IC-38

ایجنٹ بیمہ جامع

اِظہارِ تَشُکَر

یہ کورس بھارت کے انشورنس انسٹی ٹیوٹ، ممبئی کی طرف سے تیار نظر ثانی شدہ نصاب پر مبنی ہے۔

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

بھارتیہ بیمہ ادارہ ، جي بلاك، پلاٹ نمبر - سی ۴۶،
باندرہ کُرلا کامپلیکس ، باندرہ (
سابقہ) ، ممبئی - ۴۰۰۰۵۱

ایجنٹ بیمہ
IC-38

Year of Edition: 2016

اس نصاب کی کاپی رائٹ بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ، ممبئی کے پاس محفوظ ہے - کسی بھی صورت میں اس نصاب کے کسی بھی حصّہ کو دوبارہ شائع نہ کیا جائے -

کورس خالصتا بھارتیہ بیمہ ادارے کے امتحانات میں بیٹھنے والے طالب علموں کے موضوع کے مطالعہ کے مقصد سے مراد ہے- اور سب سے بہترین صنعت کے طریقے مروجہ پر مبنی ہے - یہ قانونی دلائل میں شامل تنازعات یا معاملات کی صورت میں تشریحات یا حل دینے کا ارادہ نہیں رکھتے ہیں -

یہ صرف ایک علامتی نصاب ہے- براہ مہربانی نوٹ کریں کہ امتحان میں آنے والے سوالات اس نصاب تک محدود نہیں ہوں گے-

پبلیشر :پی .وینو گوپال، سیکرٹری جنرل، بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ، جی بلاک، پلاٹ نمبر - سی 46 ، باندرا کرلا کمپلیکس، باندرا (مشرق) ممبئی - 400051 -

تمہید

ادارے نے انڈسٹری کے ساتھ مشورہ کرکے **ایگریگیٹرز** وں کے لئے یہ متن مواد تیار کی ہے ۔ اس متن کے مواد کو آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے منظور کورس کی بنیاد پر تیار کیا گیا ہے۔

اس طرح، اس کا مطالعہ کورس زندگی، عام اور صحت کی انشورینس کی بنیادی معلومات فراہم کرتا ہے جس سے ایجنٹ اپنے پیشہ ورانہ کیریئر کو صحیح تناظر میں سمجھنے اور اندازہ کرنے کے قابل ہوتے ہیں ۔ کہنا بے کار ہوگا کہ انشورنس کاروبار ایک متحرک ماحول میں کام کرتا ہے جہاں ایجنٹوں کو انفرادی مطالعہ اور انشورنس کمپنیوں کی طرف سے دیئے جانے والے اندرونی تربیت میں شرکت کے ذریعے قانون اور پریکٹس میں ہونے والے تبدیلیوں سے اپنے آپ کو آگاہ رکھیں گے۔

ہم یہ کام بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ آئی آئی کے حوالے کرنے کے لئے آئی آر ڈی اے آئی کا شکریہ ادا کرتے ہیں ۔ انسٹی ٹیوٹ اس کورس کا مطالعہ کرنے اور امتحان میں کامیاب ہونے کے لئے تمام طالب علموں کو نیک خواہشات دیتا ہیں۔

بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ

مشمولات

صفحہ نمبر	عنوان	باب نمبر
1 سیکشن	کامن سیکشن	
1	بیمہ کا تعارف	2
2	گاہک سروس	24
3	شکایت حل کرنے کا نظام	52
4	بیمہ ایجنٹ ریگولیشنز	64
5	زندگی بیمہ کے قانونی اصول	75
2 سیکشن	صحت کا بیمہ	
6	صحت کے بیمہ کا تعارف	97
7	بیمہ دستاویز	116
8	صحت بیمہ مصنوعات	142
9	صحت بیمہ امیداری	203
10	صحت کی انشورنس کے دعوے	243

سیکشن 1
کامن سیکشن

باب 1
بیمہ کا تعارف

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد بیمہ کے بنیادی عناصر کا تعارف، اس کی ترقی اور اس کی سرگرمی سے آگاہ کرانا ہے .آپ یہ بھی جان پائیں گے کہ بیمہ کس طرح حادثاتی واقعات کے نتیجے میں پیدا ہونے والے اقتصادی نقصانات سے تحفظ فراہم کرتا ہے اور جوکھم منتقلی کے عنصر کے طور پر کام کرتا ہے..

سیکھنے کے ماحاصل

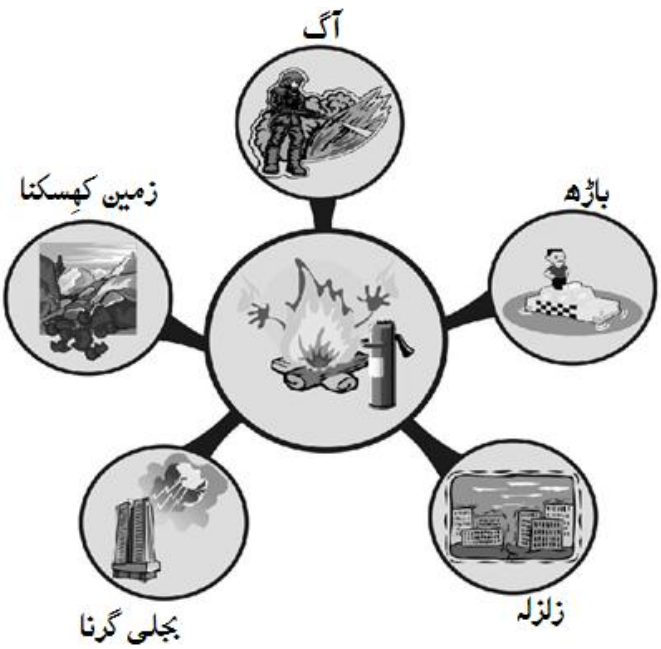
A. زندگی بیمہ - تاریخ اور ترقی
B. بیمہ کی سرگرمی
C. جوکھم مینجمنٹ کی تراکیب
D. جوکھم مینجمنٹ کے جزو کے طور پر بیمہ
E. معاشرے میں بیمہ کا کردار

A. زندگی بیمہ - تاریخ اور ترقی

ہم غیر یقینی صورتحال سے بھری اس دنیا میں زندگی گزارتے ہیں .ہمیں اکثر مندرجہ ذیل کے بارے میں سننے کو ملتا ہے :

- ✓ ٹرین کا آپس میں ٹکرانا
- ✓ سیلاب کے سبب کئی بستیوں کا تباہ ہونا
- ✓ زلزلہ سے ناقابل برداشت تکالیف
- ✓ نوجوانوں کی اچانک قبل از وقت موت

شکل ۱ : ہمارے ارد گرد وقوع پذیر ہورہے واقعات



یہ واقعات ہمیں بے چین اور خوفزدہ کیوں کرتی ہیں؟
اس کی وجہ بہت ہی سادہ ہے:

i. سب سے پہلے، یہ واقعات غیر متوقع ہوتی ہیں . اگر ہمیں کوئی اندازہ اور پیشن گوئی ہوتی ہے تو اس کا سامانا کرنے کے لئے تیاری کر سکتے ہیں .

ii. دوسری بات یہ کہ ایسے غیر متوقع اور ناخوشگوار واقعات اکثر اقتصادی نقصان اور غم کا سبب بنتے ہیں.

ایک کمیونٹی، شراکت اور باہمی حمایت کی نظام کے ذریعہ ان واقعات سے متاثر افراد کی مدد کر سکتی ہے .

بیمہ کے خیال کی پیدائش ہزاروں سال پہلے ہوئی تھی .پھر بھی، ہم جس بیمہ – کاروبار سے واقف ہیں، اس کی شروعات اور ترقی صرف دو یا تین صدی پہلے ہی ہوئی ہے.

1. بیمہ کی تاریخ

قبل مسیح 3000 سال سے ہی بیمہ کسی نہ کسی شکل میں موجود رہا ہے .کئی سال سے مختلف تہذیبوں نے سماج کے کچھ ارکان کی تمام نقصانات کو آپس، میں امتزاج کرنے اور بانٹنے کے تصور پر عمل کیا ہے .چلیے، ہم ایسے ہی کچھ مثالوں پر نظر ڈالتے ہیں جہاں اس تصور کو لاگو کیا گیا تھا.

2. صدیوں سے چلے آ رہے بیمہ کے تصور

بےبیلونین تاجر	بےبیلونین تاجروں کی طرف سے کئے گئے معاہدے کے مطابق، جہاز میں لادی گئی چیز کے گم یا چوری ہو جانے پر، قرض دہندہ کی طرف سے قرض معاف کئے جانے پر، تاجروں کی طرف سے قرض دہندہ کو اضافی رقم کی ادائیگی کی جائے گی .اسے بٹمري قرض کہا جاتا تھا . ایسے معاہدے کے تحت، جہاز یا مال کی حفاظت کے لیے لیے گئے قرض کی ادائیگی، سمندری سفر کے بعد جہاز کے منزل پر محفوظ رسائی ہوجانے پر ہی کیا جاتا تھا.
بروچ اور سورت کے تاجر	ہندوستانی بحری جہازوں میں سری لنکا، مصر اور یونان کی طرف سمندری سفر کرنے والے بروچ اور سورت کے تاجروں میں بھی بےبیلونین تاجروں کی طرح رواج مقبول تھے-
یونانی	یونانیوں نے عیسوی کے بعد 7ویں صدی کے آخر میں، مردہ رکن کے جنازے اور اس کے خاندان کی دیکھ بھال کے لئے رحمن اداروں کی شروعات کی تھی .اسی طرح سے اگلینڈ میں بھی ' دوستانہ سوسائٹی' 'قائم کی گئی تھیں.
روڈس کے باشندے	روڈس کے باشندوں نے ایک ایسی رسم اپنائی جس کے تحت اذیت کے دوران پھینکے گئے جہاز کا بوجھ کم کرنے اور توازن برقرار رکھنے کے لئے جہاز میں سے کچھ مال پھینک دیا جاتا ہے، جسے 'جیٹیسننگ 'کہا جاتا ہے مال کے گم جانے پر مال کے تمام مالکان (وہ بھی جن کا کوئی مال گما نہ ہوا ہو) کو بھی کچھ مقدار میں نقصان برداشت کرنا پڑتا تھا.
چین کے تاجر	قدیم دور میں چین کے تاجر، جوکھم بھری دریاؤں سے سفر کے دوران اپنا مال مختلف بحری جہازوں اور کشتیوں میں رکھا کرتے تھے- ان کا خیال تھا کہ اگر کوئی کشتی ڈوب بھی جائے تو مال کا نقصان جزوی ہوگا، مکمل نہیں- اس طرح کے توسیع سے نقصان کی مقدار کو کم کیا جاتا تھا-

3. بیمہ کی جدید تصورات

بھارت میں زندگی بیمہ کا اصول بھارت کی مشترکہ خاندان کے نظام میں عکاسی ہوتی ہے جو کہ پچھلی کئی صدیوں میں زندگی بیمہ کی بہترین شکل رہی

ہے .خاندان کے کسی رکن کی حادثاتی موت ہونے پر خاندان کے مختلف ارکان کی طرف سے دکھ اور نقصان آپس میں بانٹ لیئے جاتے تھے، جس کے نتیجے میں خاندان کا ہر رکن محفوظ محسوس کرتا تھا .

جدید دور میں مشترکہ خاندان کے نظام کا ٹوٹنا اور چھوٹے خاندانوں کے ابھرنے سے اور روز مرہ کی زندگی کے کشیدگی کی وجہ سے یہ ضروری ہو گیا ہے کہ تحفظ کے لئے متبادل نظام کو تیار کیا جائے .یہ کسی انفرادی شخص کے لئے بیمہ کی ضرورت کی انفرادیت کو ظاہر کرتا ہے .

i. **لایڈس :** موجودہ میں مقبول جدید تجارتی بیمہ کے کاروبار کے آغاز کے اشارہ، لندن کے لایڈس کافی ہاؤس میں دیکھے جا سکتے ہیں .یہاں جمع ہونے والے کاروباری، سمندری خطرات کی وجہ سے جہاز کی طرف سے برداشت کئے جانے والے ان کے مال کے نقصان ہونے پر ایسی نقصان کو آپس میں بانٹنے کے لیے متفق رہتے تھے .انہیں سمندری خطرے جیسے سمندر کے بیچوں بیچ قزاقوں کی طرف سے لوٹ پاٹ یا خراب موسم میں مال کا تباہ ہو جانا یا جہاز کے ڈوب جانے کی وجہ سے ایسی نقصانات کا سامنا کرنا پڑتا تھا .

ii. سال 1706میں لندن میں شروع کی گئی **دائمی ادرہ ایمکیبل دوستانہ سوسائٹی فار پرپیچل ایشیورینس** ہی دنیا کی سب سے پہلی زندگی بیمہ کمپنی مانی جاتی ہے.

4. بھارت میں بیمہ کی تاریخ

a) **بھارت :** جدید بیمہ کا آغاز تقریبا 18ویں صدی کے ابتدائی سالوں میں ہوا . اس دوران غیر ملکی بیمہ کمپنی ایجنسیوں نے سمندری بیمہ کاروبار کی شروعات کی.

اورینٹل لائف انشیورینس کمپنی لمیٹڈ	بھارت میں قائم کی جانے والی پہلی انگریزی زندگی بیمہ کمپنی، تھی.
ٹرٹن انشورنس کمپنی لمیٹڈ،	بھارت میں قائم پہلی غیر زندگی بیمہ کمپنی.
بامبے میوچل اشیورینس سوسائٹی لمیٹڈ،	پہلی بھارتی بیمہ کمپنی .اس کا قیام سال 1870میں ممبئی میں ہوا تھا.
نیشنل انشورنس کمپنی لمیٹڈ،	بھارت کی سب سے زیادہ پرانی انشورنس کمپنی .اس کا قیام سال 1906 میں کیا گیا تھا اور اس کا کاروبار آج بھی مسلسل چل رہا ہے.

اس کے بعد، اس صدی کے آغاز میں ملکی تحریک کے نتیجے میں کئی دیگر بھارتی کمپنیوں کی بنیاد رکھی گئی.

اہم

سال 1912میں بیمہ کے کاروبار کو باقاعدہ کرنے کے لئے **زندگی کی بیمہ کمپنی ایکٹ** اور **مستقبل کے فنڈ ایکٹ** منظور کئے گئے .زندگی بیمہ کمپنی ایکٹ، 1912کے تحت یہ لازمی کیا گیا کہ پریمیم در کی ٹیبل اور کمپنیوں کے حالات کی تشخیص کی تصدیق بیمہ دار محرر (ایکچري) کی طرف سے کیا جائے .تاہم، بھارتی اور غیر ملکی کمپنیوں کے درمیان عدم مساوات اور امتیازی سلوک بنا رہا .

بیمہ ایکٹ 1938، پہلا ایسا قانون تھا جسے بھارت کی بیمہ کمپنیوں کے عمل کو مستقل کرنے کیلئے نافذ کیا گیا تھا .یہ ایکٹ، جس کی وقت وقت پر نظر ثانی کی گئی ہے، آج بھی لاگو ہے .بیمہ ایکٹ کی دفعات کے تحت حکومت کی طرف سے بیمہ کنٹرولر کی تقرری کی گئی.

---

b) **زندگی بیمہ کا قومیانہ :** 1ستمبر، 1956کو زندگی بیمہ کے کاروبار کو قومیا کیا گیا اور بھارتی زندگی بیمہ کارپوریشن (ایل آئی سی) قائم کیا گیا .اس وقت بھارت میں 170 کمپنیاں اور 75مستقبل فنڈ وسوسائٹیز زندگی کے بیمہ کے کاروبار میں شامل تھیں .سال 1956سے سال 1999تک بھارت میں زندگی کا بیمہ کے کاروبار کا واحد حق ایل آئی سی کو ہی حاصل تھا.

c) **غیر زندگی بیمہ کاقومیانہ :** سال 1972میں عام بیمہ کاروبار (جنرل بیمہ بزنیس جی آئی بی این اے) قومیا ایکٹ کے لاگو کرنے کے ساتھ ہی غیر زندگی بیمہ کے کاروبار کو بھی جی آئی سی قومیا لیا گیا اور ہندوستانی عام بیمہ کارپوریشن) جی آئی سی (اور اس کی چار معاون کمپنیوں کا قیام کیا گیا .جی آئی سی کی چار ذیلی کمپنیوں کے قیام پر اس وقت بھارت میں غیر زندگی بیمہ کے کاروبار کر رہی 106کمپنیوں کو ان میں ضم کر دیا گیا.

d)

لہوترا کمیٹی اورآئی آر ڈی اے : صنعت کی ترقی کے لئے تبدیلی کی تلاش اور سفارش اور ساتھ ہی مقابلہ کے آغاز کے لئے سال 1993 میں ملہوترا کمیٹی کی تشکیل دی گئی .کمیٹی نے اپنی رپورٹ سال 1994میں پیش کی .سال 1997میں بیمہ ریگولیٹری اتھارٹی(آئی آر اے) قائم کی گئی .سال 1999میں بیمہ ریگولیٹری اور ترقی ایکٹ (آئی آر ڈی اے) کے منظور کئے جانے کے بعد اپریل 2000 میں زندگی اور غیر زندگی دونوں ہی بیمہ صنعت کی قانونی ریگولیٹری باڈی کے طور پر بیمہ ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹ (آئی آر ڈی اے) قائم کی گئی.آئی آر ڈی اے کا بعد میں2014 میں آئی آر ڈی اے آئی کے طور پر نام تبدیل کر دیا گیا۔

2015 میں انشورنس ایکٹ میں ترمیم، سے کچھ شرائط جوڑی گئی ہیں جو بھارت میں انشورنس کمپنیوں کی تعریف اور قیام کو کنٹرول کرنے سے متعلق ہیں -

بھارتی انشورنس کمپنی میں ایک ایسی کمپنی شامل ہے جس میں پورٹ فولیو سرمایہ کاروں سمیت غیر ملکی سرمایہ کاروں کی طرف ایکوئٹی حصص کی کل انعقاد، اس طریقے سے جس کا تعین کیا جا سکتا ہے، بھارتی ملکیت اور

کنٹرول والی بھارتی انشورنس کمپنی کی مربع ایکوئٹی سرمایہ کی اُنپچاس فیصد سے زیادہ نہیں ہیں۔

5. موجودہ زندگی کا بیمہ صنعت

اس وقت موجودہ دور میں بھارت میں 24 زندگی کا بیمہ کمپنیاں عمل جراحی پر ہیں جس کی تفصیلات نیچے دی گئی ہے :

a) بھارتی زندگی کا بیمہ کارپوریشن (ایل آئی سی) عوامی علاقے کی ایک کمپنی ہے .

b) ذاتی علاقے میں 23 زندگی بیمہ کمپنیاں ہیں .

c) حکومت ہند کے تحت ڈاک محکمہ بھی ڈاک زندگی کا بیمہ کے ذریعہ زندگی بیمہ کاروبار کر رہا ہے، لیکن یہ ریگولیٹری کے دائرہ سے آزاد ہے.

خودکو ٹیسٹ کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے بھارت میں بیمہ صنعت کا ریگولیٹری کون ہے؟

I. بھارتی بیمہ اتھارٹی
II. بیمہ ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی
III. بھارتی زندگی کا بیمہ کارپوریشن
IV. بھارتی عام بیمہ کارپوریشن

B. بیمہ کس طرح کام کرتا ہے

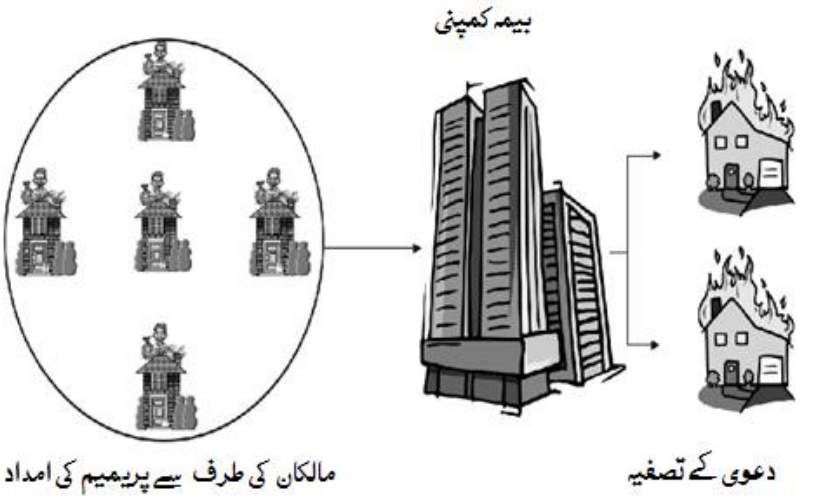
جدید کامرس کا آغاز جائیداد کی ملکیت کے اصول کی بنیاد پر کی گئی تھی .اگر کسی واقعہ کی وجہ سے جائیداد کی قیمت کم (گم یا تباہ ہو جانے پر) ہو جاتی ہے، تو جائیداد کے مالک کو اقتصادی نقصان کا سامنا کرنا پڑتا ہے .تاہم، اسی طرح کے اثاثوں کے مالکان کے چھوٹی چھوٹی امداد کی طرف سے اجتماعی فنڈ کی تعمیر کئے جانے پر ایسے کچھ بدقسمت مالکان کے نقصان کی تلافی کرنے کے لئے اس فنڈ کا استعمال کیا جا سکتا ہے .

سادہ لفظوں میں، بیمہ کے عمل کے ذریعہ ایک شخص کی مالی نقصان اور اس کے نتائج کو کئی افراد کے درمیان منتقل کیا جا سکتا ہے.

تعریف

بیمہ ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعہ کچھ لوگوں کا نقصان، جنہیں بدقسمتی سے ایسا نقصان برداشت کرناپڑتا ہے، کو ایسے افراد میں آپس میں تقسیم کیا جاتا ہے جن کے ساتھ ایسی اسی طرح کے غیر یقینی واقعات /حالات کے گھٹنے کے ہونے کا امکان ہو.

شکل ۲ : بیمہ کس قسم کا کام کرتا ہے



تاہم، اس میں ایک پریشانی ہے.

i. کیا لوگ ایسی اجتماعی فنڈ کی تخلیق کے لئے مشکل سے کمایا اپنی کمائی سے کچھ رقم کی امداد کریں گے؟

ii. وہ کس طرح یقین کریں گے کہ مطلوبہ مقصد کے لئے ان کی طرف سے دی گئی رقم کا استعمال ہوا ہے؟

iii. انہیں یہ کیسے معلوم ہوگا کہ ان کی طرف سے دی گئی رقم بہت کم ہے یا بہت زیادہ.

واضح طور پر کسی کو اس عمل کی پہل اور منظم کرنے کیلئے ایک ہی کمیونٹی کے ارکان کو ساتھ لانا ہوگا - وہ' کوئی'، 'بیمہ دار ' کہلائے گا جو اجتماعی فائدہ فنڈ کے قیام کے لیے ہر شخص کی طرف سے کئے جانے والے امداد کا فیصلہ لے گا اور نقصان اُٹھانے والے ارکان کے لئے ادائیگی کا انتظام کرے گا.

بیمہ کار کو کمیونٹی اور انفرادی ارکان کا اعتماد بھی جیتنا پڑے گا.

1. بیمہ کس طرح کام کرتا ہے ۔

a) **اثاثہ** سب سے پہلے، اثاثہ ایسی ہونی چاہئے جس میں اقتصادی قیمت موجود ہو-

i. **مادی** ہو سکتا ہے (مثال کے طور گاڑی یا عمارت) یا
ii. **غیر مادّی** ہوسکتا ہے (جیسے نام یا نیک نیتی)
iii. **انفرادی** ہو سکتے ہیں (جیسے کسی کی آنکھ، ہاتھ پیر اور جسم کے دیگر اعضاء)

b) کسی واقعہ سے اثاثہ کی قیمت تباہ ہو سکتی ہے .نقصان کی اس حالت کو جوکھم کہتے ہیں .جوکھم واقعہ کی وجہ کو خطرہ کہتے ہیں.

c) مجموعہ یا شلگ نامی ایک اصول کے نظام ہے .اس کے تحت، مختلف افراد سے انفرادی سب سکریپشن (جسے پریمیم کہتے ہیں) جمع کیا

جاتا ہے۔ ان افراد کے پاس ایک ہی طرح کے خطرات ہیں اور اسی طرح خطرے کا امکان ہوتا ہے۔

d) خطرے کی وجہ سے کچھ لوگوں کو ہوئی نقصان کی پورا کرنے کے لئے اس اجتماعی فنڈ کا استعمال کیا جاتا ہے۔

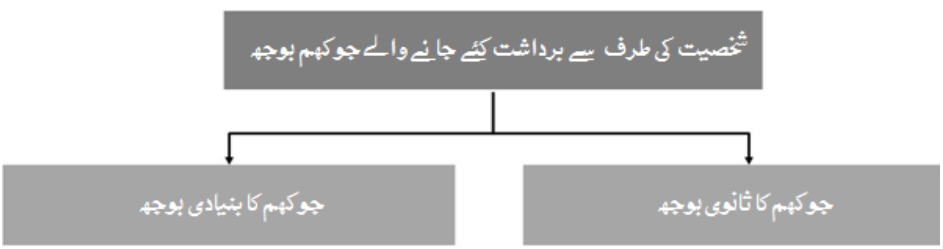
e) فنڈ جمع کرنا اور کچھ بد قسمت سے لوگوں کو معاوضہ کے عمل کو ایک ادارے کی طرف سے کیا جاتا ہے جسے بیمہ کار کہتے ہیں۔

f) بیمہ دار، ہر شخص جو اس اسکیم میں حصہ لینا چاہتا ہے، اور بیمہ کار کے ساتھ بیمہ قرار کرتا ہے۔ ایسے شریک کو بیمہ دار کہتے ہیں۔

2. **بیمہ بوجھ ہلکا کرتا ہے**

خطرے کے بوجھ کا مطلب، کسی صورت /واقعہ کے گھٹنے کے نتیجے کو برداشت کیئے جانے والے اخراجات، نقصان اور معذوری سے مراد ہے۔

تصویر۳ : شخص کی طرف سے برداشت کئے جانے والے جوکھم بوجھ



ہر شخص دو قسم کے جوکھم بوجھ برداشت کرتا ہے : **بنیادی اور ثانوی**

a) جوکھم کا بنیادی بوجھ

جوکھم کے بنیادی بوجھ میں ایسی نقصانات کو شامل کیا جاتا ہے، جنہیں خالص جوکھم واقعات کے نتیجے میں اصلی شکل میں خاندان (اور کاروباری یونٹوں) کی طرف سے برداشت کیا جاتا ہے۔ ایسے نقصان اکثر براہ راست اور قابل پیمائش ہوتی ہیں اور بیمہ کی طرف سے آسانی سے ان کی بھرپائی کی جا سکتی ہے۔

مثال
آگ سے کسی کارخانے کے تباہ ہو جانے پر، تباہ یا ودھوست مال کے اصلی قیمت کا اندازہ کرکے جس شخص کو نقصان اٹھانا پڑا ہے اس کو معاوضہ ادا کیا جا سکتا ہے۔ کسی شخص کی طرف سے دل کی سرجری کرانے پر، اس کی طبی اخراجات کی معلومات ہونے پر اس کو معاوضہ دیا جا سکتا ہے۔

اس کے علاوہ کچھ بالواسطہ نقصان بھی ہو سکتے ہیں۔

مثال

آگ کی وجہ سے کاروباری کارروائیوں میں رکاوٹ آنے سے منافع میں نقصان ہو سکتا ہے جس کا اندازہ کیا جا سکتا ہے جس شخص کو نقصان پہنچا ہے اسے معاوضہ ادا کیا جا سکتا ہے.

b) خطرے کا ثانوی بوجھ

فرض کریں کہ کوئی واقعہ پیش نہیں آیا اور کسی قسم کی کوئی نقصان نہیں ہوا .کیا اس کا یہ مطلب ہے کہ جن کے سامنے جوکھم کا امکان ہے، انہیں کسی قسم کا بوجھ نہیں ہے؟ اس کا جواب یہ ہے کہ، بنیادی بوجھ کے ساتھ ساتھ ہر شخص جوکھم کے ثانوی بوجھ کے بھی برداشت کرتا ہے.

جوکھم کے ثانوی بوجھ میں، یہ حقیقت کہ نقصان کی صورت کا امکان ہے، کی وجہ سے شخصیت کی طرف سے برداشت کی جانے والی اخراجات اور کشیدگی شامل ہیں .ایسی کسی واقعہ کے نہ گھٹنے پر بھی ان جوکھموں کو برداشت کرنا پڑتا ہے.

آئیے، ہم ایسے کچھ جوکھموں کے بارے میں معلومات حاصل کرے:

i. سب سے پہلے، **خوف اور تشویش کی وجہ سے جسمانی اور ذہنی کشیدگی** پیدا ہوتی ہے .تشویش کی مقدار ہر شخص کے لئے مختلف ہو سکتی ہے لیکن وہ موجود رہتی ہے اور کشیدگی کا سبب بنتے ہوئے شخص کی صحت کو بگاڑ سکتی ہے.

ii. دوسری بات یہ ہے کہ نقصان سے متعلق غیر یقینی کی صورتحال میں، دوراندیشی یہ ہوگی کہ ایسی غیر متوقع صورت کا سامنا کرنے کے لئے ریزرو فنڈ بچا کر رکھی جائے .ایسی فنڈ کی تشکیل میں قیمت ادا کرنی پڑتی ہے .مثال کے طور پر، اس طرح کے فنڈ، نقد رقم کے طور پر رکھے جا سکتے ہیں جن سے ملنے والا ریٹرن کم ہوتا ہے.

بیمہ دار کو جوکھم منتقل کرنے پر آپ ذہنی امن کا تجربہ کر سکتے ہیں، فنڈ جسے آپ نے ریزرو کے طور پر بچا کر رکھا تھا، سرمایہ کاری کر سکتے ہیں اور اپنے کاروبار کو اور مؤثر بنانے کی منصوبہ بندی کر سکتے ہیں.

خودکو ٹیسٹ کریں 2

مندرجہ ذیل میں سے جوکھم کا ثانوی بوجھ کون سا ہے؟

I. کاروبار رکاوٹ اخراجات
II. مال تباہ ہو جانے کے اخراجات
III. مستقبل میں ممکنہ نقصانات کو پورا کرنے کے لئے ریزرو فنڈ کو بچا کر رکھنا
IV. دل کے دورے کی وجہ ہسپتال میں بھرتی ہونے کے نتیجے میں آنے والی طبی لاگت

C. جوکھم مینجمنٹ کی تکنیک

ایک اور سوال یہ پوچھا جا سکتا ہے کہ کیا خطرات کے تمام قسم کے حالات میں بیمہ ہی اس کا صحیح حل ہے ۔ اس کا جواب ہے- ' نہیں' -

بیمہ کئی اقدامات میں سے ایک طریقہ ہے جس کے ذریعہ لوگ اپنے خطرات کا انتظام کر سکتے ہیں ۔ اس کے ذریعہ وہ بیمہ کمپنی میں آپ کے خطرے کا ٹرانسفر کر دیتے ہیں ۔تاہم، جوکھم سے نمٹنے کے لئے کچھ دوسرے اقدامات بھی ہیں جن کی تفصیل نیچے پیش ہے-

1. جوکھم کو ٹالنا

نقصان کی صورت حال سے بچتے ہوئے جوکھم کو کنٹرول کرنا ہی جوکھم کو ٹالنا کہا جاتا ہے ۔لہذا ہمیں ایسی جائیداد، شخصیت یا سرگرمی سے دور رہنا چاہئے جس میں نقصان کا امکان ہو.

مثال
i. کچھ لوگ مینوفیکچرنگ کے کام کا ٹھیکہ کسی دوسرے شخص کو سونپتے ہوئے مینوفیکچرنگ سے وابستہ کچھ جوکھموں کا سامنا کرنےسے منع کر سکتے ہیں ۔
ii. کچھ لوگ حادثے کے شکار ہونے کے خوف سے گھر سے باہر ہی نہیں نکلتے یا بیرونی ملک میں صحت کے بگڑ سکنے کے خوف سے بیرونی ملک کا سفر ہی نہیں کرتے ہیں.

لیکن جوکھم سے بچنا، جوکھم مینجمنٹ کا منفی طریقہ ہے ۔جوکھم بھری سرگرمیوں کا سامنا کرنے سے ہی انفرادی اور سماجی ترقی ہوتا ہے ۔ایسی سرگرمیوں سے بچنے سے شخصیت اور سماج ان سے حاصل ہونے والے منافع سے محروم رہ سکتے ہیں ۔

2. خطرہ برقرار رکھنا

اس کے تحت، فرد جوکھم کے اثرات کا منظم کرنے کی کوشش کرتا ہے اور خود ہی جوکھم اور اسکے اثرات سے نمٹنے کا فیصلہ لیتا ہے ۔اسے خود بیمہ کہا جاتا ہے.

مثال
کاروباری گھرانے کچھ حد تک چھوٹے چھوٹے نقصانات کو برداشت کرنے کی اپنی صلاحیت کے تجربے کی بنیاد پر خود ہی خطرے برقرار رکھنے کا فیصلہ لے سکتے ہیں.

3. خطرے میں کمی اور کنٹرول

یہ خطرے برقرار رکھنے کے مقابلے میں زیادہ عملی اور مناسب طریقہ ہے ۔ اس کا مطلب ہے کہ نقصان کے واقعہ کے موقع کو کم کرنے کے لئے ٹھوس قدم اٹھانا اور / یا ایسے نقصان کے گھٹنے پر اس کے اثرات کی شدت کو کم کرنا ۔

اہم

واقعہ کے موقع کو کم کرنے کے لئے اٹھائے گئے اقدامات کو' نقصان کی روک تھام 'کہتے ہیں .نقصان کی مقدار کو کم کرنے کے اقدامات کو 'نقصان کم کرنا 'کہتے ہیں.

خطرے کی کٹوتی میں مندرجہ ذیل ایک یا زیادہ مسائل کے ذریعہ نقصان کی بارابارتا اور /یا سائز کو کم کیا جاتا ہے :

a) **تعلیم اور تربیت** - جیسے آگ پھیلنے پر اس سے بچنے کے عمل سے ملازمین کو باقاعدگی سے آگاہ کرانا یا ڈرائیوروں، فورک لفٹ کے ڈرائیوروں، ہیلمیٹ، سیٹ بیلٹ پہننے کے طریقہ کار وغیرہ کے سلسلے میں کافی تربیت .

اس کی ایک مثال اسکول جانے والے بچوں کو یہ سکھانا ہے کہ وہ جنک فوڈ نہ کھائیں .

b) ماحول سے متعلق تبدیلیاں جیسے" مادی حالات میں بہتری ."مثال کے طور دروازوں پر بہتر تالے، کھڑکیوں پر سٹکنیا یا شٹر، چور گھنٹی یا آگ انتباہ یا آگ بجھانے والا آلہ لگانا .حکومت آلودگی اور صوتی آلودگی کی سطح کو کم کرتے ہوئے اپنے شہریوں کی صحت کی سطح کو بہتر بنانے لا سکتی ہے .ملیریا دوائی کو باقاعدگی سے چھڑکنے سے بیماری کے پھیلاؤ کو روکا جا سکتا ہے .

c) مشینری اور سامان کے استعمال کے دوران یا دیگر کاموں کے استعمال کے دوران خطرناک اور جوکھم بھرے اعمال میں کی گئی تبدیلی .

مثال کے طور پر صحیح وقت پر صحیح طریقے کا کھانا کھانے سے بیمار پڑنے کے واقعات کم ہو جاتے ہیں جس سے طرز زندگی بھی صحت منہ ہو جاتی ہے .

d) **علیحدگی،** اثاثوں کی مختلف اقسام کو ایک ہی مقام کے بجائے مختلف مقامات پر محفوظ رکھنے پر خطرے کو کنٹرول کیا جا سکتا ہے .یہ خیال ہے کہ اگر ایک جگہ پر کوئی حادثہ ہوتا ہے تو تمام اثاثوں کو ایک ہی جگہ پر نہ رکھتے ہوئے اس کے اثرات کو کم کیا جا سکتا ہے .

مثال کے طور پر، مال کو مختلف گوداموں میں رکھنے پر نقصان کو کم کیا جا سکتا ہے .ان میں سے ایک کے تباہ ہونے پر بھی، اس کے اثرات کو کافی مقدار میں کم کیا جا سکتا ہے.

4. **جوکھم کی سر مایہ کاری**

اس کا مطلب، نقصان کے گھٹنے پر ضروری فنڈ مختص کرنا ہے .

a) خود سرمایہ کاری کے ذریعے جوکھم برقرار رکھنے میں کسی بھی قسم کا نقصان ہونے پر خود ہی ادا کیا جاتا ہے .اس عمل میں، ادارہ اپنے خطرے کا اندازہ خود کرتے ہوئے اپنی ذاتی یا قرضے لی ہوئی فنڈ کے ذریعے ادائیگی کرتی ہے .اس عمل کو خود بیمہ کہتے ہیں .ادارے کی طرف سے، نقصان کے اثرات کو خود ہی برداشت کرنے کے قابل بنانے کے لئے جوکھم کم قیمتی کے مختلف اقدامات کو بھی اپنایا جا سکتا ہے .

b) **جوکھم ٹرانسفر،** جوکھم برقرار رکھنے کا متبادل ہے- جوکھم ٹرانسفر میں نقصان سے متعلق ذمہ داریوں کو دیگر حق میں منتقل کر دیا جاتا

ہے .اس کے تحت، حادثاتی واقعہ (یا خطر) کے نتیجے سے پیدا ہونے والے نقصان کو دیگر حق میں منتقل کر دیا جاتا ہے -

بیمہ رسک ٹرانسفر کی ایک اہم شکل ہے، اور یہ بیمہ تحفظ کے ذریعہ غیر یقینی کو یقین میں تبدیل کرنے کی اجازت فراہم کرتا ہے.

بیمہ بمقابلہ یقین دہانی(بیمہ بمقابلہ گارنٹی)

بیمہ اور گارنٹی دونوں ہی، کمپنیوں کی طرف سے پیش کئے جانے والے مالی مصنوعات ہیں جن کا آپریشن تجارتی طور پر کیا جاتا ہے- ان دونوں کے درمیان فرق انتہائی غیر واضح ہوتا جا رہا ہے اور دونوں کو ایک اسی طرح سمجھا جانے لگا ہے .لیکن دونوں کے درمیان انتہائی نازک فرق موجود ہیں جن کی بحث نیچے کی گئی ہے .

بیمہ کا مطلب، یقین دہانی والی ممکنہ تقریب کے لیے تحفظ فراہم کرنا ہے جبکہ گارنٹی کا مقصد ضرور گھٹنے والی تقریب کے لیے تحفظ فراہم کرنا ہے .بیمہ ، جوکھم کے لئے سیکورٹی فراہم کرتی ہے جبکہ گارنٹی یقینی واقعہ جیسے موت، جو یقینی ہے لیکن اس کا وقت غیر یقینی ہے، کے لئے سیکورٹی فراہم کرتی ہے .گارنٹی پالیسی زندگی سیکورٹی سے منسلک ہوتی ہیں.

شکل 4 : بیمہ کسی بیمہ دار کو کیسے تلافی کرنے والا ہے

جوکھم ٹرانسفر کے دیگر اقدامات بھی ہیں .مثال کے طور پر، جب کوئی ادارہ کسی گروپ کا ممبر ہوتا ہے، جوکھم کا ٹرانسفر اصل گروپ میں ہو سکتا ہے اور اس کی طرف سے نقصانات کی تلافی کی جائے گی۔

لہذا بیمہ ، جوکھم کی منتقلی کے مختلف اقدامات میں سے ایک ہے.

خودکو ٹیسٹ کریں 3

مندرجہ ذیل میں سے کون سا طریقہ جوکھم ٹرانسفر سے متعلق ہے؟

I. بینک ایف ڈی
II. بیمہ
III. ایکوئٹی شیئر
IV. اصل جائیداد

D. جوکھم مینجمنٹ کا آلے کے طور پر بیمہ

جب ہم خطرے کے متعلق بات کرتے ہیں، تو ہم اس نقصان کی بات نہیں کرتے ہیں جو ہو چکی ہے، لیکن اس نقصان کی بات کرتے ہیں، جس کے گھٹنے کا امکان ہو .لہذا یہ ایک ممکنہ نقصان ہوتا ہے- اس ممکنہ نقصان کی قیمت (جو کہ خطرے کی لاگت کے برابر ہوتی ہے) دو اجزاء پر منحصر ہوتی ہے:

i. یہ امکان کہ جس خطرے کو بیمہ کرت کیا جا رہا ہے، واقع ہو سکتا ہے، جس سے نقصان ہوگا.

ii. اس کے نتیجے میں ہونے والی نقصان کا اثر یا مقدار.

جوکھم کی لاگت میں، نقصان کے امکانات اور مقدار دونوں سے متعلق براہ راست تناسب میں اضافہ ہو جائے گا .تاہم، اگر نقصان کی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے، اور اس کی امکان بہت کم ہوتے ہیں تو جوکھم کی قیمت بھی کم ہوگی-

شکل ۵ : بیمہ کے انتخاب سے قبل توجہ دی جانے والی باتیں

1. بیمہ انتخاب سے قبل توجہ دی جانے والی باتیں

بیمہ لینے یا نہ لینے کا فیصلہ کرنے سے پہلے نقصان گھٹنے سے آنے والی لاگت اور جوکھم ٹرانسفر کی قیمت پر توجہ دینا چاہئے اور یہ سمجھنا ہوگا کہ کیا خود ہی نقصان کے اخراجات برداشت کرنا بہتر ہو گا- جوکھم ٹرانسفر کی قیمت ہی بیمہ کا پریمیم ہے :جس کاحساب مندرجہ بالا کالم میں متعین دو اجزاء کی طرف سے کی جاتی ہے .بیمہ کی بہترین حالات وہ ہوتی ہیں جہاں امکان بہت کی کم ہوتی ہیں لیکن نقصان کا اثر بہت زیادہ ہو سکتا ہے .ایسے حالات میں بیمہ (پریمیم) کے ذریعہ جوکھم کے ٹرانسفر کی لاگت بہت کم ہو گی جبکہ خود ہی نقصان کے متحمل کرنے کے اخراجات بہت زیادہ ہو گے -

a) **تھوڑے کو بہت زیادہ جوکھم مول نہ لیں :** جوکھم ٹرانسفر کی لاگت اور حاصل کردہ لاگت کے درمیان مناسب تعلق ہونا چاہئے.

مثال

کیا ایک عام سی بال پین کا بیمہ کرنا عقلمندی ہوگا؟

b) **نقصان برداشت کرنے کی قوت سے زیادہ جوکھم مول نہ لیں :** اگر کسی واقعہ کی وجہ ہونے والی نقصان اتنی زیادہ ہو کہ اس سے تقریبا دیوالیہ پن کی صورت حال پیدا ہو جائے تو خطرہ برقرار رکھنا، مناسب اور موزوں نہیں ہو گا.

مثال

کسی تیل ریفائنری کے خراب یا تباہ ہو جانے پر کیا ہوگا؟ کیا کوئی کمپنی اس نقصان کو برداشت کر پائے گی؟

c) **جوکھم کے ممکنہ نتائج کے بارے میں بغور سوچیں :** ایسی اثاثوں کا بیمہ کرانا بہترین ہوتا ہے جس میں نقصان کے گھٹنے(تعدد کا آلہ) کا امکان بہت کم ہو لیکن ممکنہ اثرات بہت زیادہ ہو.

مثال

کیا کوئی مصنوعی سیارہ کا بیمہ نہ کرانہ برداشت کرسکتا ہے؟

خودکا ٹیسٹ کریں 4

مندرجہ ذیل منظرنامے کس کے لئے بیمہ کی ضرورت ہو سکتی ہے؟

I. خاندان کا واحد سرپرست جس کی اچانک موت ہو سکتی ہے .
II. کسی شخص کا پرس گم ہو سکتا ہے .
III. شیئر اقدار میں انتہائی کمی آ سکتی ہے .
IV. فطری ٹوٹ پھوٹ سے گھر کی قیمت کم ہو سکتی ہے.

E. معاشرے میں بیمہ کا کردار

بیمہ کمپنیاں، ملک کی اقتصادی ترقی میں اہم کردار ادا کرتی ہیں - ملک کی جائیداد کی حفاظت کو یقینی بنانے کے لئے ان کی شراکت اہم ہے .ان شراکت میں سے کچھ کا ذکر مندرجہ ذیل ہے -

a) ان کی طرف سے کئے گئے سرمایہ کاری سے سماج کو بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے .بیمہ کمپنی کی طاقت حقیقت میں اس بات پر قائم ہے کہ بھاری مقدار میں فنڈ جمع کر پریمیم کے طور پر اجتماعی گرہ بندی کی جاتی ہے.

b) ان فنڈز کو جمع کر، پالیسی ہولڈروں کو فائدہ پہنچانے کے لئے رکھا جاتا ہے .بیمہ کمپنیوں کو اس پہلو پر توجہ دیتے ہوئے ہمیشہ کمیونٹی کے فوائد کے لئے اس فنڈ کے استعمال سے متعلق اپنے تمام فیصلے کرنے چاہئے .یہ سرمایہ کاری پر بھی لاگو ہوتا ہے .اسی لئے کامیاب بیمہ کمپنیاں کبھی بھی جوکھم بھرے سرمایہ کاری جیسے اسٹاک اور شیئر میں سرمایہ کاری نہیں کرتی ہیں.

c) بیمہ نظام، شخص، اس کے خاندان، صنعت و تجارت اور کمیونٹی اور پوری قوم کو براہ راست اور بالواسطہ بہت سے فوائد فراہم کرتا ہے۔ بیمہ دار شخصیت اور انٹرپرائز دونوں ہی براہ راست طور پر فیضیاب ہوتے ہیں کیونکہ انہیں ایسی نقصان کے نتائج سے محفوظ رکھا جاتا ہے جو حادثے یا حادثاتی واقعات کی وجہ سے پیدا ہو سکتی ہیں . لہذا بیمہ صنعت کے سرمایہ کو تحفظ فراہم کرتا ہے اور کاروبار اور صنعتوں کے اضافی تفصیل اور ترقی کے لیے سرمایہ فراہم کرتا ہے -

d) بیمہ مستقبل سے وابستہ خوف، فکر اور خدشات کو دور کرتا ہے اور اس کے نتیجے میں کاروباری اداروں میں سرمایہ کاری کی حوصلہ افزائی کرتا ہے اور موجود وسائل کے قابل استعمال کو فروغ دیتا ہے .لہذا بیمہ روزگار کے مواقع میں اضافہ کےساتھ تجارتی اور صنعتی ترقی کی بھی حوصلہ افزائی کرتا ہے ساتھ ہی صحت مند معیشت اور ملکی پیداوار میں اضافہ میں بھی شراکت فراہم کرتا ہے -

e) بینک یا مالیاتی ادارے، جائیداد کے قابل بیمہ جوکھم یا نقصان کے سلسلے میں بیمہ دار ہونے پر ہی قرض فراہم کرتی ہے، ورنہ نہیں زیادہ تر ادارے، یہ زور ڈالتے ہیں کہ پالیسی کی نمائندگی کی ضمانت (کولیٹرل سکیورٹی) کے طور پر کیا جانا چاہئے.

f) جوکھم منظور کرنے سے پہلے بیمہ کار اہلیت حاصل انجینئرز اور ماہرین سے بیمہ کی جانے والی جائیداد کے سروے اور معائنہ کا بندوبست کرتے ہیں - وہ تشخیص کے مقاصد کے لئے نہ صرف خطرات کا اندازہ کرتے ہیں بلکہ ساتھ ہی بیمہ کار کو جوکھم میں مختلف اصلاحات تجویز اور تبصرہ کرتے ہیں جس پریمیم کی شرح کو اپنی طرف متوجہ کرے گا.

g) بیمہ کا درجہ برآمد کاروبار،شپینگ اور بینکاری خدمات کی طرح ہے کیونکہ یہ ملک کے لئے غیر ملکی کرنسی کمائی کرتا ہے۔ بھارتی بیمہ کار 30سے زائد ممالک میں کام کر رہے ہیں .یہ آپریشن، غیر ملکی کرنسی کی کمائی کرتے ہیں اور پوشیدہ برآمد کی نمائندگی کرتے ہیں .

h) بیمہ کار آگ نقصان کی روک تھام، کارگو نقصان کی روک تھام، صنعتی حفاظتی اور سڑک کی حفاظت میں شامل کئی ایجنسیوں اور اداروں سے قربت سے منسلک رہے ہیں.

معلومات

بیمہ اور سوشل سیکورٹی

a) اب یہ قابل قبول ہے کہ سوشل سیکورٹی ریاست کی ذمہ داری ہے .اس مقصد کے لیے منظور مختلف قوانین میں بیمہ کا استعمال سوشل سیکورٹی کے ایک آلہ کے طور پر انواري یا رضاکارانہ طور پر شامل ہے .مرکزی و ریاستی حکومتیں، سوشل سیکورٹی کی کچھ منصوبوں کے تحت پریمیم کی سب سکریپشن کرتے ہوئے اپنی سماجی وعدوے کو پورا کرتے ہیں .ملازم ریاست بیمہ ایکٹ، 1948، صنعتی ملازمین جو بیمہ دار رکن ہیں اور ان کے خاندانوں کے فائدہ کے لئے بیماری، معذوری، زچگی اور موت کے اخراجات کی ادائیگی کے لئے ملازم ریاست بیمہ کارپوریشن کو فنڈ فراہم کرتا ہے- یہ منصوبہ حکومت کی طرف سے مطلع کچھ صنعتی علاقوں میں لاگو ہے.

b) حکومت کی طرف سے اسپانسر سوشل سیکورٹی منصوبوں میں بیمہ کار اہم کردار ادا کرتے ہیں .فصل بیمہ اسکیم (ارکے بی وائے) سماجی گورو کا ایک اہم طریقہ ہے .یہ منصوبہ صرف بیمہ دارکسانوں کو ہی نہیں بلکہ براہ راست اور بالواسطہ طور پر پورے معاشرے کو فائدہ کرتی ہے.

انشورنس کمپنیاں حکومت کی زیر سرپرستی سوشل سیکورٹی کے منصوبوں میں ایک اہم کردار ادا کررہی ہیں جیسے

1. RKBY - راشٹریہ کرشی بیمہ یوجنا
2. RSBY - راشٹریہ صحت بیمہ یوجنا
3. PMJBY - پردھان منتری جیون جیوتی بیمہ یوجنا
4. PMSBY - پردھان منتری سرکھشا بیمہ یوجنا

c) تجارتی بنیاد پر دیہی بیمہ منصوبے بالآخر دیہی خاندانوں کو سوشل سیکورٹی فراہم کرنے کے لئے تیار کی گئی ہیں .

d) سرکاری منصوبوں کو مدد فراہم کرنے کے علاوہ، بیمہ صنعت تجارتی بنیاد پر خود ہی ایسی بیمہ تحفظ فراہم کرتے ہیں جس کا حتمی مقصد سماجی تحفظ فراہم کرنا ہے .مثال ہیں - عوام انفرادی حادثے، بڑے پیمانے شفا وغیرہ.

خود کا ٹیسٹ کریں 5

مندرجہ ذیل میں سے کون سی بیمہ منصوبہ حکومت کی طرف سے نہیں بلکہ بیمہ کار کی طرف سے اسپانسر ہے؟

I. ملازم ریاست بیمہ کارپوریشن
II. فصل بیمہ اسکیم
III. پبلک شفا
IV. مندرجہ بالا تمام

خلاصہ

- بیمہ جوکھم گرہ بندی کے ذریعے جوکھم کی منتقلی ہے .
- آج کل میں مقبول تجارتی بیمہ کے کاروبار کے آغاز لندن میں لیڈس کافی ہاؤس میں ہوا تھا.
- بیمہ نظام میں مندرجہ ذیل یونٹس شامل ہیں :
  - ✓ اثاثہ
  - ✓ جوکھم
  - ✓ خطرہ
  - ✓ معاہدے
  - ✓ بیمہ کار اور
  - ✓ بیمہ دار
- اگر ایک طرح اثاثوں کے مالک، جو ایک طرح کی قسم کا خطرہ برداشت کرتے ہیں، ایک مشترکہ فنڈ میں فنڈ ذخیرہ کرتے ہیں تو اسے گرہ بندی کہتے ہیں .
- بیمہ کے علاوہ، جوکھم مینجمنٹ کے دیگر تراکیب میں مندرجہ ذیل تکنیک شامل ہیں :
  - ✓ جوکھم ٹالنا
  - ✓ جوکھم کنٹرول
  - ✓ جوکھم برقرار رکھنے
  - ✓ جوکھم وتیین
  - ✓ جوکھم ٹرانسفر
- بیمہ کے اہم اصول ہیں
  - ✓ نقصان برداشت کر سکنے کی قابلیت سے زیادہ جوکھم مول نہ لیں
  - ✓ جوکھم کے ممکنہ نتائج کے بارے میں بغور سوچیں
  - ✓ تھوڑی کے لئے بہت زیادہ جوکھم مول نہ لیں.

اہم اصطلاحات

1. جوکھم
2. اجتماعی ذخیرہ (گرہ بندی)
3. اثاثہ
4. جوکھم کا بوجھ
5. جوکھم ٹالنا
6. جوکھم کنٹرول
7. جوکھم برقرار رکھنا
8. جوکھم کی سرمایہ کاری
9. جوکھم ٹرانسفر

خود ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

صحیح انتخاب II ہے .

بھارت میں بیمہ ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی بیمہ صنعت کی ریگولیٹر ہے .

جواب 2

صحیح انتخاب III ہے .

مستقبل ممکنہ نقصانات کو پورا کرنیکے لئے رزق کے طور پر فنڈ تعمیر ثانوی جوکھم بوجھ ہے .

جواب 3

صحیح انتخاب II ہے .

بیمہ رسک ٹرانسفر کا طریقہ کار ہے .

جواب 4

صحیح انتخاب I ہے .

خاندان کے واحد اہم شخص کی بے وقت موت سے پورے خاندان کو خود ہی اپنی دیکھ بھال کرنے کی پوزیشن میں زندگی بیمہ کی خریداری ضروری ہو جاتی ہے .

جواب 5

صحیح انتخاب III ہے .

پبلک شفا بیمہ منصوبہ حکومت کی طرف سے نہیں بلکہ بیمہ کار طرف سے اسپانسر ہے.

خود ٹیسٹ سوال

سوال 1

خطرے گرہ بندی کے ذریعہ کیے جانے والے خطرے ٹرانسفر کو _____ کہتے ہیں .

I. بچت
II. سرمایہ کاری
III. بیمہ
IV. خطرے گھٹانا

سوال 2

خطرے گھٹنے کے امکانات کو کم کرنے سے متعلق اقدامات کو _____ کہتے ہیں .

I. خطرہ برقرار رکھنے
II. نقصان کی روک تھام
III. خطرے ٹرانسفر
IV. خطرے ٹالنا

سوال 3

بیمہ دار کو خطرے ٹرانسفرکرنے پر _____ممکن ہو جاتا ہے .

I. ہمارا اپنے اثاثوں کے تئیں لاپرواہ ہونا .

II. نقصان کی صورت میں بیمہ سے رقم حاصل کرنا .
III. ہماری اثاثوں میں موجود ممکنہ خطرات کو نظر انداز کرنا .
IV. آپ کے کاروبار کو زیادہ مؤثر بنانے کی جین و امن منصوبہ بندی کرنا .

