وی حاصل کرنے کی سفارش کی جاتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں بیمہ دار شخص کے لئے آئی ڈی وی کو کم کرنے کے لئے 5٪ سے 10٪ کی ایک حد دیتی ہے۔کم آئی ڈی وی کا مطلب کم پریمیم ہوگا۔

c) **آگ بیمہ :** آگ بیمہ میں بیمہ رقم عمارتوں/پلانٹ اور مشینری اور فکسچرس کے لئے معاوضہ یا بحالی قیمت کے بنیاد پر طے کی جا سکتی ہے۔ مندرجات کو ان کے بازار قیمت کی بنیاد پر کور کیا جاتا ہے جو سامان کی لاگت کم فرسودگی یعنی ڈیپریسییشن ہے۔ (بحالی کی قیمت کی تفصیلات باب 28 - کمرشل انشورنس میں پیش کی گئی ہیں۔)

d) **اسٹاک (ذخیرہ) کا بیمہ :** اسٹاک (ذخیرہ) کے معاملے میں بیمہ رقم کے لئے ان کی بازار قیمت ہے۔ بیمہ شدہ شخص کو اس قیمت پر معاوضہ دیا جائےگا جس پر نقصان کے بعد نقصان خام مال کو بدلنے کے لئے ان اسٹاکس کو بازار میں خریدا جا سکتا ہے۔

e) **میرین کارگو بیمہ :** یہ ایک طے شدہ یعنی ایگریڈ ویلیو پالیسی ہے اور بیمہ رقم معاہدہ کے وقت بیمہ کمپنی اور بیمہ دار شخص کے درمیان ہوئے قرار کے مطابق ہوتی ہے۔ عام طور پر اس میں کموڈیٹی پلس بیمہ کی لاگت مشتمل + مال ڈھلائی یعنی سی آئی ایف قیمت کا کل جمع یعنی ٹوٹل شامل ہوگا۔

f) **میرین ہل بیمہ :** سمندری ہل بیمہ میں بیمہ رقم معاہدہ کے شروعات میں بیمہ دار شخص اور بیمہ کمپنی کے درمیان ایک متفقہ قیمت یعنی اگریڈ ویلیو ہوتی ہے۔ یہ قیمت حل/جہاز کے معائنہ کے بعد ایک ویلیوڈ جائزہ کار کے ذریعے نکالی جائے گی۔

g) **ذمہ داری بیمہ :** ذمہ داری پالیسیوں کے معاملے میں بیمہ رقم جوکھم کی ڈگری ، جغرافیائی پھیلاؤ کی بنیاد پر صنعتی اکائیوں کی ذمہ داری جوکھم ہے۔ اضافی قانونی لاگت اور اخراجات بھی دعویٰ معاوضہ کا حصہ بن سکتے ہیں۔ بیمہ رقم مندجہ بالا معیار کی بنیاد پر بیمہ شدہ شخص کے ذریعے طے کی جاتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

ایک ڈاکٹر کے لئے ایک بیمہ منصوبہ بندی بتائیں جو اپنے خلاف لاپرواہی کے کسی بھی دعوے سے انکی حفاظت کر سکے۔

I. ذاتی حادثہ بیمہ

II. پیشہ ورانہ ذمہ داری بیمہ

III. میرین ہل بیمہ

IV. صحت یعنی ہیلتھ بیمہ

خلاصہ

a) جوکھم یا رسک کے کلاسیفیکیشن کا عمل یعنی یہ طے کرنا کہ کون سا رسک کس کٹیگری میں آتا ہے پریمیم کی ریٹ میکینگ کے لئے اہم ہوتا ہے۔

b) انڈرایٹنگ یہ طے کرنے کا عمل ہے کہ کیا ایک جوکھم قابلِ قبول ہے، اور اگر ہاں تو کن شرح ، شرائط و ضوابط پر بیمہ کور کو قبول کیا جائیگا۔

c) شرح یعنی ریٹ بیمہ کے دام یعنی پرایس کی اکائی کہی جا سکتی ہے۔

d) ریٹ طے کرنے کا بنیادی مقصد بیمہ کی قیمت کو اطمینان بخش اور مناسب بنانا ہے۔

e) 'خالص پریمیم' کو اخراجات، ذخائر یعنی ریزرو فنڈ اور منافعوں کو دھیان میں رکھتے ہوئے خالص یعنی پیور پریمیم میں فی صد کو جوڑ کر مناسب ڈھنگ سے لوڈ کیا یا بڑھایا جاتا ہے۔

f) بیمہ کی زبان میں خطرہ لفظ ان حالات یا خوبیاں یا خصوصیات کو ظاہر کرتا ہے جو ایک دئیے گئے سخت خطرہ سے پیدا ہونے والے نقصان کے امکانات بناتے یا بڑھاتے ہیں۔

g) اضافی /کٹوتی کلاز لگانے کا مقصد چھوٹے دعووں کو ختم کرنا ہے۔

h) نو کلیم بونس انڈرایٹنگ کے لئے ایک مؤثر حکمت عملی ہے اور یہ ریٹ میکینگ سسٹم کا ایک مربوط حصہ ہے۔

i) بیمہ رقم یعنی سم انشورڈ وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو پالیسی کی شرائط کے مطابق ایک بیمہ کمپنی معاوضے کے طور پر ادا کر سکتی ہے۔

اہم اصطلاحات یعنی کی ٹیرمس

a) انڈرایٹنگ
b) ریٹ میکینگ
c) مادی خطرات یعنی فزیکل ہزارڈز
d) اخلاقی یعنی کردار سے پیدا ہونے والے خدشات (مارل ہزاڈ)
e) معاوضہ یا کمپنسیشن
f) فائدہ یا بینیفٹ
g) پریمیم کی لوڈنگ
h) وارنٹی
i) کٹوتی یا ڈیڈکٹیبس
j) اضافی یا اکسیس

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1- صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2- صحیح آپشن II ہے۔

باب G-03

ذاتی اور خوردہ یعنی پھٹکر بیمہ

باب تعارف یا چیپٹر ڈسکرپشن

پچھلے ابواب میں ہم نے عام بیمہ سے متعلقہ مختلف تصورات اور اُصولوں کو جانا ہے۔ عام بیمہ پروڈکٹس کو مختلف بازاروں میں الگ الگ طریقے سے درجہ بند یعنی کلاسیفای کیا جاتا ہے۔ جہاں ایک گروپ میں ان کو پراپرٹی، حادثات اور ذمہ داری یعنی لائبلیٹی بیمہ وہیں دوسرے گروپ میں آگ، میرین، موٹر اور متفرق بیموں کے طور پر کلاسیفای کیا جاتا ہے۔ اس باب میں ذاتی حادثہ ، صحت ، سفر ،گھر اور دکاندار جیسے عام پروڈکٹس کی بحث کی گئی ہے جو اس طرح کے خردہ گاہکوں کے ذریعے خریدے جاتے ہیں۔

قابلِ غور نتائج

A. خوردہ یعنی پھٹکر بیمہ مصنوعات پروڈکس
B. 'تمام جوکھم' یعنی آل رسک اور 'نامی جہکھم' نیمڈ پیرل بیمہ پالیسی
C. پیکیج پالیسیاں
D. دُکاندار کا بیمہ
E. گھریلو بیمہ
F. بیمہ شدہ کی رقم یعنی سم انشورڈ اور پریمیم
G. موٹر گاڑی کا بیمہ

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد آپ ان باتوں کو سمجھ گئے ہوں گے:

1. فیمیلی کے بیمہ کے بارے میں سمجھانا
2. دوکان بیمہ کور تیار کرنا
3. موٹر بیمہ پر گفتگو کرنا

A. خردہ یعنی پھٹکر بیمہ پروڈکٹ

کچھ ایسے بیمہ پروڈکٹ ہیں جو بعض مفادات کو کور کرنے کے لیے افراد کے لئے خریدے جاتے ہیں۔ حالانکہ اس قسم کے بیموں کے لئے چھوٹے تجارتی یا کاروباری مفادات ہو سکتے ہیں، یہ عام طور پر افراد کو فروخت کیے جاتے ہیں۔ کچھ بازاروں میں ان کو 'چھوٹی ٹکٹ' والی پالیسیاں یا 'خردہ پالیسیاں' یا 'خردہ پروڈکٹ ' کہتے ہیں۔گھر، موٹر کاروں، دوپہیہ گاڑیوں، چھوٹے کاروباروں جیسے دکانوں وغیرہ کے لئے بیمہ اس زمرے کے تحت آتے ہیں۔ ان پروڈکٹس کو عام طور پر ایک ہی ایجنٹ/تقسیم چینل کے ذریعے فروخت کیا جاتا ہے جو بیمہ کے ذاتی لائنوں کے ساتھ کام کرتے ہیں کیونکہ خریدار بھی لازمی طور سے ایک ہی صارفین یعنی کنزیومرز طبقہ سے آتے ہیں۔

B. 'تمام جوکھم'(آل رسک) اور 'نامی جوکھم'(نیمڈ بیرل) انشورنس پالیسی

نان لائف انشورنس پالیسیوں کو وسیع طور پر دو زمروں میں تقسیم کیا گیا ہے:

- ✓ نامی جوکھم کی پالیسیاں
- ✓ تمام جوکھم (آل رسک) کی پالیسیاں

i. "تمام جوکھم" کا خاص طور پر مطلب ہے کوئی بھی جوکھم جس، بیمہ کنٹریکٹ کے شرائط و ضوابط کے تابع ہو۔

ii. تمام جوکھم بیمہ، دستیاب تحفظ کی وسیع ترین قسم ہے۔ لہذا، اس کی لاگت دیگر قسم کی پالیسیوں کے مقابلے میں تناسب سے زیادہ ہے، اور اس قسم کی بیمہ کی لاگت کو دعویٰ کے امکان کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

iii. خطرے کی نامزد پالیسیوں کی وضاحت خاص طور پر احاطہ کیے گئے خطرات کی فہرست کے ذریعے کی جاتی ہے۔

C. پیکیج پالیسیاں

i. پیکیج کورایک ہی پالیسی ایک ساتھ کئی میں کوروں دیتا ہے۔

ii. مثال کے طور پر ، گربست یعنی ہاؤس ہولڈر پالیسی ، دکاندار کی پالیسی ، آفس پیکیج پالیسی وغیرہ جیسے کور ہیں جو ایک پالیسی کے تحت عمارتوں، مندرجات وغیرہ سمیت مختلف قسم کے مٹیریل اثاثوں کو کور کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

iii. اس طرح کی پالیسیوں میں کچھ ذاتی لائن یا ذمہ داری یعنی لایبیلیٹی کور بھی شامل ہو سکتے ہیں۔

iv. پیکیج کوروں میں سبھی طبقات کے لئے عام شرائط و ضوابط کے ساتھ ساتھ پالیسی کے مخصوص طبقات کے لئے مخصوص شرائط بھی شامل ہوتے ہیں۔

v. پیکیج کوروں کی شرائط و ضوابط تمام طبقات کے لیے یکساں ہو سکتے ہیں اور ان میں پالیسی کے مخصوص سیکشنز کے لیے مخصوص شرائط بھی شامل ہو سکتی ہیں۔

D. دکاندار کا بیمہ

ایک دکان کا مالک ایک کارپوریٹ ہاؤس نہیں ہے جس کے پاس کاروبار کو پھر سے شروع کرنے کے لئے ایک بڑے ذخائر ہوتے ہیں ایک حادثہ اس کی دکان کے بند ہونے کا سبب بن سکتا ہے اور شاید اسکے خاندان کو برباد کر سکتا ہے۔بینک لون بھی ادا کرنے کے لئے ہو سکتے ہیں۔ یہ امکان ہمیشہ رہتا ہے کہ دکان مالک کی سرگرمیوں کی وجہ سے عوام میں کسی رکن کی پراپرٹی یا ذاتی چوٹ یا کسی اور قسم کے نقصان کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے اور عدالت ہرجانے کی ادائیگی کرنے کے لئے دکان مالک کو ذمہ دار ٹھہرا دیتی ہے۔اس طرح کے حالات ایک دکاندار کو برباد بھی کر سکتے ہیں۔ اس لئے، روزی کے اس ذریعہ کو محفوظ کرنا بہت ضروری ہے۔

دکاندار بیمہ پالیسیاں کاروباری دکان /خردہ کاروبار کے اس طرح کے کئی پہلوؤں کو کور کرنے کے لئے تیار کی گئی ہیں۔ ایسی پالیسیاں بھی ہیں جو کئی قسم کے دکانوں کے مخصوص مفادات کو کور کرنے کے لئے کسٹمائزڈ کی گئی ہیں جیسے قدیم اشیاۂ کی دکان ، نائی کی دکان ، بیوٹی پارلر، کتابوں کی دکان ، ڈپارٹمنٹ اسٹور، ڈرائی کلینر، تحفے کی دکان ، فارمیسی، اسٹیشنری کی دکان ، کھلونے کی دکان ، ملبوسات کی دکان وغیرہ۔

1. دکاندار کا بیمہ کیا کور کرتا ہے؟

پالیسی کو خوردہ کاروبار کے مخصوص علاقوں کی حفاظت سے متعلقہ کور فراہم کرنے کے مطابق تیار کیا جا سکتا ہے۔یہ عام طور پر آگ، زلزلے، سیلاب یا بد نیتی پر مبنی نقصان اور چوری کی وجہ سے دکان کی ساخت اور مندرجات کے نقصان کو کور کرتی ہے۔ دکان بیمہ میں کاروبار میں آئی رکاوٹ سے تحفظ کو بھی شامل کر سکتے ہیں۔ اس کے تحت غیر متوقع جوکھم کی وجہ سے کاروباری کاموں میں رکاوٹ کی صورت میں آمدنی کے نقصان یا اضافی اخراجات سے بھی تحفظ فراہم کیا جاتا ہے۔ کوریج کو بیمہ دار کے ذریعے اس کی سرگرمیوں کے رینج کی بنیاد پر منتخب کیا جا سکتا ہے۔

بیمہ کنندہ کے ذریعہ منتخب کیے جانے والے اضافی تحفظات ایک سے دوسرے انشورر میں مختلف ہوسکتے ہیں۔ اور اسے نان لائف انشورنس کمپنیوں کی ذاتی ویب سائٹس کے ذریعے چیک کیا جا سکتا ہے۔ یہ مندرجہ ذیل ہو سکتا ہے:

i. چوری اور سیندھ ماری یعنی برگلری اور ہاؤس بریکنگ انشورنس: سیندھ ماری، چوری اور آفس کے سامان کی چوری کے لئے کور

ii. مشینری کی خرابی: بجلی اور مکینکل آلات یا اپلاینسیز کی خرابی یا ٹوٹ پھوٹ کے لئے کور

iii. الیکٹرانک آلات اور سامان:

- ✓ الیکٹرانک آلات کے لئے تمام 'آل رسک' کور فراہم کرتا ہے
- ✓ الیکٹرانک تنصیبات یعنی انسٹالیشن کے نقصان کے لئے کور

iv. منی بیمہ: کسی حادثہ کی وجہ سے پیسے کے نقصان کے خلاف کوریج فراہم کرتا ہے جب یہ مندرجہ ذیل حالت میں ہوتا ہے:

- ✓ بینک سے کاروباری احاطہ یعنی پریمایسیز اور واپسی

- ✓ کاروباری احاطہ میں ایک تجوری
- ✓ کاروبار احاطہ میں ایک صندوق (باکس/دراز/کاؤنٹر)

v. سامان (بیگیج): آفیشیل مقاصد کے لئے سفر کرتے وقت سامان کے نقصان کے لئے معاوضہ

vi. فکسڈ پلیٹ گلاس اور سینٹری فٹنگس مندرجہ ذیل کو ہونے والے نقصان کو کور کرتا ہے:

- ✓ فکسڈ پلیٹ گلاس
- ✓ سینیٹری فٹنگس
- ✓ نیون سائن/گلو سائن/ہورڈنگ

vii. ذاتی حادثہ

viii. ملازمین کی بے ایمانی: ملازمین کے بےایمان اعمال کی وجہ سے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے۔

ix. قانونی ذمہ داری:

- ✓ ملازمت کے دوران یا اس سے پیدا ہونے والے حادثے کے لئے معاوضہ
- ✓ تیسری پارٹی کو قانونی ذمہ داری کے لئے کور فراہم کرتا ہے

آگ / چوری / سامان / پلیٹ گلاس / ایمانداری کی ضمانت / کامگار معاوضہ اور پبلك ذمہ داری پالیسیاں (اگلے باب میں بحث کی گئی ہے) بھی الگ سے لی جا سکتی ہے۔

دہشت گردی کور کو بھی بڑھایا جا سکتا ہے۔ اخراج یعنی اکسکلوزنس عام طور پر گھریلو کے بیمہ کے جیسے ہی ہوتے ہیں۔

E. گھریلو افراد کا بیمہ

گھریلو افراد کا بیمہ کے تحت تحفظات بہت وسیع ہیں۔ عام طور پر، یہ گھر والے کی تمام ضروریات کا پیکج ہوتا ہے۔

یہ عام طور پر درج ذیل نقصانات سے تحفظ فراہم کرتا ہے۔ آگ، آسمانی بجلی، دھماکہ اور ہوائی جہاز کا گرنا/مؤثر نقصان (جس کو عام طور پر فلیکسا کہا جاتا ہے) ؛ آندھی، طوفان، باڑھ اور سیلاب (جس میں عام طور پر ایس ٹی ایف آئی کیا جاتا ہے) ؛اور چوری۔ تحفظات ایک پالیسی سے دوسری پالیسی اور کمپنی سے دوسری یمپپنی میں الگ الگ ہوتے ہیں۔

اس کے علاوہ، گھریلو انشورنس پیکجز ذاتی سامان کے نقصان سے تحفظ فراہم کرتے ہیں، سفر کے دوران کھوجاتے ہیں، یا پڑوسیوں/مہمانوں کی ذمہ داریاں بھی ہوم انشورنس پیکج کا حصہ ہو سکتی ہیں۔ کچھ بیمہ کنندگان پیڈل سائیکلوں، ذاتی حادثے اور کارکنوں کے معاوضے کے لے بھی کوریج فراہم کرتے ہیں۔

اسی طرح، ہاؤس ہولڈرز انشورنس پیکج ذاتی سامان کے نقصان، سفر کے دوران گم ہونے، یا پڑوسیوں/ملاحظہ کرنے والوں کی ذمہ داریاں بھی گھر

والوں کے بیمہ پیکج کا حصہ ہو سکتی ہیں۔کچھ بیمہ کمپنیاں پیڈل سائیکل، ذاتی حادثہ اور ملازمین کے معاوضہ کے لئے بھی کوریج فراہم کرتی ہیں۔

آئی آر ڈی اے آئی نے یکم اپریل 2021 سے بھارت گرھ رکشا پالیسی کے نام سے ایک معیاری پروڈکٹ شروع کیا ہے،جس کی مدت 10 سالوں تک کی ہے، اور لازمی طور پر تمام عام بیمہ کنندگان کے ذریعہ آگ اور اس سے منسلک خطرات کے انشورنس کے لئے دی جا رہی ہیں۔

بھارت گرھ رکھشا (گھر کی تعمیر اور گھریلو سامان کے لیے) پالیسی، خطرات کی وسیع رینج جیسے آگ، قدرتی آفات، جنگل اور جھاڑیوں کی آگ، کسی بھی قسم کا مؤثر نقصان، فسادات، فسادات، بدنیتی پر مبنی نقصان، دہشت گردی کی کارروائیاں، دھماکہ اور پانی کے ٹینک کا بہاؤ، مندرجہ بالا میں سے کسی وجہ سے نقصان کے 7 دنوں کے اندر چوری ہونے پر بھی حفاظت فراہم کی جاتی ہے۔ اس پالیسی کی مدت 1 سے 10 سال ہو سکتی ہے۔

گھر کی تعمیر کے علاوہ، پالیسی خود (بغیر کسی تفصیلات کی ضرورت کے)، عمارت پر بیمہ کی رقم روپے 20% تک زیادہ سے زیادہ 20 لاکھ روپے تک، عام گھریلو تھیمز کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے۔ تفصیلات کا اعلان کرتے وقت سب سے زیادہ بیمہ شدہ رقم یعنی سم انشورڈ کا آپشن بھی منتخب کیا جا سکتا ہے۔

مذکورہ پالیسی تحفظ کے دو اختیارات پیش کرتی ہے، یعنی (i) قیمتی اشیاء جیسے زیورات اور نوادرات کی انشورنس اور (ii) پالیسی کے تحت بیمہ شدہ خطرے کی وجہ سے بیمہ شدہ اور اس کے شریک حیات کا ذاتی حادثہ۔

پالیسی سب سے کم بیمہ کی مکمل چھوٹ دیتی ہے۔ یعنی، اگر پالیسی ہولڈر کی جانب سے اعلان کردہ بیمہ کی رقم متعلقہ پراپرٹی کے لیے اعلان کردہ رقم سے کم ہے، تو پالیسی ہولڈر کا دعویٰ متناسب طور پر نہیں بلکہ اعلان کردہ بیمہ شدہ رقم کی حد تک طے کیا جاتا ہے۔

F. بیمہ شدہ رقم یعنی سم انشورڈ اور پریمیم

صنعتی اکائیاں یا دفاتر کو اپنے اکاؤنٹس کی کتابوں کو مینٹین کرنا رہتا ہے تاکہ پراپرٹی کی قیمت اور سم انشورڈ کا صحیح حساب رکھا جا سکے۔ ہاں دکان اور گھر کے معاملے میں ایسا ہمیشہ ممکن نہیں ہو پاتا ہے۔

جیسا کہ گھریلو افراد کے بیمہ کے تحت پہلے ہی کہا گیا ہے، عام طور پر بیمہ رقم طے کرنے کے دو طریقے ہیں ، بازار کی قیمت اور بحالی/متبادل قیمت۔

پیسے، سامان، ذاتی حادثہ جیسے اضافی کوریج کے لئے پریمیم بیمہ رقم اور انتخاب کیے گئے کور پر انحصار کریں گی۔

سم انشورڈ کیسے طے کیا جاتا ہے؟

i. عام طور پر بیمہ رقم طے کرنے کے دو طریقے ہیں۔ ایک بازار کی قیمت (ایم وی) اور دوسری بحالی قیمت (آرآئی وی)۔ایم وی کے معاملے میں ایک نقصان کی حالت میں فرسودگی جائیداد یعنی پراپرٹی کے ڈیپریسیشن پر اس کی عمر کے بنیاد پر لگایا جاتا ہے۔ اس طریقہ کار میں بیمہ دار کو نقصان ہوئی پراپرٹی کو نئی سے بدلنے کے لئے خاطر خواہ رقم نہیں مل پاتی۔

ii. آرآئی وی طریقہ کار میں بیمہ کمپنی بیمہ رقم کی زیادہ سے زیادہ حد کے مشروط متبادل قیمت کی ادائیگی کرے گی۔اس طریقہ کار میں کوئی فرسودگی نہیں لگایا جاتا ہے۔ ایک شرط یہ ہے کہ دعویٰ حاصل کرنے کے لئے نقصان شدہ اثاثہ کی مرمت/تبدیل کی جانی چاہئیے۔ یہ دھیان دیا جا سکتا ہے کہ آرآئی وی طریقہ کار صرف طے شدہ اثاثوں کے لئے اجازت ہے، اسٹاک یا عمل میں اسٹاکس جیسی دیگر اثاثوں کے لئے نہیں۔

زیادہ تر پالیسیاں مکان کے تعمیرِ نو کی قیمت کے لئے (بازار کی قیمت کے لئے نہیں)بیمہ کرتی ہیں۔ تبدیلی کی قیمت گھر کو نقصان پہنچنے پر دوبارہ تعمیر کرنے کی لاگت ہے۔ اس کے برعکس، مارکیٹ کی قیمت اثاثے کی عمر، فرسودگی وغیرہ جیسے عوامل پر منحصر ہے۔

بیمہ رقم کا شمار عام طور پر بیمہ دار کے مکان کے تعمیر کے علاقے کو فی مربع فٹ تعمیر کی شرح سے ضرب کرکے کیا جاتا ہے۔ مکان کی مندرجات - فرنیچر، ٹکاؤ سامان، کپڑے، برتن وغیرہ کی قیمت یعنی بازارکی قیمت کی بنیاد پر یعنی فرسودگی کے بعد اسی طرح کی اشیاۂ کے موجودہ بازار کی قیمت کی بنیاد پر طے کی جاتی ہے۔

بیمہ دار کے لئے پریم کا انحصار، قیمت اور لئے گئے کوریج کے حساب سے ہوگا۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کریں ۴

ذیل میں دیا گیا کون سا بیان گھریلو بیمہ پالیسی کے حوالے سے درست ہے؟

I. پیکیج کی پالیسی ایک دستاویز کے تحت تحفظات کا مجموعہ پیش کرتی ہے۔

II. پیکیج کی پالیسی میں عمارتیں جیسے فزیکل اثاثے کو ہی تحفظ فراہم کیا جاتا ہے۔

III. ایک نامزد جوکھم کی پالیسی یا پیکیج پالیسی ایک ہی قیمت رکھتی ہے۔

IV. صرف نام والی جوکھم پالیسیاں خریدی جا سکتی ہیں اور پیکیج پالیسیاں دستیاب نہیں ہیں۔

تعریف یا ڈیفینیشنس

کچھ اہم تعریفیں یعنی ڈیفینیشن

a) **چوری** کا مطلب بیمہ شدہ احاطہ یعنی پریمیسیز سے سامان چوری کرنے کے ارادے کے ساتھ جارحانہ غیر متوقع اور غیر تصدیق داخلہ یا نکاس ہے۔

b) **سیندھ ماری** اس وقت ہوئی کہی جاتی ہے جب کوئی جرم کرنے کے مقصد سے کسی گھر میں مجرمانہ ارتکاب کرکے داخلہ کیا گیا ہے۔

c) **ڈکیتی** کا مطلب بیمہ دار اور/یا بیمہ دار کےملازمین کے خلاف جارحانہ اور تشدد کے ذرائع کا استعمال کرکے بیمہ دار کے احاطے میں سامانوں کی چوری کرنا ہے۔

d) تجوری کا مطلب بیمہ دار کے احاطے میں ایک مضبوط کیبنیٹ جسے قیمتی اشیاۂ کی حفاظت اور محفوظ ذخیرہ کے لئے ڈیزائن کیا گیا ہے اور جس کی رسائی کو محدود کیا گیا ہے۔

e) **چوری** سبھی جرائم کے لئے ایک عام اصطلاح ہے جس میں کوئی شخص اجازت یا رضا مندی کے بغیر جان بوجھ کر اور دھوکہ دہی سے دوسرے شخص کی پراپرٹی کو حاصل کرتا ہے اور اسے لینے والے کے استعمال کے مطابق تبدیل کرنے یا ممکنہ طور پر فروخت کرنے کا ارادہ کرتا ہے۔ دھوکہ دہی، چوری کے مترادفات ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

دُکاندار پالیسی کے تحت بیمہ دار ایک اضافی 'فکسڈ پلیٹ گلاس اور سینیٹری فٹنگس' کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔یہ مندرجہ ذیل میں سے کس کے نقصان کے حادثاتی نقصان کو کور کرے گا؟

I. فکسڈ پلیٹ گلاس

II. سینیٹری فٹنگس

III. نیون سائن

IV. اوپر کے سبھی

G. موٹر بیمہ

مندرجہ بالا صورتحال پر غور کریں- ریوتی اپنی پوری بچت کی رقم استعمال کرتے ہوئے نئی موٹر گاڑی خریرتی ہے اور ڈرائیو کے لیے جاتی ہے۔ اچانک ایک کتّا، بیچ راستے میں آجاتا ہے اور اُسے ٹکّر سے بجانے کے لیے ریوتی تیزی سے گاڑی کو گھماتی ہے اور گاڑی ڈیوائڈر پر چڑھ جاتی ہے، ایک دیگر گاڑی کو ٹکّر مارتی ہے اور سڑک پر چل رہے ایک شخص کو زخمی کردیتی ہے۔ ایک ہی حادثے کے نتیجے میں، ریوتی کی اپنی گاڑی سے پبلک پراپرٹی، ایک گاڑی کو نقصان پہنچتا ہے اور ساتھ ہی ایک شخص بھی زخمی ہو جاتا ہے۔

اس صورت حال میں، اگر ریوتی نے موٹر گاڑی کا انشورنس نہیں خریدا ہے، تو اسے گاڑی کی خریداری کی قیمت سے زیادہ رقم ادا کرنی پڑ سکتی ہے۔

- ✓ کیا ریوتی یا اس جیسے لوگوں کے پاس ادا کرنے کے لیے اتنی رقم ہوگی؟
- ✓ ریوتی کے اس حادثے میں کیا تھرڈ پارٹی کے ذریعہ بیمہ کی ادائیگی کی جائے گی ؟
- ✓ اگر ان کے پاس بیمہ نہیں ہے، تو کیا ہوگا؟

اسی لیے، قانون نے تھرڈ پارٹی لایبلیٹی انشورنس کو لازمی قرار دیا ہے۔ اگرچہ موٹر گاڑیوں کی انشورنس مذکورہ واقعات کے رونما ہونے سے نہیں روکتی ہے، یہ گاڑی کے مالک کو مالی تحفظ فراہم کرتا ہے۔

حادثے کے علاوہ گاڑی کی چوری، حادثے سے نقصان یا آگ لگنے سے نقصان بھی ہو سکتا ہے۔ جس کی وجہ سے مالک کو مالی پریشانیوں کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔

موٹر گاڑی کا انشورنس گاڑی کے مالک (یعنی وہ شخص جس کے نام پر گاڑی ریجنل ٹرانسپورٹ اتھارٹی آف انڈیا کے ساتھ رجسٹرڈ ہے) کی طرف سے خریدی جانی چاہیے۔

اہم

لازمی تھرڈ پارٹی بیمہ

موٹر ویہیکل ایکٹ ، 1988 کے مطابق عوام کے سڑکوں پر چلنے والی گاڑیوں کے ہر مالک کے لئے اس رقم کو کور کرنے کے لئے بیمہ پالیسی لینا لازمی ہے جس کی حادثہ میں موت ، جسمانی چوٹ یا جائیداد کو نقصان کے نتیجے میں تیسری یعنی تھرڈ پارٹی کو نقصان کے طور پر ادائیگی کرنے کے لئے مالک ذمہ دار بنتا ہے۔ اس طرح کے بیمہ کے ایک ثبوت کے طور پر ایک بیمہ کا سرٹیفکیٹ گاڑی میں رکھ کر چلنا چاہئیے۔

1. موٹر بیمہ کوریج

ملک میں گاڑیوں کی ایک بڑی آبادی ہے۔ کئی نئی گاڑیاں ہر دن سڑکوں پر آتی رہتی ہیں۔ ان میں سے کئی گاڑیاں کافی مہنگی بھی ہوتی ہیں۔ لوگ کہتے ہیں کہ بھارت میں گاڑي پرانی نہیں ہوتی ہیں بلکہ صرف ایک ہاتھ سے دوسرے ہاتھ میں جاتی رہتی ہیں۔ اسکا مطلب ہے کہ پرانی گاڑیاں لگاتار سڑکوں پر چلتی رہتی ہیں اور نئی گاڑیاں اور زیادہ بڑھتی جاتی ہیں۔ سڑکوں کا علاقہ (ڈرائیونگ کے لئے جگہ) گاڑیوں کی تعداد کے مطابق نہیں بڑھ رہا ہے۔ سڑک پر چلنے والے لوگوں کی تعداد بھی بڑھتی جا رہی ہے۔ پولیس اور اسپتال کے اعداد و شمار کہتے ہیں کہ ملک میں سڑک حادثات کی تعداد بڑھتی جا رہی ہے۔ قانون کی عدالتوں کے ذریعے حادثہ کے شکار لوگوں کو دیئے جانے والے معاوضوں کی رقم میں اضافہ ہو رہا ہے۔ **یہاں تک کہ گاڑي مرمت کے اخراجات بھی بڑھتے جا رہے ہیں۔ یہ سبھی ملک میں موٹر بیمہ کی اہمیت کو ظاہر کرتے ہیں۔**

موٹر بیمہ حادثات اور کچھ دیگر وجوہات کی وجہ سے گاڑیوں کو ہوئے نقصانوں اور ان کے ضرر کو کور کرتا ہے۔ موٹر بیمہ حادثہ کے متاثرین کو ان کی گاڑیوں کی وجہ سے ہونے والے نقصان کا معاوضہ دینے کے لئے گاڑی مالکان کی قانونی ذمہ داری کو بھی کور کرتا ہے۔

حکومتی حکم نامے کے باوجود ملک میں تمام گاڑیوں کا بیمہ نہیں ہوتا ہے۔

موٹر بیمہ عوام کی سڑکوں پر چلنے والے تمام گاڑیوں کو کور کرتا ہے جیسے:

- ✓ دو پہیہ گاڑیاں
- ✓ نجی موٹر گاڑیاں
- ✓ سبھی قسم کے تجارتی گاڑیاں: مال گاڑي اور مسافری گاڑیاں
- ✓ مختلف قسم کی گاڑیاں، جیسے کرین
- ✓ موٹر ٹریڈ (شوروم اور گیراج کی گاڑیاں)

'تیسری یعنی تھرڈ پارٹی بیمہ'

پالیسی جو کسی تیسری پارٹی کے دائر کردہ دعوے سے تحفظ فراہم کرے۔ تھرڈ پارٹی انشورنس خریدا جاتا ہے انشورڈ(فرسٹ پارٹی) کے ذریعے، انشورنس کمپنی(سیکنڈ پارٹی) سے، کسی تیسرے شخص(تھرڈ پارٹی) کے دعوے کے خلاف تحفظ حاصل کرنے کے لئے۔

تیسری پارٹی کے بیمہ کو 'ذمہ داری یا لائبلیٹی بیمہ' بھی کہا جاتا ہے۔

بازار میں مقبول دو اہم اقسام کے کوروں کی بحث نیچے کی گئی ہے:

صرف ایکٹ [ذمہ داری] پالیسی : موٹر وہیکل ایکٹ کے مطابق عوامی جگہ پر چلنے والے کسی بھی گاڑی کے لئے تیسری پارٹی کی ذمہ داریوں کا بیمہ کروانا لازمی ہے۔

یہ پالیسی صرف مندرجہ ذیل کے معاوضہ کی ادائیگی کرنے کے لئے گاڑی مالک کی قانونی ذمہ داری کو کور کرتی ہے:

- ✓ تیسری پارٹی کو جسمانی چوٹ یا موت
- ✓ تیسری پارٹی کی جائیداد کا نقصان

موت یا چوٹ اور نقصان کے تعلق میں ایک لامحدود رقم کے لئے ذمہ داری کو کور کیا جاتا ہے۔

ایک موٹر حادثہ کی وجہ سے موت یا چوٹ کے معاملے میں تیسری پارٹی کے متاثرین کو معاوضہ حاصل کرنے کے لئے دعوے موٹر حادثہ دعوئ ٹریبونل (ایم اے سی ٹی) میں مدعی کی طرف سے دائر کئے جا ئینگے۔

لازمی ذاتی حادثہ (سی پی اے) بیمہ

آئی آرڈی آے آئی نے یکم جنوری 2019 سے مالک ڈرائیور کے لیے واحد لازمی ذاتی حادثاتی تحفظ کی اجازت دی ہے۔ یہ تحفظ مالک ڈرائیور کو گاڑی چلاتے وقت فراہم کیا جاتا۔ جس میں گاڑی چلانے کے ساتھ گاڑی میں چڑھنا/ اُس سے اُترنا شامل ہونے ساتھ ڈرائیور کی صورت میں بیمہ شدہ گاڑی میں سفر کرنا بھی شامل ہے۔ تاہم، پالیسی ہولڈر، صرف ذمہ داری کی پالیسی یا پیکیج پالیسی کے حصے کے طور پر سی پی اے تحفظ کا انتخاب بھی کر سکتا ہے۔ جب پالیسی ہولڈر کی طرف سے ایک واحد سی پی اے پالیسی کا انتخاب کیے جانے پر ، صرف ذمہ داری یا پیکیج پالیسی کے ذریعے پیش کی گئی سی پی اے تحفظ منسوخ کر دیا گیا ہے۔

پیکیج/جامع پالیسی: (ذاتی نقصان + فریق ثالث گویا تھرڈ پارٹی کی ذمہ داری)

مندرجہ بالا کے علاوہ مخصوص سخت خطرات کے ذریعے بیمہ شدہ گاڑی کو ہونے والے نقصان یا ضرر (جن کو موٹر گاڑیوں کو اپنے نقصان کے طور پر جانا جاتا ہے) کو بھی اعلان شدہ قیمت یا ڈکلیرڈ ویلو(جسے آئی ڈی وی کہا جاتا ہے – اس کی بحث پہلے ہی باب 5 میں کی گئی ہے) اور پالیسی میں دیگر شرائط وضوابط کے مشروط کور کیا جاتا ہے۔ آگ، چوری، فسادات اور ہڑتال، زلزلے، سیلاب، حادثہ وغیرہ۔

کچھ بیمہ کمپنیاں حادثے کی جگہ سے ورکشاپ تک گاڑی کو اٹھاکر لے جانے کے لئے بھی ادائیگی کرتی ہیں۔ صرف ایکٹ (ذمہ داری) پالیسی کے تحت فراہم کئے گئے لازمی کور کے علاوہ صرف آگ اور/یا صرف چوری کے جوکھم کو کور کرنے والا ایک محدود کور بھی دستیاب ہے۔

یہ پالیسی گاڑی میں لگائے گئے آلات یعنی ایسیسیریز کو ہونے والے نقصان یا مسافروں کے لئے نجی کار پالیسیوں کے تحت ذاتی حادثہ کور، ڈرائیور، ملازمین کے لئے قانونی ذمہ داری اور تجارتی گاڑیوں میں کرایہ نہ دینے والے مسافروں کو بھی کور کر سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں مفت ہنگامی خدمات یا خرابی کے معاملے میں متبادل کار کے استعمال کی سہولت بھی فراہم کرتی ہیں۔

2. اخراج

zن پالیسیوں کے تحت کچھ اہم اخراج یعنی اکسکلوزنس؛ ٹوٹ پھوٹ، خرابی، نتیجے میں نقصان اور غلط ڈرائیونگ لائسنس کے ساتھ یا شراب کے اثر میں ڈرائیونگ کی وجہ سے ہونے والے نقصان ہیں۔ 'استعمال کی حدود کے مطابق گاڑی کا استعمال نہ کرنے (جیسے نجی کار کو ایک ٹیکسی کے طور پر استعمال کیا جانا) کو کور نہیں کیا جاتا ہے۔

3. بیمہ رقم اور پریمیم

ایک موٹر پالیسی میں گاڑی کی بیمہ رقم کو بیمہ دار شخص کے اعلان قیمت (آئی ڈی وی) کے طور پر جانا جاتا ہے۔

گاڑی کی چوری یا کسی حادثہ میں مرمت کے باہر کل نقصان کے معاملے میں دعویٰ رقم آئی ڈی وی کے بنیاد پر مقرر کی جائےگی۔

پریمیم کی درجہ بندی یا ریٹنگ/حساب بیمہ شدہ کی اعلان کردہ قیمت، کیوبک صلاحیت، جغرافیائی رقبہ، گاڑی کی عمر وغیرہ پر منحصر ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

موٹر بیمہ کس کے نام پر لیا جانا چاہئیے؟

I. اس گاڑی کے مالک کے نام پر جس کا نام نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی کے پاس رجسٹرڈ ہے

II. اگر وہ شخص جو گاڑی کو چلائیگا، مالک سے الگ ہے تو اس شخص کے نام پر جو گاڑی کو چلائیگا، یہ نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی سے منظوری کے مشروط ہے

III. نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی سے منظوری کے مشروط گاڑی مالک سمیت گاڑی مالک کے خاندان کے کسی بھی اراکین کے نام پر

IV. اگر گاڑی مالک کے علاوہ کوئی اور شخص چلا رہا ہو، ایسی صورت میں، بنیادی پالیسی گاڑی کے مالک کے نام پر ہونی چاہیے اور اضافی پالیسیوں کی خریداری تمام گاڑیوں کے ڈرائیوروں کے نام پر کی جانی چاہیے۔

خلاصہ یعنی سمری

a) ایک گھریلو بیمہ پالیسی میں صرف نام شدہ خطروں یعنی نیمڈ پیرلس یا حادثوں سے ایک بیمہ شدہ پراپرٹی کو ہوئے نقصان پر کوریج فراہم کرتی ہے۔کور کیے گئے جوکھموں کا واضح طور پر پالیسی میں بیان کیا جاتا ہے ۔

b) گھریلو افراد کا بیمہ آگ، فسادات پائپوں کے پھٹنے، زلزلے وغیرہ کے خلاف مکان کی ساخت اور اسکے سامانوں کو کور کرتا ہے۔ ساخت کے علاوہ یہ چوری، سیندھ ماری، لارسنی وغیرہ کے خلاف سامانوں کو کور کرتا ہے۔

c) پیکیج کور ایک ہی دستاویز کے تحت کوروں کا ایک مجموعہ دستیاب کرتے ہیں۔

d) ایک گھریلو بیمہ پالیسی کے لئے عام طور پر بیمہ رقم یعنی سم انشورڈ طے کرنے کے دو طریقے ہیں: بازار قیمت (ایم وی) اور بحالی قیمت (آرآئی وی)۔

e) دُکاندار کا بیمہ عام طور پر آگ، زلزلے، سیلاب یا بد نیتی پر مبنی نقصان اور چوری کی وجہ سے دکان کی ساخت اور مندرجات کو پہنچنے والے نقصان کو کور کرتا ہے۔دکان بیمہ میں کاروبار میں رکاوٹ کے تحفظ کو بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔

f) موٹر بیمہ حادثات اور کچھ دیگر وجوہات سے گاڑیوں کے نقصان اور ان کے ضرر کو کور کرتا ہے۔موٹر بیمہ گاڑی مالکوں کے گاڑیوں کی وجہ سے ہوئے حادثات کے متاثرین کو معاوضہ دینے کے لئے ان کی قانونی ذمہ داری کو بھی کور کرتا ہے۔ مالک ڈرائیور کے لیے گاڑی چلاتے ہوئے، بشمول شریک ڈرائیور کے طور پر بیمہ شدہ گاڑی میں آن/آف ہونا یا سفر کرنا، لازمی ذاتی حادثاتی تحفظ، فراہم کیا جاتا ہے۔