سوال 4

جدید بیمہ کے کاروبار کے آغاز _____سے ہوا تھا .

I. بٹمري
II. لیڈس
III. روڈس
IV. ملہوترا کمیٹی

سوال 5

بیمہ کے تناظر میں خطرات برقرار رکھنا ایسے حالات کی طرف اشارہ کرتا ہے جہاں

I. نقصان یا معاوضہ کا امکان نہیں ہے
II. نقصان پیدا کرنے والی واردات کا کوئی قیمت نہیں ہے
III. جائیداد کو بیمہ کا تحفظ حاصل ہے
IV. شخصیت خود ہی خطرے اور اس کے اثرات کو جھیلنے کا فیصلہ لیتا ہے.

سوال 6

مندرجہ ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

I. بیمہ اثاثہ کی حفاظت کرتا ہے
II. بیمہ نقصان کی روک تھام کرتا ہے
III. بیمہ نقصان کے امکانات کو کم کرتا ہے
IV. اثاثہ کا نقصان ہونے پر بیمہ ادائیگی کرتا ہے

سوال 7

400گھروں میں سے ہر ایک کی قیمت 20,000 روپے اوسطا 4گھروں میں ہر سال آگ لگ جاتی ہے جس سے کل 80,000 روپے کا نقصان ہوتا ہے .اس نقصان کی تلافی کے لئے ہر گھر کے مالک کو سالانہ طور سے کتنا سب سکریپشن کرنا ہوگا؟

I. - / 100 . روپے
II. - / 200 . روپے
III. - / 80 .روپے
IV. - / 400 .روپے

سوال 8

مندرجہ ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

I. بیمہ کچھ لوگوں کا نقصان کو بہت لوگوں کی طرف سے آپس میں بانٹنے کا طریقہ کار ہے .

II. بیمہ ایک شخص کے خطرے کو دوسرے شخص کے پاس ٹرانسفر کرنے کا طریقہ کار ہے .
III. بیمہ بہت لوگوں کے نقصان کو کچھ لوگوں کی طرف سے آپس میں بانٹنے کا طریقہ کار ہے .
IV. بیمہ کچھ افراد کے فوائد کو کئی افراد میں ٹرانسفر کرنے کا طریقہ کار ہے .

سوال 9

بیمہ کار خطرے سویکار سے قبل اثاثہ کے سروے اور معائنہ کا بندوبست کیوں کرتے ہیں؟

I. تشخیص کے مقصد کے لئے خطرے کا اندازہ کرنے کے لئے .
II. یہ جاننے کے لئے کہ بیمہ دار نے اثاثہ کی خریدی کیسے کی ہے .
III. یہ جاننے کے لئے کہ کیا دیگر بیمہ کاروں نے بھی اثاثہ کا معائنہ کیا .
IV. یہ جاننے کے لئے کہ کیا پڑوس کی اثاثہ کو بھی بیمہ دار کیا جا سکتا ہے .

سوال 10

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار بیمہ عمل کو مکمل طور پر سمجھاتا ہے .

I. کئی لوگوں کہ نقصان کو کچھ کی طرف سے آپس میں بانٹ لینا
II. کچھ لوگوں کہ نقصان کو کئی لوگوں کی طرف سے آپس میں بانٹ لینا
III. ایک شخص کی طرف سے کچھ لوگوں کا نقصان کو بانٹ لینا
IV. گرانٹ کے ذریعہ نقصان کی شراکت

خود ٹیسٹ کے سوالات کا جواب

جواب 1

صحیح انتخاب III ہے .
جوکھم گرہ بندی کے ذریعے جوکھم کی منتقلی کو بیمہ کہتے ہیں .

جواب 2

صحیح انتخاب II ہے .
جوکھم گھٹنے کے امکانات کو کم ہونے والے اقدامات کو نقصان کی روک تھام کہتے ہیں.

جواب 3

صحیح انتخاب IV ہے .
بیمہ دار خطرہ کو بیمہ کار کی طرف ٹرانسفر سے کاروبار کو زیادہ مؤثر بنانے کی منصوبہ بندی کر سکتا ہے .

جواب 4

صحیح انتخاب II ہے .
جدید بیمہ کے کاروبار کے آغاز لایڈس سے ہوئی تھی .

جواب 5

صحیح انتخاب IV ہے .
بیمہ کے تناظر میں خطرات برقرار رکھنا ، ایسی صورتحال کی طرف اشارہ

کرتا ہے جہاں شخصیت خود ہی خطرے اور اس کے اثرات کو برداشت کرنے کا فیصلہ لیتا ہے .

جواب 6

صحیح انتخاب IV ہے .
اثاثہ کے تباہ ہونے پر بیمہ کی طرف سے ادا کیا جاتا ہے .

جواب 7

صحیح انتخاب II ہے .
روپے - / 200 .فی گھر کی شرح سے نقصان کو محفوظ کیا جا سکتا ہے .

جواب 8

صحیح انتخاب I ہے .
بیمہ کچھ افراد کے نقصان کو کئی افراد کی طرف سے آپس میں بانٹنے کا طریقہ کار ہے .

جواب 9

صحیح انتخاب I ہے .
جوکھم کی منظوری سے قبل، بیمہ کار تشخیص خطرے کے تعین کے لئے اثاثہ کے سروے اور معائنہ کا بندوبست کرتے ہیں .

جواب 10

صحیح انتخاب II ہے .

بیمہ ایک ایسا عمل ہے جس کے تحت، کچھ لوگ ، جنہیں بدقسمتی سے نقصان کا سامنا کرنا پڑتا ہے، کہ نقصان کو ایسے لوگوں کے درمیان آپس میں تقسیم کیا جاتا ہے، جن کے سامنے بھی اسی طرح کی غیر متوقع واقعات / حالات کا امکان ہو.

باب 2

گاہک سروس

باب کا تعارف

اس باب میں آپ گاہک سروس کی اہمیت کو جانینگے۔ آپ گاہکوں کو سروس فراہم کرنے میں ایجنٹوں کی کردار کے بارے میں جانینگے۔ آپ بیمہ پالیسی ہولڈرز کے لئے دستیاب مختلف شکایت ازالہ طریقہ کار کو بھی جانینگے۔ اسکے علاوہ آپ گاہک کے ساتھ رسائی کرنے اور ان سے چڑنے کے طریقوں کو جانینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. گاہک سروس - جنرل تصورات
B. بہترین گاہک سروس فراہم کرنے میں بیمہ ایجنٹ کا کردار
C. شکایت ازالہ
D. مواصلات کا عمل
E. غیر زبانی مواصلات
F. اخلاقی برتاؤ

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد آپ ان باتوں میں قابل ہونگے:

1. گاہک خدمات کی اہمیت کا وضاحت کرنا
2. سروس کی معیار کا وضاحت کرنا
3. بیمہ صنعت میں سروس کی اہمیت کا جائزہ کرنا
4. اچھی سروس فراہم کرنے میں ایک بیمہ ایجنٹ کے کردار پر بحث کرنا
5. بیمہ میں شکایت ازالہ طریقہ کار کی نظر ثانی کرنا
6. مواصلات کی عمل کو سمجھانا
7. غیر زبانی مواصلات کے اہمیت کو واضح کرنا
8. اخلاقی برتاؤ کی سفارش کرنا

A. گاہک سروس - جنرل تصورات

1. گاہک سروس کیوں؟

گاہک کسی کاروبار کو اسکی بنیادی ضرورت فراہم کرتے ہیں اور کوئی بھی فرم ان کو بے تعلُقی سے نہیں دیکھ سکتا ہے۔ گاہک سروس اور تعلقات کے کردار کسی بھی دیگر پروڈکٹ کے مقابلے میں بیمہ کے معاملے میں کہیں زیادہ اہم ہے۔

اس کا سبب یہ ہے کہ بیمہ ایک سروس ہے اور اصل سامان سے بہت الگ ہے۔

آئیے ہم دیکھیں کہ کیسے بیمہ خریدنا ایک کار خریدنے سے الگ ہے۔

کار	کار کا بیمہ
یہ ایک ٹھوس چیز ہے جسے دیکھا، چلایا جائزہ اور تجربہ کیا جا سکتا ہے۔	یہ مستقبل میں ایک غیر متوقع حادثے کے سبب کار کو ہوئے نقصان یا ضرر کے خلاف تلافی کرنے

	کا ایک معاہدہ ہے۔ بدقسمتی سے واقعہ کے واقع ہونے تک بیمہ کے فائدے کو دیکھا یا چھوا یا تجربہ نہیں کیا جا سکتا ہے۔
خرید کے وقت کار کے خریدار کو کچھ خوشی کی توقع ہوتی ہے۔ یہ تجربہ اصل اور سمجھنے میں آسان ہے۔	بیمہ کی خرید فوری خوشی کی اُمید پر بنیاد نہیں ہے بلکہ یہ ایک ممکنہ سانحہ کے خوف /پریشانی پر بنیاد ہے۔ یہ ممکن نہیں ہے کہ کوئی بھی بیمہ گاہک ایک ایسی صورتحال کی طرف نہیں دیکھےگا جہاں قابلِ ادائیگی فائدہ ہوتا ہے۔
ایک کار کو فیکٹری کی اسمبلی لائن میں بنایا، شوروم میں فروخت اور سڑک پر استعمال کیا جاتا ہے۔ بنانے، فروخت کرنے اور استعمال کرنے کے تین عمل ،تین الگ الگ اوقات اور مقامات پر پورے ہوتی ہیں۔	بیمہ کے معاملے میں یہ دیکھا جا سکتا ہے کہ پروڈکشن اور اتلاف ساتھ ساتھ ہوتا ہےپروڈکشن اور اتلاف کی یہ ہم وقتی سبھی سروسوں کی ایک منفرد خصوصیت ہے۔

گاہک کو واقعی میں سروس کا تجربہ حاصل ہوتا ہے۔ اگر یہ اطمینان بخش سے بھی کم ہے تو عدم اطمینان کا سبب بنتا ہے۔ اگر سروس امید سے بہتر ہوتی ہے تو گاہک کو خوشی ہوگی۔ اس طرح ہر فرم کا مقصد اپنے گاہکوں کو خوش کرنا ہونا چاہئے۔

2. سروس کی معیار

اعلیٰ معیار پوری سروس فراہم کرنا اور گاہک کو خوش کرنا بیمہ کمپنیوں اور انکے افراد کے لئے ضروری ہے جس میں ان کے ایجنٹ بھی شامل ہیں۔

لیکن اعلیٰ معیار سروس کیا ہے؟ اسکے صفات کیا ہیں؟

سروس کی معیار پر ایک معروف ماڈل [("سروکیوئل" نامی] ہمیں کچھ بصیرت فراہم کرےگا۔ یہ سروس کے معیار کے پانچ اہم فہرست چھلکیوں پر روشنی ڈالتا ہے۔

a) **قابلِ اعتماد :** جس سروس کا وعدہ کیا گیا ہے اسے بھروسے کے ساتھ اور درست طریقےسے انجام دینے کی صلاحیت ۔ زیادہ تر گاہک قابلِ اعتماد کو سروس کے معیار کے پانچ ڈائمنشنس میں سب سے اہم سمجھتے ہیں۔ جس پر اعتماد کی عمارت کھڑی ہوتی ہے۔

b) **جوابدہی:** یہ گاہکوں کی مدد کرنے اور گاہکوں کی ضرورتوں کے لئے فوری جواب فراہم کرنے کی سروس ہلکاروں کی اچھائی اور صلاحیت کو ظاہر کرتا ہے۔ اسے رفتار، درستگی اور سروس فراہم کرتے وقت رویہ جیسے اشاروں سے ماپا جا سکتا ہے۔

c) **گارنٹی:** یہ سروس فراہم کرنے والے کے علم ، صلاحیت اور سوپیی اور بھروسہ اور اعتماد تبلیغ کرنے کی ان کی صلاحیت کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ

گاہک کے اس تشخیص سے طے کیا جاتا ہے کہ سروس ملازم نے اسکی ضرورتوں کو کتنی اچھی طرح سے سمجھا ہے اور اسے پورا کرنے میں کتنا اہل ہے۔

d) **ہمدردی :** اسکی وضاحت انسانی رابطے کے طور پر کی گئی ہے۔ یہ دیکھ بھال کے رویے اور گاہکوں پر انفرادی طور پر توجہ دیئے جانے میں چھلکتا ہوتا ہے۔

e) **واضح اشیاء (ٹینجیبلس) :** یہ جسمانی ماحولیاتی عوامل کی نمائندگی کرتے ہے جسے گاہک ، دیکھ، سن اور چھو سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر ، مقام، لے آوٹ اور صفائی، پیشہ ورانہ مہارت کا احساس جو فرد ایک بیمہ کمپنی کے دفتر میں جاکر دیکھتا ہے، اسکا گاہک پر کافی تاثر پڑ سکتا ہے۔ جسمانی ماحول خاص طور سے اہم ہو جاتا ہے کیونکہ یہ اصل سروس کا تجربہ کئے جانے سے پہلے اور اسکے بعد پہلی اور دیرپا نقوش چھوڑتا ہے۔

3. گاہک سروس اور بیمہ

بیمہ صنعت میں کسی بھی اہم فروخت پروڈیوزر سے یہ پوچھیں کہ وہ سب سے اوپر تک پہنچنے اور وہاں بنے رہنے میں کیسے کامیاب ہوئے۔ آپ کو ایک عام جواب ملنے کی امکان ہے کہ یہ ان کے موجودہ گاہکوں کی حمایت اور سرپرستی سے ممکن ہوا جنہوں نے انکے کاروبار کو بڑھانے میں مدد کی۔

آپ کو یہ بھی پتہ چلےگا کہ ان کی آمدنی کا ایک بڑا حصہ معاہدوں کے تجدید کے کمیشن سے آتا ہے۔ ان کے موجودہ گاہک نئے گاہک حاصل کرنے کا بھی ذریعہ ہیں۔

ان کی کامیابی کا راز کیا ہے؟

سب سے زیادہ ممکن جواب ہے، **اپنے گاہکوں کی سروس کرنے کی ذمہ داری ۔**

گاہک کو خوش رکھنا کیسے ایجنٹ اور کمپنی کے لئے فائدہ مند ہوتا ہے؟

سوال کا جواب دینے کے لئے گاہک کے زندگی کی قیمت کو دیکھنا مفید ہوگا۔

گاہک کی زندگی کی قیمت کو اقتصادی فوائد کے ایک رقم کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے جو ایک لمبی مدت میں ایک گاہک کے ساتھ مضبوط تعلق بنانے سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔

شکل 1: گاہک کی زندگی کی قیمت

ایک ایجنٹ جو سروس فراہم کرتا ہے اور اپنے گاہکوں کے ساتھ قریبی تعلقات بناتا ہے، خیر سگالی اور برانڈ قیمت بناتا ہے جو کاروبار کو وسعت دینے میں مدد کرتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

گاہک کی زندگی کی قیمت کا کیا مطلب ہے؟

I. گاہک کو اس کی زندگی میں سروس فراہم کرتے ہوئے اخراجات کی رقم

II. جنریٹڈ کاروبار کی بنیاد پر گاہک کو دیا گیا درجہ

III. اقتصادی فوائد کی رقم جو گاہک کے ساتھ ایک طویل مدتی تعلق بنا کر حاصل کیا جا سکتا ہے

IV. زیادہ سے زیادہ بیمہ جس کے لئے گاہک کو ذمہ دار ٹھہرایا جا سکتا ہے

B. بہترین گاہک سروس فراہم کرنے میں بیمہ ایجنٹ کا کردار

آئیے اب ہم غور کریں کہ ایک ایجنٹ گاہک کو بہترین سروس کیسے فراہم کر سکتا ہے۔ یہ کردار فروخت کے مرحلے پر شروع ہوتی ہے اور معاہدہ کی پوری مدت میں جاری رہتی ہے اور اس میں مندرجہ ذیل اقدامات شامل ہیں۔ اب ہم ایک معاہدہ کے کچھ میل کے پتھروں اور ہر ایک قدم میں ادا کیے گئے کردار پر ایک نظر ڈالتے ہیں۔

1. فروخت پوائنٹ – سب سے بہترین صلاح

سروس کا پہلا پوائنٹ فروخت کا پوائنٹ ہے۔ غیر زندگی بیمہ کی خرید میں شامل اہم مدعوں میں سے ایک خریدے جانے والے کوریج کی رقم [بیمہ رقم] طے کرنا ہے۔

یہاں ایک بنیادی ادراک ذہن میں رکھنا اہم ہے – چاہاں جوکھم کو دوسری صورت میں منظم کیا جا سکتا ہے، بیمہ کرنے کی سفارش نہ کریں۔ بیمہ دار کو یہ یقین کرنا ضروری ہے کہ اس میں شامل توقع نقصان بیمہ کی لاگت کے مقابلے میں زیادہ ہے۔

اگر پریمیم کی ادائیگی اس میں شامل نقصان کے مقابلے میں زیادہ ہیں، تو صرف جوکھم کو برداشت کرنے کی صلاح دی جا سکتی ہے۔

دوسری طرف، اگر کسی ہنگامی واقعہ مالی بوجھ کا سبب بنتا ہے تو ایسی ہنگامی کے خلاف بیمہ کرنا وار ہے۔
بیمہ کی ضرورت ہے یا نہیں، یہ حالات پر منحصر کرتا ہے۔ اگر کسی سخت خطرہ کے سبب اثاثہ کو نقصان کے امکان نہ ہونے کے برابر ہے تو فرد اسکا بیمہ کرنے کی بجائے اسے بنائے رکھنے کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔ اسی طرح اگر کسی آئٹم کی قیمت معمولی ہے تو اس کا بیمہ نہیں کرانا چاہئے۔

مثال

ایک سیلاب کا شکار علاقہ میں رہنے والے گھروں کے مالکان کے لئے سیلاب کے خلاف کور خریدنا مددگار ثابت ہوگا۔

دوسری طرف، اگر گھروں کے مالکان کے پاس ایک ایسی جگہ پر گھر ہے چاہاں سیلاب کا خطرہ نہ کے برابر ہے تو اسکے لئے کور حاصل کرنا ضروری نہیں ہو سکتا ہے۔

بھارت میں تیسری پارٹی کے خلاف موٹر بیمہ قانون کے تحت لازمی ہے۔ اس صورتحال میں فرد کو بیمہ کی ضرورت ہے یا نہیں، اس بات پر بحث غیر متعلقہ ہے۔

اگر کوئی فرد ایک گاڑی کا مالک ہے تو اس سے ایک تیسری پارٹی کا بیمہ خریدنا چاہئے کیونکہ یہ لازمی ہے، اگر وہ عوامی سڑک پر گاڑی چلانا چاہتا ہے۔ ساتھ ہی، کار کو اپنی ضرر کے نقصان کے امکان کو کور کرنا محتاط ہوگا جو لازمی نہیں ہے۔

اگر ممکنہ نقصان کے ایک حصے کو اپنے آپ برداشت کیا جا سکتا ہے تو ایک چھوٹ (کٹوتی) کا آپشن منتخب کرنا بیمہ دار کے لئے کفایتی ہوگا۔ ایک کارپوریٹ گاہک کے کارخانے، لوگوں، کاروں، ذمہ داری جوکھموں وغیرہ کے کوریج سے مختلف قسم کی ضروریات ہو سکتی ہیں۔ اسے کوریج اور لی جانے والی پالیسیوں کے لئے صحیح صلاح کی ضرورت ہوگی۔

زیادہ تر غیر زندگی بیمہ پالیسیاں بنیادی طور پر دو اقسام میں آتے ہیں:

- ✓ نامی جوکھم پالیسیاں
- ✓ تمام جوکھم پالیسیاں

تمام جوکھم پالیسیاں زیادہ مہنگی ہوتی ہیں کیونکہ وہ ان سبھی نقصانوں کو کور کرتی ہیں جن کو پالسی کے تحت خاص طور سے باہر نہیں رکھا گیا ہے۔ اسلئے "نامی جوکھم" پالیسیوں کا آپشن منتخب کرنا زیادہ فائدہ مند ہو سکتا ہے چہاں نقصان کے سب سے زیادہ ممکنہ سبب پالیسی میں نامی سخت خطرات کے ذریعے کور کئے جاتے ہیں، اس طرح ایک قدم پریمیم میں بچت کر سکتا ہے اور بیمہ دار کو ضرورت بنیاد کور فراہم کر سکتا ہے۔

ایجنٹ واقعی میں تبھی اپنا کمیشن حاصل کرنا شروع کرتا ہے جب وہ معاملے پر بہترین سروس فراہم کرتا ہے۔ ایجنٹ کے لئے یہ یاد رکھنا مفید ہوگا کہ چہاں ایک فرد بیمہ کو جوکھم سے نپٹنے کے لئے معیاری نقطہ نظر کے طور پر دیکھ سکتا ہے، جوکھم برقرار رکھنے یا نقصان کی روک تھام جیسی دیگر تکنیکی بھی ہیں جو بیمہ کی لاگت کو کم کرنے کے آپشنس کے طور پر دستیاب ہیں۔

مثال کے طور پر ، ایک بیمہ دار کے نقطہ نظر سے متعلقہ سوال اس طرح ہو سکتے ہیں:

- ✓ چھوٹ (کٹوتیوں) پر غور کرکے کتنا پریمیم بچایا جائیگا؟
- ✓ ایک نقصان روک تھام کی کارکردگی کے نتیجے میں پریمیم میں کتنی کمی آئیگی؟

ایک غیر زندگی بیمہ کے فروخت شخص کے طور پر گاہک سے رابطہ کرتے وقت ایک ایجنٹ کو اپنے آپ سے یہ سوال کرنا ضروری ہے کہ گاہک کے تعلق میں اس کا کردار کیا ہے؟کیا وہ صرف ایک فروخت حاصل کرنے کے لئے وہاں جا رہا ہے یا ایک کوچ اور ساتھی کے طور پر گاہک سے تعلق بنانے کے لئے، جو اسکے جوکھموں کو زیادہ موثر ڈھنگ سے انتظام کرنے میں اسکی مدد کریگا؟

گاہک کی سوچ الگ ہے۔ وہ فی روپے کے خرچ پر زیادہ سے زیادہ بیمہ لینے کے لئے اتنا خواہش مند نہیں ہے بلکہ اسکے بجائے اسے جوکھم سے نپٹنے کی لاگت کو کم کرنے میں یقین ہے۔ اس طرح تشویش ان جوکھموں کی پہچان کرنے کی ہوگی جسے گاہک بنائے نہیں رکھ سکتا اور اسلئے انکا بیمہ کیا جانا چاہئے۔

دوسرے الفاظ میں، ایک بیمہ ایجنٹ کا کردار صرف ایک فروخت شخص کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہے۔ **اسے جوکھم تشخیص کار ، اَنڈر رائٹر ، جوکھم مینجمنٹ صلاح کار، حسب ضرورت حل کے ڈیزائنر اور ایک تعلق بنانے والا جو طویل مدتی تعلقات اور اعتماد بنانے میں یقین رکھتا ہے۔**

2. **تجویز اقدامات**

ایجنٹ کو بیمہ کی تجویز بھرنے میں گاہک کی سرپرستی کرنا چاہئیے۔ بیمہ دار کو اس میں دیئے گئے بیانوں کی ذمہ داری لینا ضروری ہے۔ ایک تجویز فارم کے اہم پہلوؤں کی بحث باب 5 میں کی گئی ہے۔

یہ بہت اہم ہے کہ ایجنٹ کو تجویز فارم میں ہر ایک سوال کے جواب کے طور پر بھرے جانے والی تفصیلات کے بارے میں تجویز کنندہ کو سمجھانا اور وضاحت کرنا چاہئیے۔ ایک دعوے کی صورتحال میں مناسب اور پوری معلومات دینے میں ناکامی گاہک کے دعوے کو خطرے میں ڈال سکتی ہے۔

کبھی کبھی پالسی کو پورا کرنے کے لئے کچھ اضافی معلومات کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ایسے معاملوں میں کمپنی براہ راست طور پر یا ایجینٹ/صلاح کار کے ذریعے سے گاہکوں کو مطلع کر سکتی ہے۔ دونوں ہی معاملوں میں، گاہک کو سبھی مطلوبہ کاروائی پوری کرنے میں مدد کرنا اور یہاں تک کہ اسے یہ بتانا ضروری ہو جاتا ہے کہ ان کی ضرورت کیوں ہے۔

3. **قبولیت اقدامات**

a) کور نوٹ

کور نوٹ کی بحث 'باب 5' میں کی گئی ہے۔ یہ یقین کرنا ایجنٹ کی ذمہ داری ہے کہ چہاں لاگو ہو، کمپنی کے ذریعے بیمہ دار کو کور نوٹ جاری کیا جاتا ہے۔ اس تعلق میں مستعدی گاہک کو یہ پیغام دیتی ہے کہ اسکے مفادات ایجینٹ اور کمپنی کے ہاتھوں میں محفوظ ہیں۔

b) پالیسی دستاویز سُپردگی

پالیسی کی سپردگی ایک اور بڑا موقع ہے جب ایجنٹ کو گاہک سے رابطہ کرنے کا ایک موقع ملتا ہے۔ اگر کمپنی کے قوانین انفرادی طور پر پالیسی دستاویز سونپنے کی اجازت دیتے ہیں تو دستاویز حاصل کرنا اور اسے گاہک کو سونپنا ایک اچھا خیال ہو سکتا ہے۔

اگر پالیسی براہ راست طور پر ڈاک کے ذریعے بھیجی جا رہی ہے تو اسے یہ پتہ چلتے ہی کہ پالیسی دستاویز بھیج دیا گیا ہے، گاہک سے رابطہ کرنا چاہئیے۔ یہ گاہک سے رابطہ کرنے اور ایسی کسی بھی چیز کے بارے میں سمجھانے کا ایک موقع ہے جو حاصل دستاویز میں واضح نہیں ہے۔ یہ پالیسی کے مختلف قسم کے شرائط اور پالیسی دار کے حقوق اور استحقاق کے بارے میں واضح کرنے کا بھی ایک موقع ہے جس کا فائدہ گاہک اٹھا سکتا ہے۔ یہ کام فروخت سے کہیں آگے سروس کا ایک مرحلہ فراہم کرنے کی خواہش کی نمائندگی کرتا ہے۔

یہ میٹنگ گاہک کو ایجنٹ کی سروس فراہم کرنے کی ذمہ داری اور مکمل حمایت کے عزم کا عہد کرنے کے بارے میں بتانے کا بھی ایک موقع ہے۔

اگلا منطقی قدم اسکے جاننے والے دیگر افراد کے ناموں اور تفصیلات کے بارے میں پوچھنا ہوگا جن کو ایجنٹ کی خدمات سے ممکنہ فائدہ مل سکتا ہے۔

اگر گاہک خود ان لوگوں سے رابطہ کریں اور ان سے ایجنٹ کا تعارف کرائیں تو اسکا مطلب کاروبار میں ایک بڑی کامیابی ہوگی۔

c) **پالیسی تجدید**

غیر زندگی بیمہ پالیسیوں کو ہر سال تجدید کیا جانا چاہئیے اور ہر تجدید کے وقت گاہک کے پاس اسی کمپنی کے ساتھ آگے بنے رہنے یا دوسری کمپنی میں جانے کا ایک آپشن ہوتا ہے۔ یہ ایک اہم پوائنٹ ہے جہاں ایجنٹ اور کمپنی کے ذریعے بنائی گئی خیر سگالی اور اعتماد کا جائزہ ہوتا ہے۔

حالانکہ بیمہ کمپنیوں کی طرف سے بیمہ دار کو یہ صلاح دینے کی کوئی قانونی ذمہ داری نہیں ہے کہ اسکی پالیسی ایک خاص تاریخ کو ختم ہونے جا رہی ہے، پھر بھی ایک خوش اخلاقی کے ناطے اور حتما ایک صحت مند کاروباری عمل کے طور پر بیمہ کمپنیاں پالیسی کو تجدید کرنے کی دعوت دیتے ہوئے ختم کی تاریخ سے ایک مہینے پہلے ایک "تجدید نوٹس" جاری کرتی ہیں۔ ایجنٹ کو تجدید کے بارے میں گاہک کو یاد دلانے کے لئے تجدید کی ختم ہونے کی تاریخ سے کافی پہلے گاہک کے ساتھ رابطہ میں ہونے کی ضرورت ہے تاکہ وہ اسکے لئے فراہمی کر سکے۔

وقت وقت پر گاہک کے ساتھ رابطہ میں بنے رہنے، کسی تہوار یا خاندان کی تقریب جیسے کچھ موقعوں پر اسے مبارک باد دینے سے تعلقات میں مضبوطی آتی ہے۔ اسی طرح جب مشکلات یا دکھ کے لمحوں میں مدد کی پیشکش کرنا مفید ثابت ہوتا ہے۔

4. دعویٰ اقدامات

دعویٰ تصفیہ کے وقت ایجنٹ کو ایک اہم کردار ادا کرنا ہوتا ہے۔ یہ یقین کرنا اسکا کام ہے کہ دعویٰ کو جنم دینے والے واقعہ کے بارے میں فورا بیمہ کمپنی کو مطلع کیا جاتا ہے اور یہ کہ گاہک سبھی کاروائیوں پر احتیاط سے عمل کرتے ہے اور سبھی قسم کی جانچ میں سرپرستی کرتے ہے جو نقصان کے تعین کے لئے کیا جانا ضروری ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

اس منظر نامے کو پہچانیں جہاں بیمہ کی ضرورت پر ایک بحث کی ضرورت نہیں ہے۔

I. ملکیت بیمہ

II. کاروبار ذمہ داری بیمہ

III. تیسری پارٹی کی ذمہ داری کے لئے موٹر بیمہ

IV. آگ بیمہ

C. شکایت ازالہ

1. نظر ثانی

اعلیٰ ترجیح کی کارروائی کرنے کا وقت وہ ہے جب گاہک کو کوئی شکایت ہوتی ہے۔ یاد رکھیں کہ ایک شکایت کے معاملے میں سروس کی ناکامی کا مدعا [یہ بیمہ کمپنی کے ریکارڈز کو درست کرنے میں تاخیر سے لےکر دعوے کے تصفیہ میں عجلت کی کمی تک ہو سکتا ہے] جس نے گاہک کو متاثرہ کر دیا ہے، یہ صرف

کہانی کا ایک حصہ ہے۔
گاہک اس طرح کی ناکامی کے بارے میں اپنی ترجمانی سے بہت زیادہ پریشان اور متاثرہ ہوتے ہیں۔ ہر ایک سروس کی ناکامی کے ساتھ دو قسم کے احساسات اور جذبات جنم لیتے ہیں:

- ✓ سب سے پہلے، اس میں ایک ظلم کا احساس، دھوکہ دیئے جانے کا احساس پیدا ہوتا ہے
- ✓ دوسرا احساس چھوٹا دکھانے اور تجربہ کرانے کے سبب انا کو چوٹ پہنچنے کا ہے

ایک شکایت گاہک تعلقات میں ایک اہم "سچائی کا پل" ہے؛ اگر کمپنی اسے ٹھیک کر لیتی ہے تو واقعی میں گاہک کی وفاداری کو بہتر بنانے کے امکان رہتے ہے۔ اس معاملے میں انسانی احساس اہم ہے؛ گاہک اپنے آپ کو قابلِ قدر محسوس کرنا چاہتا ہے۔

اگر آپ ایک پیشہ ور بیمہ صلاح کار ہیں تو پہلے آپ ایسی صورتحال پیدا ہونے نہیں دینگے۔ آپ اس معاملے کو کمپنی کے مناسب افسر کے پاس لے جا ئینگے۔ یاد رکھیں، کمپنی میں کسی بھی دیگر فرد کا گاہک کے مسائل پر وہ حق نہیں ہے جو آپ کا ہوتا ہے۔

شکایات/مسائل ہمیں یہ دکھانے کا موقع فراہم کرتے ہیں کہ ہم گاہک کے مفادات کا کتنا خیال رکھتے ہیں۔ یہ حقیقت میں ٹھوس ستون ہیں جن پر ایک بیمہ ایجینٹ کی ساکھ بنتی ہے اور کاروبار بڑھتا ہے۔ ہر پالیسی دستاویز کے آخر میں بیمہ کمپنیاں شکایت ازالہ کے عمل کی تفصیل دستیاب کراتی ہیں جسے دستاویز شرائط کو واضح کرتے وقت گاہکوں کی معلومات میں لایا جانا چاہئیے۔

فروخت اور سروس فراہم کرنے میں زبانی تشہیر(اچھا/برا) کا اہم کردار ہے۔ یاد رکھیں کہ اچھی سروس کا اجر 5 لوگوں کو معلومات دےکر ملتا ہے جبکہ بری سروس کا اثر 20 لوگوں تک جاتا ہے۔

2. مربوط شکایت مینجمنٹ طریقہ کار (آئی جی ایم ایس)

آئی آر ڈی اے نے ایک مربوط شکایت مینجمنٹ طریقہ کار (آئی جی ایم ایس) کی شروعات کی ہے جو بیمہ شکایت ڈاٹا کے ایک مرکزی مخزن کے طور پر اور صنعت میں شکایت ازالہ کی نگرانی کے لئے ایک آلہ کے طور پر کام کرتا ہے۔

پالیسی دار اس طریقہ کار پر اپنی پالیسی کی تفصیلات رجسٹر کر سکتے ہیں اور اپنی شکایت درج کر سکتے ہیں۔ پھر شکائتیں متعلقہ بیمہ کمپنی کو بھیجی جاتی ہیں۔ آئی جی ایم ایس شکایتوں اور انکے ازالہ میں لگنے والے وقت پر نظر رکھتی ہے۔ شکایتوں کو یہاں رجسٹر کیا جا سکتا ہے:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated Grievance Management.aspx

3. صارفین تحفظ (کنزیومر پروٹیکشن) ایکٹ ، 1986

یہ ایکٹ "صارفین کے مفاد کی بہتر تحفظ کو فراہم کرنے اور صارفین کے تنازعات کے حل کے لئے صارفین کونسلوں اور دیگر حکام کے قیام کے شرائط بنانے کے لئے منظور کیا گیا تھا۔ "اس ایکٹ کو صارفین تحفظ (ترمیمی) ایکٹ ، 2002 کے کے ذریعے ترمیم کیا گیا ہے۔

a) ایکٹ کے تحت تعریف

ایکٹ میں دی گئی کچھ تعریفیں اس طرح ہیں:

تعریف

"سروس " کا مطلب ہے کسی بھی تفصیلات کی سروس جو ممکنہ صارفین کو دستیاب کرائی گئی ہے اور جسمیں بینکنگ، فائننسنگ، بیمہ، نقل وحمل، پروسیسنگ، بجلی یا دیگر اور توانائی، بورڈ یا قیام یا دونوں، ہاؤسنگ کی تعمیر، تفریح، موج مستی یا خبریں یا دیگر معلومات فراہم کرنے کے سلسلے میں سہولیات کی فراہمی شامل ہے۔ لیکن اس میں مفت یا ذاتی سروس کے ایک معاہدہ کے تحت کوئی بھی سروس فراہم کرنا شامل نہیں ہے۔

بیمہ کو ایک سروس کے طور پر شامل کیا گیا ہے۔

"صارفین" کا مطلب ہے ایسا کوئی بھی فرد جو:

i. ایک تلافی بدل کے لئے کوئی سامان خریدتا ہے اور اس طرح کے سامان کے کسی بھی صارف کو شامل کرتا ہے۔ لیکن ایسے کسی فرد کو شامل نہیں کرتا ہے جو اس طرح کے سامان کو دوبارہ فروخت کے لئے یا کسی بھی تجارتی مقصد کے لئے حاصل کرتا ہے یا

ii. ایک تلافی بدل کے لئے کوئی بھی سروسس حاصل کرتا ہے یا کرایہ پر لیتا ہے اور ایسی سروسس کے متفید کو شامل کرتا ہے۔

'نقص' کا مطلب پرفارمنس کے معیار ، نوعیت اور طریقے میں کوئی بھی نقص ، ناکافی، کمی، نامکمل حالت ہے جو کسی بھی قانون کے تحت یا اسکے کے ذریعے بنائے رکھا جانا ضروری ہے یا کسی معاہدہ کے عمل میں یا پھر کسی بھی سروس کے تعلق میں کسی فرد کے ذریعے پرفارمنس کا وعدہ دیا گیا ہے۔

'شکایت' کا مطلب ہے ایک مدعی کے ذریعے تحریری طور پر لگایا گیا کوئی بھی الزام :

i. ایک غیر منصفانہ تجارت کی پریکٹس یا محدود کاروبار پریکٹس اپنایا گیا ہے

ii. اسکے کے ذریعے خریدے گئے سامانوں میں ایک یا ایک سے زیادہ نقص ہے

iii. اسکے کے ذریعے حاصل کی گئی یا کرائے پر لی گئی خدمات میں کسی طرح کی کمی ہے

iv. لگائی گئی قیمت قانون کے ذریعے مقرر یا پیکیج پر واضح قیمت سے زیادہ ہے

ایسے سامان جو استعمال کئے جانے پر زندگی اور تحفظ کے لئے خطرناک ہو نگے، جب اس طرح کے سامانوں کے استعمال کی تفصیلات ، طریقے اور تاثر کے تعلق میں معلومات واضح کرنے تاجر کی ضرورت بتانے والے کسی بھی قانون کے شرائط کی خلاف ورزی میں عوام کو ان کی فروخت کی پیشکش کی جاتی ہے۔

'صارفین تنازعہ ' کا مطلب ہے ایک ایسا تنازعہ جہاں وہ فرد جسکے خلاف شکایت کی گئی ہے، شکایت میں درج الزامات سے انکار کرتا ہے اور انکا اختلاف کرتا ہے۔

b) صارفین تنازعہ ازالہ ایجنسیاں

صارفین تنازعہ ازالہ ایجنسیاں ہر ایک ضلع اور ریاستی اور قومی سطح پر قائم کی گئی ہیں۔

i. **ضلع فورم:** اس فورم کا دائرہ اختیار شکایتوں پر دھیان دینے کا ہے جہاں سامان یا خدمات کی قیمت اور دعویٰ کی گئی تلافی 20 لاکھ روپے تک ہے۔ ضلع فورم کے پاس اپنے حکم/فیصلہ کو مناسب سول کورٹ میں عمل درآمد کے لئے بھیجنے کا اختیار ہے۔

ii. **ریاستی کمیشن :** اس شکایت ازالہ اتھارٹی کے پاس اصل، اپیل اورسپروائزری دائرہ اختیار ہے۔ یہ ضلع فورم اپیل تفریح پر دھیان دیتا ہے۔ اسکا اصل دائرہ اختیار ان شکایتوں پر بھی دھیان دینے کا ہے جہاں دعویٰ کئے گئے سامان/سروس کی قیمت اور تلافی ، اگر کوئی ہو، 20 لاکھ روپے سے زیادہ لیکن 100 لاکھ روپے سے زیادہ نہیں ہے۔ دیگر اختیارات اور اتھارٹی ضلع فورم کے متوازی ہی ہیں۔

iii. **قومی کمیشن :** ایکٹ کے تحت قائم حتمی اتھارٹی قومی کمیشن ہے۔ اسکے پاس اصل، کے ساتھ ساتھ سپروائزری اپیل دائرہ اختیار ہے ۔ یہ ریاستی کمیشن کے ذریعے منظور آرڈرکی اپیلوں کی سنوائی کر سکتا ہے اور اپنے اصل دائرہ اختیار میں ان تنازعات پر دھیان دیگا جہاں سامان/خدمت اور دعویٰ کی گئی تلافی 100 لاکھ روپے سے زیادہ کی ہیں۔ ریاستی کمیشن پر اسکا سپروائزری دائرہ اختیار ہے۔

تینوں ایجینسیوں کے پاس ایک سول کورٹ کا پاؤر ہیں۔

c) شکایت درج کرانے کا عمل

مذکورہ تین شکایت ازالہ ایجینسیوں کے لئے شکایت درج کرنے کا عمل بہت ہی آسان ہے۔ چاہے ریاستی کمیشن کے سامنے یا قومی کمیشن کے سامنے شکایت درج کرانے یا اپیل دائر کرنے کے لئے کوئی فیس نہیں ہے۔

شکایت خود شکایت کار کے ذریعے یا اسکے اختیار کے ایجنٹ کے ذریعے دائر کی جا سکتی ہے۔ اسے انفرادی طور پر دائر کیا جا سکتا ہے یا ڈاک سے بھی بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ دھیان دیا جانا چاہئیے کہ ایک شکایت دائر کرنے کے مقصد کے لئے کسی وکیل کی ضرورت نہیں ہے۔

d) صارفین فورم کے احکامات

اگر فورم اس بات سے مطمئن ہو جاتا ہے کہ جن سامانوں کے خلاف شکایت درج کی گئی ہے ان میں شکایت میں متعین کوئی بھی نقص موجود ہے یا کہ خدمات کے بارے میں شکایت میں شامل کوئی بھی الزام ثابت ہو جاتا ہے تو فورم مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زیادہ کام کرنے کے لئے مخالف پارٹی کو ایک حکم جاری کر سکتا ہے یعنی،

i. مُدعی کو وہ قیمت [یا بیمہ کے معاملے میں پریمیم]، مُدعی کے ذریعے ادا کی گئی فیس واپس لوٹانا

ii. مخالف پارٹی کی لاپرواہی کے سبب صارفین کو ہوئے کسی بھی نقصان یا چوٹ کے لئے تلافی کے طور پر صارفین کو اس طرح کی رقم فراہم کرنا

iii. سوال میں خدمات نقائص یا کمیوں کو دور کرنا

iv. غیر منصفانہ تجارت کی پریکٹس یا پابند تجارت کی پریکٹس کو بند کرنا یا ان کو نہیں دوہرانا

v. پارٹیوں کو کافی اخراجات کے لئے فراہم کرنا

e) صارفین تنازعات کے اقسام

چہاں تک بیمہ کاروبار کا تعلق ہے، تینوں فورمس کے زیادہ تر صارفین تنازعہ مندرجہ ذیل اہم اقسام میں آتے ہیں:

i. دعووں کے تصفیہ میں تاخیر

ii. دعووں کا تصفیہ نہیں کرنا

iii. دعووں کا تردید

iv. نقصان کی مقدار

v. پالیسی کے شرائط وضوابط وغیرہ

4. بیمہ محتسب (اومبڈسمین)

بیمہ ایکٹ ، 1938 کے اختیارات کے تحت مرکزی حکومت نے 11 نومبر، 1998 کو سرکاری گزٹ میں شائع ایک نوٹیفکیشن کے ذریعے عوامی شکایت ازالہ قوانین ، 1998 بنایا ہے۔ یہ قوانین بیمہ کے سبھی انفرادی لائنوں کے لئے یعنی ایک انفرادی صلاحیت میں لی گئی بیمہ پالیسیوں کے لئے زندگی اور غیر زندگی بیمہ کمپنیوں پر لاگو ہوتے ہیں۔

ان قوانین کا مقصد بیمہ کمپنیوں کی طرف سے دعوے کے تصفیہ سے متعلقہ سبھی شکایتوں کو کفایتی، موثر اور غیرجانبدارانہ طریقے سے حل کرنا ہے۔

محتسب (اومبڈسمین)، بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کی باہمی معاہدے سے حوالہ کے شرائط کے اندر اندر ایک ثالث اور مشیرکے طور پرکام کر سکتا ہے۔

شکایت کو قبول یا رد کرنے کا محتسب (اومبڈسمین) کا فیصلہ آخری ہوتا ہے۔

a) محتسب کو شکایت

محتسب کے پاس کی گئی کوئی بھی شکایت تحریری طور پر، بیمہ دار یا اسکے قانونی ورثاء کے ذریعے دستخط شدہ، اس محتسب کو خطاب کی ہونی چاہئے جس کے دائرہ اختیار میں بیمہ کمپنی ایک شاخ/دفتر موجود ہے، یہ مُدعی کو ہوئے نقصان کی نوعیت اور حد کے ایک تخمیہ اور مانگی گئی راحت کے ساتھ ساتھ دستاویزوں، اگر کوئی ہو، کے ذریعے حمایت کی ہونی چاہئے۔

محتسب کے پاس شکایت کی جا سکتی ہے اگر :

i. مُدعی نے بیمہ کمپنی کو پہلے ایک تحریری نمائندگی کی تھی اور بیمہ کمپنی نے:

- ✓ شکایت کو رد کر دیا تھا یا
- ✓ بیمہ کمپنی کے ذریعے شکایت حاصل کئے جانے کے بعد ایک ماہ کے اندر مُدعی کو کوئی جواب نہیں ملا تھا
- ✓ مُدعی بیمہ کمپنی کے ذریعے دیئے گئے جواب سے مطمئن نہیں ہے۔

ii. شکایت بیمہ کمپنی کے ذریعے مسترد ہونے کی تاریخ سے ایک سال کے اندر کی جاتی ہے۔

iii. شکایت کسی بھی عدالت یا صارفین فورم یا ثالثی میں زیر التوائ نہیں ہے۔

b) محتسب کے ذریعے سفارشات

کچھ ایسے فرائض /پروٹوکال ہیں جن پر عمل کرنے کی توقع محتسب سے کی جاتی ہے:

i. سفارشات اس طرح کی شکایت حاصل ہونے کے ایک ماہ کے اندر کی جانی چاہئیے

ii. اس کی کاپیاں مُدعی اور بیمہ کمپنی دونوں کو بھیجی جانی چاہئیے

iii. سفارشات کو اس طرح کی سفارش حاصل ہونے کے 15 دنوں کے اندر مُدعی کے ذریعے تحریری طور پر منظور کیا جانا چاہئیے

iv. بیمہ شدہ فرد کے ذریعے قبولیت خط کی ایک کاپی بیمہ کمپنی کو بھیجی جانی چاہئیے اور اس کے کے ذریعے اس طرح کے قبولیت خط کی وصولی کے 15 دنوں کے اندر اسکی تحریری تصدیق کی مانگ کی جانی چاہئیے۔

اگر تنازعہ ثالثی کے ذریعے حل نہیں کیا جاتا ہے تو محتسب بیمہ دار کو وہ اوارڈ پاس کر دیگا جو اسکی نظر میں واجبی ہوگا اور جو بیمہ دار کے نقصان کو کور کرنے کے لئے ضرورت سے زیادہ نہیں ہوگا۔

c) محتسب کے ایوارڈز

محتسب کے فیصلے مندرجہ ذیل قوانین سے تابع ہوتے ہیں:

i. ایوارڈ 20 لاکھ روپے سے زیادہ کا نہیں ہونا چاہئیے (تحگرہ ادائیگی اور دیگر اخراجات کے سیت)

ii. ایوارڈ اس طرح کی ایک شکایت حاصل ہونے کی تاریخ سے 3 مہینے کی مدت کے اندر دیا جانا چاہئیے، اور بیمہ دار کو اس طرح کے ایوارڈ وصولی کے ایک مہینے کے اندر ایک آخری تصفیہ کے طور پر مکمل طور پر ایوارڈ کی وصولی کو تسلیم کرنا چاہئیے۔

iii. بیمہ کمپنی ایوارڈپر عمل کرے گی اور اس طرح کا قبولیت خط حاصل ہونے کے 15 دنوں کے اندر محتسب کو ایک تحریری اطلاع بھیجیں گی

iv. اگر بیمہ دار تحریری طور پر اس طرح کے فیصلے کی قبولیت کی اطلاع نہیں دیتا ہے تو بیمہ کمپنی فیصلے کو لاگو نہیں کرےگی۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

صارفین تحفظ ایکٹ ، 1986 کے مطابق کسے ایک صارفین کے طور پر درجہ بند نہیں کیا جا سکتا ہے؟

I. جو ذاتی استعمال کے لئے مال/خدمات کو کرایہ پر لیتا ہے

II. وہ فرد جو دوبارہ فروخت کے مقصد کے لئے سامانوں کو خریدتا ہے۔

III. جو ایک تلافی بدل کے لئے سامانوں اور خدمات کو خریدتا ہے اور ان کا استعمال کرتا ہے

IV. جو ایک تلافی بدل کے لئے دوسروں کی خدمات کا استعمال کرتا ہے

D. مواصلات کا عمل

گاہک سروس میں مواصلات کی مہارت

مہارت کے سب سے اہم سیٹوں میں سے ایک یہ ہے کہ ایک ایجنٹ یا سروس ملازم کو کام جگہ پر موثر کارکردگی پرفارمنس کے لئے مہارت میں **حُسن اخلاق** ہونا ضروری ہے۔

غیر اخلاقی مہارت کے برعکس - جو ایک خاص قسم کے کام یا کارکردگی کو انجام دینے کی فرد کی صلاحیت سے متعلقہ ہے، **اخلاقی مہارت کام جگہ پر اور باہر دونوں جگہ دیگر افراد اور گاہکوں کے ساتھ موثر اندازسے مواصلات قائم کرنے کی فرد کی صلاحیت سے متعلقہ ہے۔ مواصلات مہارت اخلاقی مہارتوں میں ایک سب سے اہم مہارت ہے۔**

1. مواصلات اور گاہک تعلقات

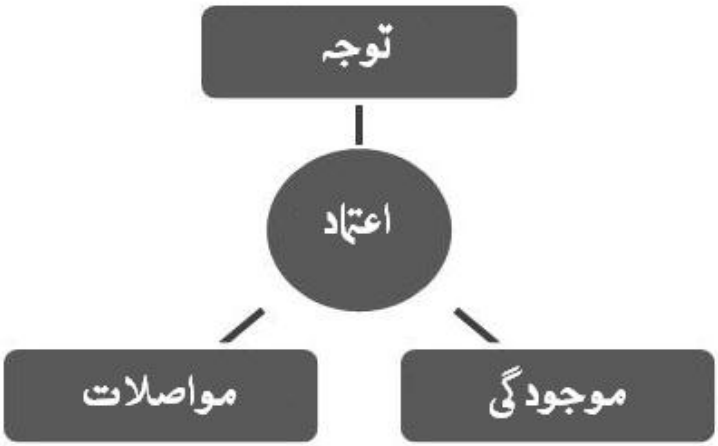
گاہک سروس مطمئن اور وفادار گاہک بنانے کے اہم عناصر میں سے ایک ہے۔ لیکن یہ کافی نہیں ہے۔ گاہک ایسے انسان ہیں جن کے ساتھ کمپنی کو ایک مضبوط تعلق بنانے کی ضرورت ہے۔

سروس اور تعلق دونوں کا تجربہ ہی آخر میں یہ رشتہ تیار کرتا ہے کہ گاہک کمپنی کو کس طرح دیکھے گے۔

صحت مند تعلقات کیسے بنتے ہے؟

ظاہر ہے کہ اعتماد ہی اس سوال کے مرکز میں ہے۔ ساتھ ہی دیگر ایسے عناصر بھی ہیں جو اعتماد کو مضبوط کرتے ہیں اور اسے فروغ دیتے ہیں۔ آئیے ہم ان میں سے کچھ عناصر کو مثال دے کر واضح کریں

شکل 2: اعتماد کے عناصر



i. ہر رشتے کی شروعات **توجہ** سے ہوتی ہے:

فرد کو صرف پسند کئے جانے اور گاہک کے ساتھ ایک تال میل بنانے میں اہل ہونا چاہئے۔ توجہ اکثر پہلے تاثر کا نتیجہ ہوتی ہے جو اس وقت پیدا ہوتی ہے جب گاہک تنظیم یا اسکے نمائندوں کے رابطے میں آتا ہے۔ توجہ ہر دل کا تالا کھولنے کی پہلی کلید ہے۔ اسکے بنا ایک رشتہ شاید ہی ممکن ہے۔ ایک ایسے فروخت شخص کے بارے میں غور کریں جسے پسند نہیں کیا جاتا ہے۔ کیا آپ کو حقیقت میں ایسا لگتا ہے کہ وہ فروخت کے کیرئیر میں کافی ترقی کرنے میں اہل ہوگا؟

ii. ایک رشتے کا دوسرا عناصر فرد کی موجودگی - ضرورت کے وقت وہاں **موجود** رہنا:

اس کی سب سے اچھی مثال شاید ایک شادی کی ہے۔ شوہر کے لئے اس وقت دستیاب ہونا اہم ہے جب بیوی کو اسکی ضرورت ہوتی ہے؟ **اسی طرح ایک گاہک تعلق میں مدعا یہ ہے کہ کیا اور کیسے ضرورت پڑنے پر کمپنی یا اسکا نمائندہ دستیاب رہتا ہے۔ کیا وہ پوری طرح سے دستیاب ہے اور گاہک کی ضرورتوں پر دھیان دے رہا ہے؟**

ایسے مثال ہو سکتے ہیں جب فرد پوری طرح سے موجود نہیں ہوتا ہے اور اپنے گاہکوں کی سبھی امیدوں کے ساتھ انصاف نہیں کر پاتا ہے۔ **ایسے میں بھی فرد ایک مضبوط تعلق بنائے رکھ سکتا ہے اگر وہ گاہک کے ساتھ اس طریقے سے بات کر سکتا ہے جو ہمدردی بھرا، یقین دہانی انداز میں ہو اور ایک ذمہ داری کا احساس دکھاتا ہو۔**

مندرجہ ذیل بالا نکات جیسے:

- ✓ فرد جو تاثر ڈالتا ہے یا
- ✓ جس طریقے سے فرد موجود رہتا ہے اور باتوں کو سنتا ہے یا
- ✓ فرددوسروں کو جو پیغام بھیجتا ہے

یہ مواصلات کے ڈائمینشنس ہیں اور نظم و ضبط اور مہارت کی مانگ کرتے ہیں۔ ایک معنی میں فرد جو مواصلات کرتا ہے، بالاخر فرد کے سوچنے اور دیکھنے کے طریقے کی نمائندگی کرتا ہے۔

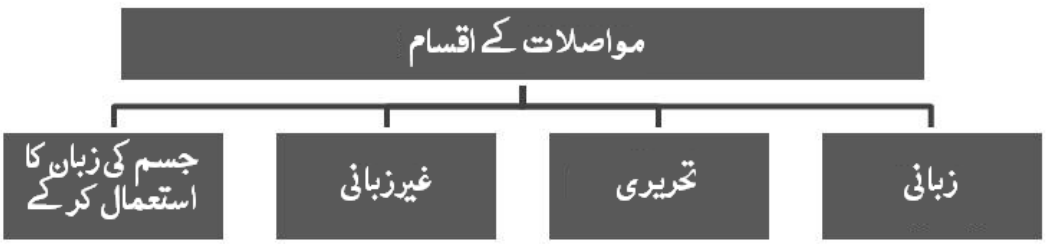
کمپنیاں گاہک تعلق مینجمنٹ پر کافی زور دیتی ہیں کیونکہ گاہک کو بنائے رکھنے کی قیمت نیا گاہک حاصل کرنے کی قیمت کے مقابلے میں کہیں کم ہوتی ہے۔ گاہک تعلق کئی ٹچ پوائنٹس میں پیدا ہوتا ہے جیسے گاہکوں کی بیم ہ ضرورتوں کو سمجھنے میں، فارم پر کوریج کے حساب کو سمجھانے میں۔ اسلئے، ان میں سے ہر ایک پوائنٹ میں تعلق کو مضبوط کرنے کے لئے ایجینٹ کے پاس کئی موقع ہوتے ہیں۔

2. مواصلات کا عمل

مواصلات کیا ہے؟

سبھی مواصلات میں ایک مرسل، جو پیغام بھیجتا ہے اور اس پیغام کے ایک وصول کنندہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ وصول کنندہ کو مرسل کا پیغام سمجھ میں آنے کے ساتھ ہی یہ عمل مکمل ہو جاتا ہے۔

شکل 3: مواصلات کے اقسام



مواصلات کے کئی اقسام ہو سکتے ہیں -

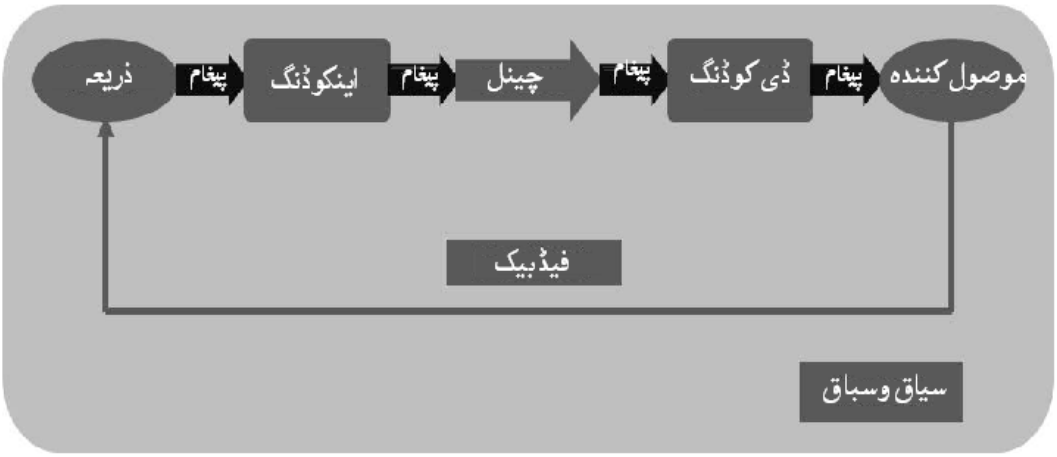
- ✓ زبانی
- ✓ تحریری
- ✓ غیر زبانی
- ✓ جسم کی زبان کا استعمال کر کے

یہ آمنے سامنے، فون پر، میل یا انٹرنیٹ کے ذریعے ہو سکتا ہے۔ یہ رسمی یا غیر رسمی ہو سکتا ہے۔ پیغام کا مضمون یا فارم یا استعمال کی گئی میڈیا چاہے جو بھی ہو، مواصلات کا لازم اس بات سے ہے جو مواصلات کے دوران موصول کنندہ کو سمجھ میں آ گیا ہے۔

ایک کاروبار کے لئے یہ آپشن منتخب کرنا اہم ہے کہ وہ مطلوبہ موصول کنندہ کو کیسے اور کب پیغام بھیجےگا۔
مواصلات عمل کو نیچے سمجھایا گیا ہے۔

آئیے ہم شکل میں الفاظ کو بیان کریں:

شکل 4: مواصلات عمل



تعریف

i. **ماخذ :** پیغام کے ذریعہ کے طور پر ایجنٹ کو یہ واضح ہونا چاہئیے کہ وہ کیوں مواصلات کرنے جا رہا ہے اور کیا مواصلات کرنا چاہتا ہے، اور اسے یہ اعتماد ہونا چاہئیے کہ بھیجی جا رہی معلومات مفید اور درست ہے۔

ii. **پیغام** وہ معلومات ہے جسے فرد بتانا چاہتا ہے۔

iii. **اینکوڈنگ** معلومات منتقل کرنے کا عمل ہے جسے فرد ایک ایسے روپ میں بتانا چاہتا ہے جو آسانی سے بھیجا جا سکے اور دوسری طرف صحیح طریقے سے سمجھا (ڈی کوڈ کیا) جا سکے۔ اینکوڈنگ میں کامیابی اس بات پر منحصر کرتی ہے کہ فرد معلومات کو بتانے اور اُلجھن کے ماخذوں کو ختم کرنے میں کس طرح سے اہل ہے۔ اسکے لئے اپنے ناظرین کے بارے میں جاننا ضروری ہے۔ ایسا کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں غلط سمجھنے والے پیغاموں کے طور سامنے آتے ہے۔

iv. کوئی بھی پیغام ایک **چینل** کے ذریعے سے اظہار کیا جاتا ہے جسے اس مقصد کے لئے منتخب کیا جانا ضروری ہے۔ چینل انفرادی آمنے سامنے کی بیٹھکوں، ٹیلیفون اور ویڈیو کانفرنسنگ سمیت زبانی ہو سکتا ہے؛ یا اسے خط، ای میل، میمو اور رپورٹ سمیت لکھ کر بھیجا جا سکتا ہے۔

v. **ڈی کوڈنگ** وہ قدم ہے جسمیں معلومات موصول ہوتی ہے، اسکی تشریح کی جاتی ہے اور اسے واضح طور پر سمجھا جاتا ہے۔ ایسا دیکھا جا سکتا ہے کہ ڈی کوڈنگ [یا کیسے فرد ایک پیغام حاصل کرتا ہے] اتنا ہی اہم ہے جتنا کہ این کوڈنگ [فرد اسے کیسے بتاتا ہے]

vi. **وصول کنندہ:** آخر میں ایک وصول کنندہ ہوتا ہے، وہ/وہ فرد [سامعین] جن کو پیغام بھیجا جاتا ہے۔ اس سامعین (آڈینس) کے ہر ایک رکن کے پاس اپنے خیالات، عقائد اور احساسات ہوتے ہیں اور یہ اس بات کو متاثر کرینگے کہ پیغام کیسے حاصل کیا گیا ہے اور اس پر کیسی کارروائی ہوئی ہے۔ ظاہر ہے کہ مرسل کو یہ طے کرتے وقت کہ کیا پیغام بھیجا جائے، ان عوامل پر غور کرنے کی ضرورت ہے۔

vii. **آپ کی رائے (فیڈ بیک):** جیسے ہی پیغام بھیجا اور حاصل کیا جاتا ہے، موصول کنندہ کے ذریعے مرسل کو زبانی اور غیر زبانی پیغام کے شکل میں فیڈ بیک بھیجنے کے امکان رہتے ہے۔ وصول کنندہ کو اس طرح کے فیڈ بیک کی تلاش ہونا اور ان فیڈ بیکس کو احتیاط سے سمجھنا ضروری ہے کیونکہ اس سے یہ طے کرنے میں مدد ملے گی کہ کیسے پیغام حاصل کیا گیا ہے اور کیسے اس پر کاروائی کی گئی ہے۔ ضروری ہونے پر پیغام کو بدلہ یا پھر سے تیار کیا جا سکتا ہے۔

3. موثر مواصلات کی رکاوٹیں

موثر مواصلات کے لئے رکاوٹیں مذکورہ بالا عمل میں ہر ایک قدم میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ مرسل کے بارے میں بنائے گئے تصور خیال کے سبب یا پیغام کو خراب طریقے سے تیار کئے جانے کے سبب یا بہت کم یا بہت زیادہ معلومات ہونے کے سبب یا مرسل کو موصل کنندہ کی ثقافت نہیں سمجھ میں آنے کے سبب مواصلات غلط ہو سکتے ہیں۔ چیلینج ان تمام رکاوٹوں کو دور کرنے کا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

کس کی وجہ سے صحت مند تعلقات نہیں بن پاتے ہے؟

I. توجہ

II. اعتماد

III. مواصلات

IV. شک یا تشکیک

E. غیر زبانی مواصلات

آئیے ہم کچھ تصورات کو دیکھیں جنہیں ایجنٹ کو سمجھنے کی ضرورت ہے۔

اہم

ایک شاندار پہلا تاثر بنانا

ہم نے پہلے ہی دیکھا ہے کہ توجہ کسی بھی رشتہ کا پہلا ستون ہے۔ آپ ایک ایسے گاہک سے شاید ہی کاروبار حاصل کرنے کی امید کر سکتے ہیں جو آپ کو پسند نہیں کرتا ہے۔ حقیقت میں کئی لوگوں کو آپ کی تشخیص کرنے کے لئے صرف چند سیکنڈ کی ایک فوری نظر کی ضرورت ہوتی ہے جب آپ ان سے پہلی بار ملتے ہیں۔ آپ کے بارے میں ان کی رائے آپ کا ظہور، آپ کی جسمانی زبان، آپ کے برتاؤ اور آپ کے پہناوے اور بات چیت پر بنیاد ہو جاتے ہے۔ یاد رکھیں کہ پہلا تاثر لمبے وقت تک بنا رہتا ہے۔ ایک اچھا پہلا تاثر بنانے کے لئے کچھ مفید تجاویز اس طرح ہیں :

i. **ہمیشہ وقت پر بنے رہیں۔** کچھ منٹ پہلے پہنچنے کی منصوبہ بندی بنائیں، جو سبھی طرح کی ممکنہ دیری کے لئے لچیلاپن فراہم کرتا ہے۔

ii. اپنے آپ کو مناسب طریقے سے پیش کریں۔ آپ کا ممکنہ گاہک، جس سے آپ پہلی بار مل رہے ہیں، آپ کو نہیں جانتا ہے اور آپ کا ظہور عام طور پر وہ پہلا اشارہ ہوتا ہے جس کی بنیاد پر اسے آگے بڑھنا ہوتا ہے۔

✓ کیا آپکا ظہور صحیح پہلا تاثر بنانے میں مدد کر رہا ہے؟

- ✓ کیا آپ کا پہناوا میٹنگ یا موقع کے لئے مناسبت سے ہے؟
- ✓ کیا آپ صاف ستھرے اور پاک ہے - اچھی طرح سے کٹے ہوئے بال اور شیو کی ہوئی داڑھی، صاف اور سلیقے کے کپڑے، صاف ستھرا اور نفیس میک اپ؟

iii. ایک گرم اعتماد اور جیتنے کی مسکراہٹ آپ کو اور آپکے سامعین کو ایک دوسرے کے ساتھ آسان صورتحال میں لاتا ہے

iv. کھلا، اعتمادی اور مثبت ہونا

- ✓ کیا آپ کی جسم کی زبان سے بھروسہ اور اعتماد چھلکتا ہے؟
- ✓ کیا آپ سیدھے کھڑے ہوکر، مسکراتے ہوئے، آنکھوں سے آنکھوں کا رابطہ بناتے، گرم جوشی سے ہاتھ ملاتے ہوئے مبارک باد دیتے ہیں؟
- ✓ کیا آپ کچھ تنقید کا سامنا کرنے میں یا جب میٹنگ توقع کے مطابق آگے نہیں بڑھنے پر بھی مثبت بنے رہتے ہیں؟

v. دوسرے فرد میں دلچسپی لینا - سب سے اہم بات دوسرے فرد میں حقیقت میں دلچسپی ہونے کی ہے۔

- ✓ کیا آپ ایک فرد کے طور پر گاہک کے بارے میں پتہ لگانے میں کچھ وقت لیتے ہیں؟
- ✓ کیا آپ اس بات کی پرواہ کرتے اور دھیان دیتے ہیں کہ وہ کیا کہہ رہا ہے؟
- ✓ کیا آپ اپنے گاہک کے لیے پوری طرح سے موجود اور دستیاب رہتے ہیں یا آپ کا موبائل فون آپ کے نصف انٹرویو کے دوران آپ کو مصروف کرتا ہے؟

---

1. جسم کی زبان

جسم کی زبان حرکتوں، اشارہ، چہرے کے اظہار سے مراد ہے۔ ہمارے بات کرنے، چلنے، بیٹھنے اور کھڑے ہونے کا طریقہ، سبھی ہمارے بارے میں اور ہمارے اندر کیا کچھ چل رہا ہے اسکے بارے میں کچھ کہتے ہیں۔

اکثر ایسا کہا جاتا ہے کہ جو کچھ بھی کہا جاتا ہے، لوگ حقیقت میں اسکا صرف کچھ فی صد ہی سنتے ہیں۔ ہم جو کچھ نہیں کہتے ہیں، وہ کہیں زیادہ اور بہت زور سے بولتے ہے۔ ظاہر ہے کہ فرد کو اپنی جسم کی زبان کے بارے میں بہت محتاط رہنے کی ضرورت ہے۔

a) اعتماد

یہاں اعتماد اور خوش یقینی ظاہر کرنے کی کچھ تجاویز دی گئی ہیں جو کسی فرد کی باتوں کو سنجیدگی سے سنے جانے کا تاثر ڈالتے ہیں:

- ✓ انداز - کندھوں کو پیچھے کرکے سیدھے کھڑے ہونا۔
- ✓ آنکھوں کا ٹھوس رابطہ - ایک "مسکراتے" چہرے کے ساتھ
- ✓ بامقصد اور جان بوجھ کر بنائے گئے جسم کے انداز

b) **بھروسہ**

اکثر ایک فروخت شخص کی باتوں پر کوئی دھیان نہیں دیا جاتا ہے

کیونکہ سامعین اس پر اعتماد نہیں کرتے ہیں - اسکی جسم کی زبان یہ یقین دہانی نہیں کرتی ہے کہ وہ جو کچھ بھی کہہ رہا ہے اسکے لیے سنجیدہ نہیں ہے۔ کچھ ایسے عام علامات کے بارے میں معلومات رکھنا بہت ہی اہم ہے جو یہ بتا سکتے ہیں کہ کب فرد ایماندار اور قابلِ اعتماد نہیں ہے اور درج ذیل کے مطابق اس پر نظر رکھیں۔

- ✓ آنکھیں تھوڑی نیچے کی طرف جھکی ہوئی یا آنکھوں کا رابطہ نہیں، یا آنکھوں کی تیز حرکتیں
- ✓ بات کرتے وقت ہاتھوں یا انگلیوں کو منھ کے سامنے لانا
- ✓ فرد کا جسم دوسرے فرد سے دور گھما ہوا ہونا
- ✓ فرد کی سانسوں کی رفتار تیز ہونا
- ✓ چہرہ رنگ بدلتا ہے؛ چہرے یا گردن کا حصہ لال ہو جانا
- ✓ پسینہ تیز آنے لگتا ہے
- ✓ آواز میں بدلاؤ ہوتا ہے جیسے آواز کی اتار چڑھاؤ بدلنا، ہکلانا، گلا صاف کرنا
- ✓ بولی - دھیمی اور واضح چہاں آواز کی ٹون مدھیم سے دھیمی رہتی ہے

کچھ جسمانی حرکات جس سے مدافعت اور غیر اثر پذیری کا اشارہ ملتا ہے، مندرجہ ذیل ہیں:

- ✓ ہاتھ/بازو کے اشارے چھوٹے اور فرد کے جسم کے قریب ہوتے ہیں
- ✓ چہرے کے اظہارکم سے کم ہوتے ہیں
- ✓ جسم ، جسمانی طور پر آپ سے دور رہتا ہے
- ✓ ہاتھ جسم کے سامنے کراس کئے ہوتے ہیں
- ✓ آنکھوں سے رابطہ کم ہوتا ہے یا نیچے کی طرف جھکی ہوتی ہیں

اگر آپ کا گاہک ان میں سے کسی کا بھی اظہار کرتا ہے تو شاید یہی وہ وقت ہے جب آپ کو اپنے آپ میں دیکھنے اور گاہک کے ذہن میں کیا کچھ چل رہا ہے اس پر زیادہ دھیان دینے کی ضرورت ہے۔

2. سننے کی مہارت

مواصلات مہارت کا تیسرا سیٹ یہ ہے کہ فرد کو سننے کی مہارت کی معلومات ہونا اور اس کا فائدہ اٹھانا ضروری ہے۔ یہ انفرادی تاثر کے ایک معروف اُصول کا عمل کرتے ہیں - 'کسی کو سمجھانے سے پہلے خود سمجھیں'۔ آپ کتنی اچھی طرح سنتے ہیں اسکا آپ کے کام کی تاثیر اور دوسروں کے ساتھ آپ کے تعلقات کی معیار پر ایک بڑا اثر پڑتا ہے۔ آئیے ہم کچھ سننے کی تجاویز پر نظر ڈالیں۔

a) فعال سننا :

یہی وجہ ہے کہ ہم شعوری ہوکر نہ صرف باتوں کو سننے کی کوشش کرتے ہیں بلکہ زیادہ اہم یہ ہے کہ ہم دوسرے فرد کے ذریعے بھیجے گئے پورے پیغام کو سمجھنے کی کوشش کرتے ہیں۔

آئیے ہم فعال ہوکر سننے کے کچھ عناصر پر نظر ڈالیں۔ یہ اس طرح ہیں: -

i. توجہ دینا

ہمیں اپنی غیر منقسم توجہ اسپیکر کو دینے اور پیغام کو تسلیم کرنے کی ضرورت ہے۔توجہ دیں، غیر زبانی مواصلات بھی زور سے "بولتے" ہیں۔ توجہ دینے کے کچھ پہلو ؤں اس طرح ہیں:

- ✓ براہ راست اپیکر کو دیکھیں
- ✓ پریشان کرنے والے خیالات کو ایک طرف رکھ دیں
- ✓ ذہنی طور پر تردید کے لئے تیار نہ رہیں
- ✓ سبھی باہری خلفشارسے بچیں [مثال کے طور پر ، اپنے موبائل کو خاموش موڈ پر رکھیں]
- ✓ اسپیکر کی جسم کی زبان کو "سنیں"

ii. **ایسا ظاہر کریں کہ آپ دھیان سے سن رہے ہیں:**

جسم کی زبان کا استعمال یہاں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ مثال کے طور پر ، فرد :

- ✓ گاہے بگاہے ایک سہمتی کا اشارہ کریں اور مسکرا کر دیکھیں
- ✓ کھلا پوسٹچر بنائیں اور دوسرے فرد کو آزادانہ طور پر بات کرنے کا موقع دیں
- ✓ ہاں اور اوہو جیسی چھوٹی چھوٹی زبانی رائے دیتے رہیں۔

iii. **رائے فراہم کریں :**

ہم جو کچھ سنتے ہیں ان میں سے بہت سی باتیں ہماری عملی فلٹر جیسے ہماری مشکوک مفروضات، فیصلوں اور عقائد سے تحریف ہو سکتے ہیں۔ ایک سامع کی شکل میں ہمیں ان فلٹروں کے بارے میں پتہ ہونا اور حقیقت میں جو کچھ بھی کہا جا رہا ہے اسے سمجھنے کی کوشش کرنا ضروری ہے۔

- ✓ اس کے لئے آپ کے پیغام پر غور کرنا اور جو کچھ بھی کہا گیا تھا اسے واضح کرنے کے لئے سوال پوچھنا ضروری ہے۔
- ✓ فیڈ بیک فراہم کرنے کا ایک دوسرا اہم طریقہ اسپیکر کے الفاظ کی تشریح کرنا ہے۔
- ✓ ایک تیسرا طریقہ وقت وقت پر اسپیکر کو روکنے اوراسپیکر کی کہی گئی باتوں کا ایک خلاصہ بنانے اور اس کے سامنے یا اس کے لیے ان باتوں کو دوہرانے کا ہے۔

مثال
وضاحت کے لئے پوچھنا - میں نے جو کچھ بھی سنا ہے اس سے کیا میں یہ صحیح اندازہ لگا رہا ہوں کہ آپ کو ہماری کچھ صحت کے منصوبوں کے فوائد پر اعتراض ہے، کیا آپ ان کو اور زیادہ واضح کر سکتے ہیں؟ **اسپیکرکے عین مطابق الفاظ کی تشریح کرنا** - تو آپ یہ کہہ رہے ہیں کہ 'ہمارے صحت کے منصوبے پُرکشش فائدے فراہم نہیں کر رہے ہیں' - کیا میں نے آپ کو صحیح طریقے سے سمجھا ہے؟

iv. **اندازہ نہیں ہونا :**

فعال طور پر سننے کی سب سے بڑی رکاوٹوں میں سے ایک ہے ہماری اندازہ ہونے اور اسپیکر کے لئے متعصب ہونے کی رجحان ۔ اسکا نتیجے یہ ہے کہ سامع اسپیکر کی کئی باتوں کو سن سکتا ہے لیکن اسپیکر کیا کچھ کہہ سکتا ہے اسے وہ اپنی تشریح کے مطابق سن رہا ہے۔

اس طرح کے اندازہ نقطہ نظر کے چلتے سامع اسے وقت کی بربادی مانتے ہوئے اسپیکر کو آگے بولنے دینے کی اجازت نہیں دےگا۔ اسکے نتیجے میں انسداد دلائل کے ساتھ اسپیکر کو مداخلت اور اسکا تردید بھی کیا جا سکتا ہے، بھلے ہی وہ اپنا پورا پیغام سنانے میں کامیاب نہیں رہا ہو۔

یہ صرف اسپیکر کو عاجز کریگا اور پیغام کے مکمل تفہیم کو محدود کر دیگا۔ فعال طور سے سننے کے لئے ضروری ہے:

- ✓ سوال پوچھنے سے پہلے اسپیکر کو ہر ایک پوائنٹ پر اپنی بات ختم کرنے کی اجازت دینا
- ✓ کسی بھی جوابی دلائل سے اسپیکر کو نہیں روکنا

v. **ناسب رد عمل دینا :**

فعال طور سے سننے کے معنی ہے ایک اسپیکر جو کچھ بھی کہہ رہا ہے اس سے کہیں زیادہ سننا۔ مواصلات صرف تبھی پورا کیا جا سکتا ہے جب سامع الفاظ یا کاروائی کے ذریعے سے کسی طرح کا رد عمل کرتا ہے۔ یہ یقین کرنے کے لئے کہ اسپیکر کی باتوں کو ان سنا نہیں کیا گیا ہے بلکہ اسے عزت اور احترام کے ساتھ دیکھا گیا ہے، کچھ قوانین کا عمل کیا جانا چاہئے۔ ان میں شامل ہیں:

- ✓ آپ کے جواب صاف گوئی، کھلا پن اور ایماندار ہونا
- ✓ فرد کی رائے کو احترام سے تسلیم کرنا
- ✓ دوسرے فرد کے ساتھ اس طرح سے پیش آنا جیسا کہ آپ اپنے ساتھ پیش آنا پسند کرینگے

vi. **ہمگدازی سے سننا :**

ہمگدازی ہونے کا مطلب ہے اپنے آپ کو دوسرے فرد کے قدموں میں ڈال دینا اور اسکے تجربوں کو ٹھیک اسی طرح سے سننا جیسے کہ وہ اسے محسوس کرےگا۔

ہمگدازی کے ساتھ سننا سبھی بہترین گاہک سروس کا ایک اہم پہلو ہے۔ یہ خاص طور سے اہم ہو جاتا ہے جب دوسرا فرد ایک شکایت کرنے والا اور کافی دکھی گاہک ہو۔

ہمگدازی کا مطلب ہے دوسرا فرد جو کچھ بھی کہنا چاہتا ہے اسے ہمدردی اور صبر کی سماعت سے سننا، بھلے آپ اسکی باتوں سے اتفاق نہیں کرتے ہیں۔ اسپیکر کی قبولیت دکھانا اہم ہے، نہ کہ لازمی طورسے معاہدہ کرنا۔ فرد بس سر ہلاکر یا "میں سمجھتا ہوں" یا "صحیح بات ہے" جیسے الفاظ بول کر ایسا کر سکتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 5

ان میں سے کون فعال طور پر سننے کا ایک عناصر نہیں ہے؟

I. اچھی طرح سے دھیان دینا

II. انتہائی اندازہ ہونے کے ناطے

III. ہمگدازی سےسننا

IV. مناسب رد عمل دینا

F. اخلاقی برتاؤ

1. جائزہ

حال کے دنوں میں کاروبار میں حق ملکیت کے بارے میں سنگین خدشات کا اظہار کیا گیا ہیں، کیونکہ غیر منصفانہ کی اطلاعات تیزی سے بڑھتی جا رہی ہیں۔ دنیا کے کچھ سب سے بڑے کمپنیاں چھوٹے کھاتوں اور بےایمان آڈٹ سرٹیفکیشن کے ذریعے سے دھوکا دیتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ بینکوں کے انتظامیہ کے ذریعے ان کے کچھ دوستوں کے لالچ کو پورا کرنے کے لئے ان کے بینکوں کے فنڈز کے ذریعے غلط استعمال کیا گیا ہے۔ حکام نے ذاتی فوائد کو فروغ دینے کے لئے اپنی اتھارٹی کا استعمال کیا ہے۔ جن لوگوں پر کمیونٹی کو اپنا کام صحیح طریقےسے پورا کرنے کا بھروسہ رہا ہے، وہ تیزی سے بھروسے کو توڑتے دیکھے جا رہے ہیں۔ ذاتی ترقی سرفرازی اور لالچ بڑھتا جا رہا ہے۔

اس کے نتیجے میں ،جوابدہی اور کارپوریٹ گورننس کے بارے میں بحث بڑھتی جا رہی ہے، ان سبھی کو ایک ساتھ کاروبار میں "اخلاقیات" کہا جا سکتا ہے۔ 'معلومات کا حق ایکٹ ' جیسے قانون اور ' پبلک انٹریسٹ مقدمہ بازی ' جیسے ڈیلوپمنٹس کو بہتر احتساب اور حکمرانی حاصل کرنے کے آلات کی شکل میں کافی اہم مانا گیا ہے۔

اخلاقی برتاؤ خود کار طریقے سے اسلوب حکمرانی کی طرف لے جاتا ہے۔ جب فرد اپنا کام صدق دل سے اور ایمانداری سے پورا کرتا ہے تو یہ حکمرانی ہے۔ اخلاقی برتاؤ دوسروں کے لیے کوئی تشویش نہیں اورخود کی بہت زیادہ تشویش کی نمائندگی کرتا ہے۔ جب فرد اپنے سرکاری حیثیت کے ذریعے سے ذاتی مفاد حاصل کرنے کی کوشش کرتا ہے، تو یہ غیر اخلاقی برتاؤ ہے۔ اپنے مفادات کا دھیان رکھنا غلط نہیں ہے۔ لیکن دوسروں کے مفادات کی قیمت پر ایسا کرنا غلط ہے۔

بیمہ اعتماد کا کاروبار ہے۔ وچتی اور اخلاقیات کے مسائل بیمہ کے اس کاروبار میں انتہائی اہم ہیں۔ اعتماد اور دھوکادہی کی خلاف ورزی کے مترادف ہے اور غلط ہے۔ ممکنہ گاہکوں کو بیمہ خریدنے یا بتائی گئی بیمہ منصوبہ خریدنے کی تجویز دیتے ہوئے غلط معلومات دینے سے بات بگڑ جاتی ہے اور اس سے ممکنہ گاہک کی سبھی ضرورتیں پوری نہیں ہوتی ہیں۔

غیر اخلاقی برتاؤ اس وقت ہوتا ہے جب اپنے خود کے فوائد کو دوسروں کے فوائد کی مقابلے میں زیادہ اہم مانا جاتا ہے۔ آئی آر ڈی اے کے ذریعے مختلف ضابطے میں بتائی گئی اخلاقیات کی کوڈ اخلاقی برتاؤ کی طرف ہدایت کی ہے (اسکی بحث باب 4 میں ہوئی ہے)۔

چہاں یہ یقین کرنے کے لئے کہ کوڈ کی کوئی خلاف ورزی نہیں ہو رہی ہے، کوڈ آف کنڈکٹ کے ہر کلاج کو جاننا اہم ہے، اسکا عمل اپنے آپ ہوگا اگر بیمہ کمپنی اور اسکے نمائندے ممکنہ گاہک کے مفادات کو ہمیشہ دھیان میں رکھتے ہیں۔ کوئی بات تب بگڑتی ہے جب بیمہ کمپنیوں کے متعلقہ افسران کو ممکنہ گاہک کے فائدوں کے بجائے کاروبار کے اہداف کی تشویش ہونے لگتی ہے۔

2. خصوصیات

اخلاقی برتاؤ کی کچھ خصوصیات مندرجہ ذیل ہیں:

a) گاہک کے بہترین مفادات کو خود کےبرائے راست یا بالواسطہ فوائد سے اوپر رکھنا

b) گاہک کے معاملات سے متعلقہ تمام کاروباری اور ذاتی معلومات کو سخت اعتماد کے ساتھ اور مراعات یافتہ طبقے کی شکل میں رکھنا

c) گاہکوں کو مطلع فیصلےکرنے میں اہل بنانے کے لئے تمام حقائق کا مکمل اور کافی تعداد میں خلاصہ کرنا

مندرجہ ذیل حالات میں اخلاقیات سے سمجھوتہ کئے جانے کے امکان ہو سکتے ہے:

a) دو منصوبہ بندی کے درمیان ایک ایسی اسکیم کو منتخب کرنا جو دوسرے کے مقابلے میں بہت کم پریمیم یا کمیشن دیتی ہے

b) ایک موجودہ پالیسی کو ختم کرنے اور ایک نئی پالیسی لینے کی سفارش کرنا

c) ان صورتحال سے متعارف ہونا جن کے بارے میں بیمہ کمپنی کو بتائے جانے پر یہ گاہک کے مفادات یا دعوے کے فائدہ اُٹھانے والے کو منفی طور پر متاثر کر سکتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 6

ان میں سے کون اخلاقی برتاؤ کی ایک خصوصیات نہیں ہے؟

I. گاہکوں کو ایک مطلع فیصلہ کرنے میں اہل بنانے کے لئے مناسب خلاصے کرنا

II. گاہک کے کاروبار اور ذاتی معلومات کی رازداری کو بنائے رکھنا

III. اپنے مفادات کو گاہک کے مفادات سے آگے رکھنا

IV. گاہک کے مفادات کو اپنے مفادات سے آگے رکھنا

خلاصہ

a) گاہک سروس اور رشتوں کے کردار دیگر پروڈکٹس کے مقابلے میں بیمہ کے معاملے میں کہیں زیادہ اہم ہے۔

b) سروس کی معیار کے پانچ اہم اشارے میں قابلِ اعتماد ، یقین دہانی، جوابدہی، ہمگدازی اور ٹھوس چیزیں شامل ہیں۔

c) گاہک کی زندگی کی قیمت کو اقتصادی فوائد کے رقم کی شکل میں بیان کیا جا سکتا ہے جو وقت کی ایک لمبی مدت میں گاہک کے ساتھ ایک مضبوط تعلق بنا کر حاصل کیا جا سکتا ہے۔

d) گاہک سروس کے علاقہ میں ایک بیمہ ایجنٹ کا کردار بالکل اہم ہے۔

e) آئی آر ڈی اے نے ایک مربوط شکایت مینجمنٹ طریقہ کار (آئی جی ایم ایس) کی شروعات کی ہے جو بیمہ شکایت ڈاٹا کے ایک مرکزی مخزن کے طور پر اور صنعت میں شکایت ازالہ کی نگرانی کے لئے ایک آلہ کے شکل میں کام کرتا ہے۔

f) محتسب (اومبڈسمین) بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کی باہمی معاہدے کے ذریعے حوالہ کی شرائط کے اندر اندر ایک ثالث اور مشیر کے طور پر کام کر سکتے ہیں۔

g) فعال طور سے سننے میں دھیان دینا، توجہ فراہم کرنا اور مناسب طریقے سے جواب دینا شامل ہے۔

h) اخلاقی برتاؤ میں گاہک کے مفاد کو اپنے مفادسے آگے رکھنا شامل ہے۔

اہم اصطلاحات
a) سروس کی معیار
b) ہمگدازی
c) مربوط شکایت مینجمنٹ طریقہ کار (آئی جی ایم ایس)
d) گاہک تحفظ ایکٹ ، 1986
e) ضلع صارفین فورم
f) بیمہ محتسب (اومبڈسمین)
g) جسم کی زبان
h) فعال طور پر سننا
i) اخلاقی برتاؤ

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جوابات

جواب 1

درست آپشن III ہے۔

اقتصادی فوائد کے رقم جو گاہکوں کے ساتھ ایک طویل مدتی تعلقات بنا کر حاصل کیا جا سکتا ہے، اسے گاہک کے زندگی کی قیمت کے طور پرجانا جاتا ہے۔

جواب 2

درست آپشن III ہے۔

تیسری پارٹی ذمہ داری کے لئے موٹر بیمہ ، قانون کے ذریعے لازمی ہے اور اسلئے اسکی ضرورت پر ایک بحث کی ضرورت نہیں ہے۔

جواب 3

درست آپشنII ہے۔

صارفین تحفظ ایکٹ ، 1986 کے مطابق ، وہ فرد جو دوبارہ فروخت کے مقصد سے سامان خریدتا ہے، صارفین کے طور پر درجہ بند نہیں کیا جا سکتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن IV ہے۔

تشکیک سے ایک صحت مند تعلق نہیں بن سکتا ہے۔

جواب 5

درست آپشن II ہے۔

انتہائی بطور فیصلہ ہونا فعال طور سے سننے کا ایک عناصر نہیں ہے۔

جواب 6

درست آپشنIII ہے۔

اپنے خود کے مفادات کو گاہک کے مفادات سے آگے رکھنا اخلاقی برتاؤ نہیں ہے۔

ذاتی امتحان سوالات

سوال 1

_____ ایک ٹھوس چیز نہیں ہے۔

I. مکان
II. بیمہ
III. موبائل فون
IV. ایک جوڑی جینس

سوال 2

_____ سروس کی معیار کا ایک اشارے نہیں ہے۔

I. چالاکی
II. قابلِ اعتماد
III. ہمگدازی
IV. رد عمل

سوال 3

بھارت میں _____ بیمہ لازمی ہے۔

I. موٹر تیسری پارٹی کی ذمہ داری

II. مکانوں کے لئے آگ بیمہ

III. گھریلو سفر کے لئے سفرا بیمہ

IV. ذاتی حادثے

سوال 4

_____ بیمہ دار کی بیمہ لاگت کو کم کرنے کے طریقوں میں سے ایک ہے۔

I. دوبارہ بیمہ

II. کٹوتی

III. شریک بیمہ

IV. چھوٹ

سوال 5

اپنی بیمہ پالیسی کے تعلق میں شکایت رکھنے والا ایک گاہک _____ کے ذریعے سے آئی آر ڈی اے سے رابطہ کر سکتا ہے

I. آئی جی ایم ایس

II. ضلع صارفین فورم

III. محتسب (اومبڈسمین)

IV. آئی جی ایم ایس یا ضلع صارفین فورم یا محتسب

سوال 6

صارفین تحفظ ایکٹ کا تعلق اس سے ہے:

I. بیمہ کمپنیوں کے خلاف شکایت

II. دکانداروں کے خلاف شکایت

III. برانڈ کے خلاف شکایت

IV. بیمہ کمپنیوں، برانڈ اور دکانداروں کے خلاف شکایت

سوال 7

_____ کا دائرہ اختیار ان معاملات سے نپٹنا ہے جہاں سامان یا خدمات قیمت اور تلافی کا دعویٰ 20 لاکھ تک کا ہے۔

I. ہائی کورٹ

II. ضلع فورم

III. ریاستی کمیشن

IV. قومی کمیشن

سوال 8

گاہک تعلق میں پہلا تاثر پیدا ہوتا ہے۔

I. اعتماد ہوکر

II. وقت پر چل کر

III. دلچسپی دکھا کر

IV. وقت پر چل کر، دلچسپی دکھا کر اور خود اعتماد ہوکر

سوال 9

صحیح بیان کا انتخاب کریں:

I. بیمہ فروخت وقت اخلاقی برتاؤ ناممکن ہے

II. اخلاقی برتاؤ بیمہ ایجنٹوں کے لئے ضروری نہیں ہے

III. اخلاقی برتاؤ ایجنٹ اور بیمہ کمپنی کے درمیان اعتماد بڑھانے میں مدد کرتا ہے

IV. اخلاقی برتاؤ کی توقع صرف سب سے اوپر کے مینجمنٹ سے کی جاتی ہے

سوال 10

فعال طور سے سننے میں شامل ہے:

I. اسپیکر کی طرف دھیان دینا
II. کبھی کبھی سر ہلانا اور مسکرا دینا
III. رائے فراہم کرنا
IV. اسپیکر کی طرف دھیان دینا، کبھی کبھی سر ہلانا اور مسکرانا اور رائے دینا

ذاتی امتحان کے جوابات

جواب 1

درست آپشنII ہے۔

بیمہ ایک ٹھوس چیز نہیں ہے۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

چالاکی سروس کی معیار کا ایک اشارہ نہیں ہے۔

جواب 3

درست آپشن I ہے۔

موٹر تیسری پارٹی ذمہ داری بیمہ بھارت میں لازمی ہے۔

جواب 4

درست آپشنII ہے۔

پالیسی میں کٹوتی کا کلاز بیمہ دار کی بیمہ لاگت کو کم کرنے کے طریقوں میں سے ایک ہے۔

جواب 5

درست آپشن I ہے۔

اپنی بیمہ پالیسی کے تعلق میں شکایت رکھنے والے گاہک آئی جی ایم ایس کے ذریعے سے آئی آر ڈی اے سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

جواب 6

درست آپشن IV ہے۔

صارفین تحفظ ایکٹ بیمہ کمپنیوں، دکانداروں اور برانڈوں کے خلاف شکایت سے متعلقہ ہے۔

جواب 7

درست آپشنII ہے۔

ضلع فورم کا دائرہ اختیار ان معاملات کو نپٹانے کا ہے جہاں سامان یا خدمات کی قیمت اور تلافی کا دعویٰ 20 لاکھ روپے تک کا ہے۔

جواب 8

درست آپشن IV ہے۔

گاہک تعلق میں پہلا تاثر اعتماد ، وقت پر چل کر اور دلچسپی دکھا کر بنایا جاتا ہے۔

جواب 9

درست آپشن III ہے۔

اخلاقی برتاؤ ایجنٹ اور بیمہ کمپنی میں اعتماد بڑھانے میں مدد کرتا ہے۔

جواب 10

درست آپشن IV ہے۔

فعال طور سے سننے میں ۔ اسپیکر کی طرف دھیان دینا، کبھی کبھی سر ہلانا اور مسکرانا اور رائے دینا

باب 3
شکایت حل کرنے کا نظام

باب تعارف

انشورنس صنعت بنیادی طور پر ایک سروس انڈسٹری ہے جہاں موجودہ تناظر میں گاہکوں کی توقعات مسلسل بڑھ رہی ہیں اور فراہم کی گئی خدمات کے معیار کے ساتھ عدم اطمینان اب بھی موجود ہے. جدید ٹیکنالوجی کے استعمال سے حمایت کی کسٹمر سروس کے درجے میں مصنوعات کی مسلسل نئے پروڈکٹس اور اہم بہتری کے باوجود صنعت کو گاہک عدم اطمینان اور خراب شبیہ کے معاملے میں تلخ تجربے کا سامنا کر رہا ہے. اس صورتحال کو دیکھتے ہوئے حکومت اور ریگولیٹری نے کئی طرح کی پہل کی ہے.

آئی آر ڈی اے کے ضوابط میں انشورنس کمپنی کی طرف سے صارفین کو فراہم کی جانے والی مختلف خدمات کے لئے پرتورتن وقت یا ٹرنراڈ ٹائیم (ٹی اے ٹی) مقرر کیا گیا ہے. یہ آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈر کو کا مفاد کے تحفظ کے ضابطے) ، 2002 کا حصہ ہے بیمہ کمپنیوں کے پاس ایک مؤثر شکایت حل کرنے کا نظام ہونا ضروری ہے اور آئی آر ڈی اے نے اس کے لئے بھی ہدایات بنائے ہیں.

سیکھنے کا ماحاصل

a) شکایت حل کرنے کا نظام - صارفین عدالت، محتسب

شکایت کا حل کرنے کا نظام - صارفین عدالت، محتسب

1. ضم شکایت کے انتظام کا نظام (آئی جی ایم ایس)

آئی آر ڈی اے نے ضم شکایت کے انتظام کے نظام (آئی جی ایم ایس) کی شروعات کی ہے جو بیمہ کی شکایت ڈیٹا کے مرکزی ذخیرے کے طور پر اور صنعت میں شکایت کا سراغ لگانا کی نگرانی کے آلے کے طور پر کام کرتا ہے.

پالسي دار اپنی پالیسی کی تفصیلات کے ساتھ اس کے نظام پر رجسٹر کرکے اپنی شکایت درج کر سکتے ہیں .پھر شکایتیں متعلقہ انشورنس کمپنیوں کو بھیجی جاتی ہیں.

شکایت کا حل کرنے کا نظام

آئی جی ایم ایس شکایات اور ان کا سراغ لگانے میں لگنے والے وقت پر نظر رکھتی ہے .شکایات کو مندرجہ ذیل یو آر ایل پر رجسٹرڈ کیا جا سکتا ہے:

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

2. صارفین کے تحفظ ایکٹ، 1986

اہم

یہ ایکٹ "صارفین کے مفادات کی بہتر تحفظ فراہم کرنے کے لئے اور صارفین تنازعات کے تصرف کے لئے صارفین کی کونسلوں اور دیگر اتھارٹیوں کے قیام کی تجویز کرنے کے مقصد سے منظور کیا گیا تھا. "اس ایکٹ کو صارفین کے تحفظ (ترمیم) ایکٹ، 2002کی طرف سے نظر ثانی کی گئی ہے.

ایکٹ میں دستیاب کچھ تعریفیں مندرجہ ذیل ہیں:

تعریف

"**خدمت** " کا مطلب ہے کسی بھی تفصیلات کی خدمت جو ممکنہ صارفین کے لئے فراہم کی گئی ہے اور اس میں بینکاری، فنانسنگ، انشورنس، نقل و حمل، وسائل، بجلی یا دیگر توانائی کی فراہمی، بورڈ یا عارضی رہائش یا دونوں،رہائش تعمیر، تفریح، کھیل یا خبر یا دیگر معلومات کے پھیلاؤ کے سلسلے میں سہولیات کا انتظام کرنا شامل ہے لیکن اس میں مفت خدمت یا ذاتی خدمت کے معاہدے کے تحت کوئی بھی سروس فراہم کرنا شامل نہیں ہے.

انشورنس کو ایک خدمت کے طور پر شامل کیا گیا ہے

"**صارفین** "کا مطلب ہے کوئی بھی ایسا شخص جو

- ✓ کسی اجر کے بدلے میں کوئی سامان خریدتا ہے اور اس میں اس طرح کے سامان کا کوئی بھی صارف شامل ہے لیکن اس میں ایسا شخص شامل نہیں ہے دوبارہ بیچنے کے لئے یا کسی بھی کاروباری مقصد کے لئے اس طرح کے سامان کو حاصل کرتا ہے.

- ✓ اجر کے بدلے میں کوئی خدمت کرایہ پر لیتا ہے یا اس کا فائدہ اٹھاتا ہے اور اس میں ایسی خدمات کے فائدہ حاصل کرنے والے شامل ہیں.

"عیب " کا مطلب ہے معیار، فطرت اور عملدرآمد کے طریقے میں کوئی بھی غلطی، کمی یا ادھورا پن جو کسی بھی قانون کے تحت یا اس کے کی طرف سے برقرار رکھا جانا ضروری ہے یا جسے کسی خدمت کے سلسلے میں کسی معاہدے کی تعمیل میں یا دوسری صورت میں کسی شخص کی طرف سے عملدرآمد کئے جانے کا وعدہ دیا گیا ہے.

"شکایت " کا مطلب ہے شکایت کار کی طرف سے تحریری طور پر لگایا گیا کوئی الزام کہ :

- ✓ نامناسب کاروباری طرز عمل یا پابندیاں کاروباری طرز عمل اپنایا گیا ہے
- ✓ اس کی طرف سے خریدے گئے سامان میں ایک یا ایک سے زیادہ عیب ہیں
- ✓ اس کی طرف سے کرایہ پر لی گئی یا حاصل کی گئی خدمات میں کسی بھی قسم کی کمی پائی گئی ہے
- ✓ وصول کی گئی قیمت قانون کی طرف سے مقرر یا پیکیج پر ظاہر قیمت سے زیادہ ہے
- ✓ ایسے سامان جو استعمال کئے جانے پر زندگی اور سلامتی کے لئے خطرناک ہوں گے، اس طرح کے کسی بھی قانون کی دفعات کی خلاف ورزی میں عوام کے درمیان فروخت کے لئے دستیاب کرائے جا رہے ہیں جن کے لئے تاجر کو ایسے سامانوں کی موضوعات اشیاء، استعمال کے طریقے اور اثرات کے تناظر میں معلومات ظاہر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے.

"صارفین تنازعہ " کا مطلب ہے ایک ایسا تنازعہ جہاں جس شخص کے خلاف شکایت کی گئی ہے وہ شکایت میں موجود الزامات کو نکاراتا اور ان کا انکار کرتا ہے.

a) صارفین تنازعہ کاحل کرنیوالی ایجنسیاں

"صارفین تنازعہ کا حل کرنیوالی ایجنسیاں "ہر ضلع اور ریاست میں اور قومی سطح پر قائم کی گئی ہیں.

i. ضلع فورم

اس فورم کا دائرہ ان شکایات پر توجہ دینا ہے جہاں اشیاء یا خدمات کی قیمت اور معاوضہ کا دعوی 20لاکھ روپے تک رہتا ہے .

ضلع فورم کو اپنا حکم /فیصلہ عملدرآمد کے لئے مناسب سول کورٹ کو بھیجنے کا حق ہے.

ii. ریاست کمیشن

- ✓ اس کا سراغ لگانا اتھارٹی کے پاس اصل، اپیل اور سپروائزری اتھارٹی رہتے ہے .

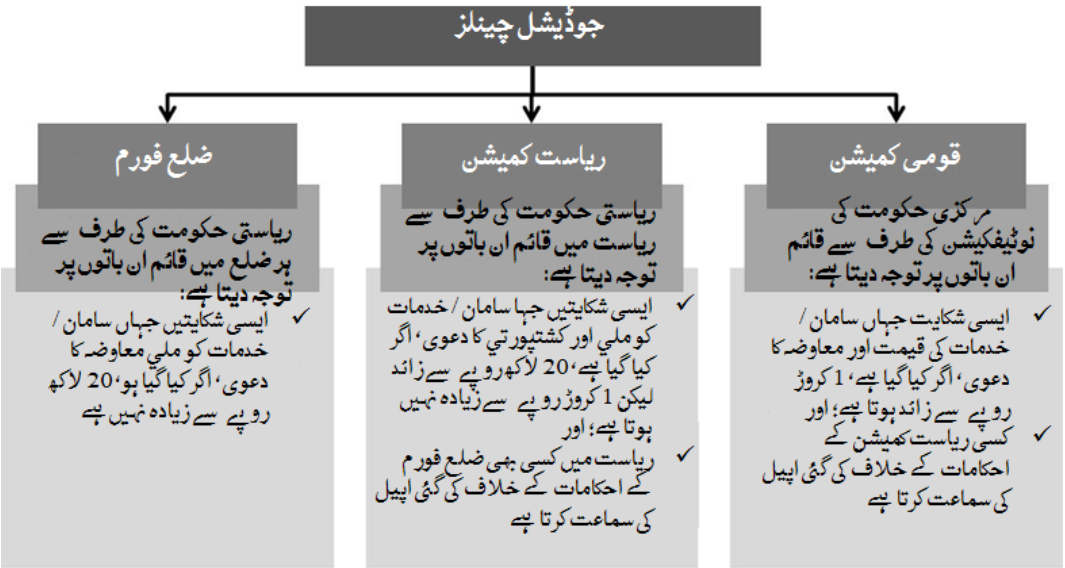
- ✓ یہ ضلع فورم کی اپیل پر سماعت کرتا ہے۔
- ✓ اس کا اصل دائرہ بھی ان شکایات کی سماعت کرنا ہے جہاں سامانوں / خدمات کی قیمت اور معاوضہ، اگر کوئی دعوی کیا گیا ہے، 20لاکھ روپے سے زیادہ لیکن 100لاکھ روپے سے زیادہ نہیں رہتی ہے۔
- ✓ دیگر طاقتیں اور حقوق ضلع فورم کی طرح ہی ہیں۔

iii. قومی کمیشن

- ✓ ایکٹ کے تحت قائم آخری اتھارٹی قومی کمیشن ہے ۔
- ✓ اس کے پاس اصل، اپیل اور سپروائزری اتھارٹی رہتے ہیں ۔
- ✓ یہ ریاست کمیشن کی طرف سے منظور آرڈر کی درخواستوں کی سماعت کر سکتا ہے اور اس کی اصل دائرہ اختیار میں یہ ایسے تنازعات کو حل کرے گا جہاں سامان /خدمات کی قیمت اور معاوضہ کا دعوی معاوضہ 100لاکھ روپے سے زیادہ ہوتا ہے۔
- ✓ اس کے پاس ریاست کمیشن کے اوپر سپروائزری اتھارٹی رہتے ہے ۔

تمام تینوں ایجنسیوں کے پاس سول کورٹ کے حق رہتے ہیں۔

شکل ۲ : شکایت کا حل کرنیکے کے لئے چینل



b) شکایت درج کرانے کے عمل

مندرجہ بالا تمام تینوں حل کرنیوالی ایجنسیوں میں شکایت درج کرانے کے عمل بہت سادہ ہے ۔ریاست کمیشن یا قومی کمیشن کے سامنے شکایت درج کرانے یا عرضی دائر کرنے کے عمل کے لئے کوئی فیس نہیں ہے۔ شکایت خود شکایت کنندہ کی طرف سے یا اس کے بااختیار ایجنٹ کی طرف سے درج کرائی جا سکتی ہے ۔اسے ذاتی طور پر بھی دائر کیا جا سکتا ہے یا ڈاک سے بھی بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ غور کرنا چاہیے کہ شکایت داخل کرنے کے مقصد کے لئے کسی وکیل کی ضرورت نہیں پڑتی ہے۔

c) صارفین فورم کے حکم

اگر فورم اس بات سے مطمئن ہے کہ جس کے سامان کے خلاف شکایت درج کی گئی ہے، وہ شکایت میں مخصوص کسی بھی الزام سے دوچار ہے یا کہ خدمات کے بارے میں شکایت میں ملوث کوئی بھی الزام ثابت ہو جاتا ہے تو فورم اپوزیشن پارٹی کو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا ایک سے زیادہ قدم اٹھانے کی ہدایت دیتے ہوئے حکم جاری کر سکتا ہے یعنی،

i. **شکایت کار کو قیمت واپسی** (یا انشورنس کے معاملے میں پریمیم) ، شکایت کار ذریعے ادائیگی کی گئی فیس واپس کرنے کے لئے

ii. اپوزیشن پارٹی کی لاپرواہی کی وجہ سے صارفین کو ہوئے کسی بھی نقصان یا چوٹ کے لئے صارفین کو معاوضے کے طور پر اس طرح کی رقم ادا کرنے کے لئے

iii. متنازعہ خدمات میں دوش یا خامیوں کو دور کرنے کے لئے

iv. نامناسب کاروباری طرز عمل یا پابندیاں کاروبار روے بند کرنے اور اسے نہیں دہرانے کے لیے

v. پارٹیوں کو کافی لاگت دلانے کے لئے

d) شکایات کی نوعیت

جہاں تک انشورنس کاروبار کا سوال ہے، تینوں فورموں کے پاس آنے والے زیادہ تر صارفین تنازعہ مندرجہ ذیل اہم اقسام میں آتے ہیں –

i. دعووں کے تصرف میں ہونے والی تاخیر

ii. دعووں کا تصفیہ نہیں ہونا

iii. دعووں کو مسترد کرنا

iv. نقصان کی مقدار

v. پالیسی کے قواعد، ضوابط وغیرہ

3. انشورنس لوک پال

مرکزی حکومت نے انشورنس ایکٹ، 1938کے حقوق کے تحت 11نومبر 1998کو گورنمنٹ گزٹ میں شائع نوٹیفکیشن کی طرف سے لوک شکایت کا حل کرنا قوانین، 1998بنائے تھے. یہ شرائط زندگی اور غیر زندگی انشورنس کمپنیوں کے لئے انشورنس کے تمام ذاتی لائنوں یعنی کہ ذاتی صلاحیت میں لئے گئے انشورنس پر لاگو ہوتے ہیں.

ان قوانین کا مقصد انشورنس کمپنیوں کی جانب سے دعوے کے تصرف سے متعلق تمام شکایات کو سستی، موثر اور منصفانہ طریقے سے حل کرنا ہے.

لوک پال، بیمہ دار اور انشورنس کمپنی کی باہمی رضامندی سے حوالہ کی شرائط کے اندر اندر ایک ثالث اور مشیر کے طور پر کام کر سکتے ہیں.

شکایت کو قبول یا رد کرنے کے لئے لوک پال کا فیصلہ حتمی ہے.

a) لوک پال سے شکایت

لوک پال سے کی گئی کوئی بھی شکایت تحریری طور پر، بیمہ دار یا اس کے قانونی ورثاۂ کا دستخط، ایک ایسے لوک پال کو خطاب جس کا دائرہ وہاں ہے جہاں انشورنس کمپنی کی کوئی شاخ /دفتر ہے، دستاویزات کی طرف سے حمایت، اگر کوئی ہو، شکایت کنندہ کو ہوئے نقصان کی نوعیت اور حد کے اندازے اور مانگی گئی راحت کے ساتھ ہونی چاہئے.

لوک پال سے شکایت کی جا سکتی ہے اگر :

i. شکایت کنندہ نے انشورنس کمپنی کو پہلے ایک تحریری شکایت کی تھی اور انشورنس کمپنی نے یہ قدم اٹھایا تھا:

- ✓ شکایت کو مسترد کر دیا یا
- ✓ شکایت کنندہ کو انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت موصول ہونے کے بعد ایک ماہ کے اندر اندر کوئی جواب نہیں ملا

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

iii. شکایت انشورنس کمپنی کی طرف سے مسترد کی تاریخ سے ایک سال کے اندر اندر کی گئی ہے

iv. شکایت کسی بھی عدالت یا صارفین فورم یا ثالثی میں زیر نہیں ہے

b) لوک پال کی سفارشات

لوک پال سے کچھ فرائض /پروٹوکلز کے عمل کی توقع کی جاتی ہے :

i. اس طرح کی شکایت موصول ہونے کے ایک ماہ کے اندر اندر سفارشات کی جانی چاہئے

ii. سفارش کی کاپیاں شکایت کنندہ اور انشورنس کمپنی دونوں کو ارسال کرنے چاہئیں

iii. اس طرح کی سفارش موصول ہونے کے 15دن کے اندر اندر شکایت کنندہ طرف سفارشات کو تحریری طور پر تسلیم کیا جانا چاہئے

iv. بیمہ شدہ شخص کی طرف سے منظوری خط کی ایک کاپی انشورنس کمپنی کو ارسال کرنے چاہئیں اور اسے اس طرح کا منظوری خط موصول ہونے کے 15دن کے اندر اندر اس کی تحریری تصدیق مانگی جانی چاہئے.

c) فیصلہ

اگر تنازع کا تصفیہ ثالثی کی طرف سے نہیں ہوتا ہے تو لوک پال بیمہ دار کے لئے ایک فیصلہ منظور کرے گا جو اس کی نظر میں مناسب ہے اور جو بیمہ دار کے نقصان کو پورا کرنے کے لئے ضروری رقم سے زیادہ نہیں ہو گا.

لوک پال کے فیصلے مندرجہ ذیل قوانین سے کام ہوتے ہیں :

i. فیصلہ (فضل رقم کی ادائیگی اور دیگر اخراجات سمیت) 20 لاکھ روپے سے زیادہ کا نہیں ہونا چاہئے.

ii. فیصلہ اس طرح کی شکایت موصول ہونے کی تاریخ سے 3ماہ کی مدت کے اندر اندر کیا جانا چاہئے، اور بیمہ دار کو اس طرح کا فیصلہ موصول ہونے کے ایک ماہ کے اندر اندر حتمی حل کے طور پر اوارڈ کی وصولی کو قبول کرنا چاہئے

iii. انشورنس کمپنی فیصلے پر عمل کرے گی اور اس طرح کا منظوری خط موصول ہونے کے 15دن کے اندر اندر لوک پال کو ایک تحریری نوٹس بھیجے گی .

iv. اگر بیمہ دار تحریری طور پر اس طرح کے فیصلے کی منظوری کی اطلاع نہیں دیتا ہے تو انشورنس کمپنی فیصلے کو لاگو نہیں کر سکتے ہے.