کلیدی اصطلاحات یعنی کی ٹرمس

a) گھر کے افراد کے بیمہ
b) دکاندار کا بیمہ
c) موٹر گاڑی کا بیمہ

ذاتی ٹیسٹ کے جوابات

جواب 1 - صحیح آپشنI ہے ۔
جواب 2 - صحیح آپشنIV ہے۔
جواب 3 - صحیح آپشن I ہے ۔

باب G-04
تجارتی بیمہ

باب تعارف

پچھلے باب میں ہم نے بیمہ پروڈکٹس کے مختلف قسموں پر غور کیا جو افراد اور ہاؤس ہولڈ کے سامنے آنے والے جوکھموں کو کور کرتے ہیں۔ گاہکوں کا ایک دوسرا سیٹ بھی ہے جن کو تحفظ کی دوسری ضروریات ہیں۔ یہ تجارتی یا صنعتی ادارہ یا کمپنیاں ہیں جو مختلف قسم کی چیزوں اور خدمات میں مصروف ہیں یا ان کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ اس باب میں ہم اس طبقہ کے سامنے آنے والے جوکھموں کو کور کرنے کے لئے بیمہ دستیاب پروڈکٹس پر غور کرینگے۔

قابلِ غور امور

بیمہ کے درج ذیل مضامین کی بنیادی خصوصیات کی معلومات :

A. پراپرٹی /آگ بیمہ
B. کاروباری رکاوٹ بزنس انٹرپشن بیمہ
C. چوری بیمہ
D. رقم بیمہ
E. ایمانداری یعنی فیڈیلیٹی گارنٹی بیمہ
F. بینکرس انڈمنیٹی بیمہ
G. جویلرس بلاک پالیسی
H. انجینئرنگ بیمہ
I. صنعتی تمام جوکھم انڈسٹریل آل رسک بیمہ
J. میرین بیمہ
K. ذمہ داری یعنی لایبلیٹی پالیسیاں

اس باب کو دیکھنے کے بعد، آپ بیمہ کی 11 مقبول اقسام کی اہمیت اور بنیادی مقصد کو سمجھ سکیں گے۔

A. پراپرٹی /آگ بیمہ

تجارتی اداروں کو بڑے پیمانے پر دو اقسام میں تقسیم کیا گیا ہے:

- ✓ چھوٹے اور درمیانے درجے کے کاروباری (ایس ایم ای)
  - بھارت سوکچھم پالیسی
  - بھارت لگھو پالیسی
- ✓ بڑے کاروباری ادارے
  - معیاری آگ اور خصوصی خطرات کی پالیسی (ایس ایف ایس پی) ، آئی اے آر وغیرہ۔

تاریخی طور پر، عمومی انشورنس سیکٹر میں بڑے پیمانے پر ایسے صارفین یعنی کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے ترقی ہوئی ہے۔

تجارتی اداروں کو عام بیمہ کی مصنوعات فروخت کرتے وقت، بیمہ کی مصنوعات کو ان کی ضروریات کے مطابق کرنے کے لیے انتہائی احتیاط برتنی ہوگی۔ ایجنٹوں کو دستیاب پروڈکٹس کی صحیح سمجھ ہونی چاہیے۔ ذیل میں، کچھ عمومی انشورنس مصنوعات کا ایک مختصر جائزہ پیش کیا گیا ہے۔

1. معیاری آگ اور خصوصی خطرات کی پالیسی (ایس ایف ایس پی)

آگ بیمہ پالیسی تجارتی اداروں کے ساتھ ساتھ جائیداد یعنی پراپرٹی کے مالکوں، ٹرسٹ میں یا کمیشن میں جائیداد رکھنے والوں کے لئے اور ان افراد /مالیاتی اداروں کے لئے بھی موزوں ہے جن کا جائیداد میں فاینینشیل انٹرسٹ ہوتا ہے۔

مخصوص احاطے میں قائم غیر منقولہ اور منقولہ اثاثے جیسے کہ عمارتیں، فیکٹریاں اور مشینری، فرنیچر، تنصیبات یعنی انسٹالیشنس، آلات اور دیگر مواد، اسٹاک اور پروسیس اسٹاک، بشمول سپلائی کرنے والے/گاہک کے احاطے میں دستیاب اسٹاک بھی شامل ہیں، اعتماد کے تحت رکھے گئے اسٹاک، اگر خاص طور پر ڈیکلیئر کیا گیا ہو، مرمت کے لیے عارضی طور پر احاطے یعنی پریمایسیز سے ہٹائی گئی مشینری کا بیمہ کرایا جا سکتا ہے۔ تباہ شدہ املاک کی تعمیر نو اور تجدید کے لیے مالی امداد ضروری ہے تاکہ کاروبار کو معمول پر لایا جا سکے۔ یہ صرف ایسی صورت حال میں ہے کہ فائر انشورنس اپنا کردار ادا کرتا ہے۔

2.1. معیاری یعنی سٹینڈرڈ فائر پالیسی میں کیا تحفظ فراہم کیا گیا ہے؟

آگ پالیسی (سابقہ آل انڈیا فائر ٹیرف کے مطابق) روایتی طور پر درج ذیل جوکھموں کے لئے تحفظ فراہم کرتی ہیں؛

تجارتی جوکھموں کے لئے آگ پالیسی ان جوکھموں کو کور کرتی ہے:

- ✓ آگ
- ✓ آسمانی بجلی
- ✓ دھماکے/ اندرونی دھماکے
- ✓ فسادات، ہڑتال اور بد نیتی پر مبنی نقصان

- ✓ ٹکر یا امبیک سے نقصان
- ✓ ہوائی جہاز گرنے کی وجہ سے نقصان
- ✓ طوفان، آندھی، چکروات، ٹائپھون، ہریکین، ٹورناڈو، باڑھ اور سیلاب ، زلزلہ
- ✓ چٹان کھسکنے سمیت دھنسنا اور پانی کے ٹنکیوں کے پھٹنے اور اوور فلو ہونے سے، آلات یعنی ایپریٹس اور پائپوں کے پھٹنے سے
- ✓ میزائل ٹیسٹنگ آپریشنز
- ✓ خود کار اسپرینکل انسٹالیشن سے لیکیج
- ✓ جھاڑی کی آگ

دو ایسی اہم خصوصیات ہیں جو تجارتی بیمہ کو انفرادی اور خوردہ لائنوں سے الگ کرتی ہیں۔

a) فرموں یا تجارتی اداروں کی بیمہ ضرورتیں افراد کی ضرورتوں کے مقابلے میں زیادہ بڑی ہوتی ہیں۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ ایک تجارتی فرم کی پراپرٹیز کی قیمت ایک فرد واحد کی جائیدادوں کے مقابلے میں زیادہ بڑی ہوتی ہے۔ ان کے نقصان یا ضرر سے کمپنی کے وجود میں بنے رہنے اور آگے بڑھنے پر منفی اثر پڑ سکتا ہے۔

b) تجارتی فرم کے بیمہ کے لئے مانگ کو اکثر قانونی یا دیگر ضروریات کے ذریعے لازمی یا ضروری بنا دیا جاتا ہے۔ مثال کے لئے، جب پلانٹس اور پراپرٹیز کو ایک بینک لون کے ذریعے سے سیٹ اپ کیا جاتا ہے تو ان کا بیمہ کرنا لون کی ایک شرط ہو سکتی ہے۔ بھارت میں کئی کارپوریٹ فرم پیشہ ورانہ طریقے سے چلائی جانے والی کمپنیاں ہیں اور ان میں سے کئی کثیر القومی کمپنیاں ہیں۔

ان کو اپنی جائیدادوں کی حفاظت کرنے کے لئے مناسب جوکھم مینجمنٹ حکمت عملی کو اپنانے اور لینے سمیت مجموعی طور پر معیار کو بنائے رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

اوپر کے جوکھموں سے پیدا ہونے والے کسی بھی نقصان کو پالیسی کے تابع کچھ اخراج یعنی اکسکلوزن کو سوا باقی سبھی کو کور کیے جاتا ہے۔

2.2. نظرثانی شدہ معیاری آگ اور خصوصی خطرات یا ریوازڈ سٹینڈرڈ فائر اینڈ سپیشل پیرلز (ایس ایف ایس پی) کی پالیسیاں:

آئی آر ڈی اے آئی نے یکم اپریل 2021 کو نئی گایڈلاینس جاری کی ہیں، جس کے بموجب سٹینڈرڈ فائراوراسپیشل پریلز (ایس ایف ایس پی) پالیسی کی جگہ دو معیاری مصنوعات یا سٹینڈرڈ پروکٹس کے ذریعے درج ذیل جوکھم لازمی طور پر کور کئے جائیں گے۔ان سبھی جنرل انشورینس کمپنیز پر یہ نئی گایڈلانز لاگو ہوں گی جو 'ایس ایف ایس پی' پایسیز دیتی ہیں۔

i. **بھارت سوکشم ادیان سرکشا پالیسی (**ان صنعتوں کے لئے جن کے جوکھم کی کل قیمت سالانہ ٹرن اوور 5 کروڑ تک ہو) یا اس سے کم ہو انڈیا مائیکرو انٹرپرائز سیکورٹی(ان اداروں کے لیے جہاں خطرے کی کل مالیت 5 کروڑ روپے ہو)۔ یہ پالیسی ایم ایس ایم ایز کے مالی تحفظ کے لئے بنائی گئی ہیں۔

یہ پالیسی عمارتوں / کنسٹرکشن، کارخانوں مشینری، اسٹاک اور کاروباری اداروں کے دیگر اثاثوں کو تحفظ فراہم کرتی ہے، جہاں ایک ہی جگہ پر

کور کے لئے جوکھم کی مجموعی قیمت 5 کرو روپے ہو۔ اس پالیسی میں دیے جانے والے کور ہاؤس ہولڈر پالیسی میں دیے جانے والے کوروں سے ملتے جلتے ہوئے ہیں۔

بنیادی تحفظ کے علاوہ، اس پالیسی میں کئی بلٹ-این کور بھی فراہم کیے گئے ہیں، جیسے ترمیم، اضافہ یا توسیع کے لیے تحفظ، فلوٹر کی بنیاد پر اسٹاک کے لیے سیکیورٹی، اسٹاک کو عارضی طور پر ہٹانے سے تحفظ، مخصوص اشیاء کے لیے سیکیورٹی، ابتدائی کاروباری اخراجات(نقصان کے بعد) آرکیٹیکٹ، سرویئر، کنسلٹنسی انجینئر، پیشہ ورانہ فیس کی ادائیگی کے لیے سیکیورٹی، ملبہ ہٹانا میونسپل کے ضوابط کی وجہ سے ہونے والے اخراجات اور اخراجات کے خلاف تحفظ۔

مذکورہ پالیسی مائیکرو اسکیل انٹرپرائز جیسے آفس، ہوٹل، انڈسٹری، اسٹوریج رسک وغیرہ کے لئے لی جا سکتی ہے۔ پالیسی کی کم بیمہ رقم میں 15% کی حد تک چھوٹ دی جاتی ہے۔ بھارت مائیکرو انٹرپرائز پالیسیاں توثیق کے ذریعہ پالیسی کی مدت کے دوران بیمہ کی رقم میں اضافے کی اجازت دیتی ہیں۔

ii. **بھارت لگھو ادیم سرکشا** (ان کاروباری اداروں کے لیے جہاں خطرے کی مجموعی قیمت 5 کروڑ روپے سے زیادہ اور 50 کروڑ روپے تک ہوتی ہے)۔ ایم ایس ایم ای کی مالی حفاظت کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔

یہ پالیسی عمارتوں / کانسٹرکشنز، کارخانوں اور مشینری، اسٹاک اور کاروباری اداروں کے دیگر اثاثوں کو تحفظ فراہم کرتی ہے، جہاں پالیسی کے آغاز کی تاریخ کے مطابق ایک ہی موقع پر بیمہ کے قابل تمام اثاثہ جات کے خطرے کی مجموعی قیمت روپے سے زیادہ ہے۔ 5 کروڑ لیکن، روپے 50 کروڑ سے کم ہوتا ہے۔ اس پالیسی میں بھی، اوپر مذکور مائیکرو لیول انٹرپرائزز کے لیے پالیسی کی طرف سے پیش کردہ اندرونی تحفظات دستیاب ہوتی ہیں۔ وہ خطرات جن کے خلاف انشورنس کی پیشکش کی جاتی ہے، یہ مائیکرو اسکیل انٹرپرائزز کے لیے تیار کردہ پالیسی کی طرح ہی ہوتا ہے۔

اس کے علاوہ، مذکورہ پالیسی تمام قسم کے جوکھم جیسے آفس، ہوٹل، انڈسٹری، اسٹوریج جوکھم وغیرہ کے لیے بھی لیا جاسکتا ہے۔ انڈین اسمال انٹرپرائز پالیسیاں توثیق کے ذریعے پالیسی کی مدت کے دوران بیمہ کی رقم میں اضافے کی اجازت دیتی ہیں۔

iii. فائر پالیسیوں کے تحت اخراج

بیمہ کنندگان روایتی طور پر درج ذیل فائر پالیسیوں کے تحت کا احاطہ شامل نہیں کرتے ہیں۔

درج ذیل شامل نہ کیے گئے خطرات کی وجہ سے نقصان:

i. جنگ اور جنگ کی جیسی سرگرمیاں

ii. نیوکلیر پیرلس

iii. آئنائزیشن اور ریڈیشن

iv. ماہولیاتی آلودگی اور ملاوٹ کی وجہ سے نقصان

v.

خطرے یا پریلس جو جنرل انشورنس کی دیگر پالیسیوں کے ذریعے کور کئے جاتے ہوں۔

i. مشینری کی خرابی،

ii. کاروبار میں رکاوٹ

iv. اضافی تحفظات

تاہم، اضافی پریمیم کی ادائیگی سے بعض خطرات کا احاطہ کیا جا سکتا ہے، جیسا کہ زلزلہ، آگ اور شاک، بیمہ شدہ جوکھم کے نتیجے میں، بجلی فیل ہو جانے کی وجہ سے کولڈ اسٹوریج میں رکھے سٹاک کا کرنے کی وجہ سے ہونے والے نقصان، پالیسی میں شامل رقم کے علاوہ ملبہ ہٹانے پر خرچ، آرکیٹیکٹس، کنسلٹنٹ انجینئرز کی فیس، جنگل کی آگ، کے احاطہ کو مؤثر نقصان۔ آگ، سیلف اگنیشن اور نجی گاڑیوں کی وجہ سے، دہشت گردی ۔

v. آگ کی پالیسی کے مختلف عناصر

عام طور پر، فائر انشورنس 12 ماہ کی مدت کے لیے جاری کیا جاتا ہے۔طویل مدتی پالیسیاں انشورنس کمپنیاں صرف رہائشی گھروں کے لیے 12 ماہ سے زیادہ مدت کے لئے دیتی ہیں۔ کچھ معاملات میں، قلیل مدتی پالیسیاں بھی جاری کی جاتی ہیں ؛ جس پر قلیل مدتی پیمائش بھی لاگو ہوتی ہے۔

a. مارکیٹ ویلیو اور بحالی ویلیو پالیسیاں: نقصان کی صورت میں، عام طور پر بیمہ کنندہ کی طرف سے، مارکیٹ کی قیمت(فرسودہ یعنی ڈیپریشن کاٹ کر) ادا کیا جاتا ہے۔ تاہم، رینسٹیٹمنٹ ویلیو پالیسی کے تحت، نقصان شدہ پراپرٹی کو اسی قسم کی نئی پراپرٹی سے منتقل یا رپلیس کیا جاتا ہے۔

عمارتیں، فیکٹریاں، مشینری اور فرنیچر، فکسچر، سامان کی حفاظت کے لئے رینسٹیٹمنٹ ویلیو پالیسیاں جاری کی جاتی ہیں۔ جب کہ اسٹاکس کے لئے عام طور پر مارکیٹ ویلیو پالیسیز دی جاتی ہیں۔

b. ڈیکلیریشن پالیسی: گودام میں اسٹاک کی قیمت میں اتار چڑھاؤ کا خیال رکھنے کے لیے ڈیکلیریشن پالیسی، کچھ شرائط کے ساتھ فراہم کی جاتی ہے۔ بیمہ کی رقم کی قیمت سب سے زیادہ ہونی چاہیے، وہ سٹاک جس کی پالیسی کی مدت کے دوران گودام میں ذخیرہ کیے جانے کی توقع کی جاتی ہے۔ مذکورہ قیمت پر ایک عارضی پریمیم چارج کیا جاتا ہے۔ انشورڈ کو سال کے دوران پہلے سے طے شدہ وقفوں کے اندر سٹاک پوزیشن کے بارے میں انشورنس کمپنی کو ڈکلیئر کرنا ہوتا ہے۔ پالیسی کی مدت کے اختتام پر، اسے پریمیم کے ساتھ ایڈجسٹ کیا جا سکتا ہے۔

c. **فلوٹر پالیسیاں:** ایک ہی بیمہ شدہ رقم کے تحت مختلف مخصوص مقامات پر جمع کردہ سامان کے اسٹاک کے لیے فلوٹر پالیسیاں جاری کی جا سکتی ہیں۔ غیر مخصوص سائٹس پر سیکیورٹی فراہم نہیں کی جاتی ہے۔ پریمیم کی شرح بیمہ شدہ اسٹاک پر کسی بھی وقت 10% کی لوڈنگ کے ساتھ لاگو سب سے زیادہ شرح ہے۔ ان کو فائر فلوٹر پالیسیاں بھی کہا جاتا ہے کیونکہ متعدد مقامات پر بیمہ کی رقم ، متعدد منزلوں پر'فلوٹ' یعنی گھٹتی بڑھتی رہتی ہے۔

vi. پریمیم کی درجہ بندی درج ذیل پر منحصر ہے۔

a) قبضے یا اکوپینسی کی قسم، صنعتی ہو یا کوئی دوسری۔

b) صنعتی کمپلیکس میں واقع تمام جائیدادوں سے یکساں شرح وصول کی جائے گی، جو کہ بنائی گئی مصنوعات (پروڈکٹ) پر منحصر ہے۔

c) صنعتی کمپلیکس کے باہر دستیاب سہولیات کی قدر انفرادی جگہ پر قبضے کی نوعیت کے مطابق کی جائے گی۔

d) ذخیرہ کرنے والی جگہوں کا اندازہ سٹاک کے خطرے یا ہزار نوعیت کی بنیاد پر کیا جائے گا۔

e) "ضمنی (اضافی)" تحفظات کو شامل کرنے کے لیے اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

f) پریمیم کی رعایت پیشگی دعووں کی تاریخ اور احاطے میں فراہم کردہ آگ سے تحفظ کی سہولیات کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔

g) پریمیم کی رقم کو کم کرنے کے لیے ہنگامہ آرائی، ہڑتال، بدنیتی سے نقصان اور سیلاب گروپ کے خطرات کو مسترد کیا جا سکتا ہے۔

پریمیم ریٹنگ ایک انشورر سے دوسرے انشورر میں مختلف ہوسکتی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

تجارتی جوکھم کے لیے آگ کی پالیسی ..... خطرے سے تحفظ فراہم کرتی ہے۔

I. ہائی وے پر گاڑی جل رہی ہے۔

II. جہاز پر آگ لگنا

III. فیکٹری میں دھماکہ

IV. آگ کی وجہ سے ہسپتال میں داخل

B. تجارت میں رکاوٹ یا بزنیس انٹرپشن انشورنس

کاروباری مداخلت کی انشورینس کو نتیجہ خیز نقصان یا کانسیکونشیل لاس یا 'منافع کا نقصان' ینیی لاس آف پرافٹ انشورنس بھی کہا جاتا ہے۔

یہ پالیسی آگ کی بیمہ شدہ خطرات کے ذریعے، مادی یا املاک کو پہنچنے والے نقصان یا عمارت، فیکٹری، مشینری کے فکسچر، آلات، تجارتی سامان کے نقصان کے خلاف معاوضہ فراہم کرتی ہے۔ **اس کے نتیجے میں مکمل یا جزوی طور پر بیمہ دار کے کاروبار میں خلل پڑ سکتا ہے،** اس طرح، رکاوٹ کی مدت کے دوران، کسی کو مختلف قسم کے معاشی نقصانات کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔

کاروبار میں خلل ڈالنے کی پالیسی کے تحت تحفظ

نتیجہ خیز نقصان (**CL**) پالیسی میں،{کاروبار میں رکاوٹیں (**BI**)} مجموعی منافع میں نقصان کے لیے معاوضہ فراہم کیا جاتا ہے — جس میں مقررہ چارجز کے ساتھ ساتھ انشورڈ کو کاروبار کو دوبارہ معمول پر لانے کے لئے مزید خرچ کرنے پڑتے ہیں۔ خالص منافع اور کل نقصان کو جلد از جلد

کم کیا جا سکے۔ اس میں شامل خطرات اور حالات وہی ہیں جو فائر پالیسی کے تحت آتے ہیں۔

مثال

اگر، آگ لگنے کے نتیجے میں، موٹر گاڑی بنانے والے کی فیکٹری کو نقصان پہنچا ہے، ایسی صورت حال میں پیداوار کے نقصان کے نتیجے میں پروڈیوسر کو آمدنی میں کمی کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ آمدنی کے مذکورہ نقصان کے ساتھ ساتھ ہونے والے اضافی اخراجات کو بھی بیمہ کیا جاسکتا ہے بشرط کہ یہ انشورڈ بیرل کے نتیجے میں پیدا ہوئی ہو۔

یہ پالیسی سسٹینڈر آگ اور خصوصی خطرات کی پالیسیوں کو ملا کر خریدی جا سکتی ہے۔ کیونکہ اس پالیسی کے تحت دعوے صرف اس صورت میں قبول کیے جاسکتے ہیں جب کوئی دعویٰ معیاری آگ اور خصوصی خطرات کی پالیسی کے تحت دائر کیا جائے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

کاروباری انشورنس پالیسی میں رکاوٹ صرف ..... کے ساتھ مل کر خریدی جا سکتی ہے۔

I. معیاری آگ اور خصوصی خطرات کی انشورنس پالیسی

II. معیاری میرین انشورنس پالیسی

III. معیاری موٹر وہیکل انشورنس پالیسی

IV. معیاری بیلتھ انشورنس پالیسی

C. چوری بیمہ

یہ پالیسی کاروبار کے احاطے جیسے فیکٹریوں، دکانوں، دفاتر، کارخانوں اور گوداموں پر لاگو ہوتی ہے جس میں کچھ اسٹاک، سامان، فرنیچر کا سامان اور مقفل سیف میں موجود نقدی چوری کی جا سکتی ہے۔ اس پالیسی میں تحفظ کے دائرہ کار کی وضاحت پیش کی گئی ہے۔

چوری بیمہ کے تحت احاطہ یا کور کیے جانے والے خطرات

a) احاطے یعنی پریمایسز میں زبردستی یا پرتشدد داخلے سے پراپرٹی کو پہنچنے والا نقصان یا احاطے سے حقیقی، زبردستی اور جارحانہ اخراج یا ڈکیتی۔

b) چوروں کی وجہ سے بیمہ شدہ جائیداد یا احاطے کو پہنچنے والا نقصان۔ سیکیورٹی صرف بیمہ کی رقم کو فراہم کی جاتی ہے۔ جب نقصان کسی دوسرے احاطے سے نہیں بلکہ بیمہ شدہ جگہ سے ہوا ہے۔

کیش انشورنس: چوری انشورنس کا ایک اہم حصہ ہے، نقد رقم بیمہ۔ اس کا آپریشن تبھی ہوتا ہے جب نقد رقم کو ایسی تجوری میں رکھا جاتا ہے جو کہ منظور شدہ ڈیزائن کے مطابق تیار کی گئی ہو۔ نقد رقم تحفظ کے لیے لاگو ہونے والی عمومی شرائط کی تفصیلات ذیل میں دی گئی ہیں:

a) اصل کلید کا استعمال کرتے ہوئے سیف سے نکالی گئی نقدی تب ہی محفوظ ہوتی ہے جہاں ایسی چابی پرتشدد ذرائع اور تشدد کی

دھمکیوں یا طاقت کے ذریعے چھین لی گئی ہو۔ اسے عام طور پر "کی کلاز" کہا جاتا ہے۔

b) سیف میں نقدی کی پوری فہرست سیف کے علاوہ کسی محفوظ جگہ پر رکھی جاتی ہے۔ بیمہ کمپنی کی ذمہ داری اس طرح کے ریکارڈ میں دکھائی گئی اصل رقم تک محدود ہوتی ہے۔

1. پہلا نقصان بیمہ یا فرسٹ لاس پالیسی

ایسی صورتوں میں جہاں زیادہ مقدار (جیسے کپاس کی گانٹھیں، اناج، شکر وغیرہ) کی قیمت کم ہوتی ہے، ایک ہی صورت حال میں پورے اسٹاک کو کھونے کا خطرہ انتہائی کم ہے۔ چوری ہونے والی قیمت کو ممکنہ زیادہ سے زیادہ نقصان (**PML**) سمجھا جاتا ہے۔ اور زیادہ سے زیادہ ممکنہ نقصان کے لیے پورا پریمیم چارج کیا جاتا ہے۔ اور پورے پریمیم کا کچھ فیصد اسٹاک کی بیلنس رقم پر وصول کیا جاتا ہے کیونکہ پی ایم ایل پورے اسٹاک پر تیرتی ہے۔ اندازہ لگایا جاتا ہے کہ، دوسری بار فوری طور پر چوری نہیں ہوگی یا بیمہ شدہ کے ذریعہ دوبارہ ہونے سے بچاؤ سے تحفظ کے اضافی اقدامات کیے جاتے ہیں۔

2. اسٹاک کے سلسلے میں، ڈیکلریشن انشورنس اور فلوٹر پروٹیکشن بھی فائر انشورنس کی طرح ممکن ہے

3. اخراج یا ایکسکلوزن

مذکورہ پالیسی میں، ملازمین، خاندان کے افراد یا دیگر افراد جو قانونی طور پر احاطے میں موجود رہتے ہیں۔ چوری کے لیے نہ لوٹ مار کے لیے یا عام چوری پر، تحفظ فراہم نہیں کیا جاتا ہے۔اس میں آگ یا پلیٹ گلاس کی پالیسی کے تحت ہونے والے نقصانات کو بھی پورا نہیں کیاجاتا ہے۔

4. توسیع یا اکسٹنشن

مزید پریمیم پر، پالیسی کو فسادات، ہڑتالوں اور دہشت گردی کے خطرات کو پورا کرنے کے لیے بڑھایا جا سکتا ہے۔

5. پریمیم

چوری کی پالیسی کے لیے پریمیم کی شرح، بیمہ شدہ جائیداد کی نوعیت، خود بیمہ شدہ کے اخلاقی خطرات، عمارت کی تعمیر اور جگہ، حفاظتی اقدامات(جیسے چوکیدار، چور کا الارم) ماضی کے دعوے تجربے وغیرہ پر منحصر ہیں۔

پیشکش فارم میں دی گئی تفصیلات کے علاوہ قیمتیں زیادہ ہونے کی صورت میں، بیمہ کنندگان کی جانب سے قبل از قبولیت کے معائنے کیے جاتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

چوری کی پالیسی کے پریمیم .....پرانحصار ہے۔

I. بیمہ شدہ جائیداد کی نوعیت

II. بیمہ شدہ کے ذاتی اخلاقی خطرات

III. احاطے کی تعمیر اور مقام

IV. اوپر کا سبھی

D. رقم بیمہ

نقدی کا انتظام، کسی بھی کاروبار کا ایک اہم حصہ ہے۔ پیسے کی انشورنس پالیسی کے معنی، بینکوں اور صنعتی کاروباری اداروں کو رقم کے نقصان سے بچانا ہوگا۔ پیسہ کیمپس کے ساتھ ساتھ باہر بھی محفوظ نہیں ہوتا ہے۔ رقم نکالنے، جمع کرنے، ادائیگی یا جمع کرنے کے دوران غیر قانونی طور پر لے جایا جا سکتا ہے۔

1. رقم کی انشورنس کی حد

رقم بیمہ پالیسی کو نقد، چیک/پوسٹل آرڈر/پوسٹ اسٹیمپ کی ہینڈلنگ کے دوران ہونے والے نقصانات سے تحفظ فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ مذکورہ پالیسی عام طور پر دو حصوں کے تحت تحفظ فراہم کرتی ہے۔

a) **ٹرانزٹ سیکشن:** یہ ڈکیتی یا چوری یا دیگر حادثاتی وجوہات کی وجہ سے پیسے کے نقصان سے تحفظ فراہم کرتا ہے، حالانکہ یہ بیمہ شدہ یا اس کے مجاز ملازمین کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

ٹرانزٹ سیکشن میں دو قسم کی رقمیں بیان کی گئی ہیں:

i. **فی کیرینگ کی حد یا سنگل کیریینگ لیمٹ:** یہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو بیمہ کنندگان ہر نقصان کے سلسلے میں ادا کر سکتے ہیں۔

ii. **پالیسی کی مدت کے دوران ٹرانزٹ میں تخمینی رقم:** یہ پریمیم رقم کی گنتی کے لیے لاگو کردہ شرح کی رقم کی نمائندگی کرتا ہے۔

فائر انشورنس کی طرح، پالیسیاں **"اعلان کی بنیاد پر"** جاری کی جا سکتی ہیں۔ اس لیے، بیمہ کنندگان کے ذریعہ ٹرانزٹ میں تخمینی رقم پر عارضی پریمیم وصول کیا جاتا ہے اور پالیسی کے خاتمے کے دوران، پالیسی کی مدت کے دوران ٹرانزٹ میں اصل رقم کی بنیاد پر، بیمہ شدہ کے ذریعہ اعلان کردہ پریمیم کی ایڈجسٹمنٹ کیا جاتا ہے۔

b) احاطے کا سیکشن: اس سیکشن کے تحت، چوری، چوری، ڈکیتی وغیرہ کی وجہ سے کسی کے احاطے/ مقفل لگائی گئی سیف سے ہوئی رقم کے نقصان سے تحفظ فراہم کیا جاتا ہے۔ دیگر پالیسی خصوصیات عام طور پر، چوری کی بیمہ (کاروباری کمپلیکس کے) جن پر اوپر مطالعہ کے نتیجے میں بحث کی گئی ہے۔

2. اہم اخراج یا ایکسکلوزن

اس میں درج ذیل کو شامل کیا جاتا ہیں۔

a) غلطی یا کوتاہی کی وجہ سے کمی،

b) رقم کا نقصان جو باختیار شخص کے علاوہ کسی اور سے کیا گیا ہو اور

c) فسادات، ہڑتالیں اور دہشت گردی

3. توسیع یا ایکسٹینشن

اضافی پریمیم کی ادائیگی پر، پالیسی میں تحفظ کے سلسلے میں درج ذیل توسیعات کی جا سکتی ہیں:

a) پیسہ سنبھالنے والے افراد کی بے ایمانی،

b) فسادات، ہڑتالیں اور دہشت گردی کے خطرات

c) تقسیم کا جوکھم، جو کہ ملازمین کو اجرت کی ادائیگی کے دوران ہونے والا نقصان ہے۔

4. **پریمیم**

پریمیم کی شرح کا تعین بیمہ دار کی ذمہ داری پر منحصر ہے کہ وہ کمپنی کی رقم کا ایک ہی موقع پر انتظام کرے، نقل و حمل کا طریقہ، فاصلہ، حفاظتی اقدامات وغیرہ پر منحصر کرتا ہے۔ پالیسی کے خاتمے سے 30 دن پہلے کیے گئے اعلان کی بنیاد پر، پورے سال کے دوران منظم کی گئی اصل رقم کی بنیاد پر پریمیم کو ایڈجسٹ کیا جا سکتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 4

مندرجہ ذیل میں سے کون سا آپشن منی انشورنس پالیسی کے تحت آتا ہے؟

I. غلطی یا کوتاہی کی وجہ سے کمی

II. چوری کی وجہ سے کسی کے احاطے سے پیسے کا نقصان

III. باختیار شخص کے علاوہ کسی دوسرے شخص کے حوالے کی گئی رقم کا نقصان

IV. فسادات، ہڑتالیں اور دہشت گردی

E. وفاداری کی ضمانت یا فیڈیلیٹی گارنٹی بیمہ

کمپنیوں کو وائٹ کالر کرائم یعنی اپنے ملازمین کی طرف سے دھوکہ دہی یا بے ایمانی کی وجہ سے مالی نقصان کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ وفاداری کی ضمانت انشورنس کے ذریعے، آجروں یعنی امپلایر کو اپنے ملازمین کو دھوکہ دہی، غبن، ڈکیتی، غلط استعمال اور ڈیفالٹ کی وجہ سے دیا جاتا ہے۔ مالی نقصانات سے تحفظ فراہم کیا جاتا ہے۔

1. وفاداری کی ضمانت بیمہ کی حد بندی

براہ راست مالی نقصان کے خلاف تحفظ فراہم کیا جاتا ہے اور اس کے نتیجے میں ہونے والے نقصانات یعنی کانسیکوینشیل نقصان کو پورا نہیں کیا جاتا ہے۔

a) نقصان رقم، سیکیورٹیز یا سامان کے حوالے سے ہونا چاہیے۔

b) مذکورہ کارروائی مخصوص فرائض کی انجام دہی کے دوران کی جانی چاہئے۔

c) نقصان کی معلومات پالیسی کے خاتمے سے 12 ماہ پہلے یا ملازم کی موت، ریٹائرمنٹ یا برخاستگی پر، جو بھی پہلے ہو، حاصل کی جانی چاہیے۔

d) دوبارہ ملازمت کرنے والے بے ایمان ملازم کے سلسلے میں کوئی تحفظ فراہم نہیں کیا جاتا۔

2. وفاداری کی ضمانت کی پالیسی کی اقسام

ذیل میں دی گئی تفصیلات کے مطابق، وفاداری کی ضمانت کی پالیسیوں کی کئی اقسام ہیں۔

a) **انفرادی پالیسی:** یہ پالیسی ایسی صورت حال میں استعمال ہوتی ہے جہاں کسی فرد کی ضمانت ہونی چاہیے۔ ملازم کا نام، عہدہ اور ضمانت کی رقم بتائی جائے۔

b) **گروپ پالیسی:** اس پالیسی میں، ان ملازمین کے ناموں کی فہرست جن پر گارنٹی کا اطلاق ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر ملازم کے فرائض اور انفرادی بیمہ کی رقم بھی تیار کی جاتی ہے۔

c) **فلوٹنگ پالیسی یا فلوٹر:** اس پالیسی میں، ایک شیڈول میں، احاطہ کیے جانے والے افراد کے نام اور فرائض شامل ہیں، لیکن گارنٹی کی انفرادی مقدار کے بجائے، گارنٹی کی ایک مخصوص رقم مجموعی طور پر "مقررہ" ہے۔ کسی ایک ملازم کے حوالے سے کیے گئے دعوے پر، اس لیے فلوٹڈ گارنٹی کم ہو جائے گی بشرط کہ اصل رقم کو اضافی پریمیم کی ادائیگی سے بدل دیا جائے۔

d) **پوزیشن (عہدہ) کی پالیسی:** یہ گروپ پالیسی کی طرح ہے مگر یہ فرق ہوتا ہے کہ، مخصوص رقم کی ضمانت کے لیے صرف "عہدہ" (جیسے کیشیئر، اکاؤنٹس آفیسر وغیرہ) کی فہرست تیار کی گئی ہے، نام کا ذکر نہیں کیا جاتا ہے۔

e) بلینکٹ پالیسی: اس پالیسی میں نام یا عہدہ کا ذکر کیے بغیر، پورا عملہ شامل کیا جاتا ہے۔ ملازمین کی بیمہ کنندگان کی طرف سے کوئی پوچھ گچھ نہیں کی جاتی ہے۔ ایسی پالیسیاں صرف ان امپلایر کے لیے موزوں ہیں جن کے پاس بڑا عملہ ہے اور تنظیم کو ملازمین کی گزشتہ زندگیوں کے بارے میں مناسب معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ دعوے کی صورت میں، امپلایر کے ذریعہ حاصل کردہ حوالہ جات دستیاب ہونے چاہئیں۔ مذکورہ پالیسی صرف معروف بڑے اداروں کو پیش کی جاتی ہے۔

3. پریمیم

پریمیم کی شرح اس بات پر منحصر ہے کہ کس قسم کی تجارت کی جا رہی ہے، عملے کی سطح، نظام تفتیش اور معائنہ۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

وفادار کی ضمانت بیمہ ..... کا معاوضہ فراہم کرتی ہے۔

I. امپلائر کو جن کے ملازمین کو دھوکہ دہی یا بے ایمانی کی وجہ سے مالی نقصان ہوا ہے۔

II. وہ ملازمین جن کے آجر کو دھوکہ دہی یا بے ایمانی کی وجہ سے مالی نقصان ہوا ہے۔

III. کارپوریٹ فراڈ یا بے ایمانی کی وجہ سے فریق ثالث کو ہونے والا مالی نقصان

IV. کمپنی کی انتظامیہ کی دھوکہ دہی یا بے ایمانی کی وجہ سے شیئر ہولڈرز کو مالی نقصان ہوا ہے۔

F. بینکر معاوضہ یا بینکرس انڈیمنیٹی بیمہ

اس جامع سیکیورٹی کو بینکوں، این بی اے ایف سی اور فنڈز اور سیکیورٹیز کے سلسلے میں فنڈز سے نمٹنے والے دیگر اداروں کو درپیش مخصوص جوکھموں کو مدنظر رکھتے ہوئے ڈیزائن کیا گیا ہے۔

1. بینکر کے معاوضے کی بیمہ کے تحت تحفظ

مذکورہ پالیسی بینکر کی ضروریات کے لحاظ سے مختلف تغیرات کے ساتھ رسک کور دیتی ہے۔

a) آگ، چوری، فسادات اور احاطے کے اندر ہڑتال کی وجہ سے نقدی ضمانتوں کا نقصان یا نقصان۔

b) ملازمین کی غفلت سمیت کسی بھی وجہ سے اثاثہ کو احاطے سے باہر لے جانے کے دوران اتھورایزڈ ملازمین کی طرف سے ہونے والی نقصان شامل ہے۔

c) چیک، ڈرافٹ، فکسڈ ڈپازٹس کی رسیدوں وغیرہ میں فراڈ یا ہیرا پھیری۔

d) نقد/سیکیورٹیز یا گروی رکھی ہوئی قیمت کے سلسلے میں ملازمین کی بے ایمانی۔

e) رجسٹرڈ پوسٹل پارسل کے ذریعے بھیجی گئیں اشیا

f) تشخیص کرنے والوں یعنی ایپریسرز کی بے ایمانی۔

g) 'جنتا ایجنٹ'، 'چھوٹی بچت اسکیم ایجنٹ' جیسے بینک کے ایجنٹوں کی وجہ سے نقدی کا نقصان۔

یہ بیمہ اس بنیاد پر دیا جاتا ہے کہ جب نقصان کا پتہ چلے تب یہ کور مانا جاتا ہے نہ کہ در حقیقت جب وہ پیش آیا ہو۔ ہاں یہ ضروری ہے کہ جب نقصان پیش آیا ہو تو پالیسی اس وقت بھی لاگو یعنی ایفیکٹیو ہونی چاہیے۔

نقصانات روایتی طور پر صرف دریافت کی تاریخ سے پہلے 2 سال کی مدت کے لیے قابل ادائیگی ہیں، بشرط کہ نقصان کی تاریخ سے پہلے ہی سیکورٹی مسلسل موجود رہی ہو۔

2. اہم اخراج یا اکسکلوزنس

کاروبار کا نقصان، لاپرواہی، سافٹ ویئر کے جرائم اور پارٹنر/ہدایات کی بے ایمانی اہم استثناء ہیں۔

3. دائرہ کار

پالیسی 7 حصوں پر مشتمل ہے :

1. کیمپس میں
2. ٹرانسپورٹ میں
3. دھوکہ دہی یا ہیرا پھیری
4. بے ایمانی۔
5. سامان کا عہد

6. رجسٹرڈ پوسٹل سروس

7. تشخیص کرنے والا

8. جنتا ایجنٹ

4. بیمہ کی رقم

بیمہ کی رقم یعنی سم انشورڈ بینک کے ذریعہ طے کیا جانا چاہئے جو عام طور پر پہلے 5 حصوں کے لئے ایک جیسی ہوتا ہے۔ اسے 'بنیادی بیمہ کی رقم' کہا جاتا ہے۔ اگر بنیادی بیمہ کی رقم کافی نہیں ہے تو، سیکشن (1) اور (2) کے لیے اضافی بیمہ شدہ رقم خریدی جا سکتی ہے۔ پالیسی اضافی پریمیم کی ادائیگی کے ذریعے بیمہ شدہ رقم کی لازمی اور خودکار بحالی کی بھی اجازت دیتی ہے۔