خودکو ٹیسٹ کریں 1

_____کا حق علاقے ایسی شکایات پر توجہ دینے کا ہے جہاں اشیاء یا خدمات کی قیمت اور معاوضہ کا دعوی 20لاکھ روپے تک رہتا ہے .

I. ضلع فورم

II. ریاست کمیشن

III. ضلع کونسل

IV. قومی کمیشن

خلاصہ

- آئی آر ڈی اے نے ایک مربوط شکایت کے انتظام کے نظام (آئی جی ایم ایس) کی شروعات کی ہے جو بیمہ کی شکایت ڈیٹا کے مرکزی ذخیرے کے طور پر اور صنعت میں شکایت کا سراغ لگانا کی نگرانی کے لئے آلات کے طور پر کام کرتی ہے.

- صارفین تنازعہ کا حل کرنے والی ایجنسیاں ہر ضلع اور ریاست میں اور قومی سطح پر قائم کی گئی ہیں۔
- جہاں تک انشورنس کے کاروبار کا سوال ہے، سب سے زیادہ صارفین کی تنازعہ دعووں کے اختیار میں تاخیر، دعووں کی تلفی نہیں ہونے، دعووں کا مسترد ہونا، نقصان کی مقدار اور پالیسی کے قوانین، شرائط وغیرہ جیسی زمرے میں آتے ہیں۔
- انشورنس لوک پال، بیمہ دار اور انشورنس کمپنی کی باہمی رضامندی سے حوالہ کی شرائط کے اندر اندر ایک ثالث اور مشیر کے طور پر کام کر سکتے ہیں۔
- اگر تنازع کا تصفیہ ثالثی کی طرف سے نہیں ہوتا ہے تو لوک پال بیمہ دار کو ایسا فیصلہ منظور کرے گا جو اس کی نظر میں مناسب ہے اور بیمہ دار کے نقصان کو پورا کرنے کے لئے ضروری رقم سے زیادہ نہیں ہو گا۔

اہم اصطلاحات

1. ضم شکایت کے انتظام کے نظام (آئی جی ایم ایس)
2. صارفین کی حفاظت ایکٹ، 1986
3. ضلع فورم
4. ریاست کمیشن
5. قومی کمیشن
6. انشورنس محتسب

خود کے ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

صحیح جواب I ہے۔

ضلع فورم کا دائرہ ایسی شکایات پر توجہ دینے کا ہے جہاں اشیاء یا خدمات کی قیمت اور معاوضہ کا دعوی 20لاکھ روپے تک کا ہے۔

خود امتحان سوال

سوال 1

آئی جی ایم ایس لفظ کو وسعت اتارنا۔

I. انشورنس جنرل مینجمنٹ سسٹم

II. انڈین جنرل مینجمنٹ سسٹم

III. انٹگرٹیڈ گریوانس مینجمنٹ سسٹم

IV. ذہین گریواس مینجمنٹ سسٹم

سوال 2

ان میں سے کون سی صارفین شکایت کا حل کرنے والی ایجنسی 20 لاکھ روپے سے 100 لاکھ روپے تر کے صارفین تنازعات پر توجہ دے گی؟

I. ضلع فورم

II. ریاست کمیشن

III. قومی کمیشن

IV. ضلع کونسل

سوال 3

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار درست صارفین شکایت کے لئے بنیاد نہیں بن سکتا ہے؟

I. مصنوعات کی ا یم آر پی سے زیادہ قیمت وصول کرنے والا دکاندار

II. گاہک کو اپنی زمرے میں سب سے اچھے مصنوعات کی صلاح نہیں دینے والا دکاندار

III. دوا کی بوتل پر الرجک کا انتباہ نہیں دی گئی ہے

IV. عیب دار مصنوعات

سوال 4

ان میں سے کون سا انشورنس پالیسی سے متعلق شکایت درج کرانے کے سلسلے میں کسٹمر کے لئے سب سے زیادہ مناسب آپشن ہو گا؟

I. پولیس

II. سپریم کورٹ

III. انشورنس لوک پال

IV. ضلعی عدالت

سوال 5

ان میں سے کون سا بیان میں انشورنس لوک پال کے دائرہ اختیار کے سلسلے میں صحیح ہے؟

I. انشورنس لوک پال کا قومی دائرہ ہے

II. انشورنس لوک پال کا ریاستی سطح دائرہ ہے

III. انشورنس لوک پال کا ضلع سطحی دائرہ ہے

IV. انشورنس لوک پال صرف مخصوص علاقائی حدود کے اندر اندر کام کرتا ہے

سوال 6

انشورنس لوک پال کے پاس شکایت کیسے کی جائے گی؟

I. شکایت تحریری طور پر کی جائے گی

II. شکایت فون پر زبانی طور پر کی جائے گی

III. شکایت آمنے سامنے زبانی طور پر کی جائے گی

IV. شکایت اخبار میں اشتہار کے ذریعے کی جائے گی

سوال 7

ایک انشورنس لوک پال سے رابطہ کرنے کی ڈیڈ لائن کیا ہے؟

I. انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت کے مسترد کے دو سال کے اندر اندر

II. انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت کے مسترد کے تین سال کے اندر اندر

III. انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت کے مسترد کے ایک سال کے اندر اندر

IV. انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت کے مسترد کے ایک ماہ کے اندر اندر

سوال 8

ان میں سے کون سی لوک پال کے پاس شکایت کرنے کے لئے پہلے سے اہل نہیں ہے؟

I. شکایت "ذاتی لائن "انشورنس کے بارے میں کسی شخص کی طرف سے کی جانی چاہئے

II. شکایت انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت مسترد کئے جانے کے 1سال کے اندر اندر درج کرائی جانی چاہئے

III. شکایت کنندہ کو لوک پال سے پہلے صارفین فورم سے رابطہ کرنا چاہیے

IV. کل راحت کا مطالبہ 20لاکھ روپے کی رقم کے اندر اندر ہونی چاہئے

سوال 9

کیا لوک پال کے پاس شکایت درج کرانے کے لئے کوئی فیس / فیس ادا کرنے کی ضرورت ہے؟

I. 100روپے کا فیس ادا کرنے کی ضرورت ہے

II. کوئی فیس یا فیس ادا کرنے کی ضرورت نہیں ہے

III. مانگی گئی راحت کا 20٪ فیس کے طور پر ادا کیا جانا چاہئے

IV. مانگی گئی راحت کا 10٪ فیس کے طور پر ادا کیا جانا چاہئے

سوال 10

کیا ذاتی انشورنس کمپنی کے خلاف شکایت درج کی جا سکتی ہے؟

I. شکایتیں صرف عوامی انشورنس کمپنیوں کے خلاف درج کی جا سکتی ہیں

II. ہاں، ذاتی انشورنس کمپنیوں کے خلاف بھی شکایت کی جا سکتی ہے

III. صرف زندگی بیمہ کے میدان میں کام کرنے والے ذاتی انشورنس کمپنیوں کے خلاف شکایت درج کی جا سکتی ہے

IV. صرف غیر زندگی انشورنس کے علاقے میں کام کرنے والے ذاتی انشورنس کمپنیوں کے خلاف شکایت درج کی جا سکتی ہے

خود امتحان سوالات کے جوابات

جواب 1

صحیح انتخاب IIIہے .

آئی جی ایم ایس کا مطلب ہےانٹیگریٹڈ شکایت کے انتظام کے نظام (انٹیگریٹ گریوانس مینجمنٹ سسٹم) -

جواب 2

صحیح انتخاب IIہے .

ریاست کمیشن 20 لاکھ روپے سے 100 لاکھ روپے تک کی رقم کے صارفین تنازعات کا تصفیہ کرے گا.

جواب 3

صحیح انتخاب IIہے .

آپ کی زمرے میں سب سے اچھے مصنوعات کی صلاح نہیں دینے والا دوکاندار جائز صارفین شکایت کی بنیاد نہیں بن سکتا ہے.

جواب 4

صحیح انتخاب IIIہے .

شکایت اس انشورنس لوک پال کے پاس درج کی جائے گی جس کے دائرہ اختیار میں انشورنس کمپنی کا دفتر آتا ہے.

جواب 5

صحیح انتخاب IVہے .

انشورنس لوک پال صرف مخصوص علاقائی حدود کے اندر اندر کام کرتا ہے .

جواب 6

صحیح انتخاب Iہے .

لوک پال کو تحریری طور پر شکایت کی جائے گی.

جواب 7

صحیح انتخاب IIIہے .

شکایت دار کو انشورنس کمپنی کی طرف سے شکایت کے مسترد کے ایک سال کے اندر اندر لوک پال سے رابطہ کرنا چاہئے .

جواب 8

صحیح انتخاب IIIہے .

شکایت دار کو لوک پال سے پہلے صارفین فورم سے رابطہ کرنے کی ضرورت نہیں ہے.

جواب 9

صحیح انتخاب IIہے .

لوک پال کے پاس شکایت درج کرانے کے لئے کوئی فیس / فیس ادا کرنے کی ضرورت نہیں ہے .

جواب 10

صحیح انتخاب IIہے .

ہاں، ذاتی انشورنس کمپنیوں کے خلاف بھی شکایت کی جا سکتی ہے.

باب 4
بیمہ ایجنٹ ریگولیشنز

بیمہ ایجنٹ

انشورنس ایجنٹ کے ریگولیشن کی تقرری ایک اپریل 2016 سے مؤثر عمل میں آئیں گے۔

مندرجہ ذیل تعریفات متعلقہ ہیں۔

1. تعریفیں :

1) "ایکٹ" سے وقتا فوقتا ترمیم شدہ انشورنس ایکٹ، 1938 (1938 کے 4) کا مطلب ہے؛

2) " تقرری خط" سے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے کسی شخص کو بیمہ کار طرف سے جاری کیا گیا تقرری کا خط کا مطلب ہے۔

3) " اپیل افسر" سے انشورنس ایجنٹ سے حاصل نمائندگی اور اپیلوں پر غور کرنے اور ان کا تصرف کرنے کے لئے بیمہ کار کی طرف سے ٹارچر افسر کا مطلب ہے۔

4) " انشورنس ایجنٹ" سے وہ شخص کا مطلب ہے جو بیمہ کار طرف انشورنس پالیسیوں کے تسلسل، تجدید یا حصول سے متعلق کاروبار سمیت انشورنس کاروبار کی توقع یا پروکیورمنٹ کے مقصد کے لئے مقرر کیا گیا ہو۔

5) " اتھارٹی" سے انشورنس ریگولیٹری اور ڈیویلپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999 (1999کا 41) کی دفعہ 3 کے تحت قائم بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ڈیویلپمنٹ اتھارٹی کا مطلب ہے۔

6) " متفرق انشورنس ایجنٹ" سے وہ شخص کا مطلب ہے جس کی تقرری دو یا اس سے زیادہ بیمہ کار طرف انشورنس ایجنٹ کے طور پر اس شرط کے تحت کی گئی ہو کہ وہ ایک زندگی بیمہ کار، ایک سادہ بیمہ کار، ایک صحت بیمہ کار اور ایک زمرہ (مونو لائن) بیمہ کاروں میں سے ہر زمرے میں ایک بیمہ کار سے زیادہ کے لئے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام نہیں کرے گا / کرے گی۔

7) "ایجنٹ کی مرکزی فہرست" سے اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا ایجنٹوں کی وہ فہرست کا مطلب ہے، جس میں تمام بیمہ کار کی طرف سے مقرر ایجنٹوں کا سارا تفصیل موجود ہو۔

8) " بلیک لسٹ میں درج ایجنٹ کی مرکزی فہرست" سے اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا ان ایجنٹ کی فہرست کا مطلب ہے جن کی تقرری بیمہ کار کے نامزد افسر کی طرف سے منظم- اخلاق کی خلاف ورزی اور / یا دھوکہ دہی کی وجہ سے رد / معطل کیا گیا ہو-

9) "نامزد افسر "سے بیمہ کار طرف انشورنس ایجنٹ کے طور پر کسی شخص کی تقرری کرنے کے لئے اختیار افسر کا مطلب ہے-

10) "امتحان باڈی "سے وہ ادارے کا مطلب ہے جو انشورنس ایجنٹ کے لئے بھرتی وسطی امتحانات کو منظم کرتی ہے اور جو اتھارٹی کی طرف سے قانونی تسلیم کیا جاتا ہے-

11) **"واحد زمرے بیمہ کار** "سے ان ضوابط کے مقصد کے لئے وہ بیمہ کار کا مطلب ہے جو انشورنس ایکٹ، 1938کی دفعہ (9) 2کے تحت وضاحت طور پر بیمہ کار ہو اور زراعت انشورنس، برآمد قرض کی ضمانت کاروبار جیسے کاروبار کی ایک مخصوص خصوصی زمرہ کاروبار کرتا ہو-

12) **ملٹی لیول مارکیٹنگ کی منصوبہ بندی** "سے ایکٹ کی دفعہ 42 اے کے وضاحت میں بیان طور پر کوئی منصوبہ کا مطلب ہے-

2. بیمہ کار طرف انشورنس ایجنٹ کی تقرری :

1) کسی بیمہ کار کی انشورنس ایجنٹ کے طور پر تقرری کی توقع کرنے والا درخواست گزار بیمہ کار کے نامزد افسر کو فارم I-A میں درخواست پیش کرے گی -

2) بیمہ کار کا نامزد افسر درخواست حاصل کرنے پر اس بات سے مطمئن گے کہ :

a) درخواست گزار نے فارم I-A میں تمام قسم سے مکمل ایجنسی درخواست پیش کی ہے؛

b) درخواست گزار نے ایجنسی درخواست فارم کے ساتھ پین کی تفصیلات پیش کی ہے؛

c) درخواست گزار نے کے ریگولیشن 6 کے تحت مخصوص طور پر انشورنس امتحان پاس کیا ہے؛

d) درخواست گزار کے ریگولیشن 7 میں درج کسی بھی ناقابلیت پر مشتمل نہیں ہے؛

e) درخواست گزار کے پاس انشورنس کاروبار کی توقع اور پروکیورکرنے کے لئے ضروری علم ہے؛ اور وہ پالیسی ہولڈر کے لیے ضروری سروس فراہم کرنے کے قابل ہے;

3) نامزد افسر ایجنسی درخواست کی تصدیق کرنے اور یہ پتہ لگانے میں مناسب احتیاط برتےگا کہ درخواست گزار ایک زندگی بیمہ کار، ایک سادہ بیمہ کار، ایک صحت بیمہ کار اور ایک زمرہ(مونو لائن) بیمہ کاروں میں سے ہر زمرے میں ایک بیمہ کار سے زیادہ کے لئے ایجنسی تقرری منعقد نہیں کرتا اور اس کا نام بلیک لسٹ میں درج مرکزی فہرست میں نہیں ہیں۔

4) نامزد افسر مندرجہ ذیل کا بھی توثیقی کرے گا

a) مندرجہ بالا ذیلی ضابطے (3)میں درج طور پر معلومات کا پتہ لگانے کے لئے درخواست گزار کی پین تعداد کے ساتھ اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا ابھکرتاو کی مرکزی فہرست کا توثیقی کرے گا.

b) درخواست گزار کا نام بلیک لسٹ میں درج نہیں ہے، یہ پتہ لگانے کے لئے اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا ابھکرتاو کی مرکزی بلیک لسٹ کی تصدیق کرے گا.

5) نامزد افسر اس بات سے مطمئن ہونے پر کہ درخواست گزار نے مندرجہ بالا ضابطے (2) 4سے 4 (4) تک میں درج تمام شتو کو پورا کیا ہے اور ایکٹ کی دفعہ 42 کی ذیلی دفعہ (3) میں درج کسی بھی انرھتا پر مشتمل نہیں ہے، ایجنسی درخواست کی پروسیسنگ کر سکتا ہے اور درخواست گزار سے تمام کاغذات حاصل کرنے سے 15 دن کے اندر ایک تقرری خط جاری کرنے کی طرف سے انشورنس ایجنٹ کے طور پر درخواست گزار کو تقرری فراہم کر سکتا ہے .نامزد افسر مقرر ایجنٹ کو ایک ایجنسی کا کوڈ نمبر مختص کرے گا اور مذکورہ ایجنسی کا کوڈ تعداد سے پہلے بیماکرتا کے نام کا مخفف رکھا جائے گا.

6) ایجنسی تقرری خط میں مذکورہ تقرری اور انشورنس ایجنٹ کے طور پر درخواست گزار کے کام طریقہ کار کو کنٹرول کرنے والی تمام شرائط گورننگ طور پر ذیل میں بیان کی گئی ہے فریم ورک کے مطابق طرز عمل تقرری کی شرائط مقرر کی جائیں گی۔ تقرری خط مندرجہ بالا درج کے طور پر ایجنٹ کی تقرری کے بعد 7 دن کے اندر روانہ کیا جائے گا۔

7) انشورنس ایجنٹ کے طور پر اس قسم مقرر درخواست گزار کو بیمہ کار کی طرف سے ایک شناختی کارڈ پیش کیا جائے گا جس ایجنٹ کی

شناخت اس بیمہ کار کے ساتھ قائم کرے گا جس کی نمائندگی ایک ایجنٹ کے طور پر وہ کر رہا/ رہی ہو۔

8) نامزد افسر کسی بھی درخواست گزار کو ایجنسی تقرری فراہم کرنے سے انکار کر سکتا ہے اگر درخواست گزار ان ریگولیشنس میں درج کسی بھی شرط کو پورا نہیں کرتا۔ نامزد افسر تقرری کے لئے ڈس کلیمر کی وجہ درخواست گزار کو تحریری درخواست کی وصولی سے 21 دن کے اندر مطلع کرے گا۔

9) درخواست گزار کو ایجنسی تقرری پیش کرنے سے انکار کرتے ہوئے گئے نامزد افسر کے فیصلے سے مطمئن ہے وہ فیصلے کا جائزہ لینے کے لئے بیمہ کار کی طرف سے نامزد اپیل افسر کو برائے جائزہ درخواست پیش کر سکتا ہے۔- بیمہ کار برائے جائزہ درخواست گزار کی طرف سے پیش کی درخواست پر غور کرنے کے لئے ایک اپیل افسر کو نامزد کرے گا۔ اپیل افسر کی درخواست پر غور کرے گا اور برائے جائزہ درخواست کی وصولی سے 15 دن کے اندر حتمی فیصلہ تحریری طور پر مطلع کرے گا ۔

3. بیماکرتا طرف متفرقات انشورنس ایجنٹ کی تقرری:

1) متفرق انشورنس ایجنٹ 'کے طور پر تقرری کی توقع کرنے والا درخواست گزار متعلقہ زندگی، عام، صحت بیماکرتا یا ایک قسم کے (مونو لائن) بیماکرتا، جیسی صورت حال ہو، کے نامزد افسر کو متفرقات ایجنسی درخواست فارم | بی' میں درخواست پیش کرے گی . متعلقہ بیماکرتاو کا نامزد افسر حاصل کی درخواست پر ضابطے 4 میں بتائے گئے قسم اور عمل کے مطابق کارروائی کرے گا.

4. انشورنس ایجنسی امتحان:

1) درخواست گزار ایک انشورنس ایجنٹ کے طور پر تقرری کیلئے اہل ہونے کے لئے اجازت کی طرف سے مقرر کورس کے مطابق زندگی، عام، یا صحت کی انشورنس، جیسی صورت حال ہو، کے موضوعات میں امتحان باڈی کی طرف سے طاقت انشورنس ایجنسی امتحان پاس کرے گا . ایجنسی امتحان میں کوالیفائی کرنے کے لئے ضرورت طور پر پریات انشورنس سے متعلق علم سے امیدواروں کو سسپنن کرنے کے لئے بیماکرتا انہیں ضروری مدد اور رہنمائی فراہم کرے گا۔

2) درخواست گزار کو مندرجہ بالا (1)میں درج طور پر کامیابی کے ساتھ انشورنس ایجنسی امتحان پاس کرتا ہو، اس کو امتحان باڈی کی طرف سے ایک اتیرتا سرٹیفکیٹ جاری کیا جائے گا .امتحان باڈی کی طرف سے جاری کیا گیا اتیرتا سرٹیفکیٹ پہلی بار کسی بیماکرتا

کے پاس ایجنٹ کے طور پر تقرری کی توقع کرنے کے مقصد کیلئے بارہ ماہ کی مدت کے لئے مقبول گے.

3) صرف وہ ہی امیدوار جنہوں نے اوپر درج ہی طور پر انشورنس ایجنسی امتحان میں کوالیفائی کرلیا ہو اور جو امتحان باڈی کی طرف سے جاری کیا گیا درست اتیرتا سرٹیفکیٹ منعقد کرتے ہوں، ابھکرتاو کے طور پر تقرری کیلئے غور کئے جانے کے لئے اہل ہوں گے.

5. .7انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے انرھتا :انرھتا کے لئے شرائط ایکٹ کی دفعہ (3) 42کے تحت مقرر کے طور پر ہوں گی.

6. طرز عمل-اخلاق

1) ہر ایجنٹ نیچے مخصوص طرز عمل-اخلاق پر عمل کریں گے:

a) ہر انشورنس ایجنٹ کرے گا، ----

i. اپنی اور اس بیمہ کار کی شناخت قائم کرے گا جس کا وہ نمائندگی کر رہا ہو؛

ii. ممکنہ گاہک کو ایجنسی شناختی کارڈ دکھائے گا، اور مانگ کرنے پر ممکنہ گاہک کو ایجنسی تقرری خط بھی ظاہر کرے گا؛

iii. آپ بیمہ کار کی طرف فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس مصنوعات کے سلسلے میں ضروری معلومات پھیلائے گا اور کسی مخصوص انشورنس کی منصوبہ بندی کی سفارش کرتے وقت ممکنہ گاہک کی ضروریات کی توجہ رکھے گا؛

iv. جہاں انشورنس ایجنٹ ایک ہی قسم کی مصنوعات کو پیش کرنے والے ایک سے زیادہ بیمہ کارکی نمائندگی کرتا ہو، وہاں اس کو چاہئے کہ وہ پالیسی ہولڈر کو ان تمام بیمہ کاروں کی مصنوعات کے سلسلے میں منصفانہ طور پر مطلع کرے جن کا وہ نمائندگی کر رہا ہو اور ممکنہ گاہک کی مخصوص ضروریات کے لئے سب سے زیادہ مناسب مصنوعات مطلع کریں;

v. اگر ممکنہ گاہکوں کی طرف سے پوچھا جائے تو فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس کی مصنوعات کے سلسلے میں کمیشن کے مان پیش کرے گا؛

vi. فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس کی مصنوعات کے لئے بیمہ کارالزام عائد کیے جانے والے پریمیم کی وضاحت کرے گا:

vii. بیمہ کار سے تجویز فارم میں مطلوب معلومات کی شکل اور کسی انشورنس معاہدے کی خریداری میں اہم معلومات کے انکشاف کی اہمیت بھی ممکنہ گاہک کو واضح کرے گا؛

viii. ممکنہ گاہکوں کے بارے میں بیمہ کار کی معلومات میں ایسا ہر حقیقت کو لے آئے گا جو انشورنس کے خطرے نشان سے متعلق ہو اور اس میں ایجنٹ کی معلومات میں آئی ہوئی مستقبل کلائنٹ کی کوئی بھی منفی عادات یا آمدنی کی عدم مطابقت شامل ہوں گے اور یہ معلومات چہاں بھی لاگو ہو دیکھیں "انشورنس ایجنٹ کی خفیہ رپورٹ" کہلانے والی ایک رپورٹ کے طور پر بیمہ کار کو پیش کئے جانے والے ہر پیشکش کے ساتھ دی جائے گی اور ممکنہ گاہکوں کے بارے میں تمام مناسب چیک کرنے کے کی طرف تجویز کی منظوری کے سلسلے میں بیمہ کار کے خطرے نشان سے متعلق فیصلے کو منفی طور پر متاثر کرنے والا کوئی بھی اہم حقیقت بیمہ کار کی معلومات میں لایا جائے گا؛

ix. بیمہ کار کے پاس تجویز فارم دائر کرنے کے وقت مطلوبہ دستاویزات؛ اور پیشکش کو مکمل کرنے کے لئے بیمہ کار کی طرف سے پوچھے گئے دیگر دستاویزات حاصل کرے گا؛

x. ہر ممکنہ گاہک کو پالیسی کے تحت نامزدگی پورا کرنے کے لئے مطلع کرے گا؛

xi. بیمہ کار کی طرف تجویز کی منظوری یا مسترد کرنے کے بارے میں مستقیل گاہک کو فوری طور پر مطلع کریں گا؛

xii. چہاں بھی ضروری ہو وہاں پالیسی یا کسی دیگر پالیسی سروس کے تحت پالیسی کے کام، پتے میں تبدیلی یا اختیارات کے استعمال سمیت پالیسی سروسنگ کے تمام موضوعات کے سلسلے میں اپنے ذریعے سے واقف کرائی گئی ہر پالیسی ہولڈر کو ضروری مدد اور مشاورت فراہم کرے گا؛

xiii. بیمہ کار کی طرف دعوؤں کے تصفیہ کے لئے توقعات پر عمل کرنے کےپالیسی ہولڈر کے یا دعویداروں یا فائدہ اٹھانے والوں کو ضروری مدد فراہم کرے گا؛

2) کوئی بیمہ ایجنٹ نہیں کریں گا، ----

a. بیمہ کارکا اس طور پر کام کرنے کے لئے مقرر کئے بغیر انشورنس کاروبار کی توقع نہیں کرے گا یا اس کا پروکیور نہیں کرے گا؛

b. تجویز فارم میں کوئی اہم معلومات چھوڑنے کے لئے ممکنہ گاہک کو حوصلہ افزائی نہیں کرے گا؛

c. تجویز کی منظوری کے لئے بیمہ کار کو پیش کی گئی تجویزیں فارم یا دستاویزات میں غلط معلومات پیش کرنے کے لئے مستقبل گاہک کو حوصلہ افزائی نہیں کرے گا؛

d. انشورنس پالیسیوں کی توقع یا پروکیورینگ کے لئے پرتوں مارکیٹنگ کا سہارا نہیں لے گا اور / یا ممکنہ کلائنٹ / پالیسی ہولڈر کو کسی سطحوں کی مارکیٹنگ کی منصوبہ بندی کے تئیں حوصلہ افزائی نہیں کرے گا؛

e. ممکنہ گاہک کے ساتھ کسی نازیبا طریقے سے برتاؤ نہیں کریں گے؛

f. کسی دوسرے انشورنس ایجنٹ کی طرف سے لائے گئے کسی بھی قرارداد میں مداخلت نہیں کرے گا؛

g. آپ بیمہ کار کی طرف سے تجویز کی شرح، فوائد، قوانین اور شرائط کو چھوڑ کر کوئی بھی دوسرے کی شرح، فوائد، شرائط اور شرائط مجوزہ نہیں کرے گا؛

h. کسی انشورنس معاہدے کے تحت استفادہ کنندہ سے آمدنی کا کسی حصہ کا مطالبہ نہیں کرے گا یا حاصل نہیں کرے گا؛

i. پالسیدارک کو موجودہ پالیسی کو ختم کرنے اور پہلے کی پالیسی کی ایسی ختم ہونے کی تاریخ سے تین سال کے اندر اس نئی پالیسی پیدا کرنے کے لئے مجبور نہیں کرے گا؛

j. ایک انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے نئی ایجنسی تقرری کیلئے درخواست جمع نہیں کرے گا، اگر اس ایجنسی تقرری نامزد افسر کی طرف سے مشرق میں رد کی گئی ہو اور ایسے منسوخ کی تاریخ سے پانچ سال کی مدت بسر نہیں ہوئی ہو؛

k. کسی بیمہ کار کا ڈائریکٹر نہیں بنے گا یا اس طور پر نہیں رہے گا۔

3) ہر انشورنس ایجنٹ، اس کی طرف پہلے سے ہی حاصل انشورنس کے کاروبار کو محفوظ رکھنے کے نقطہ نظر سے پالیسی ہولڈر کو زبانی طور پر اور تحریری طور پر اطلاع دینے کی طرف سے مقرر وقت کے اندرپالیسی ہولڈرکے طرف پریمیمز کا ترسیلات زر کو یقینی بنانے کی ہر طرح سے کوشش کرے گا ۔

4) ایسا کوئی بھی شخص جو انشورنس ایجنٹ کے طور پر انشورنس ایکٹ، 1938 اور اس کے تابع بنائے گئے قواعد و ضوابط کی دفعات کے خلاف

کام کرتا ہے، ہار کے لئے ذمہ دار ہو گا جس کی حد دس ہزار روپے تک ہو سکتی ہے اور ایسا کوئی بھی بیمہ کار یا بیمہ کار کی طرف سے کام کرنے والا کوئی بھی شخص، جو ایسے کسی شخص کو جسے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کی اجازت نہیں ہے، انشورنس ایجنٹ کے طور پر مقرر کرتا ہے یا ایسے کسی شخص کے ذریعے سے بھارت میں انشورنس کا کاروبار کرتا ہے، ہار کے لئے ذمہ دار ہو گا جس کی حد ایک کروڑ روپے تک ہو سکتی ہے۔

5) بیمہ کار آپ ایجنٹ کے تمام افعال اور غلطیوں کے لئے ذمہ دار ہوں گے جن میں ان ضوابط کے تحت مخصوص طرز عمل-اخلاق کی خلاف ورزی شامل ہے، اور ہار کے لئے ذمہ دار ہو گا جس کی حد ایک کروڑ روپے تک ہو سکتی ہے۔

7. ایجنٹ کی تقرری کی معطلی :

1) ایجنٹ کی تقرری مناسب نوٹس اور مندرجہ ذیل حالات میں اسے اپنی بات کہنے کے لئے سماعت کی مناسب موقع دینے کے بعد رد یا معطل کی جا سکتی ہے:

a. اگر وہ انشورنس ایکٹ،1938 (1938 کا 4)، انشورنس ریگولیٹری اور ڈیویلپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999 (1999 کا 41) یا وقتا فوقتا ترمیم شدہ ان اعمال کے تابع بنائے گئے قوانین یا قواعد و ضوابط کی دفعات کی خلاف ورزی کرتا / کرتی ہے ;

b. مندرجہ بالا کسی بھی ناقابلیت کو اپنی طرف متوجہ نہیں کرتی ہے۔

c. اگر وہ ریگولیشن 8 میں مقرر طرز عمل-اخلاق اور وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے جاری کئے گئے ہدایات پر عمل نہیں کرتا / کرتی؛

d. اگر وہ تقرری کی شرائط کی خلاف ورزی کرتا / کرتی ہے؛

e. اگر وہ بیمہ کار یا اتھارٹی کی طرف سے مطلوب طور پر ایک ایجنٹ کے طور پر اپنے سرگرمیوں سے متعلق کوئی اطلاع پیش نہیں کرتا / کرتی؛

f. اگر وہ اتھارٹی کی طرف سے جاری کئے گئے ہدایات پر عمل نہیں کرتا / کرتی؛

g. اگر وہ غلط یا غیر حقیقی معلومات پیش کرتا/ کرتی ہے؛ یا انشورنس ایجنٹ کی تقرری کے لئے پیش کی درخواست میں یا اس کی درستگی کی مدت کے دوران اہم معلومات کو چھپاتا /چھپاتی ہے یا ظاہر نہیں کرتا / کرتی؛

h. بیمہ کار / اتھارٹی کی طرف سے مطلوب طور پر متواترمیعادی پیش نہیں کرتا / کرتی؛

i. اتھارٹی کی طرف سے کی گئی کسی بھی معائنہ یا جانچ پڑتال میں تعاون نہیں کرتا / کرتی؛

j. پالیسی ہولڈر کے شکایات کو حل نہیں کرتا / کرتی یا اس مقصد کے لئے اتھارٹی کو تسلی بخش جواب نہیں دیتا / دیتی؛

k. بیمہ کار کی جانب سےپالیسی ہولڈر کے/ ممکنہ گاہکوں سے ذخیرہ پریمیمز / نقد رقم کے خیانت میں براہ راست یا بالواسطہ طور پر ملوث ہے۔ تاہم، یہ شرط کسی ایجنٹ کو بیمہ کار کے مخصوص اجازت کے بغیر نقد / پریمیم کی ذخیرہ کرنے کی اجازت نہیں دیتا.

8. ایجنسی کے منسوخی کے لئے عمل:

انشورنس ایجنٹ کی ایجنسی کے منسوخی کے لئے آخری حکم جاری کرنے پر وہ آخری حکم کی تاریخ سے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنا ختم کریں گے / گی۔

9. ایجنسی تقرری کی معطلی/ منسوخ کے اثرات:

1) ایجنسی کی معطلی یا منسوخی کی تاریخ کو اور اس تاریخ سے انشورنس ایجنٹ ایک انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنا ختم کرے گا۔

a. ان ریگولیشن کے تحت جس ایجنٹ کی تقرری رد کی گئی ہو، اس کی تقرری خط اور شناختی کارڈ بیمہ کار تقرری کے منسوخی کو اثر لینے کو آخری حکم سے 7 دن کے اندر واپس حاصل کرے گا۔

b. بیمہ کار معطلی / منسوخ کا اثر لینے والے حکم کے مسائل کے بعد فوری طور پر آن لائن کے طریقہ کار میں اس ایجنٹ کا نام، جس کی تقرری معطل / مسترد کی گئی ہو، بلیک لسٹ میں درج کرے گا اور اس ایجنٹ کی تفصیلات اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا بلیک لسٹ میں درج ایجنٹ کے ڈیٹا بیس میں شامل کرے گا اور اتھارٹی کی طرف سے برقرار رکھا ایجنٹ کی مرکزی فہرست کے ڈیٹا بیس میں داخل کرے گا۔

c. اگر نامزد افسر کی طرف سے ایک خطابی حکم (اسپیکنگ آرڈر) کے مسائل کے ذریعے الشعبہ کارروائی کے اختتام پر کسی ایجنٹ کے سلسلے میں معطلی کا تنسیخ کی جاتی ہے، تو جیسے ہی اس معطلی کو تنسیخ کرتے ہوئے خطاب کرتے ہوئے حکم جاری کیا جاتا ہے، ایسے

ایجنٹ کی تفصیلات بلیک لسٹ میں درج ایجنٹ کی فہرست میں سے ہٹا دیا جائے گا۔

d. بیمہ کاربھی دوسرے بیمہ کار، زندگی یا عام یا صحت بیمہ کار یا ایک قسم کے (مونو لائن) بیمہ کار کو، جن کے پاس وہ ایجنٹ کے طور پر کام کر رہا / رہی ہو، انشورنس ایجنٹ کے خلاف کی گئی کارروائی کی اطلاع ان کے ریکارڈ اور ان کی طرف ضروری کارروائی کے لئے دے گا ۔

10. انشورنس ایجنٹ کی طرف سے تقرری سے استعفی / تقرری کے دست برداری کے سلسلے میں پیروی کیے جانے والا عمل:

1) اگر بیمہ کار کی طرف سے مقرر کوئی انشورنس ایجنٹ آپ بیمہ کار کے قریب واقع اپنی ایجنسی کا دست بردار کرنا چاہتا / چاہتی ہے، تو وہ جس بیمہ کار کے پاس موجودہ اپنی ایجنسی منعقد کرتا / کرتی ہے، اس کے نامزد افسر کو اپنا تقرری خط اور شناختی کارڈ حوالہ کرے گا / کرے گی۔

2) بیمہ کار تقرری سے استعفی یا تقرری کے دست برداری کی تاریخ سے15 دن کی مدت میں فارم I-C میں دیئے گئے تفصیلات کے مطابق اختتامی سرٹیفکیٹ جاری کرے گا۔

3) انشورنس ایجنٹ جس نے اپنی تقرری کی دست برداری کی ہو، دیگر بیمہ کار کے پاس نئی تقرری کی توقع کر سکتے ہیں۔ ایسی صورت میں، ایجنٹ سے واجب ہے کہ وہ نئے بیمہ کار کو اپنی پچھلی ایجنسی کا سارا تفصیلات پیش کرے اور آپ ایجنسی درخواست فارم کے ساتھ فارم I-C میں گزشتہ بیمہ کار طرف سے جاری کیا گیا اختتامی سرٹیفکیٹ پیش کرے۔

4) بیمہ کار گزشتہ بیمہ کار طرف اختتامی سرٹیفکیٹ کے آؤٹ لائن کی تاریخ سے نوے دن کی مدت کے بعد ضابطے میں دی گئی فریم ورک کے مطابق ایجنسی کی درخواست پر غور کرے گا ۔

11. بیمہ کار کی طرف سے ایجنٹ کی تقرری کے لئے عام شرائط :

1) بیمہ کار معاہدہ کے تحت درج طور پر ایجنسی موضوعات کو شامل کرتے ہوئے ایک بورڈ کی طرف سے منظوری دے دی پالیسی بنائیں گا اور وہ ہر سال31 مارچ سے پہلے اجازت کے سامنے داخل کرے گا۔ بیمہ کارکی طرف سے بنائی جانے والی بورڈ کی طرف سے منظوری دے دی.

2) کوئی بھی شخص انشورنس ایجنٹ کے طور پر ایک زندگی بیمہ کار، ایک سادہ بیمہ کار، ایک صحت بیمہ کار اور ایک قسم کے (مونو لائن)

بیمہ کار میں سے ہر قسم کے ایک بیمہ کار سے زیادہ کے لئے کام نہیں کرے گا۔

3) کوئی بھی شخص، جو انشورنس ایجنٹ کے طور پر اس ایکٹ کی دفعات کے خلاف کام کرتا ہے، ہار کے لئے ذمہ دار ہو گا جس کی حد دس ہزار روپے تک ہو سکتی ہے۔

4) کوئی بھی بیمہ کاریا بیمہ کار کی طرف سے کام کرنے والا بیمہ کار کا کوئی بھی نمائندہ جو ایسے کسی شخص کو انشورنس ایجنٹ کے طور پر مقرر کرتا ہے جسے اس کے طور پر کام کرنے یا بھارت میں انشورنس کاروبار کرنے کی اجازت نہیں ہے، ہار کے لئے ذمہ دار ہو گا جس کی حد ایک کروڑ روپے تک ہو سکتی ہے۔

5) کوئی بھی بیمہ کار انشورنس طریقہ (ترمیم) ایکٹ، 2015 کے آغاز کی تاریخ کو یا اس کے بعد کسی وزیر ایجنٹ، بنیادی ایجنٹ اور خصوصی ایجنٹ کی تقرری نہیں کرے گا اور ان کے ذریعے سے بھارت میں کوئی انشورنس کاروبار نہیں کرے گا۔

6) کوئی بھی شخص پرتوں مارکیٹنگ کی منصوبہ بندی کے ذریعے کسی انشورنس پالیسی کو ہٹانے یا تجدید کرنے یا مسلسل برقرار رکھنے کے لئے کسی بھی شخص کو براہ راست طور پر یا بالواسطہ طور پر یا فتنہ کے طور پر کی اجازت نہیں دے گا یا اجازت دینے کی پیشکش نہیں کرے گا۔

7) اتھارٹی اس مقصد کے لئے اختیار ایک افسر کے ذریعے سطحوں کی مارکیٹنگ کے منصوبوں میں منسلک ادارے یا افراد کے سلسلے میں مناسب پولیس حکام سے شکایت کر سکتا ہیں۔

8) ہربیمہ کار اور انشورنس ایجنٹ کی تقرری کرنے میں بیمہ کار کی طرف سے کام کرنے والا ہر نامزد افسر اپنے کی طرف سے مقرر ہر انشورنس ایجنٹ کا نام اور پتہ اور اس کی تقرری آغاز کی تاریخ اور اس کی تقرری ختم ہونے کی تاریخ، اگر کوئی ہے تو، عکاسی ہوئے ایک رجسٹر رکھے گا۔

9) اوپر (8) میں درج طور پر ریکارڈ بیمہ کار کی طرف اس وقت تک رکھے جائیں گے جب تک انشورنس ایجنٹ خدمت میں رہے گا اور تقرری کے ختم ہونے سے پانچ سال کی مدت کے لئے رکھے جائیں گے۔

باب 5
زندگی بیمہ کےقانونی اصول

باب کا تعارف

اس باب میں ہم ان عناصر کے بارے میں بات چیت کریں گےجوزندگی بیمہ معاہدےکے طریق کارکا تعین کرتے ہیں. اس باب میں زندگی بیمہ معاہدے کی اہم خصوصیات کا ذکربھی کیا گیا ہے -

مطالعہ کا نتیجہ

A. بیمہ معاہدے - قانونی پہلواور خاص خصوصیات

A. بیمہ معاہدے-قانونی پہلو اور خاص خصوصیات

1. بیمہ معاہدہ - قانونی پہلو

a) **بیمہ معاہدے**

بیمہ میں معاہدہ سمجھوتا شامل ہوتا ہے، جس میں بیمہ کار پریمیم کے طور پرجانےجانے والےقیمت یا بدل کے لئے کچھ مخصوص جوکھم کے خلاف مالی تحفظ فراہم کرنے کے لئےاتفاق کرتا ہے۔ معاہدہ سمجھوتا بیمہ پالیسی کے طور پر ہوتا ہے.

b) **بیمہ معاہدے کے قانونی پہلو**

اب ہم بیمہ معاہدےکی کچھ خصوصیات پر غور کریں گےاور اس کے بعد ان کے قانونی اصولوں پر غور کریں گےجوعام طور پر بیمہ معاہدہ کے طورپرکنٹرول کرتے ہیں.

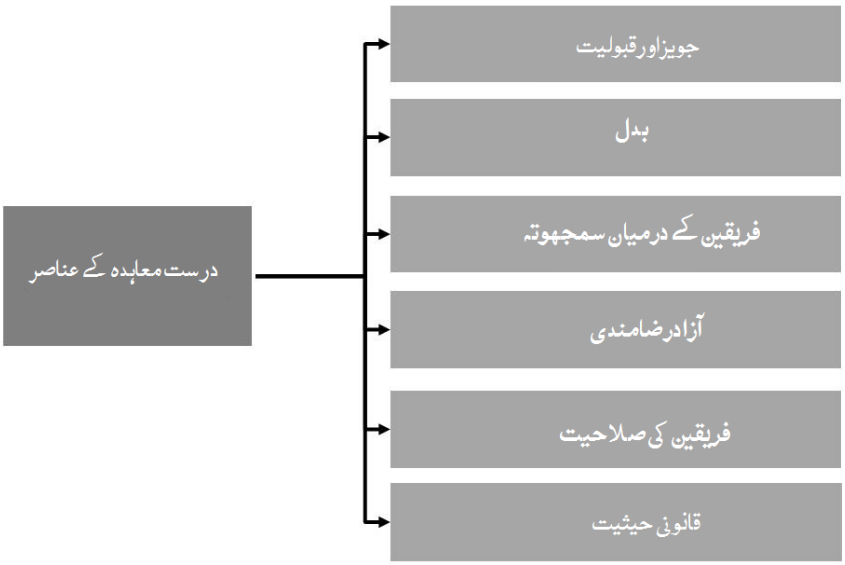
اہم

معاہدے، قانون کی طرف سےلاگو کرنےکے قابل دوفریقوں کے درمیان کیا جانے والا ایک سمجھوتا ہے .بھارتی معاہدے ایکٹ ،1872کےدفعات بھارت میں بیمہ معاہدہ سمیت تمام معاہدہ کو کنٹرول کرتے ہیں.

شکل :1بیمہ معاہدے

c) جائزقانونی معاہدے کےعنصر

شکل ۲ : جائزقانونی معاہدے کے عنصر



کسی جائزقانونی معاہدےکےعناصر ہیں :

i. تجویزاورقبولیت

جب کوئی شخص کسی دوسرے شخص سے کچھ کرنے یا کچھ کرنے سے بچنے کے لئےاپنی خواہش ظاہر کرتا ہے تو اس قسم کےکام کے لئےکہا جاتا ہےکہ اس نےتجویز پیش کی ہےعام طور پرتجویزپیش کش بیمہ خواہش مند کی طرف سے رکھا جاتا ہے اوربیمہ کار اُسے قبول کرتا ہے۔

جب وہ شخص جسے تجویز کیا گیا ہے، پیش کش سے اپنی ہاں بھرتا ہے تو یہ قبولیت مانی جاتی ہے۔اس لئے جب تجویز قبول کی جاتی ہے تو وہ وعدہ ہو جاتا ہے۔

قبولیت کی تجویز کو بتانے کی ضرورت ہوتی ہے جس کے نتیجے میں معاہدے کی تعمیرہوتی ہے۔

جب تجویزکار بیمہ کی منصوبہ بندی کی شرائط کوقبول کرتا ہےاور اس رقم کی ادائیگی کر اپنی قبولیت کو ظاہر کرتا ہے وہ رقم کی منظوری پر پہلے پریمیم میں تبدیل ہو جاتا ہے اور تجویز پالیسی ہو جاتا ہے۔

اگرکوئی شرط رکھی جاتی ہے تو وہ انسواد پیشکش ہو جاتی ہے۔

پالیسی بانڈ معاہدے کا ثبوت ہو جاتا ہے۔

ii. بدل

اسکا مطلب ہے کہ فریقین کے لیے معاہدے میں کچھ باہمی فائدہ ضرور ہونےچاہئے۔ پریمیم بیمہ دار سے حاصل ہونے والا بدل ہے اورمعاوضہ کے لئے بیمہ کار کی جانب سے دیا جانے والا وعدہ بدل مانا جاتا ہے۔

iii. فریقین کے درمیان سمجھوتہ

دونوں فریقوں کو یکساں معنی میں یکساں شے پر اتفاق ہونا چاہئے. دیگرالفاظ میں، دونوں فریقوں کے درمیان" ایک ہی بات پراتفاق رائے" ہونی چاہئے- بیمہ کمپنی اور پالیسی ہولڈر دونوں کو یکساں معنی میں یکساں شے پر اتفاق ہونا چاہئے.

iv. آزاد رضامندی

کوئی معاہدے بناتے وقت آزاد رضامندی ہونی چاہئے.

رضامندی آزاد ہونی چاہئے نہ کہ یہ مندرجہ ذیل کتھیل وجوہات سے

- ✓ دباؤ
- ✓ نامناسب اثرات
- ✓ دھوکہ دہی
- ✓ غلط بیانی
- ✓ غلطی

جب کسی معاہدےکے لیےکی گئی رضامندی دباؤ ، دھوکہ دہی یاغلط بیانی پرمشتمل رہی ہو تو وہ سمجھوتہ صفرہوتا ہے.

v. فریقوں کی صلاحیت

معاہدے کرنے والےدونوں فریق معاہدے کرنے کے لئے قانونی طور پر قابل ہونے چاہئے. تجویز پردستخط کرنے کےوقت پالیسی ہولڈر بالغ اور ذہنی طور پرصحت مند ہونا چاہئے اور اسے قانونی طور پرنااہل قرار نہیں دیا گیا ہونا چاہئے. مثال کے طور پرنابالغ بیمہ معاہدے نہیں کر سکتے.

vi. قانونی

معاہدے کی مشمولات قانونی ہونی چاہئے، مثال کے طور غیر قانونی کاموں کےلئے کوئی بیمہ نہیں ہو سکتا- ایسا کوئی بھی سمجھوتہ جس کی مشمولات یا بدل غیر قانونی ہے، وہ باطل ہے.بیمہ معاہدے کی مشمولات ایک قانونی مشمولات ہوتے ہیں.

اہم

i. **دباؤ** –اس میں مجرمانہ ذرائع کے ذریعے ڈالا جانے والا دباؤ شامل ہے .

ii. **نامناسب اثرات** - جب کوئی شخص کسی دوسرے کے خواہش پر حاوی ہونے کے قابل ہو جائے گا تو وہ دوسرے کا نامناسب فائدہ اٹھانے کے لئے اس کی حالت کا استعمال کرے گا-

iii. **دھوکہ دہی** - جب کوئی شخص غلط یقین پر دوسرے کو کام کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کرتا ہے جو ایسے نمائندگی کی وجہ سے جسے وہ سچ نہیں مانتا .یہ حقائق کو جان بوجھ کر چھپاو سے یا ان کو غلط طریقے سے پیش کرنے کی وجہ سے ہو سکتا ہے .

iv. **غلطی** - کسی کے علم یا ایمان میں یا کسی چیز یا واقعہ کی وضاحت کرنے میں ہونے والی خامی .اس سے معاہدے کی مشمولات کے بارے میں کئے جا رہے معاہدے کو سمجھنے میں غلطی ہو سکتی ہے.

2. بیمہ کے معاہدے - خصوصی خصوصیات

a) صدق نیت یا انتہائی اچھا ایمان

یہ بیمہ معاہدے کا ایک بنیادی اصول ہے .یہ صدق نیت ہم آہنگی بھی کہلاتا ہے، جس کا مطلب ہوتا ہے کہ معاہدے کرنے والے ہر طرف بیمہ کی مشمولات سے متعلق تمام حقائق کا خلاصہ کریں۔

ہم آہنگی اور حتمی ہم آہنگی میں فرق کیا جا سکتا ہے .عام طور پر تمام تجارتی معاہدے میں یہ ضروری ہے کہ ہم آہنگی ان کے لین دین میں نظر آئے اور معلومات دینے میں کوئی دھوکہ دہی نہ ہو .اس کے علاوہ ہم آہنگی پر نظر رکھنے کے لئے قانونی ذمہ داری یہ ہے کہ بیچنے والا خریدار کو کنٹریکٹ کی مشمولات کے بارے میں کوئی معلومات دینے کے لئے مجبور نہیں ہے۔

یہاں توجہ دینے والا قاعدہ "دیکھ کر فروخت" "Caveat Emptor " ہیں جس کا مطلب ہے، خریدار ہوشیار .معاہدے کے اطراف سے یہ امید کی جاتی ہے کہ وہ معاہدے کی مشمولات کو چیک کریں اور اس لئے جب تک ممکن ہو کوئی فریق دوسرے کو گمراہ نہ کرے اور دیئے ہوئے جواب صحیح ہوں، ایسے میں دیگر فریق کو کنٹریکٹ سے گریز کرنے کا سوال ہی نہیں اٹھتا .

انتہائی اچھا ایمان : بیمہ معاہدہ مختلف بنیاد پر ہوتا ہے .سب سے پہلے، معاہدے کی مشمولات بالواسطہ ہے اور بیمہ کار کی براہ راست مشاہدے یا تجربے کی طرف سے آسانی سے جانی نہیں جا سکتی ہے .اس کے ساتھ ہی کئی دیگر حقیقت ہیں جو فطرتاً صرف تجویز کردہ کو معلوم ہوتے ہیں .بیمہ کار کو معلومات کے لئے بتائی گئی باتوں پر اکثر بھروسہ کرنا ہوتا ہے . اس لئے تجویزکردہ کا یہ قانونی فرض ہے کہ وہ بیمہ کار کو بیمہ کے مشمولات کے بارے میں سارے حقائق بتائیں جس کے پاس یہ معلومات نہیں ہیں.

مثال
ڈیوِڈ نے زندگی بیمہ پالیسی کے لئے ایک تجویز بنائی - پالیسی کے لئے درخواست کرتے وقت وہ ذیابیطس سے پریشان ہو کر اس کی دوا کروانے لگا- لیکن ڈیوِڈ نے زندگی بیمہ کمپنی کو اس حقیقت کو نہیں بتایا ڈیوِڈ تیس کی دہائی میں تھا اس لئے بیمہ کمپنی نے ڈیوِڈ سے بغیر اس کے علاج کرانے کی بات پوچھے، اس پالیسی کو جاری کر دی- پالیسی جاری کرنے کے کچھ سال بعد ڈیوِڈ کی صحت بگڑ گئی اور اسے ہسپتال میں داخل ہونا پڑا- ڈیوڈ اچھا نہ ہو سکا اور اگلے کچھ دنوں میں مر گیا- زندگی بیمہ کمپنی پر دعوی ٹھوکا گیا- ڈیوڈ کے نامزد کو تعجب ہوا کیونکہ زندگی بیمہ کمپنی نے دعوی کو مسترد کر دیا .اپنی اس جانچ میں بیمہ کمپنی نے پایا تھا کہ پالیسی کے لئے درخواست کیے جانے کے وقت سے ہی ڈیوڈ ذیابیطس سے متاثر تھا اور اس نے یہ حقیقت جان بوجھ کر چھپائی تھی .اس لئے بیمہ معاہدے باطل قرار دیا گیا اور دعوے کو مسترد کر دیا گیا.

اہم معلومات اسے کہتے ہیں جس کی بنیاد پر بیمہ کار مندرجہ ذیل فیصلہ لے سکتے ہیں۔

- ✓ کہ وہ خطرے کو قبول کریں یا نہیں؟
- ✓ اگر کریں تو پریمیم کی شرح اور موضوع اور شرائط و ضوابط کیا ہوں گی؟

حتمی ہم آہنگی کا قانونی فرض عام قانون کے تحت آتا ہے .فرض نہ صرف تجویز کی طرف جانے جانے والے مشہور حقائق پر لاگو ہوتا ہے بلکہ ان حقائق پر بھی لاگو ہوتا ہے جنہیں اسے جاننا چاہئے.

مثال

حقائق کے کچھ مثال نیچے دیے گئے ہیں جنہیں تجویز کردہ کو تجویز بناتے وقت ظاہر چاہئے -

i. **زندگی بیمہ :** خود کی طبی تاریخ، موروثی بیماریوں کا خاندانی تاریخ، تمباکو نوشی اور شراب پینے جیسی عادات، کام سے غیر موجودگی، عمر، شوق، تجویز کردہ کی کا آمدنی تفصیلات، پہلے سے لی گئیں زندگی بیمہ پالیسیاں، پیشے وغیرہ جیسی مالی معلومات۔

ii. **آگ بیمہ :** عمارت کی تعمیر و استعمال، عمارت کی عمر، احاطے میں سامان کی نوعیت وغیرہ -

iii. **سمندری بیمہ:** مال کی تفصیل، پیکنگ کے طریقہ کار وغیرہ۔

iv. **موٹر بیمہ :** گاڑی کی تفصیلات، خریداری کی تاریخ، ڈرائیور کی تفصیلات وغیرہ -

اس طرح بیمہ معاہدے زیادہ ذمہ داری کے تحت ہیں۔ جب یہ بیمہ کے لئے آتی ہیں تو ہم آہنگی معاہد حتمی ہم آہنگی معاہدہ ہو جاتی ہیں.

تعریف

"حتمی ہم آہنگی" کے تصور کو،"مجوزہ کیے جا رہے جوکھم کے لئے مانگے جانے پر یا بن مانگے رضاکارانہ طور پر بتانے کا مثبت فرض ہے تمام حقائق کو صحیح اور مکمل طور پر بیان کیا گیا ہے

اگر دونوں میں سے کسی بھی ایک فریق نے حتمی ہم آہنگی پر عمل نہیں کیا تو دوسرا فریق اس معاہدے کو ٹال سکتا ہے۔ اس کا بنیادی طور پر یہ مطلب ہوتا ہے کہ کسی کو بھی اپنی غلطی کا فائدہ اٹھانے کی اجازت نہیں ہونی چاہئے، خاص طور پر بیمہ معاہدے داخل ہوتے وقت -

یہ امید کی جاتی ہے کہ بیمہ ہولڈر کو اس حقیقت کے سلسلے میں کوئی غلط بیانی نہیں کرنی چاہئے جو بیمہ معاہدے کے موضوع کا مواد ہے .بیمہ ہولڈر کو تمام متعلقہ حقائق کا انکشاف کرنا چاہئے .اگر یہ ذمہ داری موجود نہیں ہے تو بیمہ کرانے والا شخصیت مشمولات پر خطرے کو متاثر کرتے ہوئے کچھ حقائق کو دبا سکتا ہے اور نا مناسب فائدہ حاصل کر سکتا ہے -

پالیسی ہولڈر سے امید کی جاتی ہے کہ بغیر کسی حقیقت کو چھپائے، وہ سچائی کے ساتھ صحت، خاندانی تاریخ، آمدنی، پیشہ وغیرہ کی صورت حال کا انکشاف کرے جس سے مناسب طرح سے جوکھم کا اندازہ کرنے کے لئے بیمہ کار قابل ہو۔ تجویز فارم میں غیر انکشاف یا غلط بیانی کے معاملے میں یہ بیمہ کاری کے بیمہ کار فیصلہ کو متاثر کر سکتا ہے، ایسے میں بیمہ کار کو معاہدے کو منسوخ کرنے کا حق ہے -

تمام اہم حقائق کا انکشاف کرنے کے لئے قانون کی ذمہ داری کو عائد کرتا ہے.

مثال

ایک ایگزیکٹو ہائی بلڈ پریشر سے پریشان ہے اور حال ہی میں اسے ایک ہلکا دل کا دورہ پڑا، جس کے سبب وہ ایک طبی پالیسی لینے کا فیصلہ لیتا ہے لیکن اس بات کا ذکر نہیں کرتا- اس طرح بیمہ کار بیمہ ہولڈر کی طرف سے حقائق کی غلط بیانی کی وجہ سے تجویز کو قبول کرنے سے ٹھگا جاتا ہے .

کسی شخص کے دل میں پیدائشی سوراخ ہے جس کے بارے میں معلومات کی تجویز فارم میں دی گئی ہے- اسے بیمہ کار کی طرف سے قبول کیا گیا ہے لیکن تجویز کو یہ مطلع نہیں کیا ہے کہ یہ سابق سے موجود بیماری کم سے کم 4 سال تک کور نہیں کئے جاتے ہیں .یہ بیمہ کار کی طرف حقائق کے بارے میں دی گئی گمراہ کن معلومات ہے.

b) اہم حقیقت

تعریف

اہم حقیقت کو اس طرح بیان کیا جاتا ہے کہ وہ حقیقت جو بیمہ بیمہ کار کو جوکھم کو قبول کرنا ہے یا نہیں اور اگر قبول کرنا ہے تو پریمیم کی شرح اور شرائط اور حالات کا فیصلہ کرنے میں لئے جانے والے فیصلے کو متاثر کرتا ہے .

کوئی غیر اعلانیہ حقیقت اہم ہے یا نہیں، یہ انفرادی معاملے کی حالات پر انحصار کرے گا اور اس کے بارے میں آخر میں صرف عدالت میں فیصلہ کیا جا سکتا ہے- بیمہ دار کو ان حقائق کا انکشاف کرنا پڑتا ہے جو خطرے کو متاثر کرتے ہیں .

آئیے، اب بیمہ میں ان حقائق قسم کو جانیں، جنہیں بتانا ضروری ہوتا ہے:

i. وہ حقیقت جو کسی خطرے کے بارے میں معمولی سے ظاہر ہوتے ہیں، پر ہوتے سنگین ہیں.

مثال

سمندری راستے سے لے جایا جا رہا خطرناک نوعیت کا کارگو، بیماری کی سابق تاریخ

ii. تمام بیمہ کاروں سے لی گئی سابق پالیسیوں کا وجود اور ان کی موجودہ حیثیت

iii. بیمہ کے لئے تجویز فارم یا درخواست میں تمام سوالات کے مواد سمجھے جاتے ہیں کیوں کہ یہ بیمہ کی مشمولات کے مختلف پہلوؤں اور اس کے جوکھم کی خلاصہ سے متعلق ہیں. ان کے بارے میں پوری حقیقت سے اور صحیح طرح سے مکمل جواب دینے کی ضرورت ہے .

مندرجہ ذیل کچھ منظر نامہ ہیں جس میں حقائق کا خلاصہ کرنے کی ضرورت نہیں ہے

معلومات

وہ اہم حقیقت جن کا خلاصہ کرنے کی ضرورت نہیں ہے .

یہ مانا گیا ہے کہ جب تک بیمہ کاروں کی طرف کوئی مخصوص جانچ نہیں ہوتی ہے،تجویز کار مندرجہ ذیل حقائق کا خلاصہ کرنے کے پابند نہیں ہیں :

i. جوکھم کو کم کرنے کے لئے کئے گئے اقدامات ۔

مثال : آگ بجھانے کی موجودگی

ii. وہ حقیقت جن کی معلومات بیمہ دار کو نہیں ہے یا وہ ان سے ناواقف ہے

مثال : کوئی شخص جو ہائی بلڈ پریشر سے متاثر ہے لیکن پالیسی لیتے وقت وہ اس بات سے ناواقف تھا تو اس پر اس حقیقت کے غیر انکشاف کا الزام نہیں لگایا جا سکتا۔

iii. مناسب محنت سے جس کی تلاش کی جا سکتی ہے؟

ہر باریک اور اہم حقیقت کا خلاصہ کرنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔ اگر بیمہ کاروں کو کچھ اور معلومات کی ضرورت ہوتی ہے تو انہیں اس کے لیے اس طرح کی معلومات لینے کے لئے بیدار ہونا چاہئے .

iv. قانونی معاملہ

مانا جاتا ہے کہ سب کو ملک کے قانون کا پتہ ہے۔

مثال: دھماکہ خیز مواد کے ذخیرہ کے بارے میں میونسپل کے قانون

v. جس کے بارے میں بیمہ دار لاتعلق ظاہر ہوتا ہے(یا آگے کی معلومات کی ضرورت پر توجہ نہیں دیتا)

بیمہ کار بعد میں اس بنیاد پر ذمہ داری سے مکر نہیں سکتا کہ جواب مکمل نہیں تھے.

جب خلاصہ کرنے کے لئے فرض ہو؟

زندگی بیمہ معاہدے کے معاملے میں انکشاف کرنے کا فرض اس وقت تک رویے کی پوری مدت کے دوران موجود ہے جب تک تجویز قبول نہیں کر لی جاتی اور پالیسی جاری نہیں کر دی جاتی .ایک بار پالیسی کے قبول ہو جانے پر آگے کسی ایسے حقائق کا انکشاف کرنے کی ضرورت نہیں جو پالیسی مدت کے دوران آئیں.

مثال

مسٹر راجن نے 15 سال کی مدت کے لئے ایک زندگی بیمہ پالیسی لی ہے۔ پالیسی لینے کے 6 سال بعد مسٹر راجن کو کوئی دل والا مسئلہ آتا ہے اور وہ ان کی سرجری ہوتی ہے .مسٹر راجن کو اس حقیقت کو بیمہ کار کو بتانے کی ضرورت نہیں ہے .

حالانکہ اگر قابل ادائیگی تاریخ پر پریمیموں کو جمع نہ کرنے کی وجہ سے پالیسی بند ہونے کی صورت میں ہے اور پالسی ہولڈر پالیسی معاہدے کو پھر سے چالو کرنا چاہتا ہے تو اس طرح سے چالو کرنے کے وقت یہ اس کی ذمہ داری بنتی ہے کہ وہ ان تمام حقائق کا انکشاف کرے جو اہم اور متعلقہ ہیں کیونکہ اب یہ ایک نئی پالیسی کے طور پر ہے۔

حتمی ہم آہنگی کی خلاف ورزی

اب ہم ان حالات پر غور کریں گے جو حتمی ہم آہنگی کی خلاف ورزی میں شامل ہو سکتی ہیں ۔اس طرح کی خلاف ورزی یا تو غیر انکشاف یا غلط بیانی سے پیدا ہو سکتی ہے۔

غیر انکشاف: یہ تب ہو سکتا ہے جب بیمہ دار عام طور پر اہم حقائق کے بارے میں خاموش رہتا ہے کیونکہ بیمہ کار نے کوئی خاص چیک نہیں کی ہے ۔ یہ بیمہ کار کی طرف پوچھے گئے سوالات کے گول مول جواب سے بھی ہو سکتا ہے ۔اکثر انکشاف نادانستہ (یہ بغیر کسی کے علم یا ارادے سے بھی ہو سکتا ہے) میں ہو سکتا ہے یا تجویز کار کے یہ سمجھنے سے بھی ہو سکتا ہے کہ حقیقت اہم نہیں تھا۔

ایسے معاملے میں یہ معصوم ہے۔ جب کوئی حقیقت جان بوجھ کر دبایا جاتا ہے تو یہ چھپاو سمجھا جاتا ہے۔ آگے، کیس میں اس کا مقصد دھوکہ دینا ہوتا ہے۔

غلط بیانی : بیمہ معاہدے کے مذاکرات کے دوران دیا گیا کوئی بیان نمائندگی کہلاتا ہے ۔نمائندگی حقیقت کا صحیح بیان یا ایمان، ارادے یا امید کا بیان ہو سکتا ہے ۔حقیقت کے بارے میں یہ امید کی جاتی ہے کہ بیان کافی حد تک صحیح ہونا چاہئے ۔جب یہ یقین یا توقع سے متعلق معاملات کے نمائندگی کے لئے آتا ہے، تو یہ سمجھا جاتا ہے کہ انہیں ہم آہنگی میں کیا گیا تھا۔

غلط بیانی کی دو اقسام ہیں :

i. **معصوم غلط بیانی** ان غلط بیانات سے متعلق ہوتی ہے جو بغیر کسی دھوکہ دہی کے ارادے سے کئے جاتے ہیں۔
ii. **دوسری طرف دھوکا دھڑي** مکمل غلط بیانی ان غلط بیانات سے متعلق ہوتی ہے جو بیمہ کار کو دھوکہ دینے کے ارادے سے کی جاتی ہے یا بغیر حقانیت کے بغیرسوچے دیئے جاتے ہے۔

کوئی بیمہ معاہدہ عام طور پر تب صفر ہو جاتا ہے جب اسے واضح طور پر دھوکے کے ارادے سے کیا گیا ہو یا دھوکا دھڑي سے پُر غلط بیانی کی گئی ہو ۔

حال ہی میں ترمیم (مارچ، 2015) انشورنس ایکٹ، 1938کی ان حالات کے بارے میں کچھ ہدایات ہیں جن کے تحت کسی پالیسی پر دھوکہ دہی کا سوال اٹھایا جا سکتا ہے۔ نئے دفعات اس طرح ہیں

فراڈ

دھوکا

بیمہ کی پالیسی کو پالیسی جاری ہونے کی تاریخ یا جوکھم شروع ہونے کی تاریخ یا پالیسی کےحیات نو کی تاریخ یا پالیسی کے رائڈر کی تاریخ، جو بھی بعد میں آتا ہو تو، سے تین سال کے اندر اندر کسی بھی وقت دھوکہ کی بنیاد پر سوالات کے گھیرے میں لایا جا سکتا ہے :

بیمہ کمپنی کو ان بنیادوں اور حقائق کے بارے میں تحریری طور پر بیمہ شدہ یا بیمہ شدہ کے قانونی نمائندوں یا نامزدگان یا تفویض کردہ کو بتائیں گے جن پر اس طرح کا فیصلہ مبنی ہیں -

"دھوکا " لفظ کو مندرجہ ذیل سے واضح اور مخصوص کیا گیا ہیں :

اظہار "دھوکا " کا مطلب ہے بیمہ کمپنی کو دھوکہ دینے یا بیمہ کمپنی کو ایک زندگی بیمہ پالیسی جاری کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کرنے کے ارادے سے بیمہ شدہ کی طرف سے یا اس کے ایجنٹ کی طرف سے کیا گیا ان میں سے کوئی بھی ایکٹ :

a) ایک حقیقت کے طور پر ایسا مشورہ جو سچ نہیں ہے اور جسے بیمہ شدہ سچ نہیں مانتا ہے ؛

b) بیمہ شدہ کو حقیقت کی معلومات اور اعتماد ہونے پر بھی فعال طور پر حقیقت کو چھپایا جانا ؛

c) دھوکہ دینے کے لئے موزوں کوئی بھی دوسرے ایکٹ ؛ اور

d) ایسا کوئی بھی ایکٹ یا بھول چوک جسے قانون خاص طور پر دھوکہ دہی اعلان کرتا ہے-

بیمہ کمپنی کی طرف سے خطرے کی تشخیص کے لیے ممکنہ طور پر متاثر کرنے والے حقائق کے بارے میں صرف خاموشی فراڈ نہیں ہے جب تک کیس کے حالات اس طرح نہیں ہیں کہ ان کا احترام کیا گیا ہے، بولنے کے معاملے میں خاموش رہنا انشورنس ہولڈر یا اس کے ایجنٹ کو فرض ہے یا دوسری صورت ان کی خاموشی اپنے آپ میں بولنے کے برابر ہے-

کوئی بھی بیمہ کمپنی دھوکہ کی بنیاد پر ایک زندگی انشورنس پالیسی کو مسترد نہیں کرے گی اگر بیمہ دار یہ ثابت کر سکتا ہے کہ اصل حقیقت کی غلط بیانی یا اسے چھپایا جانا اس کی بہترین معلومات اور اعتماد کے لئے صحیح تھا یا کہ حقیقت کو جان بوجھ کر چھپائے جانے کا کوئی ارادہ نہیں تھا یا کہ اس طرح اصل حقیقت کی غلط بیانی یا اسے چھپایا جانا انشورنس کمپنی کی معلومات میں ہیں :

اس کے علاوہ یہ رزق بھی ہے کہ دھوکہ کے معاملے میں، اگر پالیسی شدہ زندہ نہیں ہے تو غیر حقیقی ثابت کرنے کی ذمہ داری فائدہ اٹھانے والوں پر رہتا ہیں-

کوئی شخص جو انشورنس کے معاہدے کی درخواست اور اس کے بارے میں بات چیت کرتا ہے اس معاہدہ کرنے کے مقصد سے انشورنس کمپنی کا ایجنٹ سمجھا جائے گا-

c) قابل بیمہ مفاد

" بیمہ مفاد " کا وجود ہر بیمہ معاہدے کا لازمی حصہ ہے اور اسے بیمہ کے لئے سابق شرط کے طور پر مانا جاتا ہے .آئیے دیکھتے ہیں کہ کس طرح بیمہ جوا یا داؤ سے مختلف ہے.

i. جوا اور بیمہ

تاش کے کھیل کو دیکھیں، جہاں کوئی جیتتا یا ہارتا ہے .نقصان یا فائدہ اس لئے ہوتا ہے کہ شخصیت داؤ لگاتا ہے .یہ کھیل کھیلنے والا شخص کا صرف کھیل کو جیتنے کے علاوہ کھیل کے ساتھ کوئی اور مفاد یا تعلق نہیں ہوتا .بیٹنگ یا جوا عدالت میں قانونی طور پر لاگو نہیں ہوتے ہیں اور اس وجہ سے اس کے عمل میں کوئی معاہدہ غیر قانونی ہوگا. اگر کوئی اپنے گھر کو داؤ پر لگاتا ہے اور وہ تاش کے کھیل میں ہار جاتا ہے جو دوسری طرف اس کے وعدہ کو پورا کرنے کے لئے عدالت میں نہیں جا سکتا-

اب ایک گھر اور اس کے جلنے کا واقعہ پر غور کریں- وہ شخص جس نے اپنے گھر کا بیمہ کرایا ہے اس کا بیمہ کی مشمولات یعنی گھر کے ساتھ قانونی تعلق ہے- وہ اس گھر کا مالک ہے اور اس کے تباہ یا خراب ہونے پر اسے اقتصادی طور پر نقصان ہونے کا امکان ہے- ملکیت کا یہ تعلق آزادانہ طور پر ہوتا ہے، چاہے آگ لگے یا نہ لگے اور یہ وہ رشتہ ہے جو نقصان کی قیادت کرتا ہے- واقعہ(آگ یا چوری) سے نقصان ہوتا ہے چاہے کوئی بیمہ لیا ہو یا نہیں-

اس تاش کے کھیل کے برعکس، جہاں کوئی جیت یا ہار سکتا ہے، آگ کا صرف ایک ہی نتیجہ ہو سکتا ہے اور وہ ہے گھر کے مالک کا نقصان -

مالک اس بات کا یقین کرنے کے لئے بیمہ کرواتا ہے کہ ہوئے نقصان کی یکساں طریقے سے معاوضہ کیا جائے -

بیمہ دار کا جو مفاد اس کے گھر میں یا پیسوں میں ہوتا ہے، اسے بیمہ مفاد کہا جاتا ہے .بیمہ مفاد کی موجودگی بیمہ معاہدے کو قانون کے تحت جائز اور لاگو کرنے کے قابل بناتی ہے.

مثال

مسٹر چندر شیکھر ایک گھر خریدتے ہیں اور جس کے لئے انہوں نے کسی بینک سے ۱۵ لاکھ روپے کا رہن قرض لیا ہے .ذیل کے سوالات پر غور کریں -

- ✓ کیا گھر میں ان کا قابل بیمہ مفاد ہے؟
- ✓ کیا گھر میں بینک کا قابل بیمہ مفاد ہے؟
- ✓ کیا پڑوسیوں کا کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟

مسٹر سرینیواس کے خاندان میں ان کی بیوی، دو بچے اور بوڑھے والدین ہیں- ذیل کے سوالات پر غور کریں -

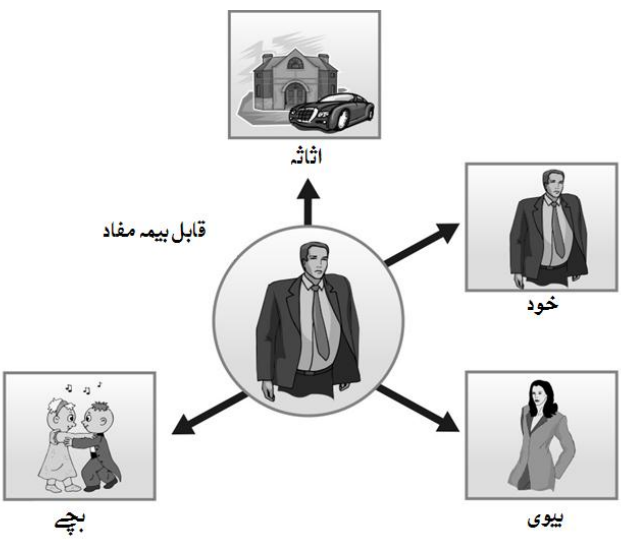
- ✓ کیا ان کا ان کی بھلائی میں کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟
- ✓ اگر ان میں سے کوئی ہسپتال میں داخل ہو جاتا ہے تو کیا ان کو مالی نقصان ہوسکتا ہے؟
- ✓ کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟

یہاں یہ ہم آہنگ ہوگا کہ بیمہ کی مشمولات اور بیمہ معاہدے کی مشمولات میں فرق کیا جائے-

بیمہ کی مشمولات کا تعلق اس جائیداد سے ہوتا ہے جس کے سامنے بیمہ کی جا رہی ہے اور جس کا خود کا اندرونی قیمت ہوتی ہے-

دوسری طرف **بیمہ معاہدے کی مشمولات** اس جائیداد میں بیمہ دار کا مالی مفاد ہوتا ہے۔ یہ صرف اسی وقت ہوتا ہے جب بیمہ دار کو اس جائیداد میں اس قسم کا مفاد ہوتا ہے جس کا بیمہ کرا سکنے کا اسے قانونی حق ہوتا ہے ۔اصلی معنی میں دیکھا جائے تو بیمہ پالیسی خود بخود اثاثہ شامل نہ کرتے ہوئے اس اثاثہ میں موجود بیمہ دار کے مالی مفاد کو شامل کرتی ہے۔

شکل ۳ : عام قانون کے مطابق قابل بیمہ مفاد



ii. قابل بیمہ مفاد کس وقت موجود ہونا چاہئے

زندگی بیمہ کے حوالے سے بیمہ مفاد پالیسی لینے کے وقت موجود ہونا چاہئے ۔عام بیمہ کے معاملے میں پالیسی لیتے وقت اور دعوے کے وقت قابل بیمہ مفاد موجود رہنا چاہئے مرین پالیسیاں اس مستثنیات ہیں۔

d) ملحقہ وجہ

آخری قانونی اصول ملحقہ وجہ کا اصول ہے .

ملحقہ وجہ بیمہ کا ایک اہم اصول ہے اور اس کا مطلب یہ جاننا ہوتا ہے کہ اصل میں نقصان یا ضرر کیسے واقع ہوئی اور یہ کہ کیا یہ کسی بیمہ دار جوکھم کی نتیجہ ہے- اگر نقصان کا سبب بیمہ شدہ جوکھم رہا ہو تو ایسے میں بیمہ کار کی ذمہ داری بنتی ہے .اگر فوری طور پر وجہ کوئی بیمہ شدہ جوکھم ہو تو بیمہ دار کے لئے یہ پابند ہے کہ وہ نقصان کی تلافی کرے، ورنہ نہیں-

اس اصول کے تحت بیمہ دار اس اہم وجہ کو تلاش کرتا ہے جو نقصان پیدا کرنے والے واقعات کی سیریز شروع کرتا ہے- یہ ضروری طور پر آخری واقعہ نہیں ہو سکتی ہے جو نقصان ہونے سے فورا پہلے واقع ہوئی ہے یعنی یہ ضروری طور پر وہ واقعہ نہیں ہوتی جو سب سے پہلے نقصان کرنے والی یا نقصان کے لئے فوری طور پر ذمہ دار رہتی ہے-

دیگر وجہ ریموٹ وجہ کے طور پر درجہ بندی کر سکتے ہیں، جو ملحقہ وجہ سے الگ رہتے ہیں .ریموٹ وجہ موجود ہو سکتے ہیں لیکن کسی واقعہ کو پیش کرنے میں سرگرم نہیں ہوتے.

تعریف

ملحقہ وجہ کو اس طرح وضاحت کي گئی ہے وہ فعال اور موثر وجہ کے طور پر جو واقعات کی سلسلہ کو شروع کرتا ہے اور جس کے نتیجے میں کوئی واقعہ تعین ہوتا ہے اور جس میں نئے اور آزاد ذرائع سے پیدا ہونے والے کسی فورس کی کوئی مداخلت نہیں رہتی-

ملحقہ وجہ کا اصول زندگی بیمہ معاہدہ پر کس طرح لاگو ہوتا ہے؟ چونکہ عام طور پر موت کی وجہ سے قطع نظر موت فائدہ کی ادائیگی کے لئے زندگی کا بیمہ فراہم کیا جاتاہے، یہاں اس لئے ملحقہ وجہ کا اصول لاگو نہیں ہوگا- اگرچہ بہت سے زندگی کی بیمہ کے معاہدہ میں حادثے منافع رائڈر بھی ہوتا ہے جس میں ایک اضافی بیمہ شدہ رقم حادثاتی موت پر قابل ادائیگی ہوتی ہے. ایسی حالت میں وجہ کا پتہ لگانا ضروری ہو جاتا ہے کہ کیا موت حادثے سے ہوئی ہے. ملحقہ وجہ کا اصول ایسے معاملات میں نافذ ہوگا.

پابندی کا معاہدہ

پابندی معاہدہ وہ معاہدہ ہوتا ہیں جو دیگر فریق کو عمل کرنے کا موقع دیتے ہوئے اس پارٹی کی طرف سے ڈرافٹ کی گئی ہوتی ہیں جن کے پاس بڑا سودے بازی کا فائدہ ہے، جیسے کہ معاہدے کو قبول یا رد کرنایہاں بیمہ کمپنی کے پاس معاہدے کے شرائط اور حالات کے سلسلے میں ہر قسم کی سودے بازی کے حقوق رہتے ہیں -

اسے بے اثر کرنے کے لئے، پالیسی لینے کے بعد بیمہ ہولڈر کو "فری-لک " مدت دی گئی ہے، جسے پالیسی دستاویز ملنے کے ۱۵ دنوں کے اندر اندر، اختلاف ہونے پر اسے منسوخ کر سکنے کا اختیار دیا جاتا ہے-

کمپنی کو تحریری میں مطلع کیا جانا چاہئے اور اخراجات اور چارج کم کرکےبچا ہوا پریمیم لوٹا دیا جاتا ہے.

e) **معاوضہ**

معاوضہ کا اُصول غیر زندگی کے بیمہ پالسیوں کے لئے لاگو ہوتا ہے- اسکا مطلب ہے کہ پالسی دار کو، جو ایک نقصان کا سامنا کرتا ہے، اس طرح تلافی کی جاتی ہے کہ اسے اسی مالی صورتحال میں لایا جا سکے جہاں وہ نقصان کا واقعہ واقع ہونے سے پہلے تھا-بیمہ معاہدہ (بیمہ پالسی کے ذریعےسے ثابت) یہ گارنٹی دیتا ہے کہ بیمہ دار کو نقصان کی رقم تک تلافی کی یا معاوضہ دیا جائیگا، اس سے زیادہ نہیں-

اُصول یہ ہے کہ شخص کو اپنے اثاثوں کا بیمہ کرکے فائدہ حاصل نہیں کرنا چاہئیے اور نقصان سے زیادہ وصول نہیں کرنا چاہئیے- بیمہ کمپنی نقصان کے اقتصادی قیمت کا اندازہ لگائے گی اور اس کے مطابق اسکی بھرپائی کرےگی-

مثال

رام نے 10 لاکھ روپے قیمت کی پوری رقم کے لئے اپنے مکان کا بیمہ کیا ہے-اسے آگ کی وجہ سے 70000 روپے کا تقریبا نقصان بھگتنا پڑتا ہے- بیمہ کمپنی اسے 70000 روپے کی ایک رقم ادا کرےگی- بیمہ دار شخص آگے کسی بھی رقم کا دعویٰ نہیں کر سکتا ہے-

اب ایک ایسی صورتحال پر غور کریں جہاں جائیداد کو اسکی مکمل قیمت کے لئے بیمہ نہیں کیا گیا ہے- تب شخص صرف اپنے بیمہ کے تناسب میں نقصان کے لئے معاوضہ حاصل کرنے کا حقدار ہوگا-

فرض کیجیے کہ 10 لاکھ روپے قیمت کے مکان کا صرف 5 لاکھ روپے قیمت کی ایک رقم کے لئے بیمہ کیا گیا ہے-اگر آگ کی وجہ سے ہونے والا نقصان 60000 روپے کا ہے تو شخص اس پوری رقم کا دعویٰ نہیں کر سکتا ہے-یہ سمجھا جاتا ہے کہ مکان مالک نے صرف اسکے آدھے قیمت کے برابر کا بیمہ کیا ہے اور اس طرح وہ نقصان کی رقم کے صرف 50٪ [30000 روپے] کا دعویٰ کرنے کا حقدار ہے-اسے اَنڈر انشورنس کے طور پر بھی جانا جاتا ہے-

ادا کی جانے والی معاوضہ کی پیمائش شخص کے ذریعے لئے جانے والے بیمہ کی قسم پر انحصار کرے گا -

---

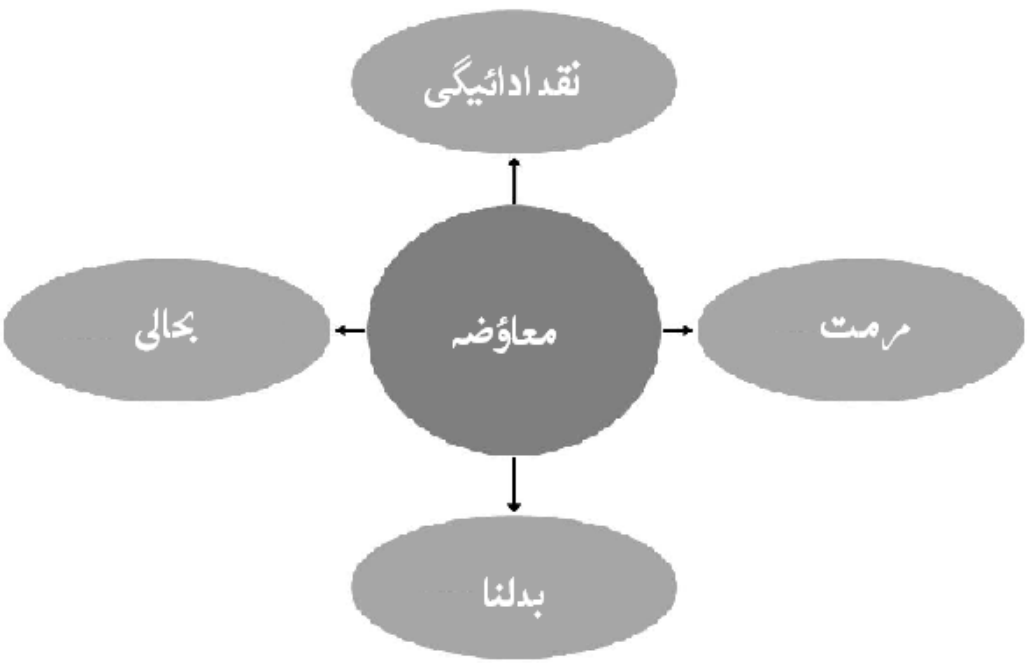
غیر زندگی کا بیمہ پالسیوں کے زیادہ تر قسموں میں، جو جائیداد اور مالی ذمہ داریاں کے بیمہ سے متعلق ہے، بیمہ دار شخص کو نقصان کی اصل رقم کی حد تک یعنی موجودہ بازار قیمتوں پر نقصان یا تباہ ہوئی جائیداد کو بدلنے کے لئے" اصل رقم گھٹاو قیمت " اس کی حد تک معاوضہ دیا جاتا ہے-

معاوضہ میں تصفیہ کے مندرجہ ذیل طریقوں میں سے ایک یا زیادہ کو اپنایا جا سکتا ہے:

- ✓ نقد ادائیگی
- ✓ ایک تباہ شدہ شے کی مرمت

- ✓ کھو یا نقصان پہنچا آئٹم کی تبدیلی
- ✓ بحالی، (بحالی) مثال کے طور پر، آگ کے ذریعے سے تباہ ایک گھر کی تعمیر نو

شکل ۱ : معاوضہ



لیکن، کچھ ایسے موضوع ہے جس کی قیمت کا اندازہ نقصان کے وقت آسانی سے نہیں لگایا یا نہیں دریافت کی جا سکتی ہے۔مثال کے لئے، یہ خاندانوں کے وارثوں کو ملنے والے سامان یا مَصنُوعہ کے معاملے میں کوئی قیمت طے کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ اسی طرح سمندری بیمہ پالسیوں میں دنیا بھر میں کسی جہاز کے آدھے راستے میں واقعہ کے واقع ہونے کی صورتحال میں ہوئے نقصان کی حد کا اندازہ لگانا مشکل ہو سکتا ہے۔

ایسے معاملوں میں 'متفق قیمت ' کے طور پر جانا جاتا ایک اُصول کو اپنایا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنی اور بیمہ دار معاہدہ کی شروعات میں قابلِ بیمہ اثاثہ کی قیمت پر متفق ہوتے ہیں۔ کل نقصان کی صورتحال میں بیمہ کمپنی پالسی کی متفق رقم کی ادائیگی کرنے کے لئے متفق ہوتی ہے۔ اس قسم کی پالسی کو "متفق قیمت پالسی" کے طور پر جانا جاتا ہے۔

£) قرض کی منتقلی(متبادل)

متبادل معاوضہ کے اُصول پر عمل کرتا ہے۔

متبادل کا مطلب بیمہ کے موضوع کے متعلق سے بیمہ دار شخص سے بیمہ کمپنی کو تمام حقائق اور علاج کی منتقلی کرنا ہے۔

اسکا مطلب یہ ہے کہ اگر بیمہ دار شخص کو ایک تیسرے پارٹی کی لاپرواہی کی وجہ سے اثاثہ کے نقصان کا سامنا کرنا پڑا ہے اور اس نقصان کے لئے بیمہ کمپنی کے ذریعے معاوضہ کی ادائیگی کی گئی ہے، تو لاپرواہ پارٹی سے معاوضہ حاصل کرنے کا حق بیمہ کمپنی کا ہوگا۔ یاد رکھیں کہ جمع کیا جانے والا معاوضہ کی رقم صرف بیمہ کمپنی کے ذریعے ادا کی گئی رقم کی حد تک ہے۔

اہم

متبادل: یہ ایک ایسا عمل ہے جس کا استعمال بیمہ کمپنی ایک لاپرواہ تیسری پارٹی سے ایک پالسی دار کو ادا کی گئی دعویٰ رقم کی وصولی کرنے کے لئے کرتی ہے۔

متبادل کو بیمہ دار کے ذریعے ایک ایسی بیمہ کمپنی کو حقوق سونپ دینے کے طور پر وضاحت کی جا سکتی ہے جس نے تیسری پارٹی کے خلاف ایک دعوے کی ادائیگی کی ہے۔

مثال

کشور صاحب کے گھریلو سامانوں کو سلوین ٹرانسپورٹ سروس میں لے جایا جا رہا تھا۔ ڈرائیور کی لاپرواہی کی وجہ سے 45000 روپے قیمت کی حد تک کے سامان تباہ ہو گئے اور بیمہ کمپنی نے کشور صاحب کو 30000 روپے قیمت کی ایک رقم اداکی - بیمہ کمپنی صرف 30000 روپے قیمت کی حد تک متبادل کرتی ہے اور سلوین ٹرانسپورٹ سے اس رقم کو وصول کر سکتی ہے۔

مان لیجیے، دعویٰ رقم 45،000/- روپے کے لئے ہے، بیمہ دار کو بیمہ کمپنی کے ذریعے 40،000 روپے کا معاوضہ دیاجاتا ہے، اور بیمہ کمپنی سلوین ٹرا نسپورٹ سے متبادل کے تحت 45،000/- روپے وصول کرنے میں اہل ہے، تب 5000 روپے کی باقی رقم بیمہ دار کو دینی پڑےگی۔

یہ بیمہ دار شخص کو نقصان کے لئے دو بار پیسے وصول کرنے سے روکتا ہے - ایک بار بیمہ کمپنی سے اور اسکے بعد پھر

تیسری پارٹی سے۔ متبادل صرف معاوضہ کے معاہدوں کے معاملے میں پیدا ہوتا ہے۔

مثال

مسٹر سریش کی فضائی حادثے میں انتقال ہو جاتی ہے۔ اس کا خاندان ایک ذاتی حادثے پالیسی جاری کرنے والی انشورنس کمپنی سے 50 لاکھ روپے کی پوری رقم کے ساتھ ساتھ ایئر لائن کی طرف سے ادا کیا جانے والا معاوضہ جیسے 15لاکھ روپے حاصل کرنے کا حقدار ہے۔

خود کو ٹیسٹ کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار دباؤ کی مثال ہے؟

I. رمیش ایک معاہدے پر دستخط کرتا ہے جس کی باریکیوں کی اسے معلومات نہیں ہے۔
II. رمیش مہیش کو دھمکی دیتا ہے کہ اگر اس نے معاہدے پر دستخط نہیں کئے تو وہ اُسے مار ڈالے گا۔
III. رمیش اپنے تجارتی عہدے کا استعمال کرتے ہوئے مہیش سے معاہدے پر دستخط کرا لیتا ہے۔
IV. رمیش غلط معلومات دیتے ہوئے معاہدے پر مہیش کے دستخط کروا لیتا ہے۔

خود کو ٹیسٹ کریں 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار رمیش کی طرف سے بیمہ شدہ نہیں کیا جا سکتا؟

I. رمیش کا گھر
II. رمیش کی بیوی
III. رمیش کے دوست
IV. رمیش کے والدین

خلاصہ

- بیمہ ایک معاہدہ کا سمجھوتہ ہوتا ہے جس میں بیمہ کار مخصوص خطرات کے سامنے مالی تحفظ دینے کے لئے اتفاق کرتا ہے جس کے لئے وہ ایک قیمت یا مفاد کو زیر غور کرتا ہے، جسے پریمیم کہا جاتا ہے .
- معاہدے فریقین کے درمیان قانون کی طرف سے لاگو کرنے کے قابل ہوتے ہیں -
- معتبر معاہدے میں مندرجہ ذیل عناصر شامل ہوتے ہیں :

i. تجویز اور قبولیت
ii. مفاد، یا بدل
iii. متفق طور پر اتفاق رائے،
iv. آزاد رضامندی،
v. فریقین کی صلاحیت اور
vi. مقصد کی قانونی حیثیت

- بیمہ معاہدہ میں مندرجہ ذیل خصوصیات شامل ہیں :

i. حتمی ہم آہنگی،
ii. قابل بیمہ مفاد،
iii. ملحقہ وجہ

اہم الفاظ

1. تجویز اور قبولیت
2. جائز تامل یا جائز بدل
3. متفق طور پر اتفاق رائے
4. حتمی ہم آہنگی
5. اہم حقیقت
6. قابل بیمہ مفاد
7. ملحقہ وجہ

خود ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

صحیح انتخاب II ہے -

رمیش مہیش کو معاہدہ پر دستخط نہیں کرنے پر جان سے مارنے کی دھمکی دیتا ہے، یہ دباؤ کی مثال ہے-

جواب 2

صحیح انتخاب III ہے -

رمیش کا اپنے دوست کی زندگی میں قابل بیمہ مفاد نہیں ہے اور اس وجہ سے وہ اسے بیمہ شدہ نہیں کر سکتا-

خود امتحان سوال

سوال 1

کسی جائز معاہدے کا کون سا عنصر پریمیم سے متعلق رہتا ہے؟

I. تجویز اور قبولیت
II. اجر یا مفاد
III. آزاد رضامندی
IV. معاہدے کے لئے فریقین کی صلاحیت

سوال 2

_____غلط بیان سے متعلق ہوتا ہے جو بغیر کسی دھوکا دھڑي کے ارادے سے بنائے گئے ہیں۔

I. غلط بیاني
II. شراکت
III. تجویز
IV. نمائندگی

سوال 3

_____میں مجرمانہ ذرائع کے ذریعے لاگو دباؤ شامل ہوتا ہے .

I. دھوکہ دہی
II. نامناسب اثرات
III. دباؤ
IV. غلطی

سوال 4

زندگی بیمہ معاہدہ کے سلسلے میں مندرجہ ذیل میں سے کون سا سچ ہے؟

I. وہ زبانی معاہدہ ہوتے ہیں جو قانونی طور پر لاگو کرنے کے قابل نہیں ہیں
II. وہ زبانی ہیں جو قانونی طور پر لاگو کرنے کے قابل ہیں
III. بھارتی معاہدے ایکٹ، 1872کی ضروریات کے مطابق وہ دو فریقوں (بیمہ کار اور بیمہ ہولڈر) کے درمیان معاہدے ہیں .
IV. وہ بازی معاہدے کی طرح ہیں -

سوال 5

مندرجہ ذیل میں سے کون سا معاہدے کے لئے ایک درست اجر نہیں ہے؟

I. پیسہ
II. جائیداد
III. رشوت
IV. زیورات

سوال 6

مندرجہ ذیل میں سے کون سا فریق زندگی انشورنس معاہدہ کرنے کے قابل نہیں ہے؟

I. کاروبار مالک
II. نابالغ
III. گھریلو خاتون
IV. سرکاری ملازمین

سوال 7

مندرجہ ذیل افعال میں سے کون سا "حتمی ہم آہنگی "کے اصول کو بتاتا ہے؟

I. انشورنس تجویز فارم میں معلوم طبی حالات کے بارے میں بتانا
II. انشورنس تجویز فارم میں معلوم اہم حقائق کا انکشاف نہ کرنا
III. انشورنس تجویز فارم میں معلوم اہم حقائق کا انکشاف کرنا
IV. وقت پر پریمیم کی ادائیگی کرنا

سوال 8

قابل بیمہ مفاد کے سلسلے میں مندرجہ ذیل میں سے کون سا صحیح نہیں ہے؟

I. اپنے بیٹے کے لئے والد کی طرف سے بیمہ پالیسی لینا
II. میاں بیوی کی طرف سے ایک دوسرے کے لئے انشورنس لینا
III. دوستوں کی طرف سے ایک دوسرے کے لئے انشورنس لینا
IV. آجر کی طرف سے ملازمین کے لئے انشورنس لینا

سوال 9

زندگی بیمہ کے حوالے سے قابل بیمہ مفاد کب موجود ہونا ضروری ہے؟

I. بیمہ کراتے وقت
II. دعوے کے وقت
III. زندگی بمہ کے معاملے میں قابل بیمہ مفاد ہونے کی ضرورت نہیں ہے
IV. یا تو پالیسی لیتے وقت یا دعوے کے وقت

سوال 10

مندرجہ ذیل منظر نامے میں موت کے ملحقہ وجہ کو تلاش کریں؟

گھوڑے سے گرنے کی وجہ سے اجے کی پیٹھ ٹوٹ جاتی ہے۔ پانی میں پڑے رہنے کی وجہ سے اسے نمونیا ہو جاتا ہے۔ اسے ہسپتال میں داخل کیا جاتا ہے پر نمونیا کے سبب وہ مر جاتا ہے۔

I. نمونیا
II. ٹوٹا ہوئی پیٹھ
III. گھوڑے سے گرنا
IV. جراحی تھراپی

خود امتحان سوالات کے جوابات

جواب 1

صحیح انتخاب II ہے۔
پریمیم سے متعلق جائز معاہدے کا عنصر مفاد ہے.

جواب 2

صحیح انتخاب I ہے۔
غلط بیانی غلط بیانات سے متعلق ہوتی ہے جو بغیر کسی دھوکا دھڑي کے ارادے سے کی جاتی ہیں۔

جواب 3

صحیح انتخاب III ہے .

دباؤ میں مجرمانہ ذرائع کے ذریعے لاگو دباؤ شامل ہوتا ہے.

جواب 4

صحیح انتخاب III ہے۔

زندگی بیمہ معاہدہ بھارتی معاہدے ایکٹ، 1872کی ضروریات کے مطابق دو فریقوں (بیمہ کار اور بیمہ ہولڈر) کے درمیان کیا جانے والا معاہدہ ہے۔

جواب 5

صحیح انتخاب III ہے۔

معاہدے کے لئے رشوت ایک درست مفاد نہیں ہے۔

جواب 6

صحیح انتخاب II ہے -

نابالغ زندگی کے بیمہ کے معاہدے کے لئے اہل نہیں ہیں۔

جواب 7

صحیح انتخاب III ہے۔

بیمہ تجویز فارم میں معلوم اہم حقائق کا انکشاف کرنا " حتمی ہم آہنگی " کے اصول سے متعلق ہے .

جواب 8

صحیح انتخاب III ہے۔

دوست ایک دوسرے کے لئے بیمہ نہیں لے سکتے کیونکہ اس میں ان کا کوئی قابل بیمہ مفاد نہیں ہوتا ہے۔

جواب 9

صحیح انتخاب I ہے۔

زندگی بیمہ کے حوالے سے بیمہ کراتے وقت قابل بیمہ کے مفاد کا موجود ہونا ضروری ہے۔

جواب 10

صحیح انتخاب III ہے۔

گھوڑے سے گرکر اجے کی موت کی ملحقہ وجہ ہے

2 کشنیس

کشنیس صحت

باب 6
صحت کے بیمہ کا تعارف

باب کا تعارف

یہ باب آپ کو سیکھاتا ہے کہ وقت کے ساتھ ساتھ بیمہ کی ترقی کیسے ہوتی ہے .یہ صحت کی دیکھ بھال، صحت کی خدمت کے سطحوں اور صحت کی خدمت کے اقسام کے بارے میں بھی سمجھائےگا. آپ ہندوستان میں صحت کی خدمات نظام اور اسے متاثر کرنے والے عوامل کے بارے میں بھی جانیں گے .آخر میں، یہ ہندوستان میں صحت کے بیمہ مارکیٹ کی ترقی اور ہندوستان کے صحت کے بیمہ مارکیٹ کے مختلف کھلاڑیوں کے بارے میں واضح کرے گا.

مطالعہ کے نتائج

A. صحت کی خدمات کیا ہے
B. صحت کی خدمات کی سطح
C. صحت کی خدمات قسم
D. ہندوستان میں صحت کے نظام کو متاثر کرنے والے عوامل
E. ہندوستان میں صحت کے بیمہ کی ترقی
F. صحت کی بیمہ مارکیٹ

اس باب کو پڑھنے کے بعد آپ ان باتوں کے قابل ہوں گے:

1. بیمہ کی ترقی کیسے ہو، اسے سمجھنا.
2. صحت کی خدمات کے تصور اور صحت کی خدمت کے اقسام اور سطح کی وضاحت کرنا.
3. ہندوستان میں صحت کی خدمات کو متاثر کرنے والے عوامل اور آزادی کے بعد کی ترقی کا اندازہ کرنا.
4. ہندوستان میں صحت کی بیمہ کی ترقی پر بحث کرنا.
5. ہندوستان کے صحت بیمہ مارکیٹ کو جاننا.

A. صحت کی خدمات (ہیلتھ کیئر) کیا ہے

اپنی "صحت ہی دولت ہے " کہاوت کے بارے میں سنا ہوگا . کیا آپ نے کبھی یہ جاننے کی کوشش کی ہے کہ اصل میں صحت کا کیا مطلب ہے؟ 'صحت(health) لفظ کی پیدائش 'hoelth' لفظ سے ہوئی تھی جس کا مطلب ہے ''جسم کی تندرستی .'

پرانے زمانے میں صحت کو ایک ' ڈیوائن گفٹ 'سمجھا جاتا تھا اور بیماری کو متعلقہ شخص کی طرف سے کئے گئے گناہوں کی وجہ سمجھی جاتی تھی . بیماری کے پیچھے وجوہات کو سامنے لانے والے شخص ہیپوکریٹس (370-60 قبل مسیح) تھے .ان کے مطابق بیماری ماحول، صفائی، ذاتی حفظان صحت اور غذا سے متعلق مختلف عوامل کی وجہ سے ہوتی ہے.

آیوروید کی بھارتی نظام، جو ہیپوکریٹس سے کئی صدیوں پہلے سے موجود ہے، صحت کو چار مائع اشیاء :خون، پیلا پت، سیاہ پت اور کف کے ایک نازک توازن کے طور پر مانتے آئے ہیں اور ان مائع اشیاء کو عدم توازن خراب صحت کا سبب بنتا ہے .بھارتی طبی کے بانی سوسرتا کو ایسی پیچیدہ جراحی طبی کا کریڈٹ دیا جاتا ہے جو ان دنوں مغرب میں بھی نامعلوم تھی.

ایک وقت کی مدت میں جدید طبی ایک پیچیدہ سائنس میں ترقی ہوئی ہے اور اب جدید طبی کا مقصد صرف بیماری کا علاج نہیں رہ گیا ہے بلکہ اس میں بیماری کی روک تھام اور زندگی کے معیار کو فروغ دینا بھی شامل ہو گیا ہے. صحت کی ایک وسیع پیمانے پر قابل قبول تعریف 1948میں عالمی ادارہ صحت کی طرف سے دی گئی ہے؛ اس میں کہا گیا ہے کہ" صحت ایک مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کی حالت ہے، نہ کہ صرف بیماری کی غیر موجودگی." یہ توجہ دیا جانا چاہئے کہ آیوروید جیسی بھارتی طبی نظام نے اناد دور سے صحت کے اس طرح کے پورے نقطہ نظر کو شامل کیا ہے.

تعریف

عالمی ادارہ صحت (ڈبلیوایچ او) : صحت ایک پوری جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کی حالت ہے، نہ کہ صرف بیماری کی غیر موجودگی.

صحت کے تعین کنندہ

عام طور پر ایسا مانا جاتا ہے کہ مندرجہ ذیل عوامل کسی بھی شخص کی صحت کا تعین کرتے ہیں:

a) طرز زندگی کے عوامل

طرز زندگی کے عوامل ایسے عوامل ہیں جو زیادہ تر متعلقہ شخص کے کنٹرول میں رہتے ہیں جیسے ورزش کرنا اور حدود کے اندر اندر کھانے کرنا، فکر سے بچنا اور اچھی صحت کی طرف بڑھنے کو پسند کرنا؛ اور تمباکو نوشی، منشیات کا استعمال، غیر محفوظ

جنسی تعلقات اور سست کاہل طرز زندگی (کوئی ورزش نہیں) وغیرہ جیسی خراب طرز زندگی اور عادات کینسر، ایڈز، ہائی بلڈ پریشر اور ذیابیطس جیسی بیماریوں کا سبب بنتی ہیں.

اگرچہ حکومت اس طرح کے طرز عمل کو کنٹرول /متاثر کرنے (جیسے منشیات کا استعمال کرنے والے لوگوں کو غیر ضمانتی قید کے ساتھ سزا دینا ، تمباکو مصنوعات پر انتہائی سود لگانا وغیرہ) میں ایک اہم کردار ادا ہے، پھر بھی ایک شخص کی ذاتی ذمہ داری طرز زندگی کے عوامل کی وجہ سے ہونے والی بیماریوں کو کنٹرول کرنے میں ایک فیصلہ کن کردار ادا ہے.

b) ماحولیاتی عوامل

محفوظ پینے کے پانی، حفظان صحت اور غذائیت صحت کے لئے اہم ہیں جن فقدان صحت سے متعلق سنگین مسائل کا سبب بناتا ہے جیسا کہ دنیا بھر میں، خاص طور پر ترقی پذیر ممالک میں دیکھا جاتا ہے . انپھلےجا اور چیچک جیسے متعدی بیماری خراب حفظان صحت کے نظام کی وجہ سے پھیلتے ہیں، ملیریا اور ڈینگو جیسی بیماریاں ماحولیاتی خراب حفظان صحت کی وجہ سے پھیلتے ہیں جبکہ کچھ بیماریاں ماحولیاتی عوامل کی وجہ سے بھی ہوتی ہیں، جیسے کچھ مینوفیکچرنگ کی صنعتوں میں کام کر رہے لوگ پیشہ ورانہ خطرات سے متعلق بیماریوں کے حساس ہوتے ہیں، جیسے کہ ایسبسٹس تعمیر میں کام کرنے والے کارکنوں پر ایسبسٹس کا اور کوئلہ کانوں میں کام کرنے والے کارکنوں پر پھیپھڑوں کی بیماریوں کا خطرہ رہتا ہے.

c) جنیاتی عوامل

بیماریاں جین کے ذریعے والدین سے بچوں میں جا سکتی ہیں . اس طرح کے جینیاتی عوامل کے نتیجے میں ذات، جغرافیائی حیثیت اور یہاں تک کہ کمیونٹیز کی بنیاد پر دنیا بھر میں پھیلی آبادی میں صحت کے الگ الگ رجحان دیکھنے کو ملتے ہیں.

یہ کافی واضح ہے کہ کسی ملک کی سماجی اور اقتصادی ترقی اس کی عوام کی صحت پر انحصار کرتی ہے . ایک صحت مند آبادی نہ صرف اقتصادی سرگرمی کے لئے پیداواری افرادی قوت فراہم کرتی ہے بلکہ قیمتی وسائل کو بھی مفت کر دیتی ہے جو ہندوستان جیسے ایک ترقی پذیر ملک کے لئے بہت زیادہ اہم ہے .ذاتی سطح پر، خراب صحت ذریعہ معاش کے نقصان، روزانہ کی ضرورت سرگرمیوں کے کارکردگی کی صلاحیت کی وجہ بن سکتا ہے اور لوگوں کو غربت اور یہاں تک کہ خود کشی کی طرف بھی لے جا سکتا ہے.

اس طرح دنیا بھر کی حکومتیں اپنے لوگوں کی صحت اور فلاح و بہبود کا بندوبست کرنے کے اقدامات کرتی ہیں اور تمام شہریوں کے لئے صحت کی خدمات کی پہنچ اور سستی ہونا یقینی کرتی ہیں. اس صحت کی

خدمات پر' خرچ 'عام طور پر ہر ملک کی جی ڈی پی کا ایک اہم حصہ ہوتا ہے.

یہ ایک سوال بن گیا ہے کہ کیا مختلف حالات کے لئے صحت کی خدمات کے مختلف اقسام کی ضرورت ہے.

C. صحت کی خدمت کے معیار

صحت کی خدمات کچھ اور نہیں بلکہ حکومت سمیت مختلف ایجنسیوں اور فراہم کرنے والے کی طرف سے لوگوں کی صحت کو فروغ دینے، برقرار رکھنے، نگرانی کرنے یا بحال کرنے کے لئے فراہم کی جانے والی خدمات کا ایک سیٹ ہے .ایک شاندار صحت کی خدمات ایسی ہونی چاہئے:

- لوگوں کی ضروریات کے لئے مناسب
- وسیع
- کافی
- آسانی سے دستیاب
- کیفایتی

شخص کی صحت کی حالت ہر شخص میں مختلف ہوتی ہے .تمام قسم کی صحت کے مسائل کے لئے ایک ہی سطح پر بنیادی سہولیات کرنا نہ تو عملی ہے اور نہ ہی ضروری ہے. صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات ایک آبادی کے لئے بیماری کے واقعات کا امکان پر مبنی ہونا چاہئے .مثال کے طور پر، کسی شخص کو بخار، سردی، کھانسی، جلد کی الرجی وغیرہ ایک سال میں کئی بار ہو سکتا ہے، لیکن اس کے ہیپاٹائٹس بی سے دوچار ہونے کی امکان سردی اور کھانسی کے مقابلے میں کم ہوتی ہے.

اسی طرح، ایک ہی شخص کے دل کی بیماری یا کینسر جیسی ایک سنگین بیماری سے شکار ہونے کا امکان ہیپاٹائٹس بی کے مقابلے میں کم ہوتی ہے .لہذا، کسی بھی علاقے میں چاہے وہ ایک گاؤں ہو یا ایک ضلع یا ایک ریاست، صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات قائم کرنے کی ضرورت صحت کی خدمت کے مختلف عوامل پر مبنی ہوگی جنہیں اس علاقے کے اشارے کہتے ہیں، جیسے:

- ✓ آبادی کا سائز
- ✓ موت در
- ✓ بیماری کی شرح
- ✓ معذوری کی شرح
- ✓ لوگوں کا سماجی اور ذہنی صحت
- ✓ لوگوں کی عام غذائیت کی حالت

- ✓ ماحولیاتی عوامل جیسے کیا یہ ایک کان کنی علاقے یا صنعتی علاقے
- ✓ ممکن صحت کی خدمات فراہم کرنے والے نظام جیسے دل کا ڈاکٹر ایک گاؤں میں آسانی سے دستیاب نہیں ہو سکتا ہے لیکن ایک ضلع شہر میں ہو سکتا ہے
- ✓ صحت کی دیکھ بھال کے نظام کے استعمال ہونے کی کتنا امکان ہے
- ✓ سماجی و اقتصادی عوامل جیسے کیفایتی ہونا

مندرجہ بالا عوامل کی بنیاد پر حکومت بنیادی، ثانوی اور ترتیبک صحت کی خدمات کے مراکز قائم کرنے پر فیصلہ کرتی ہے اور آبادی کے لئے مناسب صحت کی خدمات کو کیفایتی اور قابل رسائی بنانے کے دیگر اقدامات کرتی ہے.

D. صحت کی خدمات قسم

صحت کو موٹے طور پر اس طرح کی درجہ بندی کیا جاتا ہے:

1. بنیادی صحت کی خدمات

بنیادی صحت کی خدمات کا مطلب ہے ڈاکٹروں، نرسوں اور دیگر چھوٹے کلینکوں کی طرف سے دستیاب کرائی جانے والی خدمات جن مریض کسی بھی بیماری کے لئے سب سے پہلے رابطہ کرتے ہیں، ایسا کہا جاتا ہے کہ بنیادی صحت کی خدمات فراہم کرنے والے ایک صحت کے نظام کے اندر اندر تمام مریضوں کے لئے رابطہ کا پہلا نقطہ ہے.