5. درجہ بندی یا ریٹنگ

پریمیم کا حساب درج ذیل پر مبنی ہے۔

a) مالیاتی رقم

b) اضافی رقم

c) وسائل کی تعداد

d) شاخوں کی تعداد

اپنے آپ کو چیک کریں 6

بینکرز کی معاوضہ انشورنس پالیسی کے تحت درج ذیل میں سے کون سے اختیارات کا احاطہ کیا جا سکتا ہے؟

I. آگ لگنے کی وجہ سے احاطے کے اندر کیش سیکیورٹیز کا خراب یا نقصان

II. دھوکہ دہی یا ہیرا پھیری کی جانچ کریں۔

III. نقد رقم کے سلسلے میں ملازمین کی بے ایمانی۔

IV. اوپر کے سبھی

G. جوہری یا جویلرس بلاک پالیسی

حالیہ برسوں میں بھارت زیورات ، مخصوص طور سے ہیروں کے لئے عالمی تجارت کے ایک اہم مرکز کے طور پر ابھرا ہے۔ در آمد شدہ خام ہیرے کو کاٹا، پالش کیا اور برآمد کیا جاتا ہے۔ یہ بیمہ پالیسی ایک جوہری کے تمام جوکھموں کا خیال رکھتی ہے جس کے کاروبار میں چھوٹے سائز یا بلك میں اعلی قیمت کی اشیاۂ کی فروخت شامل ہے جیسے زیورات، سونے اور چاندی کی چیزیں، ہیرے، قیمتی پتھر، کلائی گھڑیاں وغیرہ ۔ اس تجارت میں بڑی مقدار میں ان قیمتی اشیاۂ کی اسٹاکینگ اور ان کو الگ الگ احاطوں یعنی پریمایسز کے درمیان مقام منتقل کرنا شامل ہوتا ہے۔

1. جیولر بلاک پالیسی میں سیکیورٹی فراہم کی گئی ہے:

جوہری بلاک پالیسی، ایک پیکیج پالیسی ہے جسے روایتی طور پر 4 حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ سیکشن 1 کے تحت تحفظ عام طور پر لازمی ہے جبکہ بیمہ شدہ کو دوسرے سیکشن کے تحت اپنا اختیار حاصل کرنے کی اجازت ہے۔اثاثوں کی حفاظت جیسے الیکٹرانک آلات یا ایپریٹس، پلیٹ گلاس، اشارے

وغیرہ اور ملازمین کا معاوضہ، ملازمین کی بے وفائی کے لیے مارکیٹ پریکٹس کے مطابق کچھ دوسرے حصے بھی شامل کیے جاتے ہیں۔

وفاداری کی ضمانت بیمہ بھی مکمل تحفظ کے لیے بیمہ دار کو خریدنا چاہیے، اگر مذکورہ تحفظ کے لیے کوئی علیحدہ سیکشن دستیاب نہیں ہے۔

ہر معاملے کی ضرورت کے مطابق خطرات کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ ہر سیکشن کے لیے پریمیم کی مختلف شرحیں لاگو ہوتی ہیں جس میں دن اور رات مسلسل چوکیدار کی موجودگی، کلوز سرکٹ ٹی وی/الارم سسٹم، مخصوص سیف روم اور سیکورٹی کے کسی دوسرے جزو وغیرہ کے لیے چھوٹ فراہم کی جاتی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 7

جیولر بلاک پالیسی کی صورت میں، روایتی طور پر متعدد حصے موجود ہیں، جن میں سے ایک عام طور پر لازمی ہے جبکہ باقی حصے ..... ہوتے ہیں۔ .

I. لازمی

II. سابقہ

III. متبادل

IV. معاوضہ دینے والا

H. انجینئرنگ بیمہ

انجینئرنگ بیمہ عام بیمہ کی ایک شاخ ہے جس کو کہ آگ بیمہ کے بزنس میں فروغ کے برابر ہی فروغ ملا ہے۔ اس کی بنیاد صنعتی ترقی کے ساتھ دیکھی جا سکتی ہے جس نے پلانٹ اور مشینری کے لئے ایک الگ کور کی ضرورت پر روشنی ڈالی تھی۔ **تمام جوکھم کور** کا تصور بھی انجینئرنگ پروجیکٹس کے تعلق میں ڈیلوپ ہوا۔ جو بالخصوص باہر رکھے گئے کسی بھی وجہ سے ہونے والے نقصان کو کور کرتا ہے۔ پروڈکٹ مختلف اقدامات کو کور کرتے تھے – تعمیر سے لے کر ٹیسٹنگ اور پلانٹ کے آپریشنل ہونے تک۔ بڑی اور چھوٹی دونوں طرح کی صنعتی اکائیاں اس بیمہ کے لئے گاہک ہیں۔ اس میں الیکٹرانک ڈیوائس والی اکائیاں اور بڑے پروجیکٹس پر کام کرنے والے ٹھیکیدار بھی شامل ہیں۔ انجینئرنگ انشورنس پالیسیوں کی دو قسمیں دستیاب ہیں:

1) سالانہ پالیسیاں – عام طور پر ایک سال کی مدت کی –
   a) مشنیری کی خرابی پالیسی
   b) بائلر پریشر پلانٹ پالیسی
   c) الیکٹرانک آلات کی پالیسی
   d) ٹھیکیدار کی مشینری اور مشینری کی پالیسی
   e) اسٹاک نقصان کی پالیسی
   f) سول انجینئرنگ کی مکمل جوکھم

2) پروجیکٹ کی پالیسیاں مختلف مدت کے ساتھ پروجیکٹ کی مدت کے لحاظ سے -

a) ٹھکیدار کی سبھی جوکھم پالیسی

b) اریکشن سبھی جوکھم پالیسی

انجینئرنگ پالیسیوں کے ساتھ، دو "نتیجہ نقصان" یعنی کانسیکوینشیل لاس کی پالیسیاں بھی منسلک ہیں۔:

a) مشینری کی خرابی، منافع کے نقصان کی پالیسی(ایم بی ایل او پی) ، مشینری کی خرابی کی پالیسی یا بوائلر اور پریشر پلانٹ کی پالیسی اور

b) پیشگی نقصان کا منافع(اے ایل او پی) یا آغاز میں تاخیر (ڈی ایس یو پالیسی) جو پروجیکٹ کی پالیسی کے ساتھ لی جاتی ہے۔

مذکورہ پالیسیوں کی مختصر گفتگو ذیل میں دی گئی ہے۔

A. سالانہ پالیسیاں

1. مشینری کی خرابی کی پالیسی :(MB) یہ پالیسی مشینوں پر کام کرنے والی ہر صنعت پر لاگو ہوتی ہے اور جس کے لیے مشینری اور مشینری کی خرابی کی وجہ سے نتائج سنگین نوعیت کے ہیں۔ یہ پالیسی جنریٹرز، ٹرانسفارمرز اور دیگر برقی، مکینیکل اور وزن اٹھانے والی بھاری مشینری کو تحفظ فراہم کرتی ہے۔

پالیسی بیمہ شدہ املاک کو کسی بھی وجہ سے (متوقع خطرات سے مشروط) مکینیکل یا برقی خرابی، غیر متوقع اور حادثاتی فزیکل نقصان سے تحفظ فراہم کرتی ہے:

a) کام کرنے والی یا ساکن حالت میں

b) صفائی یا مکمل معائنہ اور مرمت کے دوران

c) صفائی یا معائنہ اور مرمت کے کاموں اور ان کے بعد کی تنظیم نو کے دوران۔

d) احاطے میں ہی منتقلی کے دوران۔

انفرادی مشینری کی بحالی/متبادل قیمت پر پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔ پوری مشین کا بیمہ ہونا ضروری ہے۔ قیمت مشین کی قسم پر منحصر ہے؛ وہ صنعت جس میں اسے استعمال کیا جاتا ہے اور اسے مفید سمجھا جاتا ہے۔

2. **بوائلر اور پریشر پلانٹ کی پالیسی:** یہ بوائلرز اور پریشر پلانٹوں کو تحفظ فراہم کرتی ہے :

a) بوائلر اور/یا دیگر دباؤ والے آلات اور بیمہ شدہ کی جائیداد کے آس پاس میں آگ لگنے کے علاوہ دیگر وجوہات کی وجہ سے نقصان؛ اور

b) مذکورہ بوائلر اور/یا پریشر اپریٹس کے اندرونی دباؤ کی وجہ سے شخص کو جسمانی چوٹ یا املاک کو پہنچنے والے نقصان، تیسرے فریق کے دھماکے یا ٹوٹ پھوٹ کی وجہ سے قانونی ذمہ داری۔

چونکہ فائر پالیسی اور بوائلر انشورنس پالیسی باہمی طور پر خصوصی ہیں، مناسب تحفظ کے لیے، دونوں پالیسیوں کو خریدنا چاہیے۔ تمام انجینئرنگ پالیسیوں کے تحت بیمہ کی رقم موجودہ کی متبادل قیمت ہونی چاہیے۔

3. **الیکٹرانک آلات کی پالیسی:** اس میں مختلف قسم کے الیکٹرانک آلات کو تحفظ فراہم کیا جاتا ہے جس میں مکمل کمپیوٹر سسٹم، سی پی یو، کی بورڈ، مانیٹر، پرنٹر، یو پی ایس، سسٹم سافٹ ویئر وغیرہ کو شامل کیا جاتا ہیں۔ معاون آلات جیسے ایئر کنڈیشننگ، حرارتی اور بجلی کی تبدیلی وغیرہ کو بھی تحفظ فراہم کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی فائر پالیسی، مشینری انشورنس پالیسی اور چوری کی پالیسی کا مجموعہ ہوتی ہے۔ پالیسی میں، عیب دار ڈیزائن (جو وارنٹی کے تحت نہیں آتا ہے)، قدرتی واقعات کے اثرات، وولٹیج کے اتار چڑھاو کی وجہ سے خراب سرگرمیوں، مؤثر جھٹکوں وغیرہ، ڈکیتی اور چوری سے بھی تحفظ فراہم کی جاتی ہے۔

پالیسی مالک، کرایہ دار، کرایہ دار کے لیے دستیاب ہے، ہر معاملے میں ان کی ذمہ داری یا ذمہ داری پر منحصر ہے۔ اس میں عام طور پر تین حصوں پر مشتمل ہوتا ہے جو مختلف قسم کے نقصانات سے تحفظ فراہم کرتا ہے :

a) **سیکشن 1-** سازوسامان کا نقصان

b) **سیکشن 2 :** خارجی ڈیٹا میڈیا کا نقصان جیسے کمپیوٹ کی بیرونی ہارڈ ڈسک

c) **سیکشن 3 :** کام کی لاگت میں اضافہ – 12، 26، 40، یا 52 ہفتوں کے لیے متبادل آلات پر ڈیٹا کی پروسیسنگ کو یقینی بنانا۔

4. ٹھیکیداروں کی مشینری اور مشینری (**CPM**) پالیسی: تعمیراتی کاروبار میں ٹھیکیداروں کے لیے موزوں۔ تمام قسم کی مشینری جیسے کرینیں، کھدائی کرنے والے مندرجہ ذیل وجوہات میں سے کسی کی وجہ سے غیر ارادی اور حادثاتی فزیکل نقصان سے تحفظ فراہم کیا جاتا ہیں:

a) چوری، ڈکیتی، فساد، طوفان، بدنیتی پر مبنی نقصان، طوفان

b) آگ اور بجلی، بیرونی دھماکوں، زلزلوں اور الہی واقعات سے خطرات

c) غلط استعمال، گرنے، ٹوٹ پھوٹ، تصادم اور کام کرتے وقت حادثاتی نقصانات اور تیسرے فریق یعنی تھرڈ پارٹی نقصانات کے لئے اکسٹنڈ کیا سکتا ہیں۔

چارج کیا جانے والا پریمیم سامان کی قسم اور آپریشن کی جگہ پر منحصر کرتا ہے۔

مذکورہ تحفظ، جب سامان کام میں ہو یا اسٹیشنری ہو یا صفائی اور چیکنگ کے لیے اور مرمت ختم کرنے پر یا اس کے بعد کی تنظیم نو کے دوران قابل عمل ہے۔ مذکورہ سیکورٹی پرائیویٹ احاطے میں ٹھیکیدار کی موجودگی کے دوران بھی لاگو ہوتی ہے۔ تاہم، 10% اضافی پریمیم چارج کرکے،"انڈیا میں کہیں بھی کی بنیاد"، پر ایسی شرائط کے ساتھ آلات یا اکوپمنٹس کو شامل کرتے ہوئے فلوٹر پالیسی بھی دستیاب ہوتی ہے۔

5. **ڈیٹوریشن آف اسٹاک پالیسی :** یہ پالیسی، کولڈ اسٹوریج(انفرادی یا کوآپریٹو سوسائٹی) کے مالک کے لیے یا جو خراب ہونے والے کولڈ اسٹوریج میں ذخیرہ کیے جانے والے سامان، سٹاک کو لیز یا کرائے کے لیے موزوں ہے، کے لیے مناسب ہوتی ہے۔ ریفریجریشن کے آلات اور مشینری کی خرابی کی وجہ سے نقصان یا انفیکشن کا خطرہ نیز درجہ

حرارت میں اچانک اضافہ اور یہ پالیسی کولڈ اسٹوریج کے چیمبرس میں ریفریجرینٹ عناصر کے حادثاتی اور ریفریجرنٹس کے اچانک غائب ہونے باعث پیدا ہونے والے خطرے کے خلاف بھی کور فراہم کرتی ہے۔

6. سول انجینئرنگ سیٹلمنٹ رسک: عام طور پر، یہ ایسے ٹھیکیداروں کے ذریعہ حاصل کیا جاتا ہے جن کو تکمیل کے بعد سول پراجیکٹس کا انتظام کرنا ہوتا ہے۔ سول منصوبے جیسے پل، خشک بندرگاہ، پناہ گاہیں، جیٹی ریلوے لائنیں، پتھروں سے تعمیر کیے گئے پل، سیمنٹ کے ڈیم، مٹی کے ڈیم، نالے، آبپاشی کے نظام کو اس پالیسی کے تحت شامل کیا جاتا ہے ۔ اس میں شامل جوکھم درج ذیل ہیں-

1. آگ
2. بجلی
3. دھماکہ
4. فسادات، ہڑتالیں، بدنیتی پر مبنی نقصان
5. ریل/سڑک یا پانی کی گاڑی یا جانور سے سامنا
6. آندھی، طوفان، بونڈر، ریت کا طوفان، سمندری طوفان، باڑھ اور سیلاب، پالی لہروں کی نقل و حرکت
7. زیر آب اور لینڈ سلائیڈ (پتھر کی سلائیڈ بھی) نقصان
8. زلزلہ، آگ اور صدمہ (بشمول زلزلے سے آنے والے سیلاب)، سونامی
9. ٹھنڈ، برف کی پھسلتی چٹان، برف

B. پروجیکٹ پالیسی

یہ پالیسیاں خاص طور پر سالانہ بنیادوں پر نہیں بلکہ منصوبے کی مدت کے لیے جاری کی جاتی ہیں۔

1. **ٹھیکیداروں کی تمام جوکھم (سی اے آر) پالیسی:** ٹھیکیداروں کے مفاد میں اور سول انجینئرنگ کے منصوبے، چھوٹی عمارتوں سے لے کر بڑے ڈیموں، عمارتوں، پلوں، سرنگوں وغیرہ کے لئے یہ پالیسی تحفظ دینے کے لئے تیار کی جاتی ہے۔ مذکورہ پالیسی "تمام جوکھم" کا تحفظ فراہم کرتی ہے۔ لہذا، بیمہ کنندہ تعمیراتی مقام پر جائیداد کو حادثاتی اور غیر متوقع نقصان یا نقصان پر معاوضہ فراہم کرتا ہے۔ اسے تیسرے فریق کی ذمہ داری اور دیگر جوکھم کے لیے بھی بڑھایا جا سکتا ہے۔ پریمیم پروجیکٹ کی نوعیت، پروجیکٹ کی لاگت، پروجیکٹ کی مدت، جغرافیائی رقبہ اور ٹرائل کی مدت پر منحصر ہے۔

2. **اریکشن کے تمام جوکھم (ای اے آر پالیسی) :** اس پالیسی کو اسٹوریج اینڈ ایریکشن (ایس سی ای) پالیسی بھی کہا جاتا ہے۔ یہ منصوبے کے سربراہ یا ٹھیکیداروں کے لیے موزوں ہے جب مشینری اور مشینری نصب کی جا رہی ہو، کیونکہ اسے مختلف قسم کے بیرونی خطرات کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔ یہ ایک جامع انشورنس پالیسی ہے جو پروجیکٹ سائٹ پر مال اتارنے کے لمحے سے تحفظ فراہم کرنا شروع کر دیتی ہے اور پروجیکٹ کی پوری مدت کے دوران، جانچ، کمیشن اور پروجیکٹ کی ترسیل کی تکمیل تک نافذ رہتی ہے۔

پریمیم پروجیکٹ کی نوعیت، لاگت، پروجیکٹ کی مدت، جغرافیائی محل وقوع اور ٹرائل کی مدت پر منحصر ہے۔

ضرورت کے مطابق، رابداری کی مدت کے دوران، پراجیکٹ کی جگہ پر آلات یا ایپریٹس اور سٹاک کی ترسیل تک تحفظ فراہم کرنے کے لیے میرین سیفٹی کے ساتھ تعمیراتی پالیسی بھی جاری کی جا سکتی ہے۔

C. نتیجہ خیز نقصان یا کانسیکوینشیل لاس پالیسیاں

ایسی پالیسیاں دوسرے نقصانات سے ہونے والے نقصانات سے بچانے کے لیے جاری کی جاتی ہیں۔ ان کو 'کاروباری مداخلت کی پالیسیاں' یا 'نفع نقصان' کی پالیسیاں بھی کہا جاتا ہے۔

3. منافع کی مشین نقصان (ایم ایل او پی) پالیسی

یہ پالیسی ایسی صنعتوں کے لیے موزوں ہے، جہاں مشینری کی خرابی یا بوائلر پھٹنے کے نتیجے میں ہونے والے نقصانات کی وجہ سے رکاوٹ یا تاخیر ہوتی ہے۔

جہاں، خرابی یا نقصان اور بحالی کے درمیان کی مدت، بہت طویل ہوتی ہے، یہ پالیسی، کُل فروخت میں کمی اور فعالیت کی لاگت میں اضافے کی وجہ سے درمیانی مدت کے دوران منافع کے نقصان کی تلافی کرتا ہے۔ کاروباری مداخلت کی پالیسی اور تحفظ کی شرائط و ضوابط، آگ کی پالیسی کے نقصانات، جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اس کی وجہ کاروباری مداخلت کی پالیسی جیسی ہے۔

4. منافع کی حفاظت کا پیشگی نقصان (اے ایل او پی) یا آغاز میں تاخیر (ڈی ایس یو)

یہ پراجیکٹ کے دوران حادثاتی نقصانات کی وجہ سے پراجیکٹ میں تاخیر سے ہونے والے مالی نقصان سے تحفظ فراہم کرتا ہے۔ یہ ان بیمہ شدہ کے لیے موزوں ہے جو متوقع آمدنی سے محروم ہیں اور مالیاتی اداروں کے لیے، اس منصوبے میں ان کی موروثی دلچسپی کی حد تک مناسب ہے۔ اسے پروجیکٹ کے اصل آغاز سے پہلے ایم سی ای/ای اے آر/سی اے آر پالیسی کی توسیع کے طور پر جاری کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی مدتی قرضوں، ڈیبینچرز، یومیہ اجرت اور تنخواہوں پر سود وغیرہ اور مقررہ تاریخ پر کاروبار کے آغاز پر کمائے جانے والے خالص منافع جیسے مسلسل اخراجات کی صورت میں مالی نقصانات سے تحفظ بھی فراہم کرتی ہے۔

پریمیم کی تشخیص مختلف اہم عوامل اور دستیاب ری انشورنس سپورٹ پر منحصر ہے۔ متوقع مجموعی منافع یا کل فروخت اور معاوضے کی مدت بھی قابل ادائیگی پریمیم کا فیصلہ کرنے میں اہم عوامل ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 8

شروع میں تاخیر کی پالیسی .....کو کہا جاتا ہے۔

I. مشینری منافع نقصان تحفظ

II. منافع کا پیشگی نقصان تحفظ

III. ٹھیکیداروں کے تمام جوکھم سے تحفظ

IV. ٹھیکیداروں کے آلات یعنی اکویپمنٹس اور مشینری کی حفاظت

I. صنعتی تمام جوکھم یا انڈسٹریل آل رسک بیمہ

صنعتی تمام خطرات کی پالیسی کی تشکیل ایک پالیسی کے تحت ہندوستان میں کہیں بھی صنعتی خصوصیات - مینوفیکچرنگ اور اسٹوریج دونوں سہولیات کے لیے تحفظ فراہم کرتی ہے۔ یہ بیمہ مادی نقصان اور کاروبار میں رکاوٹ کا معاوضہ فراہم کرتا ہے۔