ترقی یافتہ ممالک میں بنیادی صحت کی دیکھ بھال پر زیادہ توجہ دی جاتی ہے تاکہ صحت کے مسائل کے وسیع، پیچیدہ اور طویل مدتی یا سنگین ہونے سے پہلے ان سے نبٹ لیا جائے. اس کے علاوہ بنیادی صحت کی خدمات ادارے بچاؤ صحت کی دیکھ بھال، ویکسینیشن، بیداری، طبی مشورہ وغیرہ پر توجہ مرکوز کرتے ہیں اور ضرورت پڑنے پر مریض کو اگلے سطح کے ماہرین کے پاس بھیج دیتے ہیں.

مثال کے طور پر، اگر کوئی شخص بخار کے لئے کسی ڈاکٹر سے رابطہ کرتا ہے اور پہلی تفتیش میں ڈینگو بخار کا اشارہ ملتا ہے تو بنیادی صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کچھ دوائیں لینے کی صلاح دے گا لیکن وہ مریض کو خاص علاج کے لئے ایک اسپتال میں داخل کرانے کا بھی ہدایات دے گا .بنیادی صحت کی دیکھ بھال کے زیادہ تر مقدمات میں ڈاکٹر ایک' خاندانی ڈاکٹر 'کی طرح کام کرتا ہے جہاں خاندان کے تمام رکن کسی بھی معمولی بیماری کے لئے ڈاکٹر سے رابطہ کرتے ہیں.

یہ طریقہ کار جینیاتی عوامل پر مبنی علامات کے لئے دوائیں بتانے اور مناسب طبی مشورہ دینے میں بھی ڈاکٹر کی مدد کرتی ہے. مثال کے طور پر، ڈاکٹر آبائی ذیابیطس کی تاریخ رکھنے والے مریض کو ممکن حد تک ذیابیطس سے بچنے کے لئے نو عمری ہی طرز زندگی کو لے کر توجہ دینے کا مشورہ دے گا.

ملک گیر سطح پر حکومت اور نجی کمپنیوں کی طرف سے بنیادی صحت کی خدمات کے مراکز قائم کی جاتی ہے .سرکاری بنیادی صحت کی دیکھ بھال کے مراکز کے قیام آبادی کے سائز پر منحصر ہے اور کسی نہ کسی طور پر دیہی سطح تک دستیاب ہوتی ہیں.

2. ثانوی صحت کی خدمات

ثانوی صحت کی خدمات طبی ماہرین اور دیگر صحت کے پیشہ ور افراد کی طرف سے فراہم کی جانے والی طبی خدمات کی عکاسی کرتی ہے جن سے مریض عام طور پر سب سے پہلے رابطہ نہیں کرتا ہے. اس میں شدید دیکھ بھال شامل ہے جس میں اکثر (لیکن ضروری نہیں) ایک اسپتال میں داخل مریض کے طور پر ایک سنگین بیماری کے لئے ایک مختصر مدت کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے جس میں شدید دیکھ بھال کی خدمات، ایمبولینس کی سہولیات، پیتھالوجی ، طبی اور دیگر متعلقہ طبی خدمات شامل ہیں.

زیادہ تر بنیادی صحت سروس فراہم کرنے والے /بنیادی ڈاکٹروں کی طرف سے مریضوں کو ثانوی سروس کے پاس بھیجا جاتا ہے .کچھ مثالوں میں، ثانوی سروس فراہم کرنے والے انٹیگریٹڈ خدمات فراہم کرنے کے حکم میں 'اندرونی 'بنیادی صحت سروس سینٹر بھی چلاتے ہیں.

زیادہ تر ثانوی صحت کی خدمات فراہم کرنے والے تالک /بلاک سطح پر دستیاب ہوتے ہیں جو آبادی کے سائز پر منحصر ہے.

3. ترتیبک صحت کی خدمات

ترتیبک صحت کی خدمات عام طور پر اسپتال میں داخل مریض کے لئے اور ثانوی /بنیادی صحت سروس فراہم کرنے والے سے ریفرل پر فراہم کی جانے والی ماہر مشاورتی صحت خدمت ہے. ترتیبک سروس فراہم کرنے والے زیادہ تر ریاستوں کے دارالحکومتوں میں اور کچھ ضلع ہیڈ کوارٹر میں بھی دستیاب ہوتے ہیں.

ترتیبک صحت سروس فراہم کرنے والے کی مثال ایسے فراہم کرنے والے ہیں جن کے پاس ثانوی صحت سروس فراہم کرنے والے کے دائرے سے باہر اعلی درجے کی طبی سہولیات اور طبی پیشہ ور دستیاب ہوتے ہیں، جیسے اونکولوجی (کینسر کے علاج)، اعضاء ٹرانسپلانٹ کی سہولیات، اعلی خطرے حمل کے ماہر وغیرہ.

یہ توجہ دیا جانا چاہئے کہ طبی خدمات کی سطح بڑھنے کے ساتھ ساتھ سروس کے ساتھ منسلک اخراجات میں بھی اضافہ ہوتا ہے .جہاں لوگوں کو بنیادی دیکھ بھال کے لئے ادا کرنا نسبتا آسان لگ سکتا ہے، جب ثانوی خدمت کی بات آتی ہے تو اس کا خرچ اٹھانا ان کے لئے مشکل ہو جاتا ہے اور ترتیبک دیکھ بھال کی بات آنے پر یہ بہت زیادہ مشکل ہو جاتا ہے .اس کے علاوہ کی دیکھ بھال کے مختلف سطحوں کے لئے بنیادی سہولیات الگ الگ ملک، دیہی-شہری علاقوں کے لئے مختلف ہوتی ہیں جبکہ سماجی و اقتصادی عوامل بھی اسے متاثر کرتے ہیں.

E. بھارت میں صحت کے نظام کو متاثر کرنے والے عوامل

بھارتی صحت کے نظام کو کئی مسائل اور چیلنجوں کا سامنا کرنا پڑا ہے اور یہ سلسلہ آج بھی جاری ہے . نتیجے میں، یہ صحت کی خدمات نظام کی فطرت اور سرحد اور ذاتی سطح پر ضرورت اور انفرادی سطح پر صحت کی تنظیم کو متاثر کرتے ہیں .ان بحث نیچے کی گئی ہیں:

1. شماریات آبادی یا آبادی سے متعلق رجحانات

a) بھارت دنیا کی دوسری سب سے بڑی آبادی والا ملک ہے۔

b) یہ ہمیں آبادی میں اضافہ کے ساتھ منسلک مسائل کے دائرے میں لاتا ہے۔

c) غربت کی سطح کا بھی طبی خدمات کے لئے ادائیگی کرنے کی لوگوں کی صلاحیت پر اثر پڑتا رہا ہے۔

2. سماجی رجحانات

a) شہرکاری بڑھنے یا لوگوں کے دیہی سے شہری علاقوں کی طرف بڑھنے کی وجہ سے صحت کی خدمات فراہم کرنے میں چیلنج پیدا ہوئے ہیں۔

b) دیہی علاقوں میں بنیادی طور پر طبی سہولیات کی دستیابی اور رسائی کی کمی اور سستی نہیں ہونے کی وجہ سے صحت کے مسائل بنی رہتی ہیں۔

c) ایک سے زیادہ کاہل طرز زندگی کی طرف بڑھنے جہاں اپنے آپ کے لئے ورزش کرنے کی ضرورت کم ہو جاتی ہے، یہ ذیابیطس اور ہائی بلڈ پریشر جیسی نئی قسم بیماریوں کا سبب بنتا ہے۔

3. زندگی متوقع

a) زندگی متوقع آج پیدا ہوئے ایک بچے کی ضرورت برسوں تک زندہ رہنے کی عکاسی کرتی ہے۔

b) زندگی متوقع آزادی کے وقت 30سال سے بڑھ کر آج 60سال کی ہو گئی ہے لیکن یہ اس طویل زندگی کے معیار سے متعلق مسائل کا حل نہیں کرتی ہے۔

c) یہ صحت مند زندگی متوقع 'کی ایک نئی تصور کو جنم دیتا ہے۔

d) اس میں 'بڑھاپے '(بڑھاپے سے متعلق) کی بیماریوں کے لئے بنیادی سہولیات کی تعمیر کی ضرورت ہوتی ہے۔

F. بھارت میں صحت کی انشورنس کی ترقی

جہاں حکومت صحت کی خدمات پر اپنے پالیسی فیصلوں کے ساتھ مصروف رہی ہے، اس نے صحت کی انشورنس اسکیم بھی پیش کی ہے .اس کے بعد ہی صحت کی انشورنس کمپنیاں اپنی صحت کی انشورنس پالیساں لے کر آئی ہیں .بھارت میں صحت کی انشورنس کی ترقی اس طرح ہوئی ہے:

a) ملازم ریاست انشورنس کی منصوبہ بندی

بھارت میں صحت کی انشورنس کی باضابطہ طور پر آغاز ملازم ریاست انشورنس کی منصوبہ بندی کے ساتھ ہوئی تھی جسے 1947میں ملک

کی آزادی کے کچھ ہی وقت بعد ئی ایس ٹی ایکٹ، 1948کی بنیاد پر شروع کیا گیا تھا. یہ منصوبہ رسمی نجی شعبے میں نیلے کالر کارکنوں ملازم کے لئے شروع کی گئی تھی اور ان کے اپنے ڈسپنسریوں اور اسپتالوں کے ایک نیٹ ورک کے ذریعے وسیع صحت کی خدمات فراہم کرتی ہے.

ئی ایس آئی سی (ملازم ریاست انشورنس کارپوریشن) عمل ایجنسی ہے جو اپنے اسپتالوں اور ڈسپنسریوں کو منظم کرتی ہے اور چہاں کہیں بھی اس کی اپنی سہولیات ناکافی ہیں، یہ عوامی /ذاتی فراہم کرنے والے سے معاہدہ کرتی ہے.

15،000 روپے تک کا اجرت حاصل کرنے والی تمام کارکنوں کو امدادی منصوبہ بندی کے تحت احاطہ کرتا ہے جس میں ملازمین اور آجر بالترتیب تنخواہ کے 1.75% اور 4.75% کا سب سکریپشن کرتے ہیں؛ ریاستی حکومتیں طبی اخراجات کے 12.5% کی شراکت کرتی ہیں.

احاطہ کئے گئے فوائد میں شامل ہیں:

a) ئی ایس آئی ایس مراکز میں مفت وسیع صحت کی خدمات

b) زچگی فائدہ

c) معذوری کے فوائد

d) بیماری اور بقا کی وجہ سے اجرت کے نقصان کے لئے نقد رقم معاوضہ اور

e) کارکن کی موت کے معاملے میں آخری تدفین کے اخراجات

اس میں اختیار طبی معاونین اور ذاتی اسپتالوں سے خریدی گئی سروس ضمیمہ بھی شامل ہے . ئی ایس آئی ایس نے مارچ 2012 تک 65.5ملین سے زیادہ فائدہ اٹھانے کا احاطہ کیا ہے.

b) مرکزی حکومت کی صحت کی منصوبہ بندی

ئی ایس آئی ایس کے کچھ ہی وقت بعد مرکزی حکومت کی صحت کی منصوبہ بندی (سی جی ایچ ایس) سامنے آئی جو پینشن یافتہ اور شہری خدمت میں کام ان کے خاندان کے ارکان سمیت مرکزی حکومت کے ملازمین کے لئے 1954میں شروع کی گئی تھی. اس کا مقصد ملازمین اور ان کے خاندانوں کے لئے جامع طبی خدمات فراہم ہے اور یہ جزوی طور پر ملازمین کی طرف سے اور بڑی حد تک آجر (مرکزی حکومت) کی طرف سے ملی ہے.

خدمات سی جی ایچ ایس کے اپنے ڈسپنسریوں ، پالیسی کلنکوں اور پینل بددھ ذاتی اسپتالوں کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں.

یہ منشیات کی تمام نظام، ایلوپیتھک نظام میں ہنگامی خدمات، مفت ادویات، پیتھولجی اور ریڈیولاجی، شدید طور پر بیمار مریضوں کے لئے رہائشی سہولیات، ماہر مشورہ وغیرہ کا احاطہ کرتی ہے.

ملازمین کی شراکت بالکل برائے نام کا ہوتا ہے، اگرچہ یہ ترقی پسند طریقے سے تدریجی طور پر منسلک ہے 15 - روپے فی مہینہ سے لے کر 150 روپے فی مہینہ تک.

2010 میں سی جی ایچ ایس کی رکنیت کی بنیاد 800،000سے زیادہ خاندانوں کا تھا جو 3ملین سے زیادہ فائدہ اٹھانے کی نمائندگی کرتے ہیں .

c) پیشہ ورانہ صحت کی انشورنس

پیشہ ورانہ صحت کی انشورنس، انشورنس کی صنعت کو قومیا نہ کے پہلے اور بعد کچھ غیر زندگی انشورنس کمپنیوں کی طرف سے فراہم کیا جاتا تھا. لیکن، چونکہ شروع میں یہ سب سے زیادہ بیمہ کرتا کے لئے خسارے کا سودا ہوتا تھا، یہ کافی حد تک صرف کارپوریٹ گاہکوں کے لئے اور ایک خاص حد تک ہی دستیاب تھا.

1986میں، افراد اور ان کے خاندانوں کے لئے پہلے معیاراتی صحت کی انشورنس کی مصنوعات کو تمام چار قومی تحویل غیر زندگی انشورنس کمپنیوں (اس وقت یہ بھارتی عام انشورنس کارپوریشن کی معاون کمپنیاں تھیں) کی طرف سے بھارتی بازار میں اتارا گیا. میڈیکل نامی اس کی مصنوعات کو زچگی، پہلے سے موجود بیماریاں وغیرہ جیسے کچھ معاوضہ کے ساتھ ایک مخصوص سالانہ حد تک اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کا کوریج فراہم کرنے کے لئے شروع کیا گیا تھا. مارکیٹ کی ترقی کے ساتھ اس ترمیم کے کئی دور سے گزرنا پڑا، آخری ترمیم 2012میں ہوا تھا.

تاہم، کئی ترامیم سے گزرنے کے بعد بھی اسپتال میں داخل ہونے، معاوضہ پر مبنی سالانہ معاہدہ آج بھی میڈیکل کے موجودہ ورژن کی قیادت میں ہندوستان میں ذاتی صحت کی انشورنس کی سب سے زیادہ مقبول شکل بنا ہوا ہے .اس کی مصنوعات کو اس قدر مقبول ہے کہ ذاتی صحت کی انشورنس کی مصنوعات کو اکثر کئی لوگ انشورنس کمپنیوں کی طرف سے فراہم جانے والے ایک مخصوص مصنوعات کے بجائے مصنوعات کی ایک قسم مان کر 'میڈکل کور' کا نام دیتے ہیں.

2001 میں نجی کمپنیوں کے انشورنس علاقے میں آنے کے ساتھ صحت کی انشورنس میں کافی پیش رفت ہوئی ہے، لیکن آج بھی ایک بڑا غیر مستعمل مارکیٹ دستیاب ہے .کورز میں کافی اختلافات اخراج اور نئے ایڈ - آن کورو کی شروعات کی گئی ہے جن کے بارے میں بعد کے ابواب میں بحث کی جائے گی.

آج بھارتی مارکیٹ میں 300 سے زیادہ صحت کی انشورنس کی مصنوعات دستیاب ہیں.

G. صحت کی انشورنس مارکیٹ

آج کی صحت کی انشورنس مارکیٹ میں بہت سے کھلاڑی شامل ہیں، ان میں سے کچھ صحت کی خدمات سہولیات فراہم کرتے ہیں جن فراہم کرنے والے کہا جاتا ہے، دیگر انشورنس خدمات اور مختلف بچولیے بھی دستیاب ہیں . کچھ بنیادی ڈھانچہ بنتے ہیں جبکہ دیگر کی مدد کی سہولیات فراہم کرتے ہیں .کچھ سرکاری شعبے میں ہیں جبکہ دیگر نجی شعبے میں ہیں .یہ نیچے مختصر میں بیان کر رہے ہیں:

A. بنیادی سہولیات (انفراسٹرکچر)

1. عوامی صحت کے علاقے

عوامی صحت کے نظام قومی سطح، ریاست کی سطح، ضلع کی سطح پر اور ایک محدود حد تک گرام کی سطح پر کام ہوتا ہے جہاں گاؤں میں قومی صحت پالیسیوں کو لاگو کرنے کے لئے سمدایک رضاکاروں کو شامل کیا گیا ہے جو گرام کمیونٹی اور سرکاری انفراسٹرکچر کے درمیان لنک کے طور پر کام کرتے ہیں .ان میں شامل ہیں:

a) **آنگن باڑی کارکن** (ہر 1،000کی آبادی کے لئے) 1جن کو انسانی وسائل کی ترقی کی وزارت کے غذائیت ضمیعہ کاری پروگرام اور انوائسز بال کی ترقی کی خدمت کی منصوبہ بندی (آئی سی ڈی ایس) کے تحت نامزد کیا گیا ہے.

b) **تربیت یافتہ پیدائش حاضرین** (ٹی بی اے) اور **گرام صحت گائیڈ** (ریاستوں میں صحت محکموں کی ایک ابتدائی منصوبہ بندی)

c) **امید** (تسلیم سماجی صحت کارکن) رضاکار ، جن کو منتخب کمیونٹی کی طرف سے این آر ایچ ایم (قومی دیہی صحت مشن) پروگرام کے تحت کیا گیا ہے جو دیہی علاقوں میں صحت کے علاقے کے لنک کے طور پر خدمت کرنے کے لئے تربیت یافتہ نئے، گرام کی سطح، رضاکارانہ صحت کارکن ہیں.

ہر 5،000کی آبادی (پہاڑی، قبائلی اور پسماندہ علاقوں میں 3،000) کے لئے **نائب مرکز** قائم کئے گئے ہیں اور ان میں معاون نرس مڈ-وائف (اے این ایم) نامی ایک خاتون صحت اہلکار اور ایک مرد کی صحت کارکن کو شامل کیا گیا ہے.

بنیادی صحت مرکز (پی ایچ سی) جو تقریبا چھ نائب مراکز کے لئے ریفرل یونٹیں ہیں، ان کی تنصیب ہر 30،000کی آبادی (پہاڑی، قبائلی اور پسماندہ علاقوں میں 20،000) کے لئے کی گئی ہے. تمام پی ایچ سی بھرگ مریض خدمات فراہم کرتے ہیں اور سب سے زیادہ میں چار سے چھ اتروگی بستر بھی دستیاب ہوتے ہیں .ان کے عملے میں ایک طبی اہلکار اور 14 پیرا میڈیکل عملہ شامل ہوتے ہیں (جس میں ایک مرد اور ایک خاتون صحت اسسٹنٹ ، ایک نرس-مڈوائف ، ایک لیبارٹری تکنیشین، ایک فارماسسٹ اور دیگر آلات ملازمین شامل ہوتے ہیں)-

کمیونٹی صحت کے مرکز (سی ایچ سی) چار بنیادی صحت مراکز (پی ایچ سی) کے لئے پہلی ریفرل یونٹیں ہیں اور ماہر کی دیکھ بھال بھی فراہم کرتے ہیں - اصولوں کے مطابق ہرسی ایچ سی (ہر 1 لاکھ کی آبادی کے لئے) میں کم از کم 30 بیڈ، ایک آپریشن تھیٹر، ایکسرے مشین، پر لیبر روم اور لیبارٹری سہولیات ہونی چاہئے اور کم سے کم چار ماہرین یعنی ایک سرجن، ایک ڈاکٹر، ایک عورت مرض کے ماہر اور ایک بچے کے ماہر کا عملہ ہونا چاہئے جن 21 پیرا میڈیکل اور دیگر ملازمین کا تعاون حاصل ہونا چاہئے.

دیہی اسپتالوں کی بھی قائم کی گئی ہے اور ان میں نائب ضلع اسپتال شامل ہیں جنہیں سب-ڈویژنل /تالک اسپتال /خصوصیت اسپتال کہا جاتا ہے (ملک میں تقریبا 2000ہونے کا اندازہ ہے) -

مہارت اور تعلیم اسپتالوں کی تعداد کم ہے اور ان میں میڈیکل کالج (موجودہ میں تقریبا 300) اور دیگر ترتیبک ریفرل سینٹر شامل ہیں. یہ زیادہ تر ضلع شہروں اور شہری علاقوں میں ہوتے ہیں لیکن ان

میں سے کچھ بہت ماہر اور اعلی درجے کی طبی خدمات فراہم کرتے ہیں.

حکومت سے متعلق دیگر ایجنسیاں جیسے ریلوے، دفاع اور اسی طرح کے بڑے محکموں (بندرگاہ /کان وغیرہ) کے اسپتال اور ڈسپنسریوں کو بھی صحت کی خدمات فراہم کرنے میں ایک اہم کردار ادا کرتے ہیں. تاہم، ان کی خدمات اکثر متعلقہ تنظیموں اور ان کے منحصرین کے ملازمین کے لئے محدود ہوتی ہیں.

2. نجی شعبے کے فراہم کنندگان

ہندوستان میں بہت بڑا ذاتی صحت علاقہ ہے جو تمام تین قسم کی - بنیادی، ثانوی اور ترتیبک صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرتے ہیں - ان میں رضاکارانہ غیر منافع بخش تنظیموں اور افراد سے لے کر فائدہ مند کارپوریٹ، ٹرسٹ، ایک ڈاکٹر، ایک ماہر کی خدمات، طبی لیباریٹری، دوا کی دکانیں اورنااہل فراہم کرنے والے (نیم حکیم) تک شامل ہیں .ہندوستان میں تقریبا 77% ایلوپیتھک (ایم بی بی ایس اور اس سے زیادہ) ڈاکٹر ذاتی علاقے میں کام کر رہے ہیں .ذاتی صحت اخراجات بھارت میں تمام صحت اخراجات کے 75 فیصد سے زیادہ کے لئے ذمہ دار ہے .نجی شعبے تمام بھارتی سطح پر تمام آؤٹ پیشنٹ رابطوں کے 82% اور اسپتال میں داخل ہونے کے 52% کے معاملات کے لئے ذمہ دار ہے.

اس کے علاوہ بھارت میں طبی دوسرے نظام (آیورویدا /سدھا /یونانی /ہومیو پیتھی) میں اہل پریکٹیشنرز کی تعداد سب سے زیادہ ہے جو 7لاکھ سے زیادہ ہے. یہ عوامی کے ساتھ ساتھ نجی شعبے میں بھی کام کر رہے ہیں.

صحت کی خدمت کے فائدہ مند ذاتی فراہم کرنے والے کے علاوہ این جی او اور رضاکارانہ شعبے بھی کمیونٹی کو صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرنے کے کام میں مشغول ہیں.

اندازہ لگایا گیا ہے کہ 7،000سے زیادہ رضاکارانہ ایجنسیاں صحت سے متعلق سرگرمیوں میں شامل ہیں .ثانوی اور ترتیبک اسپتالوں کی ایک بڑی تعداد بھی غیر منافع سوسائیٹیوں یا اعتماد کے طور پر رجسٹرڈ ہے

3. فارماسیوٹیکل صنعت

ادویات کے فراہم کرنے والے اور صحت سے متعلق مصنوعات کی بات کریں تو بھارت میں ایک بہت بڑا فارماسیٹیکل صنعت ہے جو 1950میں ایک 10 کروڑ روپے کی صنعت سے بڑھ کر آج 55،000کروڑ روپے (برآمد سمیت) کا کاروبار بن گیا ہے .یہ تقریبا 50لاکھ لوگوں کو روزگار دیتا ہے جبکہ مینوفیکچرنگ 6000 سے زیادہ یونٹس میں ہوتا ہے.

اس صنعت کے لئے مرکزی سطح کی قیمت ریگولیٹری قومی دوائیاں قیمت کا تعین اتھارٹی (این پی پی اے) ہے جبکہ منشیات کے علاقے کیمیکل وزارت کے تحت ہے .منشیات کی صرف ایک چھوٹی سی تعداد (500 یا اس کے ارد گرد بلک منشیات میں سے 76) قیمت کنٹرول کے تحت ہے جبکہ باقی دوائیں اور تعمیر مفت-قیمتوں کا تعین نظام کے تابع ہیں جن پر قیمت ریگولیٹری کی گہری نظر رہتی ہے .ریاستوں کے ڈرگ کنٹرولر فیلڈ فورس کا انتظام کرتے ہیں جو اپنے اپنے علاقوں میں منشیات کے معیار اور قیمت کا تعین اور فارمولوں کی نگرانی کرتے ہیں.

B. **انشورنس فراہم کنندگان:**

انشورنس کمپنیاں، خاص طور پر عام انشورنس علاقے کی کمپنیاں بڑے پیمانے پر صحت کی انشورنس خدمات فراہم کرتی ہیں. انہیں پہلے درج کیا گیا ہے .سب سے حوصلہ افزائی ایک صحت کی انشورنس کمپنیوں کی موجودگی ہے - آج تک پانچ -جہاں صحت کی انشورنس فراہم کرنے والے کے نیٹ ورک کو بڑھانے کے لئے کچھ دیگر کمپنیوں کے آنے کا امکان ہے.

C. **وسطی (درمیانی) :**

انشورنس کی صنعت کے حصہ کے طور پر خدمات فراہم کرنے والے کئی لوگ اور تنظیم بھی صحت کی انشورنس مارکیٹ کا حصہ بنتے ہیں . ایسے تمام وسطی کا کنٹرول آئی آر ڈی اے کی طرف سے کیا جاتا ہے . ان میں شامل ہیں:

1. **انشورنس بروکر** جو شخص یا کرپوریٹس ہو سکتے ہیں اور انشورنس کمپنیوں سے آزاد ہوکر کام کرتے ہیں .وہ ان لوگوں کی نمائندگی کرتے ہیں جو انشورنس کرانا چاہتے ہیں اور ممکن بہترین پریمیم کی شرح پر بہترین ممکن انشورنس حاصل کرنے کے لئے ان کو انشورنس کمپنیوں سے رابطہ کرتے ہیں .وہ نقصان کے وقت لوگوں کا انشورنس اور انشورنس دعوی کرنے میں بھی مدد کرتے ہیں . بروکر اس طرح کا کاروبار کرنے والی کسی بھی انشورنس کمپنی کے سامنے انشورنس کے کاروبار کو پیش کر سکتے ہیں .انہیں انشورنس کمیشن کے ذریعے انشورنس کمپنیوں کی طرف سے ادا کیا جاتا ہے.

2. انشورنس ایجنٹ عام طور پر شخص ہوتے ہیں لیکن کچھ کارپوریٹ ایجنٹ بھی ہو سکتے ہیں بروکرز کے برعکس، ایجنٹ کسی بھی انشورنس کمپنی کے سامنے انشورنس پیش نہیں کر سکتے ہیں بلکہ صرف اس کمپنی کے ساتھ ایسا کر سکتے ہیں جس کے لئے ان کو ایجنسی فراہم کی گئی ہے .موجودہ قوانین کے مطابق، ایک ایجنٹ سے زیادہ صرف ایک عام انشورنس کمپنی اور ایک زندگی انشورنس کمپنی، ایک صحت کی انشورنس کمپنی اور ہر ایک مونو لائن

انشورنس کمپنیوں میں سے ایک کی طرف سے کام کر سکتا ہے .ان کو بھی انشورنس کمیشن کے ذریعے انشورنس کمپنیوں کی طرف سے ادا کیا جاتا ہے.

3. تیسری پارٹی منتظم (ٹی پی اے) نئے قسم کے سروس فراہم کرنے والے ہیں جو سال 2001کے بعد سے اس کاروبار میں اترے ہیں .یہ انشورنس فروخت کے لئے نہیں بلکہ انشورنس کمپنیوں کو انتظامی خدمات فراہم کرنے کے لئے اختیار ہیں. جب کوئی صحت کی انشورنس پالیسی فروخت جاتی ہے، بیمہ شدہ افراد کی تفصیل ایک مقررٹی پی اے کے ساتھ اشتراک کیا جاتا ہے جو پھر ڈیٹا بیس تیار کرتا ہے بیمہ شدہ افراد کو صحت کارڈ جاری کرتا ہے. اس طرح کے صحت کارڈ بیمہ شدہ شخص کو اسپتالوں اور کلینکوں میں کیش لیس طبی سہولیات (فوری طور پر نقد ادا کرنے کی ضرورت کے بغیر علاج) کا فائدہ اٹھانے کے قابل بناتے ہیں. اگر بیمہ شدہ شخص کیش لیس سہولت کا استعمال نہیں کرتا ہے تو بھی وہ بلوں کی ادائیگی کر سکتا ہے اور مقرر ٹی پی اے سے آفسیٹ حاصل کی مانگ کر سکتا ہے. ٹی پی اے کو ان کے متعلقہ دعووں کے لئے انشورنس کمپنیوں کی طرف سے مالی کیا جاتا ہے اور ان کو چارجز کے ذریعےادا کیا جاتا ہے جو پریمیم کی ایک فیصد ہوتا ہے.

4. انشورنس ویب ایگریگیٹرس آئی آر ڈی اے آئی قواعد و ضوابط کے ذریعے ہونے والے سب سے زیادہ نئے قسم کے سروس فراہم ہے .یہ آپ کی ویب سائٹ یا ٹیلی سیلز کے ذریعے مستقبل خریدار کے بغیر سامنے آئے ریموٹ سیلز ڈسٹینس سیلز کے سہارے دلچسپی رکھنے والے خریدار کے بعد انشورنس کاروں کو معلومات دے سکتے ہیں .جن ان قرار ہوتا ہے .یہ ایسی انشورنس کمپنیوں کی مصنوعات کی بھی موازنہ کرنے کے مقصد سے ظاہر رسائی حاصل ہے. آئی آر ڈی آئی سے انشورنس کاروں کے لئے ٹیلی سیلز اور باہر سے کرائے جانے والے کاموں جیسے آن لائن پورٹل کے سہارے پریمیم کی وصولی، پریمیم یاددہانی منصوبہ بندی اور پالیسی سے متعلق مختلف خدمات کے لئے اجازت بھی لے سکتے ہیں .انہیں اطلاعات کے کاروبار میں تبدیل ہونے، انشورنس مصنوعات کی کارکردگی کے ساتھ ہی ساتھ ان کی طرف سے باہر سے لی گئی خدمات کے لئے ادا بھی کیا جاتا ہے.

5. انشورنس مارکیٹینگ فرم بھی نئے قسم کے ثالث ہیں جو آئی آر ڈی اے آئی سے متعلق ہوتے ہیں .یہ ان سرگرمیوں کو منظم، سے مصنوعات کو سیلز تفصیلات اور خدمات کے لئے لائسنس شدہ افراد کی تقرری بھی کر سکتے ہیں.

انشورنس فروخت سرگرمیاں :اتھارٹی کو مطلع کرتے ہوئے کسی بھی وقت انشورنس فروخت افراد (آئی ایس پی)کے تعاون سے دو

زندگی، دو عام، اور دو صحت انشورنس کمپنیوں کے مصنوعات کو فروخت بھی کر سکتے ہیں. عام انشورنس کمپنیوں کے تعلق میں شامل آئی ایم ایف کو صرف خوردہ قسم کے بیمہ مصنوعات و بنیادی طور موٹر، صحت، انفرادی، حادثے، ہاؤس ہولڈرز، شاپ کیپرس اور ایسے ہی دیگر مصنوعات جو وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے منظوری دے دی ہو جیسا کہ فائل اور استعمال ہدایات میں شامل کیا گیا ہے التجا حاصل کرنے کی اجازت ہوتی ہے .اس تعلق میں شامل انشورنس کمپنیوں کے ساتھ کوئی بھی تبدیلی حصول کار کی پیشگی اجازت اور موجودہ پالیسی کے اجزاء کی خدمت کے لئے مناسب انتظامات کے بعد ہی کیا جا سکتا ہے.

انشورنس خدمات سرگرمیاں :یہ سروس سرگرمیاں صرف ان انشورنس کمپنیوں کے لئے ہوگی جن کے ساتھ بیمہ مصنوعات کو حاصل کرنے کیلئے قرار ہو، ان سرگرمیوں کی فہرست ذیل میں دی جا رہی ہے:

a) بیمہ داروں کی' بینک کے تحت 'سرگرمیوں کو پورا کرنا جیسا کہ حصول کار کی طرف سے جاری کی گئی بیمہ داروں کی باہر سے کام کرانے سے متعلق ہدایات میں اجازت دی گئی ہے؛

b) انشورنس مخزن کا' منظور شخص 'بننا؛

c) سروےکشکو /نقصان اکلنکرتتاو کو تنخواہ پر کام کر سروے اور نقصان کا اندازہ کا کام کرنا؛

d) وقت وقت پرحصول کار طرف سے منظور شدہ انشورنس سے متعلق دیگر سرگرمیاں.

مالیاتی مصنوعات کی تقسیم : مالی خدمت مجلس عاملہ (ایف ایس ئی) کو مقرر کر ان کی طرف سے کی ترسیل کے جو جو ایسے ہی دیگر مالیاتی مصنوعات کو مارکیٹ، تقسیم اور سروس فراہم کرنے کے لئے لائسنس یافتہ شخص ہوتے ہیں.

a. سیبی کی طرف سے باقاعدگی میچل فنڈ کمپنیوں کے میچل فنڈ؛

b. پی ایف آر ڈی اے کی طرف سے ونیمت پنشن مصنوعات؛

c. سیبی سے لائسنس یافتہ سرمایہ کاری صلاح کارو کی طرف سے تقسیم دیگر مالیاتی مصنوعات؛

d. بھارتی ریزرو بینک کی طرف سے باقاعدگی بینکنگ / بینک / این بی ایف سی کے مالی مصنوعات؛

e. ڈاک محکمہ، حکومت ہند کی طرف سے فراہم کئے جانے والے غیر انشورنس مصنوعات؛

f. وقت وقت پرحصول کارکی طرف سے منظور شدہ کوئی دیگر مالیاتی مصنوعات یا سرگرمی.

D. دیگر اہم تنظیم

کچھ دیگر ادارے بھی ہیں جو صحت کی انشورنس مارکیٹ کا حصہ بنتے ہیں اور ان میں شامل ہیں:

1. **بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی (آئی آر ڈی اے آئی)** جو پارلیمنٹ کے ایک ایکٹ کی طرف سے قائم انشورنس ریگولیٹری اور انشورنس مارکیٹ کے تمام کاروبار کو کنٹرول کرتا ہے. یہ سال 2000میں وجود میں آیا تھا اور اسے نہ صرف انشورنس کے کاروبار کو کنٹرول کرنے بلکہ اسے تیار کرنے کا کام بھی سونپا گیا ہے.

2. عام انشورنس اور زندگی کی انشورنس کونسل جو اپنے اپنے متعلقہ زندگی یا عام انشورنس کے کاروبار کے آپریشن کے لئے آئی آر ڈی اے آئی کو سفارشات بھی کرتے ہیں.

3. بھارتی انشورنس انفارمیشن بیورو کو آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے سال 2009 میں شامل پرموٹ کیا گیا تھا اور یہ ایک 20 ارکان کی آپریشن کونسل والی ایک رجسٹرڈ کمیٹی ہے جس سے زیادہ تر رکن انشورنس کے علاقے سے ہوتے ہیں. یہ انشورنس علاقے کے لئے معلومات حاصل کر ان تجزیہ کرتا ہے اور مختلف علاقے کی سطح کے رپورٹ کو تےیر کرتی ہے تاکہ قیمتوں کا تعین فیصلہ اور کاروبار حکمت عملی بنانے کے لئے ڈیٹا بیس بنایا جا سکے. یہ ریگولیٹری اور حکومت کی مختلف صلاحوں کے ذریعے پالیسی بنانے میں تعاون دیتی ہے .بیورو نے انشورنس منتظم کی سہولت کے لئے کئی متواتر اور ون ٹائم رپورٹ تیار کیا ہے.

آئی آئی بی مرکزی انڈیکس سرور کو کام کرتا ہے جو مختلف انشورنس رپوزٹریز کے درمیان ایک نوڈل مرکز کے طور میں کام کرتا ہے اور نیا اکاؤنٹ بناتے وقت ڈی میٹ اکاؤنٹ کے دوبارہ نقل گیری (ڈی ڈپلکیشن) سے بچنے میں تعاون کرتا ہے .مرکزی انڈیکس سرور بیمہ کرتا اور انشورنس رپاچٹرز کے درمیان ہر پالیسی سے متعلق لین دین سے پوری اطلاعات کو منصوبہ کے لئے ایک ایکسچینج کے طور میں کام کرتا ہے.

آئے آئے بی، پہلے ہی صحت کی انشورنس کے علاقے میں شامل 'پریفریڈ پرووائڈر نیٹ ورک 'کے طور میں خدمت دینے والے اسپتالوں کی فہرست کے لئے ایک 'یونک کی آئی ڈی ماسٹر پروگرام 'جاری کر چکا ہے.

آئی آئی بی کی تازہ ترین پہل ہے ایک صحت بیمہ گریڈ کو تیار کرنا جس سے تمام ٹی پی اے، بیمہ کرتا اور اسپتال منسلک رہیں گے .اس مقصد صحت کی انشورنس کی طرف سے انتظام کے نظام تیار کرنا تاکہ نشان لگاتے اور صحت کا بیمہ کی مصنوعات کی قیمت کا تعین میں شفافیت لائی جا سکے.

4. بھارتی بیمہ ادارے اور نیشنل انشورنس اکیڈمی جیسے تعلیمی ادارے جو ایک مختلف قسم کے بیمہ اور انتظام سے متعلق تربیت فراہم کرتے ہیں اور بہت سے ذاتی تربیت ادارے جو ممکنہ ایجنٹوں کو تربیت فراہم کرتے ہیں۔

5. **ڈاکٹر (میڈیکل پریکٹسنر)** بھی خطرات کی منظوری کے دوران ممکنہ گاہکوں کی صحت بیمہ خطرات کا اندازہ کرنے میں بیمہ کمپنیوں اور ٹی پی اے مدد کرتے ہیں اور مشکل دعووں کے معاملے میں بیمہ کمپنیوں کو مشورہ دیتے ہیں۔

6. انشورنس لوک پال (انشورنس اومبڈسمین) ، صارفین عدالت اور سول کورٹ جیسی قانونی ادارے بھی صارفین کی شکایتوں کے حل کی بات آنے پر صحت بیمہ مارکیٹ میں ایک اہم کردار ادا کرتے ہیں۔

خلاصہ

a) انشورنس کسی نہ کسی طور پر کئی صدیوں پہلے سے موجود ہے لیکن اس کا جدید صرف چند صدیوں پرانا ہے .بھارت میں بیمہ کو سرکاری قوانین کے ساتھ کئی مراحل سے گزرنا پڑا ہے۔

b) اپنے شہریوں کی صحت بہت اہم ہونے کی وجہ سے حکومتیں ایک مناسب صحت کی خدمات نظام تیار کرنے میں ایک اہم کردار ادا ہیں۔

c) فراہم کی گئی صحت کی خدمات کی سطح ایک ملک کی آبادی سے متعلق کئی عوامل پر انحصار کرتا ہے۔

d) صحت کی خدمت کے تین اقسام بنیادی، ثانوی اور ترتیک (تیسرا) ہیں جو ضروری طبی امداد کی سطح پر انحصار کرتا ہے .ہر سطح کے ساتھ صحت کی خدمات کی لاگت بڑھ جاتی ہے جبکہ ترتیک(تیسرا) خدمت سب سے زیادہ مہنگی ہے۔

e) بھارت کے پاس آبادی میں اضافہ اور شہرکاری جیسی اپنے مخصوص چیلنج ہیں جن کے لئے مناسب صحت کی خدمات کی ضرورت ہوتی ہے۔

f) حکومت سب سے پہلے صحت کی انشورنس اسکیم لے کر آئی تھی جس کے بعد ذاتی انشورنس کمپنیوں کی طرف سے کاروباری انشورنس کی شروعات ہوئی۔

g) صحت کی انشورنس مارکیٹ کئی کھلاڑیوں سے مل کر بنا ہے جہاں کچھ کھلاڑی بنیادی سہولت (انفراسٹرکچر) فراہم کرنے کا کام کرتے

ہیں تو دوسرے انشورنس خدمات فراہم کرتے ہیں، بروکر، ایجنٹ اور تیسری پارٹی منتظم (ٹی پی اے) جیسے ثالث صحت کی انشورنس کے کاروبار کو اپنی خدمات فراہم کرتے ہیں، اور دیگر ریگولیٹری، تعلیمی اور قانونی ادارے اپنی اپنی کردار ادا ہیں.

کلیدی اصطلاحات

a) صحت کا خیال
b) کاروباری بیمہ
c) قومیانہ
d) بنیادی، ثانوی اور ترتیبک صحت کاخیال
e) میڈی کیلیم
f) بروکر
g) ایجنٹ
h) تیسری پارٹی منتظم (ٹی پی اے)
i) آئی آر ڈی اے آئی
j) لوک پال (اومبڈسمین)

باب 7

بیمہ دستاویز

باب تعارف

بیمہ صنعت میں ہم ایک بڑی تعداد میں فارموں، دستاویزات وغیرہ کے ساتھ ڈیل کرتے ہیں۔ یہ باب ہمیں ایک بیمہ معاہدے کے مختلف دستاویزات اور ان کی اہمیت کی معلومات دیتا ہے۔ یہ ہمیں ہر ایک فارم کی فطرت ، اسے بھرنے کے طریقے اور مخصوص معلومات مانگے جانے کی وجوہات کے بارے میں سمجھاتا ہے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. تجویز فارم
B. تجویز کی قبولیت (ہامیداری)
C. پراسپیکٹس
D. پریمیم رسید
E. پالیسی دستاویز
F. شرائط اور وارنٹیاں
G. توثیق
H. پالیسیوں کی ترجُمانی
I. تجدید کی نوٹس
J. اینٹی منی لانڈرنگ اور 'اپنے گاہک کو جاننے کے ہدایات

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد آپ ان باتوں میں قابل ہو نگے:

a) تجویز فارم کے مندرجات کی وضاحت کرنا -
b) پراسپیکٹس کی اہمیت کو بیان کرنا۔
c) پریمیم کی رسید اور بیمہ ایکٹ ، 1938 کے سیکشن 64 وی بی کی وضاحت کرنا۔
d) بیمہ پالیسی دستاویز کی شرائط اور ذکر کیے گئے الفاظوں کی وضاحت کرنا۔
e) پالیسی کی شرائط، وارنٹیوں اور توثیق پر بحث کرنا۔
f) توثیق کیوں جاری کئے جاتے ہیں اس کی تعریف کرنا۔
g) پالیسی میں ذکر کی گئی باتوں کو قانون کی عدالتوں میں کیسے دیکھا جاتا ہے اسے سمجھنا۔
h) تجدید کے نوٹس کیوں جاری کئے جاتے ہیں ا س کی تعریف کرنا۔

i) منی لانڈرنگ کیا ہے اور اپنے گاہک کو جاننے کے ہدایات کے حوالے سے ایک ایجنٹ کو کیا کرنے کی ضرورت ہے، انکے بارے میں جاننا۔

A. تجویز فارم

جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، بیمہ ایک معاہدہ ہے جسے تحریری طور پر ایک پالیسی میں مختصر کیا گیا ہے۔ بیمہ پالیسیوں کے دستاویزات پالیسیاں جاری کرنے تک محدود نہیں ہے۔ چونکہ یہاں بروکر زاور ایجنٹ جیسے کئی بیچوان ہوتے ہیں جو ان کے درمیان کام کرتے ہیں، ایسا ممکن ہے کہ ایک بیمہ دار اور اسکے بیمہ کار کی کبھی ملاقات ہی نہ ہو۔

بیمہ کمپنی صرف گاہک کے ذریعے سے پیش دستاویزات سے ہی گاہک اور اسکی بیمہ کی ضرورت کے بارے میں معلومات حاصل کرتی ہے۔ اس طرح کے دستاویز جوکھم کو بہتر طریقے سے سمجھنے میں بیمہ کمپنی کی مدد کرتے ہیں۔ اس طرح ، دستاویزی بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کے درمیان افہام و تفہیم اور وضاحت لانے کے مقصد سے ضروری ہے۔ کچھ ایسے دستاویز ہیں جو روایتی طور پر بیمہ کاروبار میں استعمال کئے جاتے ہیں۔

بیمہ ایجنٹ کو گاہک کے لئے قریب ترین شخص ہونے کے ناطے گاہک کا سامنا کرنا پڑتا ہے اور اس میں شامل دستاویزات کے بارے میں تمام شکوک و شبہات کی وضاحت کرکے انھیں بھرنے میں اسکی مدد کرنی ہوتی ہے۔ ایجنٹس کو بیمہ میں ملوث ہر ایک دستاویز کے مقصد اور اس میں استعمال ہونے والے دستاویزات میں موجود معلومات کی اہمیت اور مطابقت کو سمجھنا چاہئیے۔

1. تجویز فارم (فارم)

دستاویزی کا پہلا مرحلہ بنیادی تجویز فارم ہے جسکے ذریعے سے بیمہ دار یہ مطلع کرتا ہے:

- ✓ وہ کون ہے
- ✓ اسے کس قسم کے بیمہ کی ضرورت ہے
- ✓ وہ کیا بیمہ کرنا چاہتا ہے اسکی تفصیلات اور
- ✓ کتنی وقت کی مدت کے لئے

تفصیلات کا مطلب بیمہ کے موضوع کی مانیٹری قیمت اور مجوزہ بیمہ سے منسلک تمام مادی حقائق ہوگے۔

a) بیمہ کمپنی کے ذریعے سے جوکھم تشخیص

i. تجویز فارم ایک جوکھم کے سلسلے میں بیمہ کمپنی کے ذریعے سے مانگی گئی تمام اہم معلومات پیش کرنے کے لئے تجویز

کنندہ کے ذریعے سے بھرا جا سکتا ہے جو بیمہ کمپنی کو یہ فیصلہ کرنے میں قابل بناتا ہے:

- ✓ بیمہ عطا کرنے کو منظور کیا جائے یا نامنظور اور
- ✓ جوکھم کی منظوری کی صورتحال میں کور کی شرح ، شرائط و ضوابط کا تعین کرنا

تجویز فارم میں ایسی معلومات شامل ہوتی ہے جو بیمہ کے لئے مجوزہ جوکھم کو منظور کرنے میں بیمہ کمپنی کے لئے استعمال کی جاتی ہے- انتہائی نیک نیتی کا اُصول اور مادی معلومات کے انکشاف کی ذمہ داری بیمہ کے تجویز فارم کے ساتھ شروع ہوتی ہے-

مادی معلومات کے انکشاف کی ذمہ داری پالیسی شروع ہونے سے پہلے پیدا ہوتی ہے اور بیمہ کی پوری مدت کے دوران اور معاہدے کے اختتام کے بعد بھی جاری رہتی ہے-

مثال

ذاتی حادثہ پالیسی کے معاملے میں، اگر بیمہ دار نے تجویز فارم میں یہ اعلان کیا ہے کہ وہ موٹر کھیلوں یا گھوڑے کی سواری میں شامل نہیں ہوتا ہے، اسے یہ یقینی بنانا ہوگا کہ وہ پوری پالیسی مدت کے دوران اپنے آپ کو اس طرح کی سرگرمی میں شامل نہیں کرتا ہے- یہ اس بیمہ کار کے لئے مادی حقیقت ہے جو ان حقائق کی بنیاد پر تجویز کو منظور کریگا اور اس کے مطابق جوکھم کی کی قیمتوں کا تعین کریگا-

---

تجویز فارم عام طور پر انشورنس کمپنیوں کے ذریعے سے پرنٹ کئے جاتے ہیں جن پر بیمہ کمپنی کا نام، لوگو، پتہ اور بیمہ/مصنوعات کی کلاس/قسم چھپا ہوتا ہے جسکے لئے اسکا استعمال کیا جائیگا- بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے تجویز فارم میں ایک چھپی نوٹ شامل کرنا روایتی ہے، حالانکہ اسکے سلسلے میں کوئی معیاری فارمیٹ یا پریکٹس نہیں ہے-

مثالیں

اس طرح کے نوٹوں کی کچھ مثالیں ہیں:

'جوکھم کی تشخیص کے لئے ضروری حقائق کا غیر انکشاف ، گمراہ کن معلومات فراہم کرنا، بیمہ شدہ فرد کے ذریعے سے دھوکہ دہی یا غیر تعاون جاری کی گئی پالیسی کے تحت کور کو منسوخ کر دیگا'،

'کمپنی جوکھم پر نہیں ہوگی جب تک کہ تجویز کو کمپنی کے ذریعے سے منظور نہیں کیا گیا ہے اور پورے پریمیم کی ادائیگی نہیں کی گئی ہے'-

تجویز فارم میں اعلامیہ : بیمہ کمپنیاں عام طور پر تجویز فارم کے آخر میں ایک اعلان شامل کردیتی ہیں جس پر تجویز کنندہ کے ذریعے سے دستخط کئے جائےگے-اس سے یہ یقینی ہوتا ہے کہ بیمہ دار صحیح طریقے سے فارم کو بھرنے کی تکلیف اٹھاتا ہے اور اس میں دیئے گئے حقائق کو سمجھ لیا ہے تاکہ دعوے کے وقت حقائق کی غلط بیانی کے سبب اختلافات کے لئے کوئی گنجائش نہ رہے-

اس کے علاوہ یہ انتہائی نیک نیتی کے بنیادی اُصول پر زور دینے اور بیمہ دار کی طرف سے تمام ضروری حقائق کے انکشاف کا کام بھی مکمل کرتا ہے-

اعلان انتہائی نیک نیتی کے عام قانون کے اُصول کو انتہائی نیک نیتی کے ایک کنٹریکچوئل ذمہ داری میں بدل دیتی ہے-

اعلان کا معیاری فارم

آئی آر ڈی اے آئی نے صحت بیمہ تجویز میں معیاری اعلان کا فارمیٹ اس طرح مخصوص کیا ہے:

1. میں/ہم اپنی طرف سے اور بیمہ کے لئے مجوزہ تمام افراد کی طرف سے یہ اعلان کرتا ہوں کہ میرے ذریعے سے دئیے گئے مندرجہ بالا بیانات،جوابات اور/یا تفصیلات تمام پہلوؤں میں میری بہترین معلومات میں درست اور مکمل ہیں اور یہ کہ میں/ہم ان دیگر افراد کی طرف سے تجویز کرنے کے لئے مجاز ہوں/ہیں-

2. میں سمجھتا ہوں کہ میرے ذریعے سے فراہم کردہ معلومات بیمہ پالیسی کی بنیاد بنےگی جو بیمہ کمپنی کے بورڈ کے ذریعے سے منظور شدہ ہامیداری پالیسی کے مشروط ہے اور یہ کہ پالیسی صرف لئے جانے والے پریمیم کی مکمل وصولی کے بعد ہی مؤثر ہوگی-

3. میں/ہم آگے یہ اعلان کرتا ہوں/ کرتے ہیں کہ میں/ہم تجویز جمع کیے جانے کے بعد لیکن کمپنی کے ذریعے سے قبول جوکھم کے واقعہ سے پہلے زندگی کا بیمہ کروانے /تجویز کنندہ کے پیشے یا عام صحت میں ہونے والے کسی بھی تبدیلی کے بارے میں تحریری طور پر مطلع کرونگا-

4. میں/ہم یہ اعلان کرتا ہوں / کرتے ہیں اور کمپنی کے ذریعے سے کسی ڈاکٹر سے یا ایسے کسی اسپتال سے طبی معلومات کی مانگ کیے جانے کی رضامندی دیتا ہوں جس نے کسی بھی وقت زندگی کا بیمہ کروانا /تجویز کنندہ کا علاج کیا ہے یا کسی بھی ماضی یا موجودہ آجر سے جس کا تعلق ایسی کسی بھی بات سے ہے جو زندگی کا بیمہ کروانا /تجویز کنندہ کے جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرتا ہے اور ایسی کسی بھی

بیمہ کمپنی سے معلومات مانگنے کی رضامندی دیتا ہوں جسے زندگی کا بیمہ کروانا /تجویز کنندہ پر بیمہ کے لئے تجویز کی ہامیداری اور/یا دعوے کے تصفیے کے مقصد سے درخواست کی گئی ہے۔

5. میں/ہم کمپنی کو صرف تجویز کی ہامیداری اور/یا دعووں کے تصفیے کے مقصد سے اور کسی بھی سرکاری اور/یا ریگولیٹری اتھارٹی کے ساتھ طبی ریکارڈز سمیت اپنے تجویز سے متعلقہ معلومات اشتراک کرنے کے لئے اختیار دیتا ہوں۔

b) ایک تجویز فارم میں سوالوں کی نوعیت

ایک تجویز فارم میں سوالوں کی تعداد اور نوعیت کا تعلق بیمہ کی کلاس کے مطابق بدلتی رہتی ہے۔

ذاتی بیمہ جیسے صحت ، ذاتی حادثہ اور سفر بیمہ کے معاملے میں تجویز فارم کو اس طرح ڈیزائن کیا گیا ہے کہ تجویز کنندہ کی صحت ، طرز زندگی اور عادات ، پہلے سے موجود صحت کے حالات، طبی تاریخ، موروثی علامات ، گزشتہ بیمہ کے تجربے وغیرہ کے بارے میں معلومات حاصل کی جا سکے۔

تجویز کے عناصر

i.تجویز کنندہ کا مکمل نام

تجویز کنندہ کو واضح طور سے خود کی شناخت کرنے میں قابل ہونا چاہئے۔ بیمہ کمپنی کے لئے یہ جاننا اہم ہے کہ معاہدہ کس کے ساتھ کیا گیا ہے تاکہ پالیسی کے تحت ملنے والے فوائد صرف بیمہ دار کو حاصل ہو سکے۔ شناخت قائم کرنا ان معاملات میں بھی اہم ہے جہاں کسی دیگر فرد کو بیمہ شدہ جوکھم میں دلچسپی ہو سکتی ہے (جیسے موت کے معاملے میں قانونی وارثاۂ) اور اسے دعویٰ کرنا ہے۔

ii. تجویز کنندہ کا پتہ اور رابطے کی تفصیلات

اوپر بیان کی گئی وجوہات تجویز کنندہ کا پتہ اور رابطے کی تفصیلات حاصل کرنے کے لئے بھی لاگو ہوتی ہیں۔

iii. تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا بزنس

صحت اور ذاتی حادثہ بیمہ جیسے کچھ معاملات میں تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا بزنس کو جاننا اہم ہوتا ہے کیونکہ انکا جوکھم پر مادی اثر پڑ سکتا ہے۔

مثال

ایک فاسٹ فوڈ ریستوران کا ڈلیوری مین، جسے اکثر اپنے گاہکوں کو کھانا فراہم کرنے کے لئے تیز رفتار سے موٹر بائک پر سفر کرنا

پڑتا ہے، وہ اسی ریستوران میں کام کرنے والے ایک اکاؤنٹنٹ کے مقابلے میں زیادہ جوکھم کے دائرے میں ہو سکتا ہے

iv. **بیمہ کے موضوع کی شناخت اور تفصیلات**

تجویز کنندہ کو بیمہ کے لئے مجوزہ موضوع کے بارے میں واضح طور پر بتانے کی ضرورت ہوتی ہے۔