عام طور پر، پالیسی درج ذیل کو تحفظ فراہم کرتی ہے :

i. فائر انشورنس پریکٹس کے مطابق آگ اور مخصوص جوکھم،

ii. چوری (لوٹ مار کے سوائے)

iii. مشینری کی خرابی/ بوائلر کا دھماکہ/ الیکٹرانک سامان

iv. مذکورہ بالا جوکھم سے نمٹنے سے کاروبار میں خلل

(نوٹ: کاروباری رکاوٹ عام طور پر مندرجہ بالا (iii) کے تحت پیکیج کے تحفظ میں شامل نہیں ہے، لیکن یہ اختیاری تحفظ کے طور پر دستیاب ہے)

- ✓ مذکورہ پالیسی انفرادی طور پر قابل عمل پالیسیوں کے ذریعہ پیش کردہ تحفظ کے مقابلے میں تحفظ کی وسیع رینج پیش کرتی ہے۔
- ✓ پالیسی کے لیے پریمیم کی شرح، منتخب کردہ کور، دعووں کا تجربہ اور کٹوتی کے لیے منتخب کردہ، 'ایم ایل او پی' کے لیے جوکھم کی تشخیص کی رپورٹ وغیرہ پر منحصر ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 9

مندرجہ ذیل میں سے کون سا آپشن انڈسٹریل آل رسک انشورنس میں شامل نہیں ہے؟

I. آگ اور خصوصی خطرات آگ کی بیمہ کی مشق کے مطابق

II. لوٹ مار

III. مشنیری کی خرابی

IV. الیکٹرانک سامان

J. میرین انشورنس

میرین بیمہ کو دو اقسام میں درجہ بندی یعنی کلاسیفائی کیا گیا ہے: میرین کارگو اور میرین ہل۔

1. میرین کارگو بیمہ

اگرچہ، لفظ 'سمندری' سے مراد صرف سمندر کے حادثات سے ہونے والے نقصان کو ہے، لیکن یہ اس سے کہیں زیادہ کور دیتا ہے۔ یہ، ریل، سڑک، سمندر، ہوئی، یا رجسٹرڈ پوسٹ کے ذریعہ ملک یا بیرون ملک نقل و حمل کے دوران کارگو کے نقصانات کا معاوضہ فراہم کرتا ہے۔ کارگو کی قسم بیروں سے لے کر گھریلو اشیاء تک، بڑے پیمانے پر اشیاء جیسے سیمنٹ، اناج سے لیکر پروجیکٹس میں استعمال ہونے والا انتہائی بڑے سائز کا کارگو۔

کارگو انشورنس ملکی تجارت کے ساتھ ساتھ بین الاقوامی تجارت میں بھی اہم کردار ادا کرتا ہے۔ فروخت کے بیشتر معاہدوں کے مطابق یہ لازمی ہے۔ کہ بیچنے والے یا خریدار کو نقصان یا نقصان کے خلاف، مواد یا کارگو کو کسی کے ذریعہ بیمہ کرانا پڑتا ہے۔

بیمہ پر کون اثر انداز ہوتا ہے: سامان بیچنے والا یا خریدار، فروخت کے معاہدے کی بنیاد پر، بیمہ کر سکتا ہے۔

میرین بیمہ کے معاہدے میں بین الاقوامی طور پر قابل اطلاق دفعات کا ہونا ضروری ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یہ ملک کی سرحدوں سے باہر نقل و حمل میں کارگو کو تحفظ فراہم کرتا ہے۔ مذکورہ تحفظات کا انتظام بین الاقوامی کنونشنز اور پالیسی سے منسلک بعض شقوں کے مطابق کیا جاتا ہے۔

اگرچہ بنیادی پالیسی دستاویز عام شرائط کا احاطہ کرتی ہے، حفاظتی دائرہ کار اور مستثنیات اور خصوصی استثنیٰ کو الگ سیکشن میں شامل کیا گیا ہے۔ جسے ادارہ جاتی کارگو سیگمنٹ (ICC) کہا جاتا ہے۔ اس کا مسودہ ایسوسیشن آف انڈر رائٹرز آف لندن میں تیار کیا جاتا ہے۔

a) میرین کارگو انشورنس کے تحت تحفظ

کارگو پالیسیاں بنیادی طور پر سفری پالیسیاں ہیں، یعنی وہ ایک جگہ سے دوسری جگہ نقل و حمل کے تابع موضوع سبجیکٹ میٹر کو تحفظ فراہم کرتی ہیں۔ تاہم، بیمہ شدہ کو ہر حال میں مناسب احتیاط کے ساتھ، ہمیشہ اپنے کنٹرول کی حدود میں کام کرنا چاہیے۔ اس پالیسی کی اہم خصوصیت یہ ہے۔ کہ یہ ایک متفقہ یعنی اگریڑ ویلیو پالیسی ہے۔ انشورڈ اور بیمہ کمپنی کے درمیان بیمہ کی ویلو کو قبول کیا جاتا ہے۔ اور سوائے دھوکہ دہی کے شبہ کے، اس کا دوبارہ جائزہ نہیں لیا جاتا۔ بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ CIF + 10% (لاگت انشورنس اور فریٹ + 10%) کے حساب سے کیا جاتا ہے۔ ایک اور نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ پالیسی کو آسانی سے مختص یعنی اسائین کیا جا سکتا ہے۔

مذکورہ تحفظ عام طور پر تب شروع ہوتا ہے جب اسے گودام سے فروخت کے معاہدے کی شرائط کے مطابق پالیسی میں متعین جگہ پر بھیج دیا جاتا ہے۔ اور جیسے ہی یہ پالیسی میں درج مخصوص جگہ پر پہنچتا ہے تو بیمہ کور ختم ہو جاتا ہے۔

پالیسی کی ٹرمز اور کنڈنس ذیل سے کلاسز کے زیر اثر ہوتی ہیں:

i. ان لینڈ ٹرانسپورٹ کے لیے، ان لینڈ ٹرانسپورٹ سیکشن (آئی ٹی سی) A, B یا C

ii. سمندری سفر کے لیے ادارہ کارگو سیکشن (آئی سی سی) A, B یا C

iii. تنظیم برائے فضائی ٹرانسپورٹ کارگو (ہوائی) سیکشن- A

انسٹیٹوٹ کارگو کلاز C سب سے کم کور دیتا ہے۔ جو کارگو لے جانے والی موٹر گاڑی یا جہاز کے حادثے میں درج ذیل وجوہات کی بنا پر نقصان کور کرتا ہے۔

i. آگ یا دھماکہ

ii. موٹر گاڑی کا پٹری سے اترنا یا الٹ جانا

iii. گاڑی کا پھنس جانا، خرابی یا ڈوبنا (جہاز کی صورت میں)

iv. کسی بیرونی چیز سے ٹکّر

v. مجبوری میں کسی بندرگاہ پر کارگو اگر اتارنا پڑ جائے

vi. عمومی اوسط قربانی دینا

vii. جیٹیسن

انسٹیٹیوٹ کارگو کلاز B؛ C کے مقابلے زیادہ وسیع کور دیتا ہے کیوں کہ یہ C میں کور ہونے والے خطرات کے علاوہ درج ذیل نقصان بھی کور کرتا ہے:

i. قدرتی آفات(اے او جی) خطرات جیسے زلزلے، لاوا پھٹنا اور بجلی گرنا

ii. اندرون ملک ٹرانسپورٹ میں پل ٹوٹ جانا۔

iii. سمندری نقل و حمل کی صورت میں لوڈنگ یا انلوڈنگ کے دوران سامان کا گر جانا

iv. جہاز کے اندر پانی ا جانا

انسٹی ٹیوشن کارگو سیکشن A ، سب سے زیادہ جامع تحفظ ہے کیونکہ یہ B اور C میں تمام خطرات سے تحفظ فراہم کرتا ہے اور ساتھ ہی بعض اخراجات کے علاوہ دیگر خطرات کی وجہ سے ہونے والے نقصان یا نقصان سے بھی تحفظ فراہم کرتا ہے جیسے:

i. بیمہ شدہ کی جان بوجھ کر کارروائی کی وجہ سے نقصان

ii. عام رساو، خرابی، ٹوٹ پھوٹ یا وزن/حجم میں نارمل کمی

iii. پیکنگ کی ناکافی

iv. کارگو کا اندرونی یا انہرینٹ نقصان

v. تاخیر

vi. مالکان کے دیوالیہ ہونے کی وجہ سے نقصان

vii. نیوکلیئر ہتھیاروں کی وجہ سے نقصان

یہ استثنیٰ یعنی اکلیوژنز سب اندرون ملک، ہوائی اور سمندر، سبھی کے لیے یکساں ہیں۔ کوئلہ، بڑی مقدار میں تیل اور چائے وغیرہ کی مخصوص مصنوعات میں تجارت کے لیے مختلف طبقات بھی دستیاب ہیں۔ جنگ، فسادات، ہڑتال، شہری ہنگامہ آرائی اور دہشت گردی کے خلاف تحفظ کے لیے اضافی پریمیم کی ادائیگی کے ذریعے میرین پالیسی میں توسیع کی جا سکتی ہے۔ میرین اور ہوائی پالیسیاں صرف انشورنس کی شاخیں ہیں اور جنگ سے متعلق خطرات کے خلاف انشورنس فراہم کرتی ہیں۔

اہم

پالیسی کو وسیع طور پر تین اقسام میں تقسیم کیا گیا ہے، یعنی سمندری پالیسی کے تحت، معیاری پالیسی فارم کے تحت اور پالیسی سے منسلک مختلف کلازوں کے تحت جوکھم:

i. سمندری خطرے

ii. باہری خطرے اور

iii. جنگ، ہڑتالوں، فسادات، شہری ہنگامہ آرائی اور دہشت گردی کے جوکھم۔

b) مختلف اقسام کی سمندری پالیسیوں

i. مخصوص یا اسپسیفک پالیسی

یہ پالیسی ایک ہی شپمنٹ کو تحفظ فراہم کرتی ہے۔ یہ خصوصی سفر یا نقل و حمل کے لیے درست ہے۔ باقاعدہ درآمد اور برآمد کے کاروبارسے جوڑے یا باقاعدگی سے اندرون ملک نقل و حمل کے ذریعے سامان بھیج رہے تاجروں کو خصوصی انتظامات جیسے کہ اوپن پالیسی کے تحت انشورنس کا انتظام کرنا آسان ہوگا۔

ii. اوپن پالیسی

ملک کے اندر سامان کی نقل و حمل کو اوپن پالیسی کے تحت تحفظ فراہم کیا جا سکتا ہے۔ مذکورہ پالیسی ایک سال کے لیے کارآمد ہے اور اس مدت کے دوران سامان کی تمام ترسیلات یعنی ٹرانزٹوں کو ڈکلیر کرنا ضروری ہے اور یہ انشورڈ کی طرف سے ان کے درمیان طے شدہ پندرہویں، ماہانہ یا سہ ماہی بنیادوں پر بیمہ کمپنی کو جمع کرانا چاہیے۔

iii. اوپن کور

اوپن سیکیورٹی ایک سال کا کور ہے جو بیمہ شدہ کو بڑی تعداد میں نقل و حمل / جہاز کے ذریعے بھیجنے کے لیے مسلسل تحفظ فراہم کرتا ہے۔ کنسائنمنٹ پر پریمیم متعلقہ کیش ڈپازٹ اکاؤنٹ سے ایڈجسٹ کیا جاتا ہے جو بیمہ شدہ کے پاس ہوتا ہے۔ بڑے درآمد کنندگان اور برآمد کنندگان کے لیے کھلی سیکیورٹی جاری کی جاتی ہے جن کا کاروبار بلا روک ٹوک جاری ہے۔

اوپن سیکیورٹی کی شرائط اور سمندری کنسائنمنٹ کے ٹرانزیکشنوں کے لیے پریمیم کی شرح کا تعین ایک سال کے لئے کرتی ہیں۔ اوپن سیکیورٹی پالیسی نہیں ہے اور اس پر سٹیمپ نہیں لگائے جاتے بلکہ ہر ڈیکلیریشن پر بیمہ کا ایک سرٹیفکیٹ جاری کیا جاتا ہے جس پر مناسب قیمت کے حساب سے سٹیمپ لگائے جاتے ہیں۔

iv. ڈیوٹی اور بڑھی ہوئی قیمت کا بیمہ

یہ پالیسیاں منزل پر کسٹم ڈیوٹی کی ادائیگی کی وجہ سے کارگو کی قیمت میں اضافے یا سامان اتارنے کی تاریخ پر سامان کی مارکیٹ ویلیو میں اضافے کی صورت میں اضافی انشورنس فراہم کرتی ہیں۔

2. میرین ہل انشورنس

لفظ 'ہل' جہاز یا پانی کے کسی دیگر نقل و حمل جہاز یا پانی میں چلنے والی دوسری ویسیل کو کو کہا جاتا ہے۔

میرین ہل انشورنس مختلف ممالک میں قابل اطلاق بین الاقوامی کلازوں کے مطابق تیار کی گئی ہے۔ بنیادی طور پر ہل انشورنس کی دو قسمیں ہیں:

a) **کسی مخصوص سفر کی حفاظت:** یہاں استعمال شدہ کلاز کے گروپ کو ادارہ سفری کلازیں کہا جاتا ہے۔

b) **تحفظ کی مدت:** عام طور پر ایک سال۔ یہاں استعمال شدہ کلازوں کے استعمال کو ادارہ (وقت)کلاز کہتے ہیں۔

c) جنگی جوکھموں کا انتظام خصوصی ضوابط کے ذریعے کیا جاتا ہے اور جمع شدہ پریمیم مرکزی حکومت کے پاس جمع کیا جائے گا۔

معلومات

بل میں درج ذیل بیمے بھی شامل ہیں :

i. اندرون ملک بحری جہاز جیسے نوکا، موٹر بوٹس، مسافر بردار جہاز وغیرہ۔

ii. ڈریجر (مکینائزڈ یا غیر مکینائزڈ)

iii. ماہی گیری کی کشتی (مکینائزڈ یا غیر مکینائزڈ)

iv. بحری جہاز (مکینائزڈ یا غیر مکینائزڈ)

v. گھاٹ اور کنارے

vi. تخلیق کے دوران جہاز

جہاز کے مالک کا بیمہ مفاد صرف جہاز پر ہی نہیں ہوتا ہے بلکہ یہ انشورنس کی مدت کے دوران حاصل کیے گئے جہاز پر لدے ہوئے سامان پر بھی لاگو ہوتا ہے۔ جہاز کے مالک کا بیمہ انٹرسٹ، لدے ہوئے سامان کے علاوہ ،جہاز کو آلات سے لیس کرنے کے لیے خرچ ہونے والی رقم پر بھی ہے، جس میں کھانے پینے کی اشیاء اور پراویزن کا سامان بھی شامل ہیں۔ **مذکورہ اخراجات کو ڈسبرسمنٹ کہا جاتا ہے اور یہ مقررہ مدت کے لیے ہل پالیسی کے ساتھ ہی کور کئے جاتے ہیں۔**

اہم

ایویشن انشورنس: ہوائی جہاز کے لیے بھی ایک جامع پالیسی دستیاب ہے۔ جو ہوائی جہاز کو ہونے والے نقصان اور ساتھ ہی تیسرے فریق کی قانونی ذمہ داری اور ہوائی جہاز کے آپریشن سے پیدا ہونے والے مسافروں کی ذمہ داری کے لیے تحفظ فراہم کرتا ہے

اپنے آپ کو چیک کریں 10

انشورنس کی کون سی شاخ جنگ سے متعلق خطرات سے تحفظ فراہم کرتی ہے؟

I. میرین پالیسیاں

II. ہوا بازی کی پالیسیاں

III. مندرجہ بالا دونوں

IV. مذکورہ بالا میں سے کوئی بھی نہیں۔

K. ذمہ داری کی پالیساں یا لایبلیٹی انشورنس

حادثات سے مکمل طور پر بچا نہیں جا سکتا، چاہے انسان کتنا ہی چوکنا کیوں نہ ہو۔ اس کے نتیجے میں چوٹ اور املاک کے نقصان کے ساتھ ساتھ تیسرے فریق کو بھی چوٹ پہنچ سکتی ہے۔ یا ان کی املاک تباہ ہو سکتی ہیں۔ متاثرہ افراد مذکورہ نقصان کے معاوضے کا مطالبہ کر سکتے ہیں۔

ذمہ داری بھی تیار اور فروخت شدہ مصنوعات میں نقائص سے پیدا ہوسکتی ہے، مثال کے طور پر چاکلیٹ یا دوائیں، جو صارف کنزیومر کو نقصان

پہنچا سکتی ہیں۔ اسی طرح، ذمہ داری مریض کی غلط تشخیص/دوا یا وکیل کے ذریعہ اس کے مؤکل کے کیس کو غلط طریقے سے سنبھالنے سے بھی پیدا ہوسکتی ہے۔

ان تمام معاملات میں جہاں فریق ثالث یعنی تھرڈ پارٹی، صارف یا مریض، غلط کام کے لیے معاوضہ طلب کرتا ہے، معاوضے کی ادائیگی یا دعویداروں کی طرف سے دائر مقدمات کے دفاع میں شامل اخراجات کو پورا کرنے کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔ دوسرے لفظوں میں، مالی نقصان ادا کرنے کی ذمہ داری سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسی ذمہ داری کی موجودگی اور ادا کی جانی والی معاوضے کی رقم کا فیصلہ سول ادالتوں کو کرنا ہوتا ہے جس کو جان بوجھ کر غفلت/دھوکہ دہی کا پہلو سمجھا جاتا ہے۔ ذمہ داری سے متعلق انشورنس پالیسیاں ایسی ذمہ داریوں کے خلاف تحفظ فراہم کرتی ہیں۔ آئیے ذمہ داری سے متعلق کچھ ایسی پالیسیوں پر بات کرتے ہیں۔

قانونی ذمہ داری

کچھ قوانین یا قوانین موجود ہیں جو معاوضے کی ادائیگی کے لیے فراہم کرتے ہیں۔ ان کی معلومات درج ذیل ہیں:

- ✓ عوامی ذمہ داری انشورنس ایکٹ، 1991 اور
- ✓ ایمپلائز کمپنسیشن ایکٹ 1923 جیسا کہ 2010 میں ترمیم کی گئی۔

ایسی ذمہ داریوں سے تحفظ کے لیے انشورنس پالیسیاں دستیاب ہیں۔ ان میں سے کچھ کی تفصیل درج ذیل ہے:

1. لازمی عوامی ذمہ داری کی پالیسی

عوامی ذمہ داری انشورنس ایکٹ، 1991، جو خطرناک سامان کی انتظام سے متعلق ہے بغیر کسی غلطی کی بنیاد پر ان پر ذمہ داری عائد کرتا ہے، اگر مذکورہ انتظام کے دوران فریق ثالث کو تکلیف پہنچتی ہے یا اس کی املاک کو نقصان پہنچا ہے۔ خطرناک سامان کے نام اور ہر ایک کی مقدار 'ایکٹ' میں درج ہے۔ فی شخص قابل ادائیگی معاوضے کی رقم کا تعین حسب ذیل ہے۔

معاوضہ قابل ادائیگی

جان لیوا حادثہ	25,000 روپے
مستقل مکمل معذوری	25,000 روپے
مستقل جزوی معذوری۔	چوٹ کی بنیاد پر 25,000 کا فیصد
عارضی جزوی معذوری	1000 روپے ماہانہ، زیادہ سے زیادہ 3 ماہ
اصل طبی اخراجات	زیادہ سے زیادہ 12,500 روپے تک
املاک کو حقیقی نقصان	6,000 روپے تک

پریمیم **"اے اور اے"** (کسی بھی ایک حادثے) کی حد اور صارف یا کنزیومر کی کل فروخت پر مبنی ہے۔ اس پالیسی کی ایک امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ بیمہ شدہ کو بنیادی طور پر وہی رقم ادا کرنی پڑتی ہے جتنی پریمیم، ماحولیاتی فنڈ میں ہوتی ہے۔ اگر تیسری پارٹیوں کی ایک بڑی تعداد متاثر ہوتی ہے اور ایسی صورت حال میں، اگر قابل ادائیگی امداد کی کل رقم اے اور اے کی حد سے زیادہ ہو جاتی ہے، تو باقی رقم فنڈ کے ذریعے ادا کی جائے گی۔

2. عوامی ذمہ داری کی پالیسی (صنعتی/غیر صنعتی جوکھم)

اس قسم کی پالیسی بیمہ دار کی غلطی/غفلت کی وجہ سے ذاتی چوٹ یا جائیداد کو پہنچنے والے نقصان (ٹی پی پی آئی) یا ٹی پی پی ڈی) کے لیے فریق ثالث کی ذمہ داری کا احاطہ کرتی ہے۔

صنعتی جوکھموں کی تحفظ اور ساتھ ہی غیر صنعتی جوکھم جو ہوٹلوں، سنیما ہال، آڈیٹوریم، رہائشی احاطے، دفاتر، اسٹیڈیم، گوداموں اور دکانوں کو متاثرکرتے ہیں، آپ کی حفاظت کے لیے مختلف پالیسیاں دستیاب ہیں۔ یہ ہندوستانی قانون کے مطابق TPPI/TPPD کے سلسلے میں معاوضے کی ادائیگی کی ذمہ داری کا تحفظ کرتی ہیں، جس میں دعویدار کی لاگت، فیس اور اخراجات بھی شامل کیا جاتا ہیں۔