مثال

تجویز کنندہ کو یہ بتانا ضروری ہوتا ہے کہ کیا یہ :

i. ایک بیرون ملک سفر (کس کے ذریعے سے ، کب، کس ملک میں، کس مقصد کے لئے) یا

ii. فرد کی صحت (فرد کا نام، پتہ اور شناخت کے ساتھ) وغیرہ جو معاملے پر منحصر کرتا ہے

v. بیمہ رقم پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کی حد کی طرف اشارہ کرتی ہے اور یہ تمام تجویز فارم میں بتایا جانا ضروری ہے۔

مثال

صحت بیمہ کے معاملے میں، یہ اسپتال میں علاج کے اخراجات ہو سکتے ہے جبکہ ذاتی حادثہ بیمہ کے معاملے میں یہ ایک حادثہ کے سبب زندگی کا نقصان، ایک اعضاء کا نقصان یا نظر کا نقصان ہو سکتا ہے۔

vi. **پچھلا اور موجودہ بیمہ**

تجویز کنندہ کے لئے اپنی پچھلی بیمہ پالیسیوں کی تفصیلات بیمہ کمپنی کو دینا ضروری ہوتی ہے۔ یہ اسکے بیمہ تاریخ کو سمجھنے کے لئے ہے۔ بعض بازاروں میں ایسے سسٹمس ہوتے ہیں جن کے ذریعے سے بیمہ کمپنیاں خفیہ طور پر بیمہ دار کے ڈاٹا کا اشتراک کرتی ہیں۔

اسکے علاوہ تجویز کنندہ کو یہ بھی بتانا ہوتا ہے کہ کیا کسی بیمہ کمپنی نے اسکے تجویز کو رد کیا ہے، خاص شرائط عائد کی ہیں، تجدید کے وقت زیادہ پریمیم کی ضرورت ہوئی ہے یا پالیسی کو تجدید کرنے سے انکار یا ردّ کیا گیا ہے۔

کسی دیگر بیمہ کمپنی کے ساتھ موجودہ بیمہ کی تفصیلات کے ساتھ ساتھ بیمہ کمپنیوں کے ناموں کا بھی خلاصہ کیا جانا ضروری ہے۔ خاص طور پر ملکیت کے بیمہ میں ایک امکان رہتا ہے کہ بیمہ دار مختلف بیمہ کمپنیوں سے پالیسیاں لے سکتا ہے اور نقصان کے واقعہ کے واقع ہونے پر ایک سے زیادہ ایک بیمہ کمپنی سے دعویٰ کر سکتا ہے۔ یہ معلومات شراکت کے اُصول کو لاگو کیا

جانا یقینی بنانے کے لئے ضروری ہے تاکہ بیمہ دار کو معاوضہ کیا جا سکے اور وہ ایک ہی جوکھم کے لئے متعدد بیمہ پالیسیوں کے سبب /منافع کمانے کی صورتحال میں نہ ہو۔

اسکے علاوہ، ذاتی حادثہ بیمہ میں ایک بیمہ کمپنی کوریج کی رقم (بیمہ رقم) کو محدود کرنا چاہےگی جو اسی بیمہ دار کے ذریعے سے لی گئی دیگر ذاتی حادثہ پالیسیوں کے تحت بیمہ رقم پر منحصر کرتا ہے۔

vii. **نقصان کا تجربے**

تجویز کنندہ سے اسکے کے ذریعے سے اٹھائے گئے تمام نقصانات کی پوری معلومات کا اعلان کرنے کے لئے کہا جاتا ہے، چاہے انکا بیمہ کیا گیا ہے یا نہیں۔ یہ بیمہ کمپنی کو بیمہ کے موضوع کے بارے میں معلومات دیگا اور بتائیگا کہ ماضی میں بیمہ دار نے جوکھم کا انتظام کیسے کیا ہے۔ انڈرائٹرز اس طرح کے جوابات سے جوکھم کو بہتر طریقے سے سمجھ سکتے ہیں اور طبی امتحان کرانے یا زیادہ معلومات جمع کرنے کے بارے میں فیصلہ کر سکتے ہیں۔

viii. **بیمہ دار کا اعلان**

چونکہ تجویز فارم کا مقصد بیمہ کمپنیوں کو تمام مادی معلومات فراہم کرنا ہے، اس فارم میں بیمہ دار کا یہ اعلان شامل ہوتا ہے کہ جوابات حقیقی اور درست ہے اور وہ اس بات سے متفق ہے کہ فارم بیمہ معاہدے کی بنیاد بنےگا۔کوئی بھی غلط جواب بیمہ کمپنیوں کے لئے معاہدے سے بچنے کا حق دیگا۔ تمام تجویز فارم کے عام دوسرے حصے دستخط ، تاریخ اور بعض صورتوں میں ایجنٹ کی سفارش سے متعلق ہیں۔

ix. جہاں تجویز فارم کا استعمال نہیں کیا جاتا ہے، بیمہ کمپنی زبانی طور پر یا تحریری طور پر حاصل کردہ معلومات کو ریکارڈ کرےگی، اور 15 دنوں کی مدت کے اندر تجویز کنندہ کو اسکی تصدیق کرےگی اور اپنی پالیسی میں اس معلومات کو شامل کرےگی۔جہاں بیمہ کمپنی بعد میں یہ دعویٰ کرتی ہے کہ تجویز کنندہ نے کسی مادی معلومات کا خلاصہ نہیں کیا تھا یا کور فراہم کرنے کے لئے مواد کے بارے میں معلومات یا فراہم گمراہ کن یا جھوٹی معلومات کا افشاء نہیں کیا تھا ، اسے ثابت کرنے کا بوجھ بیمہ کمپنی پر ہوتا ہے۔

اسکا مطلب ہے کہ بیمہ کمپنی کو زبانی طور پر موصول ہونے والی تمام معلومات، کو ریکارڈ کرنے کا ایک ذمہ داری ہوتی ہے جسے ایجنٹ کو فولو اپ کے ذریعے سے دھیان میں رکھنا چاہئیے۔

نیچے ایک صحت بیمہ پالیسی کے تجویز فارم کی کچھ تفصیلات دی گئی ہیں:

1. تجویز فارم ایک پراسپیکٹس فراہم کرتا ہے جو کور کی معلومات دیتا ہے جیسے کوریج، استثنائی صورتیں ، دفعات وغیرہ - پراسپیکٹس تجویز فارم کا حصہ بنتا ہے اور تجویز کنندہ کو اس پر دستخط کرنا ہوتا ہے جیسے اس نے اس کے مندرجات کو سمجھ لیا ہے۔
2. تجویز فارم میں تجویز کنندہ کے ساتھ ہر ایک بیمہ شدہ فرد کا نام، پتہ، کاروبار ، پیدائش تاریخ، جنس اور تعلق ، اوسط ماہانہ آمدنی اور انکم ٹیکس پین نمبر، طبی پریکٹیشنر کا نام اور پتہ، اسکی قابلیت اور رجسٹریشن نمبر سے متعلق معلومات جمع کی جاتی ہے۔ بیمہ شدہ فرد کی بینک کی تفصیلات بھی اب بھی بینک منتقلی کے ذریعے سے براہ راست دعویٰ رقم کی ادائیگی کرنے کے لئے جمع کی جاتی ہے۔
3. اسکے علاوہ بیمہ شدہ فرد کی طبی حالت سے متعلق سوالات پوچھے جاتے ہیں۔ فارم میں مفصل سوالات پچھلے دعووں کے تجربے پر بنیاد ہوتے ہیں اور جوکھم کی مناسب ہامیداری کے لئے حاصل کئے جاتے ہیں۔
4. بیمہ شدہ فرد کے لئے مکمل تفصیلات واضح کرنا ضروری ہوتا ہے کہ کیا وہ فارم میں دی گئی کسی مخصوص بیماری میں مبتلا رہا ہے۔
5. اسکے علاوہ، کسی بھی دوسری بیماری یا مرض یا حادثہ کی تفصیلات کی مانگ کی جاتی ہے جس کا سامنا بیمہ دار کو کرنا پڑا ہے:
   a. بیماری/چوٹ اور علاج کی نوعیت
   b. پہلے علاج کی تاریخ
   c. علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام اور پتہ
   d. کیا مکمل طور پر کور کیا گیا ہے
6. بیمہ شدہ فرد کو ایسے کسی بھی اضافی حقائق کے بارے میں بتانا ہوتا ہے جس کا خلاصہ بیمہ کمپنیوں کے پاس کیا جانا چاہئے اور کیا اسے کسی بھی بیماری یا چوٹ کی کسی بھی مثبت وجود یا موجودگی کی معلومات ہے جسکے لئے طبی توجہ کی ضرورت پڑ سکتی ہے
7. فارم میں ماضی بیمہ پالیسیوں اور انکے دعویٰ تاریخ اور کسی دیگر بیمہ کمپنی کے ساتھ اضافی موجودہ بیمہ سے متعلق سوالات بھی شامل ہوتے ہیں۔

8. اعلان کی خاص خصوصیات پر توجہ دیا جانا چاہئے جس پر تجویز کنندہ کے ذریعے سے دستخط کیا جائیگا۔
9. بیمہ شدہ فرد ایسے کسی بھی اسپتال/ڈاکٹر سے طبی معلومات مانگنے کی رضامندی دیتا ہے اور اسکے لئے بیمہ کمپنی کو اختیار دیتا ہے جس نے کسی بھی وقت اس کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرنے والی کسی بھی بیماری کے تعلق میں اسکا علاج کیا ہے یا کر سکتا ہے۔
10. بیمہ شدہ فرد اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ اس نے فارم کا حصہ بننے والے پراسپیکٹس کو پڑھ لیا ہے اور وہ شرائط کو قبول کرنے کے لئے تیار ہے۔
11. اعلان میں بیانات کی سچائی کے تعلق میں عام وارنٹی اور معاہدے کی بنیاد کے طور پر تجویز فارم شامل ہوتا ہے۔

میڈیکل سوالنامہ

تجویز فارم میں منفی میڈیکل تاریخ ہونے کے معاملے میں بیمہ شدہ فرد کو ذیابیطس، ہائی بلڈ پریشر، سینے میں درد یا کورونری کمی یا مایوکارڈیل انفعام جیسی بیماریوں سے متعلق ایک تفصیلی سوالنامہ کو مکمل کرنا ہوتا ہے۔

ان کا ایک مشاورتی ڈاکٹر کے ذریعے سے مکمل کئے گئے فارم کے ذریعے سے حمایت ہونا ضروری ہے۔ یہ فارم کی جانچ پڑتال کمپنی کے پینل ڈاکٹر کے ذریعے سے کی جاتی ہے جن کی رائے کی بنیاد پر منظوری ، قبولیت ، اخراج وغیرہ کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی نے یہ مقرر کیا ہے کہ تجویز فارم کی ایک کاپی اور اسکے کاغذات منسلکہ کو پالیسی دستاویز کے ساتھ منسلک کیا جانا چاہئے اور اسے بیمہ دار کے ریکارڈ کے لئے اسکے پاس بھیجا جانا چاہئے۔

2. بیچوان کا کردار

بیچوان کی ذمہ داری دونوں جماعتوں یعنی بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کی طرف ہوتی ہے۔

ایک ایجنٹ یا بروکر جو بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان بیچوان کے طور پر کام کرتا ہے اسے یہ یقینی بنانے کی ذمہ داری ہوتی ہے کہ جوکھم کے بارے میں ساری مادی معلومات بیمہ شدہ فرد کے ذریعے سے بیمہ کمپنی کو فراہم کی گئی ہے۔ آئی آر ڈی اے آئی ریگولیشن یہ فراہم کرتے ہے کہ بیچوان کی ذمہ داری گاہک کی طرف ہوتی ہے۔

اہم

امکان (گاہک) کے طرف ایک بیچوان کی ذمہ داری

آئی آر ڈی اے آئی ریگولیشن کہتا ہے کہ "ایک بیمہ کمپنی یا اسکا ایجنٹ یا دیگر بیچوان ایک مجوزہ کور کے تعلق میں تمام مادی معلومات فراہم کریگا جو امکان گاہک کو اپنے مفاد میں سب سے بہترین کور کا فیصلہ لینے میں قابل بنائیگا۔

چہاں امکان گاہک بیمہ کمپنی یا اسکے ایجنٹ یا ایک بیمہ بیچوان کے مشورہ پر انحصار کرتا ہے، وہاں اس طرح کے فرد کو ایک منصفانہ انداز میں امکان گاہک کو مشورہ دینا چاہئیے۔

چہاں کسی بھی سبب سے تجویز اور دیگر منسلک کاغذات گاہکوں کے ذریعے سے نہیں بھرے جاتے ہیں، گاہک کی طرف سے تجویز فارم کے آخر میں ایک سرٹیفکیٹ فارم شامل کیا جا سکتا ہے کہ فارم اور دستاویزات کی مندرجات کے بارے میں اس کو مکمل طور پر وضاحت کی گئی ہے اور یہ کہ اس نے مجوزہ معاہدے کی اہمیت کو اچھی طرح سے سمجھ لیا ہے۔"

B. تجویز کی قبولیت (ہامیداری)

ہم نے دیکھا ہے کہ ایک مکمل کیا گیا تجویز فارم موٹے طور پر مندرجہ ذیل معلومات فراہم کرتا ہے:

- ✓ بیمہ دار کی تفصیلات
- ✓ موضوع کی تفصیلات
- ✓ کور کی قسم کی ضرورت
- ✓ مثبت اور منفی دونوں جسمانی خصوصیات کی تفصیلات
- ✓ بیمہ اور نقصان کی پچھلی تاریخ

ایک صحت بیمہ تجویز کے معاملے میں بیمہ کمپنی ایک ممکنہ گاہک کو، جیسے 45 سال سے زیادہ کی عمر کے فرد کو ڈاکٹر کے پاس اور/یا طبی جانچ کے لئے بھیج سکتی ہے۔ تجویز میں دستیاب معلومات کی بنیاد پر، اور چہاں طبی جانچ کا مشورہ دیا گیا ہے، میڈکل رپورٹ اور ڈاکٹر کی سفارش کی بنیاد پر بیمہ کمپنی فیصلہ لیتی ہے۔ کبھی کبھی چہاں میڈیکل تاریخ تسلی بخش نہیں ہوتی ہے، دیگر معلومات حاصل کرنے کے لئے ایک اضافی سوالنامہ بھی ممکنہ گاہک سے حاصل کرنا ضروری ہوتا ہے۔ تب بیمہ کمپنی جوکھم عنصرکے لئے لاگو ہونے والی شرح کے بارے میں فیصلہ کرتی

ہے اور مختلف عوامل کی بنیاد پر پریمیم کا حساب کرتی ہے جس کے بارے میں پھر بیمہ دار کو بتایا جاتا ہے۔

بیمہ کمپنی کے ذریعے سے پروپوزل پر تیز رفتار اور کارکردگی کے ساتھ کارروائی کی جاتی ہے اور اسکے تمام فیصلوں کے بارے میں ایک مناسب مدت کے اندر تحریری طور پر مطلع کیا جاتا ہے۔

ہامیداری اور پروپوزل پر کارروائی کے بارے میں نوٹ

آئی آر ڈی اے آئی کے ہدایات کے مطابق بیمہ کمپنی کو 15 دن کی مدت کے اندر تجویز پر کارروائی کرنی چاہئیے۔ ایجنٹ سے ان ٹائم لائنز کا دھیان رکھنے، اندرونی طور پر فولو اپ کرنے اور جب کبھی ضرورت پڑنے پر گاہک سروس کے ذریعے سے تجویز کنندہ /بیمہ دار کے ساتھ بات چیت کرنے کی توقع کی جاتی ہے۔ تجویز کی پرکھ کرنے اور قبولیت کے بارے میں فیصلہ لینے کے اس پورے عمل کو ہامیداری کے طور پر جانا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

ہدایات کے مطابق ایک بیمہ کمپنی کو _____ کے اندر بیمہ تجویز پر کارروائی کرنی ہوتی ہے۔

I. 7 دن

II. 15 دن

III. 30 دن

IV. 45 دن

C. پراسپیکٹس

پراسپیکٹس بیمہ کمپنی کے ذریعے سے یا اسکی طرف سے بیمہ کے ممکنہ خریداروں کے لئے جاری کیا گیا ایک دستاویز ہے۔ یہ عام طور پر ایک بروشر یا کتابچہ کی شکل میں ہوتا ہے اور اس طرح کےممکنہ خریداروں کو مصنوعات کی معلومات دینے کا مقصد مکمل کرتا ہے۔ پراسپیکٹس جاری کرنا بیمہ ایکٹ 1938 کے ساتھ ساتھ پالیسی ہولڈر کے مفادات کا تحفظ ایکٹ 2002 اور آئی آر ڈی اے آئی کے صحت بیمہ ضابطے 2013 کے ذریعے سے کنٹرول ہوتا ہے۔

کسی بھی بیمہ مصنوعات کے پروسپیکٹس میں فوائد کی گنجائش، بیمہ کور کی حد کا واضح طور پر بیان ہونا چاہئے اور بیمہ کور کی وارنٹیوں، مستثنیات و ضوابط کو صاف صاف سمجھایا جانا چاہئے۔

مصنوعات پر قابلِ اجازت رائڈرز (جنہیں ایڈ آن کور بھی کہا جاتا ہے) کے بارے میں بھی فوائد کے ان کے دائرہ کار کے حوالے سے بیان کیاجانا چاہئے۔ اسکے علاوہ تمام رائڈرز کو ایک ساتھ ملاکر متعلق پریمیم اہم مصنوعات کے پریمیم کے 30٪ سے زیادہ نہیں ہونا چاہئے۔

دیگر اہم معلومات جس کا خلاصہ ایک پراسپیکٹس میں کرنا چاہئے، اس میں شامل ہیں:

۱- مختلف عمر کے گروپوں کے لئے یا مختلف اندراج عمر کے لئے کور اور پریمیم میں کوئی اختلاف

۲- پالیسی کے تجدید کی شرائط

۳- بعض حالات کے تحت پالیسی کی منسوخی کیے جانے کی شرائط -

۴- مختلف حالات میں لاگو ہونے والی کوئی بھی رعایت یا لوڈنگ کی تفصیلات

۵- پریمیم سمیت پالیسی کی شرائط میں کسی بھی نظر ثانی یا ترمیم کے امکان

۶- ایک ہی بیمہ کمپنی کے ساتھ پالیسی ہولڈرز کو ابتدائی اندراج، جاری تجدید ، سازگار دعووں کے تجربہ وغیرہ کے لئے ریوارڈ کرنے کے لئے کوئی بھی مراعات -

۷- یہ اعلان کہ اس کی تمام صحت بیمہ پالیسیاں پورٹیبل ہیں جس کا مطلب ہے کہ ان پالیسیوں کو کسی بھی دیگر بیمہ کمپنی سے تجدید کیا جا سکتا ہے جو ایک جیسے فوائد والے اسی طرح کے کور فراہم کرتی ہے، جن کا فائدہ وہ موجودہ بیمہ کمپنی کے ساتھ بنے رہنے پر اٹھا سکتا تھا۔

صحت پالیسیوں کے بیمہ کار عام طور پر اپنے صحت بیمہ مصنوعات کے بارے میں پراسپیکٹس شائع کرتے ہیں۔ ایسے معاملات میں تجویز فارم میں ایک اعلان شامل ہوگا کہ گاہک نے پراسپیکٹس کو پڑھ لیا ہے اور اس سے متفق ہے۔

D. پریمیم کی رسید

جب گاہک کے ذریعے سے بیمہ کمپنی کو پریمیم ادا کیا جاتا ہے تو بیمہ کمپنی ایک رسید جاری کرنے کے لئے پابند ہوتی ہے۔ پیشگی

میں کوئی پریمیم ادائیگی کئے جانے کے معاملے میں بھی رسید جاری کی جاتی ہے۔

تعریف

پریمیم بیمہ کے ایک معاہدے کے تحت بیمہ کے موضوع کا بیمہ کرنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے سے بیمہ کمپنی کو ادا کیا گیا تلافی بدل یا رقم ہے۔

1. پیشگی میں پریمیم کی ادائیگی (بیمہ ایکٹ ، 1938 کی سیکشن 64 وی بی)

بیمہ ایکٹ کے مطابق ، پریمیم بیمہ کور شروع ہونے سے پہلے پیشگی میں ادا کیا جانا چاہئیے۔ یہ ایک اہم پرویژن ہے جو یقینی بناتاہے کہ صرف بیمہ کمپنی کے ذریعے سے پریمیم حاصل کر لئے جانے کے بعد ہی ایک درست بیمہ معاہدہ مکمل کیا جا سکتا ہے اور بیمہ کمپنی کے ذریعے سے جوکھم کو منظور کیا جا سکتا ہے۔ یہ سیکشن بھارت میں غیر زندگی بیمہ صنعت کی ایک خاص خصوصیت ہے۔

اہم

a) بیمہ ایکٹ ، 1938 کے سیکشن 64وی بی کا پرویژن ہے کہ کوئی بھی بیمہ کمپنی کسی بھی جوکھم کو منظور نہیں کرےگی جب تک کہ پریمیم پیشگی میں حاصل نہیں ہو جاتا ہے یا ادائیگی کرنے کی ضمانت نہیں دی جاتی ہے یا مقررطریقے سے پیشگی میں ڈیپازٹ جمع نہیں کیا جاتا ہے۔

b) جب کوئی بیمہ ایجنٹ کسی بیمہ کمپنی کی طرف سے بیمہ کی پالیسی پر پریمیم حاصل کرتا ہے، وہ بینک اور پوسٹل تعطیلات کو چھوڑ کر، اسے حاصل کرنے کے چوبیس گھنٹے کے اندر اپنے کمیشن کی کٹوتی کے بغیر، اس طرح جمع کیا گیا مکمل پریمیم بیمہ کمپنی کے پاس جمع کریگا یا ڈاک کے ذریعے سے بھیجےگا۔

c) یہ پرویژن بھی کیا گیا ہے کہ جوکھم صرف اس تاریخ سے مانا جائیگا جب نقد یا چیک کے ذریعے سے پریمیم کی ادائیگی کی گئی ہے۔

d) جہاں پریمیم پوسٹل یا منی آرڈر کے ذریعے سے یا ڈاک کے ذریعے سے بھیجے گئے چیک کے ذریعے سے ٹینڈر کیا جاتا ہے، جوکھم اس تاریخ کو مانا جا سکتا ہے جب منی آرڈر کو بک کیا گیا ہے یا چیک کو ڈاک سے بھیجا گیا ہے، چاہے جیسا بھی معاملہ ہو سکتا ہے۔

e) پریمیم کا کوئی بھی فنڈ جو پالیسی کو منسوخ کئے جانے کے سبب یا اسکے شرائط و ضوابط میں تبدیلی کے سبب یا پھر

ایک بیمہ دار کوڈیو ہو سکتا ہے، دوسری صورت ،بیمہ کمپنی کے ذریعے سے اس کی ادائیگی ایک کراسڈ یا آرڈر چیک کے ذریعے سے یا پوسٹل/منی آرڈر کے ذریعے سے براہ راست طور پر بیمہ دار کو کی جا سکتی ہے اور بیمہ کمپنی کے ذریعے سے بیمہ دار سے ایک مناسب رسید حاصل کی جائیگی- آج کل براہ راست بیمہ شدہ فرد کے بینک اکاؤنٹ میں رقم جمع کرنے کی پریکٹس ہے- اس طرح کا ریفنڈ کسی بھی معاملے میں ایجنٹ کے کھاتہ میں جمع نہیں کیا جائیگا-

پریمیم ادا ئیگی کی مندرجہ بالا شرط کے اخراج بھی ہیں جو بیمہ قانون 58 اور 59 میں بیان ہیں- ایک زندگی بیمہ پالیسی جیسی 12 مہینے سے زیادہ وقت تک چلنے والی پالیسیوں کے معاملے میں قسطوں میں ادائیگی کے لئے ہے- دیگر میں مخصوص معاملات میں بینک ضمانت کے ذریعے سے ادائیگی کرنا، جہاں عین مطابق پریمیم پیشگی میں مقرر نہیں کیا جا سکتا ہے یا بیمہ کمپنی کے پاس موجود گاہک کے ایک نقدی جمع کھاتہ میں ڈیبٹ کرکے حاصل کی گئی ادائیگی شامل ہے-

2. پریمیم کی ادائیگی کا طریقہ

اہم

ایک بیمہ پالیسی لینے کی تجویز کرنے والے کسی بھی فرد کے ذریعے سے یا پالیسی ہولڈر کے ذریعے سے ایک بیمہ کمپنی کو کیے جانے والے پریمیم کی ادائیگی مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زیادہ طریقوں سے کیا جا سکتا ہے-

a) نقدی
b) کوئی بھی تسلیم شدہ بینکاری سمجھوتا آلہ ، جیسے بھارت میں کسی بھی شیڈول بینک پر تیار بینکر چیک ، ڈیمانڈ ڈرافٹ، ادا آرڈر کی ادائیگی ، بینکر چیک؛
c) پوسٹل منی آرڈر ؛
d) کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ؛
e) بینک گارنٹی یا نقدی ڈپازٹ ؛
f) انٹرنیٹ؛
g) ای منتقلی
h) تجویز کنندہ یا پالیسی ہولڈر یا زندگی بیمہ دار کے اسٹینڈینگ ہدایات پر بینک ٹرانسفر کے ذریعے سے ڈائریکٹ کریڈٹ؛
i) ذ وقتا فوقتا اتھارٹی کی طرف سے منظور کیا جا سکتا ہے کے طور پر کوئی دوسرا طریقہ یا ادائیگی

آئی آر ڈی اے آئی کے شرائط کے مطابق ، اگر تجویز کنندہ /پالیسی ہولڈر نیٹ بینکنگ یا کریڈٹ/ڈیبٹ کارڈ کے ذریعے سے

پریمیم ادا کرنے کا آپشن منتخب کرتی ہے تو ادائیگی صرف نیٹ بینکنگ کھاتہ یا اس طرح کے تجویز کنندہ /پالیسی ہولڈر کے نام پر جاری کریڈٹ/ڈیبٹ کارڈ کے ذریعے سے کی جانی چاہئے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

اگر پریمیم ادائیگی چیک کے ذریعے سے کی جاتی ہے تو مندرجہ ذیل میں سے کون سا بیان درست ہوگا؟

I. جوکھم اس تاریخ کو منظور کیا جا سکتا ہے جب چیک پوسٹ کیا گیا ہے

II. جوکھم اس تاریخ کو منظور کیا جا سکتا ہے جب بیمہ کمپنی کے ذریعے سے چیک جمع کیا جاتا ہے

III. جوکھم اس تاریخ کو منظور کیا جا سکتا ہے جب بیمہ کمپنی کو چیک حاصل ہوتا ہے

IV. جوکھم اس تاریخ کو منظور کیا جا سکتا ہے جب تجویز کنندہ کے ذریعے سے چیک جاری کیا جاتا ہے

E. پالیسی دستاویز

پالیسی دستاویز

پالیسی ایک رسمی دستاویز ہے جو بیمہ کے معاہدے کا ایک ثبوت فراہم کرتا ہے۔ اس دستاویز پر بھارتی اسٹامپ ایکٹ ، 1899 کے دفعات کے مطابق مہر لگی ہونی چاہئے۔

پالیسی ہولڈر کے مفاد کی حفاظت کرنے کے لئے آئی آر ڈی اے آئی ضابطے میں یہ مخصوص کیا ہے کہ ایک صحت بیمہ پالیسی میں کیا شامل ہونا چاہئے:

a) بیمہ دار اور موضوع میں قابل بیمہ انٹرسٹ رکھنے والے کسی دیگر فرد کا (کے) نام اور ایڈریس
b) بیمہ شدہ افراد یا انٹرسٹ کی مکمل معلومات
c) پالیسی کے تحت بیمہ رقم ، فرد اور/یا جوکھم کے مطابق
d) بیمہ کی مدت
e) کور کیے گئے سخت خطرات اور اخراج
f) لاگو ہونے والا کوئی بھی اضافی/کٹوتی
g) قابل ادائیگی پریمیم اور جہاں پریمیم ایڈجسٹمنٹ کے عارضی موضوع ہے، پریمیم کے ایڈجسٹمنٹ کی بنیاد ہے
h) پالیسی کے قانون ، شرائط اور وارنٹیاں

i) پالیسی کے تحت ایک دعو ی کو جنم دینے کے امکان سے ایک غیر متوقع واقعہ کے واقع ہونے پر بیمہ شدہ فرد کے ذریعے سے کی جانے والی کارروائی
j) ایک دعوے کو جنم دینے والے واقعہ کےواقع ہونے پر بیمہ کے موضوع کے تعلق میں بیمہ دار کی ذمہ داری اور ان حالات میں بیمہ کمپنی کے حقوق
k) کوئی خاص حالات
l) غلط بیانی ، دھوکہ دہی، مادی حقائق کا غیر انکشاف یا بیمہ دار کے غیر تعاون کی بنیاد پر پالیسی کو منسوخ کرنے کے لئے پرویژن
m) بیمہ کمپنی کے پتہ جہاں پالیسی کے تعلق میں تمام کمیونی کیشنز بھیجے جانے چاہئیے
n) رائڈر کی تفصیلات ، اگر کوئی ہو
o) شکایات کے ازالہ کی تفصیلات اور محتسب کا پتہ

ہر بیمہ کمپنی کو پالیسی کے سلسلے میں پیدا ہونے والے دعویٰ درج کرنے کے تعلق میں بیمہ دار فرد کے ذریعے سے پوری کی جانے والی ضرورت اور اسکے کے ذریعے سے عمل کیے جانے والے طریقہ کار کے بارے میں (بیمہ دار) کو مطلع کرنا چاہئیے اور مطلع کرتے رہنا چاہئیے تاکہ بیمہ کمپنی دعوے کے ابتدائی تصفیے میں قابل ہو سکے۔

F. شرائط اور وارنٹیاں

یہاں پالیسی کی تفصیلات میں استعمال دو اہم شرائط کی وضاحت کرنا اہم ہے۔ انھیں شرائط اور وارنٹیاں کہتے ہیں۔

1. شرائط

شرط بیمہ معاہدے کا ایک پرویژن ہے جو سمجھوتے کی بنیاد بناتا ہے۔

مثالیں :

a. زیادہ تر بیمہ پالیسیوں کی معیاری شرائط میں سے ایک یہ کہتی ہے:

اگر دعویٰ کسی بھی تعلق میں دھوکہ دہی ہے، یا اسکے حمایت میں کوئی جھوٹا اعلان کیا گیا ہے یا اسکا استعمال کیا گیا ہے یا اگر پالیسی کے تحت کوئی فائد ہ حاصل کرنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے سے یا اسکی جانب سے کام کرنے والے فرد کے ذریعے سے کسی دھوکہ دہی ذرائع یا آلات کا استعمال کیا گیا ہے یا اگر نقصان یا ضرر کسی جان بوجھ کر کئے گئے ایکٹ کے سبب یا بیمہ دار کی ملی بھگت سے ہوئی ہے تو اس پالیسی کے تحت تمام فوائد جبت کر لئے جا ئینگے۔

b. ایک صحت پالیسی میں دعوے کی معلومات دینے کی شرط اس طرح ہو سکتی ہے:

دعویٰ اسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے مخصوص دنوں کے اندر اندر دائر کیا جانا چاہئیے- حالانکہ، اس شرط میں رعایت پر مشقت کی انتہائی صورتوں میں غور کیا جا سکتا ہے جہاں کمپنی کے اطمینان کے لئے یہ ثابت کر دیا گیا ہے کہ جن حالات میں بیمہ دار کو ڈال دیا گیا تھا، اسکے یا کسی بھی دیگر فرد کے لئے مقرر وقت حد کے اندر اس طرح کی معلومات دینا یا دعویٰ دائرکرنا ممکن نہیں تھا-

شرط کی خلاف ورزی بیمہ کمپنی کے آپشن پر پالیسی کو قابل فسخ بناتا ہے-

2. وارنٹیاں

ایک بیمہ معاہدے میں وارنٹیوں کا استعمال مخصوص حالات میں بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کو محدود کرنے کے لئے کیا جاتا ہے- بیمہ کمپنیاں خطرے کو کم کرنے کے لئے پالیسی میں وارنٹیوں کو بھی شامل کرتی ہیں- وارنٹی کے ساتھ بیمہ دار کچھ ذمہ داری اٹھاتا ہے جسے ایک مقررہ وقت مدت کے اندر اور اسکے علاوہ پالیسی مدت کے دوران بھی مکمل کیا جانا ضروری ہوتا ہے اور بیمہ کمپنی کی ذمہ داری بیمہ دار کے ذریعے سے ان ذمہ داریوں کی تعمیل پر منحصر کرتی ہے- وارنٹیاں جوکھم کے منظم اور بہتر بنانے میں ایک اہم کردار ادا کرتی ہیں-

وارنٹی پالیسی میں واضح طور پر بیان ایک ایسی شرط ہے جس کا معاہدے کی درستی کے لئے لفظی عمل کیا جانا چاہئیے- وارنٹی ایک علیحدہ دستاویز نہیں ہے- پالیسی دستاویز دونوں کا حصہ ہے-یہ معاہدے کے لئے ایک پیش رو شرط ہے (جو معاہدے کی دیگر شرائط سے پہلے کام کرتی ہے)- اسے سختی سے اور لفظی سمجھنا اور عمل کیا جانا چاہئیے، چاہے یہ جوکھم کے لئے اہم ہو یا نہ ہو-

اگر کسی وارنٹی کو مکمل نہیں کیا جاتا ہے تو پالیسی بیمہ کمپنیوں کے آپشن پر قابلِ فسخ ہو جاتی ہے، جب یہ واضح طور پر مقرر ہو جاتا ہے کہ خلاف ورزی کسی خاص نقصان کا سبب نہیں بنی ہے یا اس میں شراکت نہیں کیا ہے- تاہم، عملی طور پر وارنٹی کی خلاف ورزی ایک خالصتا تکنیکی نوعیت کی ہے اور کسی بھی طرح سے نقصان میں شراکت نہیں کرتی ہے یا اسے نہیں بڑھاتا ہے تو بیمہ کمپنیاں اپنے صوابدید پر کمپنی کی پالیسی کے مطابق معیار اور ہدایات کے مطابق دعووں پر عملدرآمد کر سکتی ہیں- ایسے معاملے میں، نقصان کو سمجھوتہ دعووں کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے اور اسکا تصفیہ عام دعوے کے ایک اعلی فی صد کے لئے کیا جاتا ہے لیکن 100 کے لئے نہیں-

ایک ذاتی حادثہ پالیسی میں مندرجہ ذیل وارنٹی ہو سکتی ہے :

یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ ایک وقت میں پانچ سے زیادہ بیمہ شدہ فرد ایک ہی ہوا سواری میں ایک ساتھ سفر نہیں کرینگے۔ وارنٹی میں یہ بتایا جا سکتا ہے کہ اگر اس وارنٹی کی خلاف ورزی کی جاتی ہے تو دعوے کو کیسے نمٹایا جائیگا۔

اپنے آپ کا ٹیسٹ ۳

نیچے دیا گیا کون سا بیان ایک وارنٹی کے حوالے سے درست ہے؟

I. وارنٹی ایک شرط ہے جو پالیسی میں بیان کئے بغیر نافذ العمل کی جاتی ہے

II. وارنٹی پالیسی میں واضح طور پر بیان ایک شرط ہے

III. وارنٹی پالیسی میں واضح طور پر بیان ایک شرط ہے اور اسکے بارے میں بیمہ دار کو الگ سے آگاہ کیا جاتا ہے اور پالیسی دستاویز کا حصہ نہیں ہوتی ہے

IV. اگر کسی وارنٹی کی خلاف ورزی کی جاتی ہے تو دعوے کی پھر بھی ادائیگی کی جا سکتی ہے اگر یہ جوکھم کے لئے اہم نہیں ہے۔

G. توثیق

ایک معیاری طور پر پالیسیاں جاری کرنا بیمہ کمپنیوں کی پریکٹس ہے؛ جسمیں بعض خطرات کو کور کیا جاتا ہے اور کچھ دوسرے خطرات کو نکال دیا جاتا ہے۔

تعریف

اگر پالیسی جاری کرتے وقت اسکے بعض شرائط وضوابط میں تبدیلی کی جانا ضروری ہوتی ہے تو یہ کام توثیق نامی ایک دستاویز کے ذریعے سے ترامیم/تبدیلیوں کو مقرر کرکے مکمل کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی میں منسلک ہوتا ہے اور اسکا حصہ بنتا ہے۔پالیسی اور توثیق ایک ساتھ ملکر معاہدے بناتے ہیں۔ توثیق پالیسی کی چالو مدت کے دوران بھی تبدیلیوں/ترامیم کو درج کرنے کے لئے جاری کیا جا سکتا ہے۔

جب کبھی بھی اہم معلومات میں تبدیلی ہوتی ہے، بیمہ دار کو اس بات کی معلومات بیمہ کمپنی کو دینی ہوتی ہے جو اس پر توجہ

دیگی اور توثیق کے ذریعے سے اسے بیمہ معاہدے کے حصے کے طور پر شامل کرےگی۔

ایک پالیسی کے تحت عام طور پر ضروری توثیق ان باتوں سے متعلق ہوتے ہیں:

a) بیمہ رقم میں تغیرات/تبدیلی

b) قرض لےکر یا بینک کے پاس پالیسی کو رہن رکھ کر قابل بیمہ انٹرسٹ میں تبدیلی کرنا۔

c) اضافی خطروں کو کور کرنے کے لئے بیمہ کی توسیع / پالیسی مدت بڑھانا

d) جوکھم میں تبدیلی جیسے ایک غیر ملکی سفر پالیسی کے معاملے میں مقامات میں تبدیلی

e) کسی اور مقام پر جائیداد کی منتقلی

f) بیمہ کی منسوخی

g) نام یا پتے وغیرہ میں تبدیلی

نمونہ توثیق

مثال کے مقصد سے، کچھ توثیق کے نمونہ تفصیلات کو نیچے پیش کیا گیا ہے:

پالیسی کی منسوخی

بیمہ دار کی درخواست پر اس پالیسی کے ذریعے سے حاصل بیمہ کو <تاریخ> سے منسوخ اعلان کیا جاتا ہے۔ بیمہ نو مہینے سے زیادہ کی مدت تک چالو رہنے کے سبب بیمہ دار کو کوئی بھی ریفنڈ قابلِ ادائیگی نہیں ہے۔

پالیسی میں اضافی رکن کے لئے کور کی توسیع

بیمہ دار کی درخواست پر، مس رتنا مستری، بیمہ دار کی بیٹی، عمر 5 سال کو 3 لاکھ روپے کی بیمہ رقم کے ساتھ پالیسی میں شامل کرنے کی رضامندی دی جاتی ہے جو تاریخ < تاریخ > سے مؤثر ہوگی۔

اسکے تلافی بدل میں ---------- روپے کا ایک اضافی پریمیم بیمہ دار سے لیا جاتا ہے۔

اپنے آپ کا ٹیسٹ ۴

اگر پالیسی جاری کرتے وقت اسکی کچھ شرائط و ضوابط میں ترمیم کیا جانا ضروری ہے تو یہ کام_____ کے ذریعے سے ترامیم کا تعین کرکے مکمل کیا جاتا ہے۔

I. وارنٹی

II. توثیق

III. تبدیلی

IV. ترمیم ممکن نہیں ہے

H. پالیسیوں کی تشریح

بیمہ کے معاہدے کو تحریری طور پر اظہار کیا جاتا ہے اور بیمہ پالیسی کی باتوں کا مسودہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے تیار کیا جاتا ہے۔ ان پالیسیوں کی تعمیر یا وضاحت کے کچھ مقرر قوانین کے مطابق کرنی ہوتی ہے جو مختلف عدالتوں کے ذریعے سے مقرر کئے گئے ہیں۔ تعمیر کا سب سے اہم قانون یہ ہے کہ پارٹیوں کا ارادہ غالب ہونا چاہئیے اور یہ ارادہ پالیسی میں اپنے آپ دکھائی دینا چاہئیے۔اگر پالیسی ایک مبہم انداز میں جاری کی جاتی ہے تو عدالتوں کے ذریعے سے اسکی وضاحت اس عام اُصول پر بیمہ دار کے حق میں اور بیمہ کمپنی کے خلاف کی جائیگی کہ پالیسی کا مسودہ بیمہ کمپنی کے ذریعے سے تیار کیا گیا تھا۔

پالیسی میں بیان باتوں کو مندرجہ ذیل قواعدکے مطابق سمجھا اور سمجھایا جاتا ہے:

a) ایک ایکسپریس یا تحریری حالت ایک نافذ العمل شرط سے زیادہ اہم ہوتی ہے، سوائے اس معاملے کے جہاں ایسا کرنے میں بے ربطیاں ہے۔

b) معیاری طباعت پالیسی فارم اور ٹائپ کئے گئے یا ہاتھ سے لکھے حصوں کے درمیان ایک تضاد ہونے کی صورت میں ٹائپ کئے گئے یا ہاتھ سے لکھے حصہ کو ایک خاص معاہدے میں پارٹیوں کے ارادے کا اظہار کرنے والا مانا جاتا ہے، اور انکے معنی اصل طباعت الفاظ کے مقابلے میں زیادہ اہم ہو نگے۔

c) اگر کوئی توثیق معاہدے کے دیگر حصوں کے برعکس ہے تو توثیق کے معنی کو اہم دیا جائیگا کیونکہ یہ بعد کا دستاویز ہے۔

d) اٹیلک میں بیان کلاج عام طباعت تفصیلات سے زیادہ اہمیت رکھتے ہیں، جہاں وہ متضاد ہوتے ہیں۔

e) پالیسی کے مارجن میں طباعت یا ٹائپ کئے گئے کلاج کو پالیسی کی باڈی کے اندر بیان باتوں کے مقابلے میں زیادہ اہمیت دی جاتی ہے۔

f) پالیسی میں منسلک یا پیسٹ کئے گئے کلاج، مارجن کے کلاج اور پالیسی کی باڈی کے کلاج دونوں کے مقابلے میں زیادہ اہم ہوتے ہیں۔

g) طباعت شدہ الفاظ کے مقام پر ٹائپ کرکے لکھے الفاظ کو یا ایک سیاہی والے ربر اسٹامپ کے ذریعے سے امپریسڈ الفاظ کو زیادہ اہمیت دی جاتی ہے۔

h) دستی تحریر ٹائپ یا مہر الفاظ سے زیادہ مقدم ہے.

i) خر میں، اگر کوئی ابہام ہے یا وضاحت کی کمی نہیں ہے تو گرائمر اور اوقاف کے عام قوانین لاگو ہوتے ہیں.

اہم

1. پالسیوں کی تعمیر

بیمہ پالیسی ایک تجارتی معاہدہ کا ثبوت ہے اور عدالتوں کے ذریعے سے اپنائے جانے والے تعمیر اور وضاحت کے عام قواعد دیگر معاہد وں کے معاملے کی طرح بیمہ معاہد وں پر لاگو ہوتے ہیں۔

تعمیر کا اہم قانون یہ ہے کہ معاہدے کی پارٹیوں کا ارادہ سب سے اہم ہوتا ہے۔ ارادہ پالیسی دستاویز اور تجویز فارم، اس سے منسلک کلاجوں، توثیق ، وارنٹیوں وغیرہ سے حاصل کیا جانا چاہئیے اور اسے معاہدے کی بنیاد بننا چاہئیے۔

2. الفاظ کے معنی

استعمال الفاظ کو انکے عام اور مقبول معنی میں لیا جانا چاہئیے۔ **الفاظ کے لئے استعمال کیا جانے والا معنی وہ ہونا چاہئیے جو ایک سڑک پر چلنے والے عام آدمی کی سمجھ میں آئے۔**

دوسری صورت میں، **ایسے الفاظ جن کا ایک عام کاروباری یا تجارتی معنی ہوتے ہے اسے اسی معنی میں سمجھا جائیگا جب تک کہ جملے کے سیاق وسباق ظاہر نہیں کرتا ہے۔**جہاں الفاظ قانون کے ذریعے سے بیان ہوتے ہیں، اس تعریف کے معنی کو قوانین کے مطابق استعمال کیا جائیگا۔

بیمہ پالیسیوں میں استعمال کئی الفاظ گزشتہ قانونی فیصلوں کے موضوع رہے ہیں جن کا عام طور پر استعمال کیا جائیگا۔ پھر، ایک اعلی عدالت کے فیصلے ایک نیچلی عدالت کے فیصلے پر پابند

ہو نگے- تکنیکی الفاظ کو ہمیشہ انکا تکنیکی معنی دیا جانا چاہئیے، جب تک کہ اسکے برعکس کوئی اشارہ نہیں دیا گیا ہے-

I. تجدید کا نوٹس

بیشتر غیر زندگی بیمہ پالیسیاں سالانہ بنیاد پر جاری کیے جاتے ہیں-

بیمہ کمپنیوں کی طرف سے بیمہ دار کو یہ مشورہ دینے کی کوئی قانونی ذمہ داری نہیں ہے کہ اسکی پالیسی ایک خاص تاریخ کو ختم ہونے والی ہے- حالانکہ، سوپیی اور صحت مند کاروباری عمل کی بات کے طور پر بیمہ کمپنیاں پالیسی کے تجدید کے لئے مدعو کرتے ہوئے پالیسی ختم کی تاریخ سے پہلے ایک تجدید نوٹس جاری کرتی ہیں- نوٹس سے بیمہ رقم ، سالانہ پریمیم وغیرہ جیسے پالیسی کے متعلقہ تفصیلات کا پتہ چلتا ہے- بیمہ دار کو یہ مشورہ دیتے ہوئے ایک نوٹ جاری کرنے کا بھی عمل ہے کہ اسے جوکھم میں کسی بھی مادی تبدیلی کے بارے میں مطلع کرنا چاہئیے- بیمہ دار کی توجہ اس قانونی پرویژن کی طرف بھی متوجہ کی جائےگی کہ کوئی بھی جوکھم منظور نہیں کیا جا سکتا ہے جب تک کہ پیشگی میں پریمیم ادائیگی نہیں کی جاتی ہے-

اپنے آپ کا ٹیسٹ ۵

ذیل میں دیا گیا کون سا بیان تجدید نوٹس کے حوالے سے درست ہے؟

I. ۱- قواعد و ضوابط کے مطابق بیمہ کمپنیوں پر پالیسی کے ختم ہونے سے 30 دن پہلے بیمہ دار کو ایک تجدید نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری ہوتی ہے

II. ۲- قواعد و ضوابط کے مطابق بیمہ کمپنیوں پر پالیسی کے ختم ہونے سے 15 دن پہلے بیمہ دار کو ایک تجدید نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری ہوتی ہے

III. ۳- قواعد و ضوابط کے مطابق بیمہ کمپنیوں پر پالیسی کے ختم ہونے سے 7 دن پہلے بیمہ دار کو ایک تجدید نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری ہوتی ہے

IV. ۴- قواعد و ضوابط کے مطابق بیمہ کمپنیوں پر پالیسی کے ختم ہونے سے پہلے بیمہ دار کو ایک تجدید نوٹس بھیجنے کی کوئی قانونی ذمہ داری نہیں ہوتی ہے

ج. اینٹی منی لانڈرنگ اور اپنے گاہکوں کو جاننے کے بارے میں ہدایات

مجرم اپنے غیرقانونی سرگرمیوں کے ذریعے سے فنڈز حاصل کرتے ہیں لیکن منی لانڈرنگ نامی ایک عمل کے ذریعے سے اسے قانونی منی کے طور پر استعمال کرنا چاہتے ہیں۔

منی لانڈرنگ وہ عمل ہے جس کے ذریعے سے مجرم اپنے مجرمانہ سرگرمیوں کی آمدنی کے اصل ذرائع اور ملکیت کو چھپانے کے لئے فنڈز کی منتقلی کرتے ہیں۔ اس عمل کے ذریعے سے پیسہ اپنی مجرمانہ شناخت کھو دیتا ہے اوردرست ظاہر ہوتا ہے۔

مجرم اپنے کالے پیسوں کو سفید کرنے کے لئے بینکوں اور بیمہ سمیت مالیاتی خدمات کے استعمال کی کوشش کرتے ہیں۔ وہ غلط شناخت کا استعمال کرکے لین دین کرتے ہیں، مثال کے لئے، وہ بیمہ کی کسی شکل کو خرید لیتے ہیں اور اس پیسے کو واپس لینے کے لئے منظم کرنے میں کامیاب ہوتے ہیں اور پھر اپنا مطلب مکمل ہو جانے پر غائب ہو جاتے ہیں۔

کالے دھن کو درست کرنے کے اس طرح کی کوشش کو روکنے کے لئے بھارت سمیت دنیا بھر میں سرکاری سطحوں پر کوشش کی گئی ہیں۔

منی لانڈرنگ روک تھام ایکٹ متعلقہ قانون کو سال 2002 میں سرکار کے ذریعے سے لاگو کیا گیا تھا۔ اسکے کچھ ہی وقت بعد آئی آر ڈی اے آئی کے ذریعے سے جاری کئے گئے اینٹی منی لانڈرنگ کے ہدایات نے بیمہ خدمات کے لئے درخواست کرنے والے گاہکوں کی اصلی شناخت مقرر کرنے کے لئے مناسب اقدامات کا اشارہ دیا ہیں جسمیں مشکوک لین دین کے بارے میں مطلع کرنا اور منی لانڈرنگ کو شامل کرنے والے یا مشتبہ معاملات کا مناسب ریکارڈ رکھنا شامل ہے۔

اپنے گاہک کو جاننے کے ہدایات کے مطابق ، ہر ایک گاہک سے مندرجہ ذیل دستاویز حاصل کرکے اسکی درست شناخت مقرر کرنا ضروری ہے:

1. ایڈریس کی توثیق
2. حالیہ تصویر
3. مالی حیثیت
4. بیمہ معاہدے کا مقصد

اسلئے ایجنٹ کو گاہکوں کی شناخت مقرر کرنے کے لئے کاروبار لانے کے وقت دستاویزات کو جمع کرنے کی ضرورت ہوتی ہے:

1. افراد کے معاملے میں - مکمل نام، پتہ، آئی ڈی اور پتے کا ثبوت کے ساتھ بیمہ دار کا رابطہ نمبر، نیفٹ مقاصد کے لئے پین نمبر اور بینک کی مکمل تفصیلات حاصل کریں
2. کارپوریٹ کے معاملے میں - انکارپوریشن کا سرٹیفکیٹ، ایسوسی ایشن کے مضامین اور میمورنڈم ، کاروباری لین دین کرنے کے لئے پاور آف اٹارنی، پین کارڈ کی کاپی حاصل کریں
3. پارٹنرشپ فرموں کے معاملے میں - رجسٹریشن سرٹیفکیٹ (اگر رجسٹرڈ ہے)، پارٹنرشپ ڈیڈ، فرم کی طرف سے کاروباری لین دین کرنے کے لئے کسی حصہ دار یا فرم کے کسی ملازم کو فراہم کی گئی پاور آف اٹارنی، فرد کی شناخت کا ثبوت حاصل کریں
4. ٹرسٹ اور فاؤنڈیشنوں کے معاملے میں - پارٹنرشپ کے معاملے کی طرح

یہاں اس بات پر توجہ دینا اہم ہے کہ اس طرح کی معلومات مصنوعات کی کراس -سیلنگ میں بھی مدد کرتی ہے اور مارکیٹنگ کا ایک مدد گار آلہ ہے-

a) دستاویزی کا پہلا مرحلہ تجویز فارم ہے جس کے ذریعے سے بیمہ دار اپنے بارے میں اور اپنے بیمہ کے متعلقہ ضرورت کی معلومات دیتا ہے۔

b) مادی معلومات کے انکشاف کی ذمہ داری پالیسی کے آغاز سے پہلے پیدا ہوتی ہے اور پالیسی مدت کے دوران جاری رہتی ہے۔

c) بیمہ کمپنیاں عام طور پر تجویز فارم کے آخر میں ایک اعلان شامل کرتی ہیں جس پر تجویز کنندہ کے ذریعے سے دستخط کیا جاتا ہے۔

d) ایک تجویز فارم کے عناصر میں عام طور پر مندرجہ ذیل باتیں شامل ہوتی ہیں:

i. تجویز کنندہ کا مکمل نام

ii. تجویز کنندہ کا پتہ اور رابطے کی تفصیلات

iii. صحت پالیسیوں کے معاملے میں بینک کی تفصیلات

iv. تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا بزبس

v. بیمہ کے موضوع کی شناخت اور تفصیلات

vi. بیمہ رقم

vii. پچھلا اور موجودہ بیمہ

viii. نقصان کا تجربہ

ix. بیمہ دار کا اعلان

e) ایک ایجنٹ جو بیچوان کے طور پر کام کرتا ہے، اسے بیمہ شدہ فرد کے ذریعے سے بیمہ کمپنی کو دیئے گئے جوکھم کے بارے میں تمام اہم معلومات کو یقینی بنانے کی ذمہ داری ہے۔

f) تجویز کی جانچ پڑتال اور قبولیت کے بارے میں فیصلہ لینے کے عمل کو ہامیداری کے طور پر جانا جاتا ہے۔

g) صحت پالیسیوں میں، بیمہ دار کو بھی ایک پراسپیکٹس فراہم کیا جاتا ہے اور اسے تجویز فارم میں یہ اعلان کرنا ہوتا ہے کہ اس نے اسے پڑھا اور سمجھ لیا ہے۔

h) پریمیم بیمہ کے ایک معاہدے کے تحت بیمہ کے موضوع کا بیمہ کرنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے سے بیمہ کمپنی کو ادا کیا جانے والا تلافی بدل یا رقم ہے۔

i) پریمیم کی ادائیگی نقد، کسی بھی تسلیم شدہ بینکاری سمجھوتا آلہ، پوسٹل منی آرڈر ، کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ، انٹرنیٹ، ای

ٹرانسفر، ڈائریکٹ کریڈٹ یا وقتا فوقتا اتھارٹی کے ذریعے سے منظور کسی دیگر طریقہ کے ذریعے سے کیا جا سکتا ہے۔

j) بیمہ کا سرٹیفکیٹ ان معاملات میں بیمہ کا ثبوت دیتا ہے جہاں یہ ضروری ہو سکتا ہے۔

k) پالیسی ایک رسمی دستاویز ہے جو بیمہ کے معاہدے کا ایک ثبوت دیتا ہے۔

l) وارنٹی پالیسی میں واضح طور پر بیان ایک شرط ہے جس کا معاہدہ کی درستی کے لئے لفظی عمل کیا جانا ضروری ہے۔

m) اگر پالیسی جاری کئے جاتے وقت اسکے بعض شرائط میں نظر ثانی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تو یہ کام توثیق نامی ایک دستاویز کے ذریعے سے ترامیم /تبدیلی مقرر کرکے مکمل کی جاتی ہے۔

n) تعمیر کا سب سے اہم قانون یہ ہے کہ پارٹیوں کا ارادہ غالب ہونا چاہئیے اور اس ارادے کو پالیسی میں اپنے آپ دیکھا جائیگا۔

o) منی لانڈرنگ کا مطلب ہے مجرمانہ ذرائع کے ذریعے سے حاصل رقم کو قانونی پیسےکے طور پر تبدیل کرنا اور اس سے لڑنے کے لئے قوانین دنیا بھر میں اور بھارت میں بھی بنائے گئے ہیں۔

p) ایک ایجنٹ کے پاس اپنے گاہک کو جاننے کے ہدایات پرعمل کرنے اور ان ہدایات کے مطابق ضروری دستاوات کو حاصل کرنے کی ذمہ داری ہوتی ہے۔