پالیسی مندرجہ ذیل کے خلاف تحفظ فراہم نہیں کرتی ہے:

a) مصنوعات کی ذمہ داری

b) آلودگی کی ذمہ داری

c) نقل و حمل اور

d) کارکن / کارکنان کو لگی چوٹ

3. مصنوعات کی ذمہ داری کی پالیسی

مصنوعات کی ذمہ داری انشورنس کی مانگ میں اضافہ ہوا ہے کیونکہ مصنوعات کی وسیع اقسام (مثلاً ڈبہ بند کھانا، سوڈا، ادویات اور انجیکشن، برقی آلات، مکینیکل آلات، کیمیکل وغیرہ) جن کا اس وقت میں تیارکرکے اور عوام کو فروخت کیے جاتے ہیں۔ اگر پروڈکٹ میں کوئی خرابی موت، جسمانی چوٹ یا بیماری کا باعث بنتی ہے یا تیسرے فریق کی املاک کو نقصان پہنچا ہے، تو ایسی صورت حال میں دعویٰ دائر کرنے کی وجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ مصنوعات کی ذمہ داری کی پالیسیاں بیمہ شدہ کی اس ذمہ داری کا احاطہ کرتی ہیں۔

مذکورہ تحفظات برآمد کے ساتھ ساتھ گھریلو فروخت کے لیے بھی دستیاب ہیں۔

4. لفٹ (تیسری پارٹی) ذمہ داری انشورنس

یہ پالیسی عمارت کے مالکان کو لفٹ کے استعمال اور آپریشن سے پیدا ہونے والی ذمہ داریوں کے سلسلے میں معاوضہ فراہم کرتی ہے۔ یہ درج ذیل کے لیے قانونی ذمہ داریوں کے خلاف تحفظ فراہم کرتی ہے:

a) کسی بھی شخص کی موت / جسمانی چوٹ (بیمہ شدہ کے ملازمین سمیت)

b) جائیداد کا نقصان (بیمہ شدہ کی ذاتی یا ملازم کی جائیداد کو چھوڑ کر)

پریمیم کی شرح معاوضے کی حد، ایک فرد، ایک حادثہ اور ایک سال پر منحصر ہے۔

5. کاروباری ذمہ داری

کاروباری معاوضے کی تشکیل کاروباری افراد کو ان کے کاروباری فرائض کی انجام دہی کے دوران لاپرواہی کی وجہ سے ہونے والے نقصانات کی قانونی ذمہ داری کے خلاف انشورنس فراہم کرتی ہے۔ اس طرح کا تحفظ

ڈاکٹروں، ہسپتالوں، انجینئرز، آرکیٹیکٹس، چارٹرڈ اکاؤنٹنٹس، مالیاتی مشیروں، وکیلوں، انشورنس بروکرز کو دستیاب ہوتی ہے۔

6. ڈائریکٹرز اور افسران کی ذمہ داری کی پالیسی

کسی بھی کمپنی کے ڈائریکٹرز اور افسران اعتماد اور ذمہ داری کا عہدہ رکھتے ہیں۔ شیئر ہولڈرز، ملازمین، قرض دہندگان اور کمپنی کے دیگر حقداروں کو، کے انتظام اور نگرانی میں کمپنی کی کارروائیاں انجام دی گئیں، غلط سرگرمیوں کے لیے ہرجانہ ادا کرنے کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔ ایسی ذمہ داری کے تحفظ کے لیے ایک پالیسی بنائی گئی ہے اور تمام ڈائریکٹرز سمیت کمپنی کو جاری کیا جاتا ہے۔

7. ملازم انشورنس معاوضہ

یہ پالیسی بیمہ شدہ کو ملازمت کے دوران حادثے یا بیماری سے اس کے ملازمین کو ہونے والی ذاتی چوٹ کے معاوضے کی قانونی ذمہ داری کے سلسلے میں معاوضہ فراہم کرتی ہے۔ **اسے ملازم معاوضہ انشورنس کور بھی کہا جاتا ہے۔**

بازار میں بیمہ کی دو قسمیں رائج ہیں۔

a) **ٹیبل اے :**ملازمین کے معاوضہ ایکٹ، 1923، مہلک حادثات ایکٹ، 1855 اور عام قانون کے تحت حادثات کی قانونی ذمہ داری کے خلاف ملازمین کو معاوضہ۔

b) **ٹیبل بی:** مہلک حادثہ ایکٹ، 1855 اور کامن لاء کے تحت قانونی ذمہ داری کے خلاف معاوضہ۔

پریمیم کی شرح، جیسا کہ پیشکش فارم میں بیان کیا گیا ہے، ملازمین کی تخمینی تنخواہ پر لاگو ہوتا ہے۔

پالیسی کو درج ذیل تحفظات فراہم کرنے کے لیے بڑھایا جا سکتا ہے:

i. مخصوص رقم کی حد تک، ملازم کو پہنچنے والی چوٹ کے علاج کے لیے بیمہ شدہ کے ذریعے برداشت کیے جانے والے طبی اور ہسپتال کے اخراجات۔

ii. ایکٹ میں درج پیشہ ورانہ بیماریوں کی ذمہ داری

iii. ٹھیکیداروں کے ملازمین کی ذمہ داری

اپنے آپ کو چیک کریں 11

عوامی ذمہ داری انشورنس ایکٹ 1991 کے تحت غیر مہلک حادثات کے حقیقی طبی اخراجات کے لیے کیا معاوضہ ادا کیا جائے گا؟

I. 6,250 روپے

II. 12,500 روپے

III. 25,000 روپے

IV. 50,000 روپے

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 **-III** صحیح آپشن ہے۔

جواب 2 **-I** صحیح آپشن ہوں۔

جواب 3 **-IV** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 4 **- II** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 5 **I -** صحیح آپشن ہے۔

جواب 6 **- IV** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 7 **-III** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 8 **-II** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 9 **-II** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 10 **-III** -صحیح آپشن ہے۔

جواب 11 **- II** -صحیح آپشن ہے۔

باب G-05

عام انشورنس کے دعوے

باب کا تعارف

انشورنس کے کسی بھی معاہدے کا بنیادی مسئلہ ہے، شروع میں کیا گیا وعدہ، یعنی نقصان کی صورت میں، بیمہ شدہ کو معاوضہ فراہم کرنا۔ اس باب میں، نقصان کے آغاز کے وقت سے عمل کرنے کے طریقہ کار اور دستاویزات کی تفصیلات دی گئی ہیں، اس سے کلیم سیٹلمنٹ کے پورے عمل کو سمجھنا آسان ہو جاتا ہے۔ اس میں، بیمہ دار یا بیمہ کنندگان میں سے کسی کی طرف سے متنازعہ دعووں کو سنبھالنے کے طریقہ کار کی تفصیلات بھی پیش کی گئی ہیں۔

قابلِ غور امور

A. دعوی کے تصفیہ کا عمل

B. سروے کرنے والے اور نقصان کا جائزہ لینے والے

باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ مندرجہ ذیل کارروائی کر سکیں گے۔

1. کلیم تصفیہ سرگرمیوں کے سلسلے میں بحث
2. نقصان کی اطلاع دینے کے طریقہ کار کی تفصیل
3. دعووں اور تشخیص کا اندازہ
4. سروے کرنے والوں اور نقصان کا اندازہ لگانے والوں کی اہمیت کا بیان
5. دعوے کے فارم کے مشمولات کی مثال
6. تصفیہ اور دعووں کے تصفیہ کی تعریف

A. دعوی کے تصفیہ کے عمل

1. دعووں کے تصفیہ کی اہمیت

انشورنس کمپنی کی سب سے اہم سرگرمی نقصان کی صورت میں پالیسی ہولڈرز کے دعووں کا تصفیہ ہے۔ بیمہ کنندہ فوری، منصفانہ اور مساوی خدمت فراہم کرکے اپنے وعدوں کو پورا کرتا ہے چاہے پالیسی ہولڈرز کو ادائیگی کی جائے یا فریق ثالث کے ذریعے بیمہ شدہ کے خلاف دائر کردہ دعووں کی ادائیگی کی جائے۔

ایک، نان لائف بیمہ کمپنی نے اپنے بورڈ روم میں درج ذیل ریکارڈ استعمال کیا، "اگر ممکن ہو تو ادائیگی کریں؛ اگر ضروری ہو تو رد کر دیں"۔ صحیح معنوں میں یہی انشورنس بزنیس کی روح ہے۔

دعووں کی پیشہ ورانہ تصفیہ کو انشورنس کمپنی کا سب سے بڑا اشتہار سمجھا جاتا ہے۔

a) **عجلت**

چاہے بیمہ دار ایک کارپوریٹ گاہک ہو یا کوئی فرد یا چاہے نقصان کی سائز بڑا ہو یا چھوٹا، دعووں کا فوری تصفیہ بہت اہم ہے۔ یہ سمجھا جانا چاہئیے کہ بیمہ دار کو نقصان کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو سکے، بیمہ معاوضہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

اگر اسے فوری طور پر رقم مل جائے تو یہ اس کے لیے سب سے زیادہ کارآمد ثابت ہوتی ہے۔ جب بیمہ دار کو سب سے زیادہ ضرورت ہوتی ہے – نقصان کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو سکے، دعویٰ رقم کی ادائیگی کرنا بیمہ کمپنی کا فرض ہے۔

b) پیشہ ورانہ

بیمہ حکام ہر ایک دعوے پر اس کی قابلیت کے مطابق غور کرتے ہیں اور ان سبھی دستاویزوں کی تحقیقات کئے بنا جو مندرجہ ذیل سوالوں کے جواب دے گا، دعوے کو ردکرنے کے لئے منفی یا پہلے سے حاملہ تصورات لاگو نہیں کرتے ہیں۔

i. کیا نقصان اصل میں ہوا تھا؟

ii. اگر ہاں، تو کیا نقصان کرنے والا واقعہ اصل میں نقصان کے وجہ سے بنا تھا؟

iii. اس واقعہ سے ہونے والے نقصان کی حد .

iv. نقصان کی وجہ کیا تھی؟

v. کیا نقصان کو پالیسی کے تحت کور کیا گیا تھا؟

vi. کیا دعویٰ معاہدے /پالیسی کی شرطوں کے مطابق قابلِ ادائیگی ہے؟

vii. اگر ہاں، تو قابلِ ادائیگی رقم کتنی ہے؟

مذکورہ بالا سبھی سوالوں کے جوابات بیمہ کمپنی کے لئے جاننا ضروری ہے۔

دعووں کی کارروائی کرنے میں ایک اہم سرگرمی ہے۔ تمام دعوؤں کے فارمس، طریقہ کار اور عمل کو کمپنی کے ذریعے یہ یقین کرنے کے لئے احتیاط سے ڈیزائن کیا گیا ہے کہ پالیسی کے تحت 'قابلِ ادائیگی ' سبھی دعووں کی فوراً ادائیگی کی جاتی ہے اور جو قابلِ ادائیگی نہیں ہیں، ان کی ادائیگی نہیں کی جاتی ہے۔

ایجنٹ کو، بیمہ دار کی معلومات میں کمپنی کے نمائندے ہونے کے ناطے یہ یقین کرنا چاہئیے کہ سبھی متعلقہ فارم کو صحیح معلومات کے ساتھ ٹھیک سے بھرا جاتا ہے، نقصان کا ثبوت بننے والے سبھی دستاویزوں کو منسلك کیا جاتا ہے اور سبھی مشروع طریقہ کار کا بر وقت عمل کیا جاتا ہے اور کمپنی کو باقاعدہ طور پر سبمٹ کیا جاتا ہے۔ نقصان کے وقت ایجینٹ کے کردار کی بحث پہلے ہو چکی ہے۔

2. **اطلاع یا نقصان کا نوٹس**

پالیسی کی شرطوں میں یہ مہیا کیا ہے کہ نقصان کے بارے میں فوری طور پر بیمہ کمپنی کو مطلع کیا جائیگا۔ ایک فوری معلومات کا مقصد بیمہ کمپنی کو نقصان کے ابتدائی مراحل میں اسکی جانچ کرنے کی اجازت دینا ہے۔ تاخیر ہونے سے نقصان سے متعلقہ اہم معلومات غائب ہو سکتی ہیں۔ یہ نقصان کم سے کم کرنے اور سالویج کی حفاظت کے لئے قدم اٹھانے کے اقدامات سمجھانے میں بیمہ کمپنی کو اہل بنائےگا۔ نقصان کی معلومات معقول طور پر جتنی جلدی ممکن ہو، دی جانی چاہئیے۔

یہ ابتدائی چیک/جانچ پڑتال کے بعد دعوے کو ایک نمبر الاٹ کیا جاتا ہے اور پالیسی نمبر، بیمہ دار فرد کے نام، نقصان کی رقم کا اندازہ، نقصان کی تاریخ جیسی تفصیلات کے ساتھ دعوئ رجسٹر میں درج کیا جاتا ہے، اب دعوئ کارروائی کے لئے تیار ہے۔

کچھ قسم کی پالیسیوں کے تحت (جیسے سیندھ ماری) پولیس افسران کو بھی معلومات دی جانی چاہئیے۔ کارگو ریل ٹرانزٹ پالیسیوں کے تحت معلومات ریلوے کو دی جانی چاہئیے۔

3. **تفتیش اور تشخیص**

a) عمومی جائزہ

بیمہ دار فرد سے دعوئ فارم حاصل ہونے پر بیمہ کمپنی نقصان کی تفتیش اور تشخیص کے بارے میں فیصلہ لیتی ہے۔ اگر دعوئ رقم چھوٹی ہے، تو وجہ اور نقصان کی حد کا معینہ کرنے کے لئے بیمہ کمپنی کے ایک افسر کے ذریعے جانچ کی جاتی ہے۔

دیگر دعووں کی تحقیقات کا کام آزادانہ لائسینس یافتہ پیشہ ورانہ سرویئرس کو سُپرد کیا جاتا ہے جو نقصان کی تشخیص میں ماہر ہوتے ہیں۔ آزادانہ سرویئرس کے ذریعے نقصان کی تشخیص اس اُصول پر بنیاد ہے کہ چونکہ بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں پارٹیاں دلچسپی رکھتے ہیں، کسی بھی تنازعہ کی حالت میں ایک آزادانہ پیشہ ورانہ فرد کی غیر جانبدار رائے دونوں پارٹیوں اور قانون کی ایک عدالت کو قابلِ قبول ہونی چاہئیے۔

b) دعووں کی تشخیص

آگ لگنے کی صورت میں، دعوے کا تخمینہ معاون دستاویزات کے ساتھ سروے رپورٹ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ جہاں ضرورت ہو، پولیس رپورٹ/آگ بجھانے کی رپورٹ، تفتیش کار کی رپورٹ بھی طلب کی جاتی ہے۔ ذاتی

حادثاتی دعووں کی صورت میں، بیمہ شدہ کو دیکھ بھال کر رہے ڈاکٹر سے حادثے کی وجہ یا بیماری کی نوعیت، جیسے بھی معاملے ہوں، اور معذوری کی مدت سے متعلق رپورٹ حاصل کر کے پیش کی جانی چاہیے۔

ضوابط پالیسی کے تحت بیمہ کمپنیاں ایک آزاد طبی معائنے کا بندوبست کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہیں۔ "ورک مینس معاوضہ " دعووں کے حمایت میں طبی ثبوت کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ لائیواسٹاک اور مویشیوں کے دعووں کا اندازہ ایک ویٹرنری ڈاکٹر کی رپورٹ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے

معلومات

نقصان یا ضرر کی معلومات حاصل ہونے پر بیمہ کمپنیاں یہ جانچ کرتی ہیں کہ کیا:

1. بیمہ پالیسی نقصان یا ضرر کی واقعہ کی تاریخ کو لاگو تھی۔
2. نقصان یا ضرر ایک بیمہ شدہ جوکھم کے وجہ سے ہوا ہے
3. نقصان سے متاثر جائیداد (بیمہ کا سبجٹ میٹر) وہی جائیداد ہے جو پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ہے
4. نقصان کی نوٹس تاخیر کے بنا حاصل ہوئی ہے

موت اور انفرادی چوٹوں کو شامل کرنے والے موٹر تیسری پارٹی کے دعووں کا اندازہ ڈاکٹر کی رپورٹ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ ان دعووں کو موٹر حادثے دعویٰ ٹریبیونل کے ذریعے نپٹایا جاتا ہے اور ادائیگی کی جانے والی رقم مدعی کی عمر اور آمدنی جیسے فیکٹرس کے ذریعے طے کی جاتی ہے۔

تیسری پارٹی کی جائیداد کے نقصان سے متعلقہ دعووں کی تشخیص ایک سروے رپورٹ کی بنیاد پر ہوتی ہے۔

- ✓ موٹر خود نقصان دعوے کی تشخیص سروے کی رپورٹ کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔
- ✓ تیسری پارٹی کا نقصان شامل ہونے پر پولیس رپورٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

معلومات

تفتیش نقصان کی تشخیص سے الگ ہے۔ تفتیش یہ یقین کرنے کے لئے کی جاتی ہے کہ ایک درست دعویٰ کیا گیا ہے اور قابلِ بیمہ منافع کی عدم موجودگی، مواد حقائق یعنی مٹیریل فیکٹس کو دبانا یا غلط بیانی کرنا، جان بوجھ کر نقصان کرنا وغیرہ جیسے اہم تفصیلات اور شکوک و شبہات کی تصدیق کرنے کے امکان سے انکار کیا جاتا ہے۔

انشورنس سرویئرز کی طرف سے بھی معائنہ کی کارروائی کی جاتی ہے۔ یہ بہت مددگار ثابت ہوتا ہے جب سرویئر مذکورہ کام جلد شروع کرتے ہیں۔ لہذا، دعوی کی وصولی کی اطلاع موصول ہونے پر جلد از جلد ہو سکے، ایک سرویئر مقرر ہے۔

B. سرویئرز اور نقصان کا جائزہ لینے والوں کا کردار

a) **سرویئرز**

سرویئرز آئی آر ڈی اے کے ذریعے لائسینس یافتہ پیشہ ورافراد ہیں۔ وہ مخصوص علاقوں میں نقصانات کا جائزہ اور معائنہ کرنے میں ماہر ہوتے ہیں۔ سرویئرس کو عام طور پر بیمہ کمپنی کے ذریعے اپنے کام میں شامل کرکے فیس کی ادائیگی کی جاتی ہے۔ سرویئرس اور نقصان تشخیص کار کو ایک دعوے کے وقت عام طور پر عام بیمہ کمپنیوں کے ذریعے کام پر رکھا جاتا ہے۔ وہ سوالیہ جائیداد کا معائنہ، جانچ پڑتال اور نقصان کی وجوہات اور حالات کی تصدیق کرتے ہیں۔ وہ نقصان کی مقدار کا اندازہ بھی لگاتے ہیں اور بیمہ کمپنی کو رپورٹ پیش کرتے ہیں۔

وہ آگے کے نقصان کو روکنے کے لئے مناسب اقدامات کے سلسلے میں بیمہ کمپنیوں کو صلاح بھی دیتے ہیں۔ سرویئرس بیمہ ایکٹ 1938، بیمہ قاعدہ 1939 اور آئی آر ڈی اے کے ذریعے جاری مخصوص ریگولیشنس کے شرائط سے تابع ہوتے ہیں۔

برآمد کے لئے 'سفر پالیسی ' یا 'میرین اوپن کور' کے معاملے میں ملك کے باہر کئے گئے دعووں کا اندازہ پالیسی میں نامی بیرون ملك دعویٰ تصفیہ ایجنٹوں کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ یہ ایجینٹ نقصان کی تشخیص اور ادائیگی کر سکتے ہیں جس کو واپس بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ان کے تصفیہ فیس کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ متبادل طور پر ، دعویٰ سے متعلقہ سبھی کاغذات کو بیمہ دعویٰ تصفیہ ایجنٹوں کے ذریعے جمع کیا جاتا ہے اور ان کے اندازہ کے ساتھ بیمہ کمپنیوں کو پیش کیا جاتا ہے۔

اہم

انشورنس ایکٹ کا سیکشن 64

موٹر پرسنل ڈیمیج روپے 50 ہزار سے زائد دعویٰ اور املاک کو ہونے والے دیگر نقصانات کے لیے ایک لاکھ روپے کے سلسلے میں، بیمہ کنندگان کو ایسے دعووں کے لیے سرویئر اور تشخیص کار کا تقرر کرنا چاہیے۔ دوسرے دعووں کے لیے بیمہ کمپنی دیگر افراد سے وہی کام کروا سکتی ہے، بشرطیکہ پہلے کبھی بحیثیت سرویر لائیسنس رد نہ ہوا ہو۔

5. دعویٰ فارم

دعویٰ فارم کی مندرجات بیمہ کے ہر ایك طبقہ کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ عام دعویٰ فارم نقصان کے صورتحال جیسے کہ نقصان کی تاریخ، وقت ، نقصان کی وجہ سے ، نقصان کی حد وغیرہ کے بارے میں پوری معلومات حاصل کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے۔ دیگر سوال ایک سے دوسرے بیمہ طبقہ میں مختلف ہو سکتے ہیں۔

مثال

آگ کے دعوے کے فارم میں حاصل کی جانے والی معلومات، مثال کے طور پر، ذیل میں پیش کی گئی ہیں:

i. بیمہ شدہ کا نام، پالیسی نمبر اور پتہ

ii. آگ لگنے کی تاریخ، وقت اور وجہ

iii. تباہ شدہ املاک کی تفصیلات

iv. آگ کے دوران پراپرٹی کی درست قیمت۔ انشورنس میں شامل متعدد اشیاء کی صورت میں، کس کے تحت دعویٰ کیا گیا ہے، متعلقہ معلومات۔ (دعویٰ نقصان کی جگہ اور وقت پر، جس میں فرسودگی کے ٹوٹ پھوٹ کو شامل کیا گیا ہیں، اصل قیمت پر مبنی ہونا چاہیے)، عمارتوں اور مشینری کو "ریپلیسمنٹ ویلیو" کی بنیاد پر لیا جائے گا۔ جس میں منافع شامل نہیں ہوگا۔

v. بچی ہوی املاک کی ویلو کی کٹوتی کے بعد دعوی کردہ رقم

vi. آگ جس جگہ لگی ہے، وہاں کی حالت اور قبضہ

vii. انشوربل انٹرسٹ جس کے ساتھ دعووں کا بیمہ کرایا گیا ہو چاہے بطور مالک، گروی کے ذریعے یا اس طرح کے دیگر معاملات کے جیسے۔

viii. کسی دوسرے شخص کا تباہ شدہ املاک میں انٹرسٹ

ix. مذکورہ پراپرٹی پر لاگو کسی دوسری انشورنس کی تفصیلات۔

اس کے بعد، بیمہ دار کے دستخط اور تاریخ کی صورت میں تفصیلات کی سچائی اور درستگی کے حوالے سے ایک اعلامیہ پیش کیا جاتا ہے۔

انشورنس کمپنی کی طرف سے کلیم فارم جاری کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ دعوے کی ذمہ داری بیمہ کنندگان نے قبول کرلیا گیا ہے۔ دعوے کے فارم 'بغیر کسی تعصب کے' تبصرہ کے ساتھ جاری کیا جاتا ہیں۔

معاون دستاویز

دعوے کے فارم کے علاوہ، کچھ دستاویزات دعویدار کے ذریعہ پیش کرنے یا دعوی کے ثبوت کے طور پر بیمہ کنندگان کے ذریعہ حاصل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

i. آگ کے دعووں کے لیے، آگ بجھانے والے سے ایک رپورٹ درکار ہوتی ہے۔

ii. طوفان سے نقصان کی صورت میں محکمہ موسمیات سے رپورٹ طلب کی جا سکتی ہے۔

iii. چوری کے دعووں میں، پولیس سے رپورٹ درکار ہو سکتی ہے۔

iv. مہلک حادثے کے دعووں میں، موت کی جانچ کرنے والے اور پولیس کی رپورٹیں ضروری ہو سکتی ہیں۔

v. موٹر گاڑی کے دعووں کے لیے، ڈرائیونگ لائسنس، رجسٹریشن بک، پولیس رپورٹ وغیرہ کو بیمہ کنندہ چیک کر سکتا ہے۔

vi. میرین کارگو کے دعووں میں، دستاویزات نقصان کی قسم کے مطابق مختلف ہو سکتے ہیں، یعنی کل نقصان، مخصوص اوسط، اندرون ملک یا بیرون ملک ٹرانزٹ کے دعوے وغیرہ۔

خود کا امتحان لیں 1

درج ذیل میں سے کون سی سرگرمیوں کو دعووں کے تصفیہ میں پیشہ ورانہ نہیں سمجھا جاتا ہے؟

I. نقصان کی وجہ کے بارے میں معلومات حاصل کرنا

II. تعصب کے ساتھ دعوے پر کارروائی کرنا

III. یہ جاننے کے لیے کہ نقصان بیمہ شدہ خطرے کے نتیجے میں ہوئی یا نہیں ۔

IV. دعوی کے تحت قابل ادائیگی رقم کی مقدار

خود کا امتحان لیں 2

راج کا حادثہ ہوا ہے۔ ان کی گاڑی موٹر گاڑیوں کی جامع پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ہے۔ راج کی طرف سے مندرجہ ذیل میں سے کونسا سب سے زیادہ مناسب کارروائی ہوگی۔

I. نقصان کی اطلاع جلد از جلد بیمہ کنندہ کو دینا

II. بیمہ کی تجدید کے دوران بیمہ کنندہ کو مطلع کرنا

III. موٹر گاڑی کواورزیادہ نقصان پہنچانا تاکہ مزید معاوضہ حاصل کی جا سکیں

IV. نقصان کو نظر انداز کریں

خود کا امتحان لیں 3

دعووں کی تحقیقات اور دعووں کی تشخیص کے حوالے سے درج ذیل میں سے کون سے بیانات درست ہیں؟

I. دعوی کی تحقیقات اور دعوی کی تشخیص ایک جیسے ہیں

II. دعوے کی چھان بین دعوے کی درستگی کا تعین کرنے کے لیے کی جاتی ہے جب کہ تشخیص یہ جاننے کے لیے کی جاتی ہے کہ نقصان بیمہ شدہ خطرے کی وجہ سے ہوا تھا یا نہیں اور کیا کسی قسم کی خلاف ورزی سے ہوا تھا، کیا جاتا ہے۔

III. دعویٰ کا اندازہ لگا کر دعویٰ کی صداقت کا تعین کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جبکہ تحقیقات میں نقصان کی وجہ اور شدت پر زیادہ توجہ دی جاتی ہے۔

IV. دعوی کی منظوری سے پہلے دعوی کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے اور دعوی کی منظوری کے بعد دعوی کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔

خود کا امتحان لیں 4

سروے کرنے والوں کو لائسنس دینے کا اختیار کس کے پاس ہے؟

I. ہندوستان کا سروے کرنے والا ادارہ

II. سرویئرز، ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی

III. انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا

IV. بھارتی حکومت

خود کا امتحان لیں 5

طوفان سے ہونے والے نقصان کے دعوے کی چھان بین کے دوران درج ذیل میں سے کون سی دستاویزات کا سب سے زیادہ مطالبہ کیا جاتا ہے؟

I. کورونر کی رپورٹ

II. فائر فائٹرز سے رپورٹ

III. پولیس کی رپورٹ

IV. محکمہ موسمیات کی رپورٹ

خود کا امتحان لیں 6

پالیسی کے تحت بیمہ کنندہ کے ذریعہ فراہم کردہ تیسرے فریق کے نقصان سے رقم کی وصولی کے لیے درج ذیل میں سے کس ایک اصول کے تحت بیمہ دار کے حقوق کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے؟

I. شراکت

II. ڈسچارج

III. عرضی

IV. معاوضہ

خود کا امتحان لیں7

اگر، بیمہ کنندہ کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاتا ہے کہ پالیسی کے تحت مذکورہ نقصان کی بیمہ نہ کرنے کی وجہ سے مذکورہ نقصان قابل ادائیگی نہیں ہے، تو ایسے معاملات کا فیصلہ کون لیتا ہے؟

I. بیمہ کنندہ کا فیصلہ حتمی ہوتا ہے۔

II. امپائر

III. ثالث

IV. عدالت

خلاصہ

a) پیشہ ورانہ طور پر دعوی سیٹلمنٹ کو انشورنس کمپنی کا سب سے بڑا اشتہار سمجھا جاتا ہے۔

b) پالیسی کی شرائط یہ فراہم کرتی ہیں کہ نقصان کی اطلاع فوری طور پر بیمہ کنندہ کو دی جانی چاہیے۔

c) دعوے کی رقم کم ہونے کی صورت میں، نقصان کی وجہ اور شدت کا فیصلہ بیمہ کنندہ کے افسر کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ لیکن دوسرے دعووں کے لیے، خود مختار لائسنس یافتہ پیشہ ور سرویئرز جو نقصان کی تشخیص میں مہارت رکھتے ہیں، کو سونپا جاتا ہے۔

d) دعوے کی رقم کم ہونے کی صورت میں، نقصان کی وجہ اور شدت کا فیصلہ بیمہ کنندہ کے افسر کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ لیکن دوسرے دعووں کے لیے، خود مختار لائسنس یافتہ پیشہ ور سرویئرز جو نقصان کی تشخیص میں مہارت رکھتے ہیں، کو سونپا جاتا ہے۔

e) عام طور پر، دعوی فارم کو نقصان کے حالات کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے، جیسے نقصان کی تاریخ، نقصان کا وقت، نقصان کی شدت وغیرہ۔

f) دعوے کی تشخیص ایک ایسا عمل ہے جس میں یہ فیصلہ کیا جاتا ہے کہ بیمہ شدہ کو ہونے والا نقصان بیمہ دار کے خطرے کی وجہ سے ہوا ہے یا یہ کہ وارنٹی کی کوئی خلاف ورزی ہوئی ہے۔ پالیسی کے تحت بیمہ کنندہ کی طرف سے ہونے والے نقصان کی شدت اور بیمہ کنندہ کی ذمہ

داری دونوں کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ یہ عمل کلیم کی ادائیگی سے پہلے کیا جاتا ہے۔

g) پالیسی کے تحت ڈسچارج حاصل کرنے کے بعد ہی دعویٰ طے کیا جاتا ہے۔

کلیدی اصطلاح

a) نقصان کا نوٹس
b) جانچ اور تشخیص
c) سرویئر اور نقصان کا اندازہ لگانے والے
d) دعوی فارم
e) ایڈجسٹمنٹ اور سیٹلمنٹ

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشنII ہے۔
جواب 2 - صحیح آپشنI ہے۔
جواب 3 -صحیح آپشن II ہے۔
جواب 4 -صحیح آپشن III ہے۔
جواب 5 - صحیح آپشن IV ہے۔
جواب 6 - صحیح آپشن III ہے۔
جواب 7 -صحیح آپشنIV ہے۔

سیکشن
ضمیمہ

باب A-01
ضمیمہ (انیکزر)

یہ انکلوژر اس لیے پیش کیا گیا ہے تاکہ طلبہ کو جنرل انشورنس میں استعمال ہونے والے پروپوزل فارمز کے بارے میں بہتر اندازہ ہو سکے۔

معاہدہ A

موٹر انشورنس پروپوزل فارم
پرائیویٹ موٹر وہیکل / ٹو وہیلر - پیکیج کی پالیسی

تجویز کنندہ کا نام	
خط و کتابت کا پتہ	بیمہ شدہ کی
موبائل انمبر	ٹیلی فون اور فیکس نمبر
	ای میل پتہ
پین نمبر	بینک اکاؤنٹ نمبر بچت/موجودہ
	ایچ پی اے/ بائیپوتھیکیشن
پیکیج کی پالیسی	مطلوبہ پالیسی کی قسم
.....تاریخ کا وقت-	انشورنس کی مدت
خدمت میں	

موٹر گاڑی کی تفصیلات

استعمال شدہ ایندھن	رنگ	بیٹھنے کی کیپیسٹی	کیوبک صلاحیت	میک ماڈل اور باڈی کی قسم	تعمیر کا سال	انجن نمبر اور چیسس نمبر	رجسٹریشن نمبر

بیمہ شدہ گاڑی کی درست شناخت

رجسٹریشن اتھارٹی: نام اور جگہ

گاڑی کی قیمت:

آئی ڈی وی	کل مالیت	ایل پی جی/ سی این جی کٹ	طرف موٹر/ٹریلر	غیر برقی سامان	الیکٹرک/الیکٹرانک ڈیوائس	بل کی قیمت

یہ کلیم اور پریمیم کے تصفیہ کی بنیاد

گاڑی کی تاریخ						
پہلی خریداری اور رجسٹریشن کی تاریخ	گزشتہ 3 سال کے تجربے کا دعوی کریں۔	پالیسی کی میعاد ختم ہونے کی تاریخ	بونس کی اہلیت کا دعوی کریں۔	بیمہ کنندہ کا نام اور پتہ	تحفظ کی قسم	پچھلی پالیسی کا نمبر

انڈر رائٹنگ کے عوامل - **ویلو**

ایک سال والے اوسط کلومیٹر	**استعمال کی تفصیلات**	**پارکنگ کی تفصیلات**	گاڑی کا استعمال
	ذاتی	**محفوظ گیراج**	تفریح

بیمہ کنندہ کو جوکھم کو سمجھنے میں مدد کرتا ہے۔

	تنخواہ دار ڈرائیور	**غیر محفوظ گیراج**	پیشہ ورانہ
	رشتہ دار	**کمپاؤنڈ کے اندر**	کاروبار/تجارت
	دوست	**سڑک کے کنارے**	کارپوریٹ

جوکھم کی تخفیف / منفی

ڈسکاؤنٹ اور لوڈنگ

ہاں/نہیں - اگر ہاں، تو براہ کرم رقم بتائیں، ٹو وہیلر - 3000/1500/1000/700/500 روپے نجی	~~رضاکارانہ~~ سرپلس: کیا آپ پالیسی کے لازمی سرپلس سے زیادہ رضاکارانہ سرپلس کا انتخاب کرنا چاہیں گے؟
ہاں/نہیں اگر ہاں، تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں- 1. ادارے کا نام 2. رکنیت سازی کانمبر : آخری تاریخ:	کیا آپ آٹوموبائل ایسوسی ایشن آف انڈیا کے رکن ہیں؟
ہاں/نہیں اگر ہاں، تو AASI کی طرف سے جاری کردہ انسٹالیشن سرٹیفکیٹ منسلک کریں۔	آیا گاڑی میں اے آر اے آئی سے منظور شدہ اینٹی تھیفٹ ڈیوائس لگائی گئی ہے۔
ہاں/نہیں اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں۔	آیا گاڑی غیر روایتی ذریعہ سے چلائی گئی ہے۔
ہاں/نہیں اگر ہاں تو تفصیلات فراہم کریں۔	آیا گاڑی دو فیول کٹ/فائبر گلاس ٹینک کے ساتھ چلائی گئی ہے۔
ہاں/	کیا آپ TPPD سیکورٹی کی قانونی حد کو صرف -/6000 روپے تک محدود کرنا چاہتے ہیں؟

کمپنی کی پالیسی کے مطابق، انڈر رائٹنگ کے اجزاء شپمنٹ اور ڈسکاؤنٹ کے لیے شامل

اضافی تحفظ کی ضرورت	
لوازمات کی چوری (صرف دو پہیوں کے لیے)	
ڈرائیور کی قانونی ذمہ داری	
تنخواہ دار ڈرائیور کے لیے پی اے	

لازمی - ذاتی حادثے سے تحفظ اگر مالک ڈرائیور ہے۔

مالک کے ساتھ ساتھ ڈرائیور کے لیے ذاتی حادثے کی حفاظت لازمی ہے۔ براہ کرم اندراج کی تفصیلات جمع کروائیں۔

a) نامزد کا نام اور عمر:
b) رشتہ
c) تقرری کرنے والے کا نام :
(نامزد نابالغ ہونے کی صورت میں)
d) نامزد کے ساتھ رشتہ :

اضافی سیکیورٹی اضافی پریمیم

نوٹ: 1. دو افراد کے لیے، مالک ڈرائیور کے لیے 1,00,000/- روپے کی بیمہ شدہ رقم کے لیے ذاتی حادثاتی تحفظ لازمی ہے۔
1. لازمی پی اے کی رقم 15 لاکھ روپے ہوتی ہے۔
2. کمپنی کی ملکیت والی گاڑی کی صورت میں، کسی پارٹنرشپ کمپنی یا اسی طرح کے ادارے کارپوریٹ یا مالک ڈرائیور کے پاس درست لائسنس نہ ہونے کی صورت میں، مالک ڈرائیور کے لیے لازمی PA تحفظ فراہم نہیں کیا جا سکتا ہے۔

نامزد افراد کے لیے پی اے سیکورٹی

کیا آپ نامزد افراد کے لیے ذاتی حادثاتی تحفظ کو شامل کرنا چاہتے ہیں؟			(MT-15)	نامزد رہائشیوں کے لیے پی اے سیکیورٹی
رشتہ	امیدوار	منتخب سی ایس آئی	نام	
			.1	
			.2	
			.3	
ہاں/نہیں اگر ہاں، تو نام اور منتخب شدہ سرمایہ بیمہ شدہ رقم (سی ایس آئی) کا ذکر کیا جائے (نوٹ: فی شخص دستیاب سی ایس آئی کی زیادہ سے زیادہ رقم پرائیویٹ گاڑی کے لیے 2 لاکھ روپے اور موٹر والے ٹو وہیلر کے لیے 1 لاکھ روپے ہے)				

نامعلوم افراد/پلین/نامعلوم مسافروں کے لیے پی اے ۔ سیکورٹی	
اضافی سیکورٹی	
صفر فرسودگی	
بشکریہ کار	
علاج کے خرچے	
ذاتی اثر	

وہ معلومات جو تشخیص کے مقصد کے ساتھ ساتھ بعض اعداد وشمار کے لیے

دیگر تفصیلات
اضافی سیکیورٹی کی تفصیلات جاری کردی گئیں۔

ہاں/ نہیں	آیا گاڑی کا مقصد نجی احاطے تک محدود ہے۔
ہاں/ نہیں	آیا گاڑی غیر ملکی سفارت خانے کی ملکیت ہے۔
ہاں/ نہیں	کیا گاڑی ونٹیج گاڑی کے طور پر تصدیق شدہ ہے۔
ہاں/نہیں اگر ہاں، تو آر ٹی اے کے ذریعے توثیق کی تفصیلات بتائیں	کیا گاڑی نابینا/معذور افراد کو مدنظر رکھ کر بنائی گئی ہے۔
ہاں/ نہیں	آیا گاڑی ڈرائیونگ ٹیوشن کے لیے استعمال ہوتی ہے۔
نیپال، بنگلہ دیش، بھوٹان، مالدیپ، پاکستان، سری لنکا	کیا جغرافیائی رقبہ کو بڑھانے کی ضرورت ہے؟

حتمی خیر سگالی کے اصول پر مبنی

کیا آپ ایک صفحے کی پالیسی تلاش کر رہے ہیں؟ ہاں/

بیمہ شدہ کے ذریعہ جمع کرایا گیا اعلامیہ

میں/ہم اس کے ذریعے اعلان کرتے ہیں کہ اس پیشکش کے فارم میں میری/ہماری طرف سے دی گئی تفصیلات درست ہیں اور میرے/ہمارے بہترین علم اور یقین کے مطابق ہیں اور میں/ہم،

اس سے اتفاق کرتے ہیں کہ مذکورہ اعلامیہ میرے/ہمارے اور _____ کے درمیان معاہدے کی بنیاد ہوگا۔

میں/ہم، اس کے ذریعے یہ اعلان کرتے ہیں کہ، مذکورہ تجویز فارم کو جمع کرانے کے بعد، اس سے منسلک موضوع یا ترامیم کے بارے میں فوری طور پر بیمہ کنندہ کو مطلع کیا جائے گا۔

میں/ہم، تصدیق کرتے ہیں کہ میری/ہماری گاڑی پچھلی پالیسی کی میعاد ختم ہونے کی تاریخ سے اب تک کسی حادثے کا شکار نہیں ہوئی ہے۔ میں/ہم، تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم نے پریمیم _____ سے _____ پر ادا کیا ہے۔

مذکورہ گاڑی کے خلاف آپ کو دیے گئے انشورنس کور کے حوالے سے، یہ واضح اور متفق ہے کہ اس (وقت) سے پہلے پیش آنے والے کسی بھی حادثے سے ہونے والے کسی بھی نقصان/نقصان/ذمہ داری کے لیے آپ کسی بھی طرح ذمہ دار نہیں ہوں گے۔

میں/ہم اعلان کرتے ہیں کہ گاڑی بہترین اور سڑک کی حالت میں ہے۔

مقام :

تاریخ

تجویز کنندہ کے

دستخط

بھارت گریہ رکشا، بھارت سوکشما اور بھارت لگھو ادیھم کے تجویز کردہ فارم

معیاری مصنوعات اور ان کے متعلقہ پروپوزل فارمز یعنی بھارت گریہ ڈیفنس، بھارت مائیکرو اور بھارت سمال انٹرپرائزز کے بارے میں واضح خیال حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم **IRDAI** کی ویب سائٹ کے نیچے دیئے گئے لنک پر جائیں۔

https://www.irdai.gov.in/ADMINCMS/cms/Uploadedfiles/StandardProducts/Annexure-I-BharatGrihaRaksha.pdf