کلیدی اصطلاحات
1. پالیسی فارم
2. پریمیم کی پیشگی ادائیگی
3. بیمہ کا سرٹیفکیٹ
4. تجدید نوٹس
5. وارنٹی
6. شرط
7. توثیق
8. منی لانڈرنگ
9. اپنے گاہک کو جانیں

باب8

صحت بیمہ مصنوعات

باب تعارف

یہ باب آپ کو بھارت میں بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سےپیش کردہ مختلف صحت بیمہ مصنوعاتکے بارے میں مجموعی طور پر معلومات فراہم کریگا۔ صرف ایک مصنوعات - میڈکلیم سے لےکر مختلف قسم کے سینکڑوں مصنوعاتتک، گاہک کے پاس مناسب کور کا انتخاب کرنے کے لئے ایک وسیع رینج دستیاب ہے۔ یہ باب افراد ، خاندان اور گروپ کو کور کرنے والے مختلف صحت مصنوعاتکی خصوصیات کی وضاحت کرتا ہے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. صحت بیمہ مصنوعات کی درجہ بندی
B. صحت بیمہ میں معیار بندی پر آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصول
C. اسپتال میں بھرتی ہونے کے متعلقمعاوضہ مصنوعات
D. ٹاپ اپ کور یا اعلی قابل کٹوتی بیمہ منصوبہ بندی
E. سینئر شہری پالیسی
F. مقررفائدہ کور - اسپتال میں نقدی، شدید بیماری
G. لانگ ٹرم دیکھ بھال مصنوعات
H. کامبی مصنوعات
I. پیکیج پالیسیاں
J. غریب طبقے کے لئے مائکرو بیمہ اور صحت بیمہ
K. راشٹریہ صحت بیمہ یوجنا
L. وزیر اعظم حفاظتی بیمہ یوجنا
M. وزیر اعظم جن دھن یوجنا
N. ذاتی حادثے اور معذوری کور
O. بیرون ملک سفر بیمہ
P. گروپ صحت کور
Q. خصوصی مصنوعات
R. صحت پالیسیوں میں اہم ٹرمز

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد آپ ان باتوں میں قابل ہو نگے:

a) صحت بیمہ کی مختلف کلاسوں کی وضاحت کرنا

b) صحت بیمہ میں معیار بندی پر آئی آر ڈی اے آئی کے رہنُما اُصولوں کی وضاحت کرنا

c) آج بھارتی بازار میں دستیاب صحت مصنوعات کے مختلف اقسام پر بحث کرنا

d) ذاتی حادثے بیمہ کی وضاحت کرنا

e) بیرون ملک سفر بیمہ پر بحث کرنا

f) صحت پالیسیوں کے اہم شرائطوں کو سمجھنا

A. صحت بیمہ مصنوعات کی درجہ بندی

1. صحت بیمہ مصنوعات کا تعارف

آئی آر ڈی اے کے صحت بیمہ ضابطے ، صحت کور کو مندرجہ ذیل کے طور پر وضاحت کرتے ہیں -

تعریف

"صحت بیمہ کاروبار " یا "صحت کور" کا مطلب ہے ایسے بیمہ معاہدوں کو متاثر کرنا جو مقرر فائدے اور طویل مدتی دیکھ بھال، سفر بیمہ اور ذاتی حادثے کور سمیت بیماری کے فوائد یا طبی ، جراحی یا اسپتال کے اخراجات کے فوائد فراہم کرتے ہیں-

بھارتی بازار میں دستیاب صحت بیمہ مصنوعات زیادہ تر اسپتال میں بھرتی ہونے کے مصنوعات کی نوعیت والے ہوتے ہیں-یہ مصنوعات اسپتال میں بھرتی ہونے کے دوران فرد کے ذریعے سے کئے گئے اخراجات کو کور کرتے ہیں-پھر، اس قسم کے اخراجات بہت زیادہ ہوتے ہیں اور صحت خدمت کی بڑھتی لاگت، جراحی کےطریقہ کار ، بازار میں آنے والی نئی اور زیادہ مہنگی تکنیک اور ادویات کی نئی نسل کی قیمتوں میں اضافے کی وجہ سے زیادہ تر عام آدمی کی پہنچ سے باہر ہوتے ہیں- اصل میں، یہ ایک فرد کے لئے بہت مشکل ہوتا جا رہا ہے بھلے ہی وہ کسی بھی صحت بیمہ کے بنا اس طرح کے اعلی اخراجات کو برداشت کرنے کے لئے مالی طور پر مضبوط ہے-

لہذا،صحت بیمہ بنیادیطورپر دو وجوہات کے لئے اہم ہے :

- ✓ کسی بھی بیماری کے معاملے میں طبی سہولیات کیادائیگی کے لئے مالی مدد فراہم کرنا-
- ✓ فردکی بچت کو محفوظ کرنا جو یا پھر بیماری کی وجہ سے ختم ہو سکتی ہے-

اسپتال میں بھرتی ہونے کی لاگت کو کور کرنے والا پہلا خوردہ صحت بیمہ مصنوعات - میڈکلیم - 1986 میں 4 سرکاری شعبے کی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے پیش کیا گیا تھا- اسکے علاوہ ان کمپنیوں کے ذریعے سے کچھ دیگر کور بھی پیش کئے گئے جیسے بھویشیہ آروگیہ پالیسی جو ایک کم عمر میں تجویز کار کو ریٹائرمنٹ کے بعد کے اپنے طبی اخراجات کے لئے کور کرتی

ہے، اوورسیج میڈیکلیم پالیسی جو سفر بیمہ دستیاب کراتی ہے اور غریب لوگوں کے لئے جن آروگیہ بیمہ پالیسی -

بعد میں بیمہ شعبے کو نجی شعبے کے کھلاڑیوں کے لئے کھول دیا گیا جسکی وجہ سے صحت بیمہ بازار سمیت کئی دیگر کمپنیوں کا اس شعبے میں دخولممکن ہوا- اسکے ساتھ ساتھ اس کاروبار کی کافی ترقی ہوئی ، ان کور میں کئی قسم کے اختلافات آئیں اور کچھ نئے کور بھی بازار میں آئے-

آج، صحت بیمہ طبقہ کافی حد تک ترقی یافتہ ہو گیا ہے جہاں صحت بیمہ کمپنیوں اور زندگی بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ساتھ تقریبا سبھی عام بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے سینکڑوں مصنوعاتدستیاب کرائے جاتے ہیں- حالانکہ، میڈیکلیم پالیسی کے بنیادی فائدہ ڈھانچہ یعنی اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے خلاف کور ابھی بھی بیمہ کی سب سے مقبول شکل بنی ہوئی ہے-

2. صحت پالیسیوں کی خصوصیات

صحت بیمہ کا تعلق بنیادی طور پر بیماری سے اور اس طرح بیماری کی وجہ سے ہونے والے اخراجات سے ہے- کبھی کبھی فرد کو ہونے والی بیماری طویل مدتی یا لمبے وقت تک چلنے والی یا روزمرہ کی زندگی سے متعلق سرگرمیوں پر اثرات کے لحاظ سے شدید ہو سکتی ہے- اخراجات حادثاتی زخموں کی وجہ سے یا حادثے کی وجہ سے پیدا ہونے والی معذوری کی وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں-

الگ الگ طرز زندگی ، ادائیگی کیصلاحیت اور صحت کی حالت والے مختلف گاہکوں کی الگ الگ ضروریات ہونگی جن پر ہر ایک گاہک طبقہ کے لئے پیش کردہ مناسب مصنوعات ڈیزائن کرتے وقت غور کیا جانا ضروری ہے- اسکے علاوہ صحت بیمہ خریدتے وقت گاہک جامع کور کی بھی خواہش کرتے ہیں جو انکی ساری ضرورتوں کو پورا کریگا- ساتھ ہی، زیادہ سے زیادہ قبولیت اور زیادہ فروخت کےحصول کے لئے صحت بیمہ مصنوعات کو کفایتی رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے، یہ گاہکوں کو اور فروخت ٹیم کو بھی آسانی میں سمجھ میں آنے لائق ہونے چاہئیے تاکہ وہ اسے آسانی سے فروخت کرسکیں-

یہ صحت بیمہ مصنوعات کی کچھ مطلوبہ خصوصیات ہیں جو بیمہ کمپنیاں گاہک کے لئے مختلف شکلوں میں حاصل کرنے کی کوشش کرتی ہیں-

3. صحت بیمہ مصنوعات کیوسیع درجہ بندی

مصنوعات کی ڈیزائن چاہے جو بھی ہو، صحت بیمہ مصنوعات کو موٹے طور پر ۳ کلاسوں میں درجہ بندی کی جا سکتی ہے:

a) معاوضہ کور

یہ مصنوعات ایک بڑا صحت بیمہ بازارتشکیل کرتے ہیں اور اسپتال میں بھرتی ہونے کی وجہ سے کئے گئے اصل طبی اخراجات کے لئے ادائیگی کرتے ہیں۔

b) مقررہ فائدہ کور

اسے 'ہاسپٹل کیش' بھی کہا جاتا ہے، یہ مصنوعات اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت کے لئے فی دن ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرتے ہیں۔ کچھ مصنوعات میں ایک مقررہ گریڈ کی سرجری کا فائدہ بھی شامل ہوتا ہے۔

c) شدید بیماری کور

یہ دل کا دورہ، فالج ، کینسر جیسی ایک پہلے سے مقرر شدید بیماری ہونے پر ادائیگی کے لئے ایک مقرر فائدہ اسکیم ہے۔

دنیا بھر میں صحت اور معذوری بیمہ ایک ساتھ چلتے ہیں لیکن بھارت میں، ذاتی حادثے کور کو روایتی طور پر صحت بیمہ سے الگ کرکے فروخت کیا گیا ہے۔

اس کے علاوہ صحت بیمہ میں عام طور پر بھارت سے باہر ہونے والے اخراجات کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ایک دیگر مصنوعات - بیرون ملک صحت بیمہ یا سفر بیمہ - خریدنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ صرف حال کے دنوں میں، نجی بیمہ کمپنیوں کے کچھ اعلی آخرصحت بیمہ مصنوعات میں کچھ شرائطوضوابط کے مشروط ، باقاعدہ صحت بیمہ کور کے حصے کے طور پر بیرون ملک بیمہ کور کو شامل کیا گیا ہے۔

4. گاہک طبقہ پر مبنی درجہ بندی

مصنوعات کو ہدف گاہک سیگمینٹ کو دھیان میں رکھتے ہوئے بھی ڈیزائن کیا گیا ہے۔ ہر ایک طبقہ کے لئے فائدہ ڈھانچہ ، قیمتوں کا تعین ، ہامیداری اور مارکیٹنگ کافی الگ طریقے سے ہوتی ہے۔ گاہک سیگمینٹ کی بنیاد پرمصنوعات کی درجہ بندی اس طرح ہیں :

a) خوردہ گاہکوں اور ان کے خاندان کے اراکین کے لئے پیش کردہ ذاتی کور

b) کارپوریٹ گاہکوں کے لئے دستیاب گروپ کور جسمیں ملازمین ،گروپوں اور انکے اراکین کو کور کیا جاتا ہے

c) سرکاری اسکیم کے لئے جامع پالیسیاں جیسے آرایس بی وائے جو آبادی کے بہت غریب طبقوں کو کور کرتی ہیں۔

B. صحت بیمہ میں معیار بندی پر آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصول

کئی قسم کے مختلف مصنوعات کو فراہم کرانے والی بیمہ کمپنیوں اور مختلف شرائطاوراخراج صورتوں کی مختلف تعریف کی وجہ سے بازار میں بھرم کی حالت پیدا ہو گئی تھی۔ گاہکوں کے لئے مصنوعات کا موازنہ کرنا اور تیسری پارٹی کے منتظمین کے لئے الگ الگ کمپنیوں کے مصنوعات کے خلاف دعووں کی ادائیگی کرنا مشکل ہو گیاتھا۔ اسکے علاوہ، شدید بیماری پالیسیوں میں اس بات کی کوئی واضح تفہیم نہیں تھی کہ ایک شدید بیماری کیا ہے اور کیا نہیں ہے۔ صحت بیمہ صنعت کے لئے الیکٹرانک ڈاٹا کو برقرار رکھنا بھی مشکل ہوتا جا رہا تھا۔

بیمہ کمپنیوں، خدمات فراہم کنندگان ، ٹی پی اے اور اسپتالوں کے درمیان بھرم کی حالت اور بیمہ کرنے والی عوام کی شکایتوں کو دور کرنے کے لئے آئی آر ڈی اے ، خدمات فراہم کنندگان ، اسپتال، تجارت اورصنعت کی چیمبرزفیڈریشن کےہیلتھ ایڈوائزری کمیٹی جیسے مختلف تنظیمیں صحت بیمہ میں کچھ قسم کی معیار بندی لانے کے لئے ایک ساتھ آئے ہیں۔ ایک مشترکہ تفہیم کی بنیاد پر 2013 میں آئی آر ڈی اے نے صحت بیمہ میں معیار بندی سے متعلق رہنُما اُصول جاری کئے ہیں۔

یہ رہنُما اُصول اب انکی معیار بندی کے لئے فراہم کرتے ہیں:

1. بیمہ میں عام طور پر استعمال ہونے والے اصطلاحات کی تعریفیں
2. شدید بیماریوں کی تعریفیں
3. اسپتال میں بھرتی ہونے کی معاوضہ پالیسیوں میں اخراجات کے خارج کردہ آئٹمس کی فہرست
4. دعویٰ فارم اور قبل اجازت سے متعلق فارم
5. بلنگ کے فارمیٹس
6. اسپتال سے ڈسچارج کا خلاصہ
7. ٹی پی اے ، بیمہ کمپنیوں اور اسپتالوں کے درمیان معیاری معاہدے
8. نئی پالیسیوں کے لئے آئی آر ڈی اے آئی حاصل کرنے کے لئے معیاری فائل اور استعمال فارمیٹ

یہ صحت بیمہ فراہم کنندگان اور بیمہ صنعت کی خدمت کی کوالیٹی کو بہتر بنانے کے لئے ایک بڑا قدم ثابت ہوا ہے۔ ساتھ ہی اس سے بامعنی صحت اور صحت بیمہ ڈاٹا کیوصولی میں بھی مدد ملے گی۔

C. اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ مصنوعات

ایک معاوضہ مبنی صحت بیمہ پالیسی بھارت میں سب سے عام اور سب سے زیادہ فروخت کی جانے والی صحت بیمہ مصنوعات ہے۔ پیایس یو بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے اسّی کے دہائی میں شروع کی گئی میڈکلیم پالیسی سب سے پہلا معیاری صحت بیمہ مصنوعات تھا اور ایک لمبے وقت تک بازار میں دستیاب صرف ایک مصنوعات رہا تھا۔حالانکہ کچھ تبدیلیوں کے ساتھ اس مصنوعات کو الگ الگ برانڈ نام کے تحت مختلف بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے فروخت کیا گیا ہے، پھر بھی میڈکلیم ملک میں سب سے زیادہ بکنے والا صحت بیمہ مصنوعات بنا ہوا ہے۔

اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ مصنوعات ان اخراجات سے افراد کی حفاظت کرتے ہیں جو اسپتال میں بھرتی ہونے کی حالت میں کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ زیادہ تر معاملوں میں، یہ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے دنوں کی ایک مخصوص تعداد کو بھی کور کرتے ہیں لیکن اسپتال میں بھرتی نہیں ہونے پر کئے گئے کسی بھی اخراجات کو شامل نہیں کرتے ہیں۔

اس طرح کا کور 'معاوضہ ' بنیاد پر فراہم کیا جاتا ہے یعنی اسپتال میں بھرتی ہونے کے دوران کئے گئے اخراجات یا خرچ کی گئی رقم کو حصہ میں یا مکمل طور پر معاوضہ کیا جاتا ہے۔یہ 'فائدہ ' بنیاد پر دستیاب بیمہ کوریج کے برعکس ہو سکتا ہے جہاں ایک خاص واقعہ (جیسے اسپتال میں بھرتی ہونا، شدید بیماری کا علاج یا بھرتی ہونے کا ہر ایک دن) واقع ہونے پر ادائیگی کی جانے والی رقم بیمہ پالیسی میں بیان کے مطابق ہوتی ہے اور اصل میں خرچ کی گئی رقم سے متعلقہ نہیں ہوتی ہے۔

مثال

رگھو کا ایک چھوٹا سا خاندان ہے جس میں اس کی بیوی اور ایک 14 سالہ بیٹا شامل ہے۔ اس نے ایک صحت بیمہ کمپنی سے اپنے خاندان کے ہر ایک رکن کو کور کرنے والی ایک میڈی کلیم پالیسی لی ہے جس میں 1 لاکھ روپے ہر ایک کا ذاتی کور دستیاب ہے۔ اسپتال میں بھرتی ہونے کے معاملے میں ان میں سے ہر ایک کو 1 لاکھ روپے تک کے طبی اخراجات کی بازیابی ہو سکتی ہے۔

رگھو کو دل کا دورہ پڑنے کی وجہ سے اور ضروری سرجری کے لئے اسپتال میں بھرتی کیا گیا تھا۔ اس میں 1-25 لاکھ روپے کا طبی بل بنایا گیا۔ بیمہ کمپنی نے اسکیم کوریج کے مطابق 1 لاکھ روپے کی ادائیگی کی اور رگھو کو 25،000 روپے کی باقی رقم کی ادائیگی اپنی جیب سے کرنا پڑی۔

معاوضہ مبنی میڈکلیم پالیسی کی اہم خصوصیات کی تفصیلات نیچے دی گئی ہے، حالانکہ کور کی حد ، اضافی اخراج یا فائدہ یا کچھ ایڈ آن ہر ایک بیمہ کمپنی کے ذریعے سے فروخت کیے جانے والے مصنوعات کے لئے لاگو ہو سکتے ہیں۔ طالب علم کو یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ نیچے مصنوعات کے بارے میں صرف ایک جامع خیال دیا گیا ہے اور اسے ایک خاص بیمہ کمپنی کے مصنوعات سے اپنے آپ کو واقف کرا لینا چاہئیے جسکے بارے میں وہ زیادہ معلومات حاصل کرنا چاہتا ہے۔ اسکے علاوہ اسے استعمال کئے جانے والے کچھ طبی سے متعلق اصطلاحات کے بارے میں بھی جان لینا ضروری ہے۔

1. اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات

ایک معاوضہ پالیسی بیمہ دار کو بیماری/حادثے کی وجہ سے اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اخراجات کی لاگت کی ادائیگی کرتی ہے۔

سبھی اخراجات قابلِ ادائیگی نہیں ہو سکتے ہیں اور زیادہ تر مصنوعات کور کئے گئے اخراجات کی وضاحت کرتے ہیں جن میں عام طور پر درج ذیل اخراجات شامل ہوتے ہیں:

i. اسپتال/نرسنگ ہوم کے ذریعے سے دستیاب کرائے جانے والے کمرے، بورڈنگ اور نرسنگ کے اخراجات - ان میں نرسنگ خدمت ، آرایم او چارجس ، آئی وی فلوئڈس/خونکیمنتقلی/انجیکشن/ انتظامیہ چارجس اور اسی طرح کے اخراجات شامل ہوتے ہیں۔

ii. انٹینسو کیئر یونٹ (آئیسی یو) کے اخراجات

iii. سرجن، اینیستھیٹسٹ، طبی پریکٹیشنر،کنسلٹنٹس،ماہرینکیفیس

iv. اینیستھیٹک، خون، آکسیجن، آپریشنتھیٹر کےچارجس ، جراحیکےآلات

v. ادویاتاورمنشیات،

vi. ڈایلسس، کیموتھیریپی، ریڈیوتھیریپی

vii. جراحی کے طریقہ کارکے دوران امپلانٹ کرنے والے مصنوعی آلات کی لاگت جیسے پیسمیکر، آرتھوپیڈکایمپلانٹس، انفرا کارڈیک والوکیجگہ، وسکیولر اسٹنٹس۔

viii. علاج کےمتعلق متعلقہ لیبارٹری / تشخیصی ٹیسٹ اوردیگرطبی اخراجات

ix. اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات (انسانیاعضاءکیلاگتکوچھوڑکر) جو بیمہ دار افراد کو انسانی اعضاءکی پیوند کاری کےسلسلےمیں ڈونر پر کئے گئے ہیں

ایک باقاعدہ اسپتال میں بھرتی ہونے کی معاوضہ پالیسی اخراجات کو صرف تبھی کور کرتی ہے جب اسپتال میں رہنے کی مدت 24 گھنٹے یا اس سے زیادہ ہے۔ حالانکہ طبی ٹیکنالوجی کے شعبے میں ترقی کی وجہ سے کئی قسم کی سرجری کے علاج کےطریقہ کار کے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت نہیں ہے۔ اب ڈے کئیر کےطریقہ کار کی طرح یہ طریقےخاص ڈے کئیر مراکز یا اسپتالوں میں، چاہے جیسا بھی معاملہ ہو، پوری کی جا سکتی ہیں۔ آنکھ جراحی ، کیموتھیرپی؛ ڈایلسس وغیرہ جیسے علاجوں کو ڈے کئیر سرجری کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے اور یہ فہرست لگاتار بڑھ رہی ہے۔ انھیں بھی پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے۔

آؤٹ پیشینٹ کے اخراجات کا کوریج بھارت میں ابھی بھی محدود ہے جہاں اس طرح کے بہت کم مصنوعات او پی ڈی کور فراہم کرتے ہیں۔ حالانکہ کچھ ایسی منصوبہ بندی ہیں جو علاج کو آؤٹ پیشینٹ کے طور پر اور ڈاکٹر سے رابطہ ، باقاعدہ طبی ٹیسٹ ، دنت طبی اور فارمیسی کی لاگت سے منسلک متعلقہ صحت دیکھ بھال کے اخراجات کو کور کرتی ہیں۔

2. اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات

i. اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات

اسپتال میں بھرتی ہونا ہنگامی یا منصوبہبندی کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی مریض ایک منصوبہ بندی کے ساتھ سرجری کے لئے جاتا ہے تو اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اسکے کے ذریعے سے خرچ کئے گئے ہو نگے۔

تعریف

آئی آر ڈی اے صحت بیمہ معیار بندی رہنُما اُصولوں میں اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات کو اس طرح واضح کیا گیا ہے:

بیمہ دار فرد کو اسپتال میں بھرتی کرنے سے ٹھیک پہلے کئے گئے طبی اخراجات ، بشرطیکہ :

a) اس طرح کے طبی اخراجات اسی مسئلے کے لئے خرچ کئے جاتے ہیں جسکے لئے بیمہ دار افراد کو اسپتال میں بھرتی کرنا ضروری تھا، اور

b) اس طرح اسپتال میں بھرتی ہونے کے لئے اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے دعوے بیمہ کمپنی کے ذریعے سے قابلِ قبول ہوتے ہیں۔

اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات ٹیسٹ ، ادویات ، ڈاکٹروں کی فیس وغیرہ کے طور پر ہو سکتے ہیں۔ اسپتال میں

بھرتی ہونے کے لئے متعلق اور متعلقہ اس طرح کے اخراجات کو صحت پالیسیوں کے تحت کور کیا گیا ہے۔

ii. **اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد کے اخراجات**

اسپتال میں رہنے کے بعد، زیادہ تر معاملوں میں رکوری اور فولو اپ سے متعلقہ اخراجات ہو نگے۔

تعریف

بیمہ شدہ شخص کو اسپتال سے چھٹی ملنے کے فورا بعد خرچ کئے گئے طبی اخراجات ، بشرطیکہ :

a) اس طرح کے طبی اخراجات اسی مسئلے کے لئے خرچ کئے گئے ہیں جس کے لئے بیمہ دار افراد کو اسپتال میں بھرتی کرنا ضروری تھا، اور

b) اس طرح اسپتال میں بھرتی ہونے کے لئے اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے دعوے بیمہ کمپنی کے ذریعے سے قابلِ قبول ہیں۔

اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد کے اخراجات اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد کے دنوں کی مقرر تعداد تک کی مدت کے دوران خرچ کئے گئے متعلقہ طبی اخراجات ہو نگے اور ان پر دعوے کے حصے کے طور پر غور کیا جائیگا۔

اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد کے اخراجات اسپتال سے چھٹی ملنے کے بعد کی ادویات ، ڈرگس، ڈاکٹروں کے ذریعے سے نظر ثانی وغیرہ کے طور پر ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کے اخراجات اسپتال میں کئے گئے علاج سے متعلقہ ہونے چاہئیے اور صحت پالیسیوں کے تحت کور کئے گئے ہونے چاہئیے۔

حالانکہ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کے لئے کور کی مدت الگ الگ بیمہ کمپنی کے لئے الگ الگ ہوگی اور یہ پالیسی میں واضح ہوتی ہے، سب سے عام کور اسپتال میں بھرتی ہونے سے تیس دن پہلے اور ساٹھ دن بعد کے لئے ہے۔

اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات مجموعی طور پر بیمہ رقم کا حصہ بنتے ہیں جسکے لئے پالیسی کے تحت کور فراہم کیا گیا ہے۔

a) بیرک (ڈومیسیلری) اسپتال میں بھرتی ہونا

حالانکہ اس فائدہ کا عام طور پر پالیسی ہولڈرز کے ذریعے سے استعمال نہیں کیا جاتا ہے، ایک ذاتی صحت پالیسی میں اسپتال میں بھرتی ہوئے بغیر گھر پر طبی علاج کرانے میں ہونے والے اخراجات کا دھیان رکھنے کا بھی ایک پرویژن ہوتا ہے۔ حالانکہ، شرط یہ ہے کہ بیماری کے لئے کسی اسپتال میں علاج کرانا ضروری ہونے کے باوجود، مریض کی حالت ایسی ہے کہ

اسے کسی اسپتال میں نہیں لے جایا جا سکتا ہے یا اسپتالوں میں بیرک (ڈومیسیلری) سہولت کی کمی ہے۔

اس کور میں عام طور پر تین سے پانچ دنوں کا ایک اضافی کلاج شامل ہوتا ہے جس کا مطلب ہے کہ پہلے تین سے پانچ دنوں کے لئے علاج کے اخراجات کو بیمہ دار افراد کے ذریعے سے برداشت کیا جائیگا۔ اسکے علاوہ اس کور میں دمہ، برونکائٹس، دائمیورمگردہ اور نیپھریٹک سنڈروم، اسہالاورگیسٹرو،سمیت تمام قسم کی پیچس، ذیابیطس، مرگی، ہائیبلڈپریشر، انفلوئنزا،کھانسیاورسردی،بخار جیسی کچھ طویل مدتی یا عام بیماریوں کے لئے بیرک (ڈومیسیلری) علاج کو شامل نہیں کیا گیا ہے۔

ط) عام اخراج

اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ پالیسیوں کے تحت کچھ عام اخراج نیچے دیئے گئے ہیں :

اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ پالیسیوں کے تحت کچھ عام بائیکاٹ نیچے دیے گئے ہیں۔ یہ آئی آر ڈی اے آئی بالخصوص معاہدہIV میں جاری صحت کی انشورنس کے مانکیکرن کے تعلق سے دیئے گئے وسیع راستے ہدایات میں تجویز کردہ اپورجنو پر مبنی ہے، طالب علم سے یہ توقع کی جاتی ہے کہ وہ آئی آر ڈی اے آئی کے ویب سائیٹ پر دستیاب راستہ ہدایات کو ضرور پڑھیں۔

اس بات کا یقین نوٹ کیا جانا چاہئے کہ منظور پراست اور استعمال کی شرائط کے مطابق اگر کسی بائیکاٹ کی چھوٹ دی جاتی ہے یا اضافی بائیکاٹ لگایا جاتا ہے تو اس کی معلومات الگ سے گاہک کی معلومات خط یا پالیسی میں دی جانی چاہئے۔

1. پہلے سے موجود بیماریاں

اسے تقریبا ہمیشہ ذاتی صحت منصوبہ بندی کے تحت باہر رکھا جاتا ہے کیونکہ لہذا اسکا مطلب ایک یقینی ہونے کی حالت کو کور کرنا ہوگا اور یہ بیمہ کمپنی کے لئے ایک اعلی جوکھم بن جاتا ہے۔ صحت پالیسی لینے کے وقت ضروری اہم اعلان میں سے ایک کور کئے گئے ہر ایک بیمہ دار افراد کی بیماریوں/چوٹوں کیگزشتہ تاریخ سے متعلقہ ہے۔ یہ بیمہ کے تجویز کو منظور کرنے کا فیصلہ لینے کے لئے بیمہ کمپنی کو قابل بنائیگا۔

تعریف

معیار بندی پر آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصول پہلے سے موجود بیماریوں کو اس طرح واضح کرتے ہیں –

"کوئی بھی مسئلے ، بیماری یا چوٹ یا متعلقہ مسئلے (وں) جس کے علامات یا آثار آپ میں دیکھے گئے تھے اور/یا جن کا پتہ چلا تھا، اور/یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے پہلی پالیسی جاری کئے جانے سے پہلے 48 مہینوں کے اندر طبی مشورہ/علاج موصول کیا گیا تھا۔"

اخراج اس طرح ہے: پالیسی میں واضح کئے مطابق ، کمپنی کے ساتھ بیمہ دار کی پہلی پالیسی شروع ہونے کے وقت سے، ایسے بیمہ دار افراد کی لگاتار کوریج کے 48 مہینے گزر جانے تک، کوئی بھی پہلے سے موجود مسئلے -

---

1. وزن کنٹرول پروگرام / فرامی / سروس
2. چشمی /کانٹیکٹ لینس کی لاگت / ایڈز کی سماعت وغیرہ
3. دانتوں کے علاج پر خرچ جہاں اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت نہیں ہوتی
4. ہارمون تبدیلی
5. ہوم دورے کی فیس
6. بانجھ پن / التواء پنروتپادن انتظام / اسسٹنٹ گربھادھار عمل
7. موٹاپا (بیماری گراست موٹاپا سمیت) کا علاج
8. پاگلپن اور منکایک اوگرتا
9. اپورتک غلطی کی اصلاح (کے لئے سرجیکل آپریشن)
10. جنسی بیماریوں کا علاج
11. ڈونر کی تحقیقات پر کیا گیا خرچ
12. لاگ ان کریں / رجسٹریشن فیس
13. مولیامکن / تحقیقات کے لئے اسپتال میں داخل ہونا
14. تحقیقات / بیماری سے الگ علاج جن کے لئے یہ کیا گیا ہے پر ہوا خرچ
15. مریض ریٹرو وائرس اور ایچ آئی وی / ایڈز میں مبتلا پایا جاتا ہے .اس کا پرتیکشت یا اپرتیکشت کیا گیا خرچ
16. خلیہ سیل پرتیوروپ / جراحی عمل اور اسٹوریج
17. جنگ اور جوہری متعلق وجہ
18. رجسٹریشن فیس، داخلہ فیس، ٹیلی فون، ٹیلی ویژن فیس، کاسمیٹک وغیرہ جیسے تمام غیر طبی ای
19. زیادہ تر پالیسیوں میں کوئی بھی دعوی کرنے کے لئے پالیسی شروع ہونے کے وقت سے 30 دن کی ایک انتظار کی مدت

لاگو ہوتی ہے ۔اگرچہ یہ ایک حادثے کی وجہ اسپتال میں بھرتی ہونے کے لئے لاگو نہیں ہوگا۔

مثال

میرا نے اسپتال میں بھرتی ہونے کی حالت میں اخراجات کے کوریج کے لئے ایک صحت بیمہ پالیسی لی تھی- پالیسی میں 30 دنوں کی ابتدائی انتظار کی مدت کا ایک کلاج شامل تھا-

بدقسمتی سے، اس کے پالیسی لینے کے 20 دنوں کے بعد میرا ملیریا میں مبتلا ہو گئی اور اسے 5 دنوں کے لئے اسپتال میں بھرتی کیا گیا- اسے اسپتال کا بھاری بھرکم بل ادا کرنا پڑا-

جب اسنے بیمہ کمپنی سے معاوضہ کے لئے پوچھا تو انہوں نے دعوی کی ادائیگی کرنے سے انکار کر دیا کیونکہ اسپتال میں بھرتی ہونے کا واقعہ پالیسی لینے سے 30 دن کی انتظار کی مدت کے اندر واقع ہوا ہے-

i. **انتظار کی مدت :** یہ ایسی بیماریوں کے لئے لاگو ہوتی ہے جن کے لئے عام طور پر علاج میں تاخیر کی جا سکتی ہے اور اسکیم بنائی جا سکتی ہے-مصنوعات کی بنیاد پر درج ذیل بیماریوں کے لئے ایک/دو/چار سالوں کی انتظار کی مدت لاگو ہوتی ہے - موتیا بند ، معمولی پروسٹیٹک ہائپرٹروفی، مینوریجیا یا فبرومیوما کے لئے ہسٹیریکٹومی، ہرنیا، ہائڈروسیل، پیدائشی اندرونی بیماری، مقعد میں فسٹیولا، بواسیر، سائنسائٹس اور متعلقہ بیماریاں، پتتاشی کی پتھری نکالنا، گٹھیا اور آموات، پتھری مرض، گٹھیا اور آموات، عمر سے متعلقہ پرانے آسٹیوآرتھرائٹس، آسٹیوپوروسس-

c) کوریج کے دستیاب آپشنس

i. ذاتی کوریج

ایک ذاتی بیمہ دار شوہر /بیوی ، زیرکفالت بچے،انحصاروالدین ، انحصار ساس سسر، انحصار بھائی بہنوں وغیرہ جیسے خاندان کے اراکین کے ساتھ ساتھ اپنے آپ کو کور کر سکتا ہے- کچھ بیمہ کمپنیوں کے پاس کور کئے جانے والے منحصرین پر کوئی پابندی نہیں ہوتی ہے- اس طرح کے ہر ایک انحصار بیمہ دار کو ہر ایک بیمہ دار فرد کے لئے منتخبہ الگ بیمہ رقم کے ساتھ ایک پالیسی کے تحت کور کرنا ممکن ہے- اس طرح کے کور میں، پالیسی کے تحت بیمہ دار ہر ایک فرد پالیسی کی چالو مدت کے دوران اپنی بیمہ رقم کی زیادہ تر رقم تک کا دعویٰ کر سکتا ہے- ہر ایک الگ بیمہ دار فرد کے لئے پریمیم اسکی عمر اور منتخب کی گئی بیمہ رقم اور کسی دیگر شرح بندیعنصر کے مطابق لیا جائیگا-

ii. فیملی فلوٹر

ایک فیملی فلوٹر پالیسی کے طور پر جانی جاتی،میں شوہر /بیوی ، زیر کفالت بچوں اور انحصار والدین والے مشتمل خاندان کو ایک بیمہ رقم فراہم کی جاتی ہے جو پورے خاندان میں گھومتی رہتی ہے-

مثال

اگر چار لوگوں کے ایک خاندان کے لئے 5 لاکھ روپے کی فلوٹر پالیسی لی جاتی ہے تو اسکا مطلب ہے کہ پالیسی کی مدت کے دوران یہ ایک سے زیادہ خاندان کے رکن سے متعلقہ دعووں کے لئے یا خاندان کے ایک رکن کے کئی دعووں کے لئے ادائیگی کریگی- یہ سبھی ایک ساتھ مل کر 5 لاکھ روپے کے کل کوریج سے زیادہ نہیں ہو سکتے ہیں- پریمیم عام طور پر بیمہ کے لئے پیش کردہ خاندان کے سب سے بزرگ رکن کی عمر کے بنیاد پر وصول کیا جائیگا-

---

ان دونوں پالیسیوں کے تحت کور اور اخراج یکساں ہو نگے- فیملی فلوٹر پالیسیاں بازار میں مقبول ہو رہی ہیں کیونکہ ایک مجموعی بیمہ رقم کے لئے پورے خاندان کو کوریج ملتا ہے جسے ایک معقول پریمیم پر ایک اعلی سطح پر منتخب کیا جا سکتا ہے-

d) خصوصی خصوصیات

پہلے کے میڈکلیم مصنوعات کے تحت پیش کردہ بنیادی معاوضہ کور میں، موجودہ کوریج میں کئی طرح کے بدلاو کئے گئے ہیں اور نئی قیمت شامل خصوصیات شامل کی گئی ہیں- ہم ان میں سے کچھتبدیلیوں پر بحث کرینگے- یہ دھیان دیا جانا چاہئیے کہ تمام مصنوعات میں درج ذیل تماخصوصیات شامل نہیں ہوتی ہیں اور ان میں الگ الگ بیمہ کمپنی اور الگ الگ مصنوعات کے معاملے میں مختلف ہو سکتے ہے-

i. ذیلی حدود اور بیماری مخصوص کیپنگ

کچھ مصنوعات میں بیماری مخصوص کیپنگ ہوتی ہیں جیسے موتیا بند - کچھ مصنوعات میں کمرے کے کرایہ پر بیمہ رقم سے منسلک ذیلی حدود بھی ہوتےہیں جیسے فی دن کا کمرے کا کرایہ بیمہ رقم کے 1٪ تک اور آئیسی یو چارجس بیمہ رقم کے 2٪ تک محدود ہو سکتے ہے- چونکہ آئیسی یو چارجس ، او ٹی چارجس اور یہاں تک کہ سرجن کی فیس جیسے دیگر مدوں کے تحت اخراجات منتخب کیے گئے کمرے کے قسم سے منسلک ہوتے ہیں، کمرے کے کرایہ کو محدود کرنے سے دیگر مدوں کے تحت اخراجات کو محدود کرنے اور

اس طرح اسپتال میں بھرتی ہونے کے مجموعی اخراجات کو محدود کرنے میں مدد ملتی ہے۔

ii. شریک ادائیگی (جسے آپ غیر پر کو - پےمینٹ کہا جاتا ہے)

اسپتال میں بھرتی ہونے والے اخراجات کی ایک رقم یا فی صد ہے جسے پالیسی میں وضاحت کے مطابق بیماری اور/یا حادثے کی وجہ سے ہر ایک بار کئے جانے والے دعوے کے معاملے میں بیمہ دار افراد کے ذریعے سے برداشت کیا جائیگا۔

اس سے یہ یقینی ہوتا ہے کہ بیمہ دار نے اپنے اختیارات کا انتخاب کرنے میں احتیاط برتی ہے اور اس طرح رضاکارانہ طور پر اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اپنے مجموعی اخراجات کو کم کر دیتا ہے۔

iii. کٹوتی ،

صحت کی انشورنس پالیسی کے ارنتگت لاگت کا اشتراک کرنے کی ایک مجرہاریتا ہے جو یہ رزق کرتے ہیں کہ بیمہ دار معاوضہ پالیسیوں کے تحت مخصوص روپے کی رقم تک اسپتال نقد پالیسیوں کے معاملے میں تفصیلات دنو / گھنٹوں کی تعداد کے لئے دایي نہیں ہوگا جن بیمہ دار کی ادا کی جانے والی کسی بھی خصوصیت کے پہلے لاگو کیا جائے گا .کمی بیمہ رقم کو کم نہیں کرتی.

بیمہ دار کو یہ واضح کرنا ہوتا ہے کہ اسے کاٹ فی سال / فی زندگی یا فی واقعہ کا اطلاق ہو گا تک مخصوص کمی کا اطلاق جانا ہے ۔

iv. نئے اخراج شروع کئے گئے ہیں جیسے آئی آر ڈی آئی کی طرف سے معیار کیا گیا ہے۔

- ✓ جینیاتی خرابی کی شکایت اور خلیہ سیل ٹرانسپلانٹ / سرجری.
- ✓ سیپی اے پی، سی اے پی ڈی ، انفیوژنپمپ وغیرہ سمیت تشخیص اور/یا علاج کے لئے استعمال ہونے والے کسی بھی قسم کے باہری اور/یا پائیدار طبی /غیر طبی آلات، ایمبیلیٹ ریآلات یعنی واکر،بیساھی،بیلٹ،کالر،ٹوپیاں، اسپلینٹس،گوفن،منحنیخطوط وحدانی،جرابیںوغیرہ ، ذیابیطس سے متعلق جوتے، گلوکومیٹر/ تھرمامیٹر اور اسی طرح کی متعلقہ اشیاۂ وغیرہ اور کوئی بھی گھر پر استعمال کیا جانے والا طبی آلہ وغیرہ

- ✓ اسپتال کے ذریعے سے لیا جانے والا کسی بھی قسم کے خدمت چارجس ، واجبات،داخلہ فیس / رجسٹریشن کے چارجس وغیرہ -
- ✓ ڈاکٹر کے گھر پر آنے کے چارجس ، اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کی مدت کے دوران اٹینڈنٹ/نرسنگ چارجس -

v. شعبے کے مطابق پریمیم

عام طور پر پریمیم بیمہ دارشخص کی عمر اور منتخبہ بیمہ رقم پر منحصرکرتی ہے- اعلی دعووں کی لاگت والے کچھ شعبوں میں پریمیم تفرقی شروع کی گئی ہے، جیسے دہلی اور ممبئی کچھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے کچھ مصنوعات کے لئے سب سے زیادہ پریمیم شعبے کا حصہ بنتے ہیں-

vi. پہلے سے موجود بیماریوں کا کوریج

ریگولیٹری ضرورت کو دیکھتے ہوئے پہلے سے خارج کردہ پہلے سے موجود بیماریوں کا خاص طور سے چار سالوں کی انتظار کی مدت کے ساتھ ذکر کیا گیا ہے- کچھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے کچھ اعلی سطح یہ مصنوعات کو 2 اور 3 سال کی مدت تک کم کر دیا گیا ہے-

vii. تجدید

کچھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے تاحیات تجدید کی شروعات کی گئی تھی- اب اسے آئی آر ڈی اے آئی کے ذریعے سے سبھی پالیسیوں کے لئے لازمی کر دیا گیا ہے-

viii. ڈے کئیر طریقہ کار کے لئے کوریج

طبی سائنس کی ترقی کی وجہ سے ایک بڑی تعداد میں طریقہ کار کو ڈے کئیر کےزمرہ میں شامل کیا گیا ہے- اس سے پہلے صرف سات طریقہ کار - موتیا بند ، ڈی اور سی، ڈایلسس، کیموتھیریپی، ریڈیوتھیریپی، لتھوٹرپسی اور ٹانسلیکٹومی کا ذکر خاص طور سے ڈے کئیر (ڈیکیئر) کے تحت کیا گیا تھا- اب 150 سے زیادہ طریقہ کار کو شامل کیا گیا ہے اور یہ فہرست بڑھتی جا رہی ہے-

ix. پالیسی سے پہلے چیک اپ کی لاگت

پہلے طبی امتحان کی لاگت کو ممکنہ گاہکوں کے ذریعے سے برداشت کیا جاتا تھا- اب بیمہ کمپنی اس لاگت کا معاوضہ کرتی ہے، بشرطیکہ تجویز کو ہامیداری کے لئے منظور کیا گیا ہو، معاوضہ میں 50٪ سے 100٪ تک کی مخالفت ہوتی ہے- اب آئی آر ڈی اے

آئی کے ذریعے سے یہ بھی لازمی کر دیا گیا ہے کہ بیمہ کمپنی صحت جانچ کے کم سے کم 50٪ اخراجات کو برداشت کریگی۔

x. اسپتال میں بھرتی ہونے کے پہلے اور بعد کے کور کی مدت

اسپتال میں بھرتی ہونے کے پہلے اور بعد کے کوریج کی مدت کو زیادہ تر بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے خاص طور پر اپنے اعلی سطح یہ مصنوعات میں 60 دنوں اور 90 دنوں تک بڑھا دیا گیا ہے۔ اسکے علاوہ کچھ بیمہ کمپنیوں نے ایک زیادہ تر حد کے مشروط ، دعویٰ رقم کے کچھ فی صد سے منسلک ان اخراجات کو محدود کر دیا ہے۔

xi. ای ڈ آن کور

بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے ای ڈ آن کور نامی کئی نئے اضافی کور شروع کئے گئے ہیں۔ ان میں سے کچھ اس طرح ہیں:

- ✓ **زچگی کور:** زچگی کور پہلے خوردہ پالیسیوں کے تحت دستیاب نہیں تھا لیکن اب اسے زیادہ تر بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے الگ الگ انتظار کی مدت کے ساتھ دستیاب کرایا جاتا ہے۔
- ✓ **شدید بیماری کا کور:** کچھ ایسی بیماریوں کے لئے اعلی سطحی ورژن کے مصنوعات کے تحت ایک آپشن کے طور پر دستیاب ہے جو زندگی کے لئے خطرہ بنتی ہیں اور مہنگا علاج کرانے کی ضرورت پڑتی ہے۔
- ✓ **بیمہ رقم کی بحالی :** دعوے کی ادائیگی ہونے کے بعد بیمہ رقم (جو ایک دعوے کی ادائیگی پر کم ہو جاتی ہے) کو اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے بنیادی حد تک بحال کیا جا سکتا ہے۔
- ✓ **آیوش - آیورویدک - یوگا - یونانی - سدھا - ہومیوپیتھ کے لئے کوریج:** کچھ پالیسیاں اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے ایک مقرر فی صد تک آیوش علاج کے اخراجات کو کور کرتی ہیں۔

xii. قیمت شامل کور

کچھ معاوضہ مصنوعات میں ذیلمیں دی گئی فہرست کے مطابق قیمت شامل کور شامل ہوتے ہیں۔ فائدہ پالیسی کی شیڈول میں ہر ایک کور کے سامنے بیان کردہ بیمہ رقم کی حد تک قابلِ ادائیگی ہوتے ہیں، مجموعی بیمہ رقم سے زیادہ نہیں۔

- ✓ **آؤٹ پیشینٹ کور:** جیسا کہ ہم جانتے ہیں، بھارت میں صحت بیمہ مصنوعات زیادہ تر اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کو کور کرتے ہیں۔کچھ کمپنیاں اب کچھ اعلی

سطحیہ منصوبہ بندی کے تحت آؤٹ پیشینٹ اخراجات کے لئے محدود کور فراہم کرتی ہیں۔

- ✓ **اسپتال میں نقدی (ہاسپٹل کیش) :** اس میں ایک مقرر مدت کے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے کے ہر ایک دن کے لئے مقرر ایک مشت ادائیگی کا پرویژن کیا جاتا ہے۔عام طور پر یہ مدت 3/2 دنوں کی کٹوتی والی پالیسیوں کو چھوڑکر 7 دنوں کے لئے فراہم کی جاتی ہے۔ اس طرح ، فائدہ تبھی ٹرگر ہوگا جب اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت کٹوتی کی مدت سے زیادہ ہے۔ یہ اسپتال میں بھرتی ہونے کے دعوے کے اضافی لیکن پالیسی کی مجموعی بیمہ رقم کے اندر ہوتی ہے یا ایک الگ ذیلی حد کے ساتھ ہو سکتی ہے۔
- ✓ **رکوری فائدہ :** اگر بیماری اور/یا حادثے کی وجہ سے اسپتال میں ٹھہرنے کی کل مدت 10 دن سے زیادہ نہیں ہے تو ایک مشت فائدہ کی ادائیگی کی جاتی ہے۔
- ✓ **ڈونرکے اخراجات :** اس میں پالیسی میں مقرر شرائطو ضوابط کے مطابق اہماعضاءکیپیوندکاری کے معاملے میں عطیہ دہندہ کی طرف سے کئے گئے اخراجات کے معاوضہ کے لئے پرویژن کیا جاتا ہے۔
- ✓ **ایمبلینس کی باز ادائیگی :** بیمہ دار /بیمہ دار افراد کے ذریعے سے ایمبلینس کے لئے کئے جانے والے اخراجات کا معاوضہ پالیسی کی شیڈول میں بیان کردہ ایک مقرر حد تک کیا جاتا ہے۔
- ✓ **ساتھ رہنے والے افراد کے لئے اخراجات :** یہ اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت کے دوران بیمہ دار مریض کی مدد کرتے وقت کھانے، پربرداشت وغیرہ کے تعلق میں ساتھ رہنے والے افراد کے ذریعے سے کئے گئے اخراجات کے لئے ہوتا ہے۔ پالیسی کی شرطوں کے مطابق پالیسی کی شیڈول میں مقرر حد تک ایک مشت ادائیگی یا باز ادائیگی کی جاتی ہے۔
- ✓ **خاندان کی تعریف :** کچھ صحت مصنوعات میں خاندان کی تعریف میں بدلاؤ آیا ہے۔اس سے پہلے بنیادیبیمہ دار ، شوہر /بیوی ، زیر کفالت بچوں کو کور فراہم کیا جاتا تھا۔ اب ایسی پالیسیاں دستیاب ہیں جہاں والدین اور ساس سسر کو بھی ایک ہی پالیسی کے تحت کور فراہم کیا جا سکتا ہے۔

D. ٹاپ اپ کور یا اعلی کٹوتی والی بیمہ منصوبہ بندی

ٹاپ اپ کور کو ایک اعلی کٹوتی پالیسی کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔ بین الاقوامی بازار میں زیادہ تر لوگ اعلی شریک ادائیگی پالیسیوں یا کور نہیں کی گئی بیماریوں یا علاج کے علاوہ ٹاپ اپ کور بھی خریدتے ہیں۔
تاہمبھارتمیں،ٹاپاپکورکومتعارفکرانےکےلیےاہموجہابتدائیطورپراعلیرقمبیمہمصنوعاتکیکمی ہوگی، لیکن اب ایسی بات نہیں ہے۔ ایک صحت پالیسی کے تحت کور کی زیادہ تر رقم کافی لمبے وقت تک 5،00،000 روپے رہی تھی۔ ایک اعلی کور چاہنے والے کسی بھی افراد کو دوہرے پریمیم کی ادائیگی کرکے دو پالیسیاں خریدنے کے لئے مجبور ہونا پڑتا تھا۔ یہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے ٹاپ اپ پالیسیاں ترقی یافتہ کئے جانے کیوجہ بنا جو ایک مقرر رقم (جسے تھریشولڈ کہا جاتا ہے) کے اضافی اعلی بیمہ رقم کے لئے کور فراہم کرتی ہیں۔

یہ پالیسی ایک بنیادی صحت کور کے ساتھ کام کرتی ہے جسمیں بیمہ رقم کم ہوتی ہے اور ایکنسبتامناسب پریمیم پر آتی ہے۔ مثال کے لئے، اپنے آجروں کے ذریعے سے کور کئے گئے افراد اضافی تحفظ کے لئے (پہلی پالیسی کی بیمہ رقم کو تھریشولڈ کے طور پر رکھتے ہوئے) ایک ٹاپ اپ کور کا آپشن منتخب کر سکتے ہیں یہ کور خود اور خاندان کے لئے ہو سکتا ہے جو اعلی لاگت والے علاج کی بدقسمت واقعہ کے وقت کام آتا ہے۔

ٹاپ اپ پالیسی کے تحت ایک دعویٰ حاصل کرنے کا اہل ہونے کے لئے طبی لاگت اسکیم کے تحت منتخب کی گئی کٹوتی (یا تھریشولڈ) کے سطح سے زیادہ ہونی چاہئیے اور اعلی کٹوتی منصوبہ کے تحت معاوضہ خرچ کی رقم یعنی کٹوتی سے زیادہ ہوگی۔

مثال

ایک فرد کو اپنے مالک کے ذریعے سے 3 لاکھ روپے کی بیمہ رقم کے لئے کور کیا جاتا ہے۔ وہ تین لاکھ روپے کے اضافی 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔

اگر ایک بار اسپتال میں بھرتی ہونے کی لاگت 5 لاکھ روپے ہے تو بنیادی پالیسی صرف تین لاکھ روپے تک کو کور کریگی۔ ٹاپ اپ کور کے ساتھ، 2 لاکھ روپے کی باقی رقم رقم کی ادائیگی ٹاپ اپ پالیسی سے کی جائے گی۔

ٹاپ اپ پالیسیاں سستی ہوتی ہیں اور ایک اکیلی 10 لاکھ روپے کی پالیسی کی لاگت تین لاکھ روپے کے اضافی 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی کے موازنہ میں بہت زیادہ ہوگی۔

یہ کور افراد کی بنیاد اور خاندان کی بنیاد پر دستیاب ہیں۔ کور کئے گئے خاندان کے ہر ایک رکن کے لئے الگ الگ بیمہ رقم

یا خاندان پر گھومنے والی ایک اکیلی بیمہ رقم آج بازار میں دستیاب ہے۔

اگر ٹاپ اپ اسکیم میں اسپتال میں بھرتی ہونے کے ہر ایک واقعہ میں کٹوتی کی رقم کو پار کیا جانا ضروری ہے تو اس اسکیم کو ایکتباہیپرمبنی اعلی کٹوتی اسکیم کے طور پر جانا جاتا ہے۔ اسکا مطلب ہے کہ اوپر دی گئی مثال میں، قابلِ ادائیگی ہونے کے لئے ہر ایک دعوی 3 لاکھ روپے سے زیادہ کا ہونا چاہئیے۔

حالانکہ ایسی ٹاپ اپ منصوبہ بندی جہاں پالیسی مدت کے دوران اسپتال میں بھرتی ہونے کی ایک رینج کے بعد کٹوتی کو پار کرنے کی اجازت دی جاتی ہے، یہ بھارتی بازار میں مجموعی بنیاد پر اعلی کٹوتی منصوبہ بندی یا سُپر ٹاپ اپ کور کے طور پر مقبول ہیں۔ اسکا مطلب ہے کہ اوپر دی گئ مثال میں، ہر ایک دعوے کو شامل کیاجاتا ہے اور جب یہ 3 لاکھ روپے کو پار کر جاتا ہے، ٹاپ اپ کور دعووں کی ادائیگی کرنا شروع کر دیگا۔

ایک اسپتال میں بھرتی ہونے والی معاوضہ پالیسی کے زیادہ تر معیاریقوانین،ضوابط اور اخراج ان مصنوعات کے لئے لاگو ہوتے ہیں۔ کچھ بازاروں میں، جہاں بنیادی صحت کور حکومت کے ذریعے سےفراہم کیا جاتا ہے، بیمہ کمپنیاں زیادہ تر صرف ٹاپ اپ کور فراہم کرنے میں چٹی رہتی ہیں۔

E. سینئر شہری پالیسی

ان منصوبہ بندی کو بزرگ لوگوں کے لئے کور فراہم کرنے کے مقصد سے ڈیزائن کیا گیا ہے جنہیں اکثر مقرر عمر کے بعد کوریج دینے سے منا کر دیا جاتا ہے (جیسے 60 سال سے زیادہ کی عمر کے لوگ)۔ کوریج اور اخراج کا ڈھانچہ کافی حد تک اسپتال میں بھرتی ہونے والی پالیسی کی طرح ہوتا ہے۔

کوریج اور انتظار کی مدت مقرر کرنے میں بزرگوں کی بیماریوں پر خصوصیتوجہ دی جاتی ہے۔ اِنٹری کی عمر زیادہ تر 60 سال اور تاحیات قابل تجدید ہوتی ہے۔ بیمہ رقم 50،000 روپے سے لیکر 5،00،000 روپے کی حد میں ہوتی ہے۔ انتظار کی مدت میں اختلاف ہوتا ہے جو کچھ بیماریوں کے لئے لاگو ہے۔ مثال : موتیا بند کے معاملے میں ایک بیمہ کمپنی کے لئے 1 سال کی انتظار کی مدت ہو سکتی ہے اور کسی دیگر بیمہ کمپنی کے لئے 2 سال کی انتظار کی مدت ہو سکتی ہے

اسکے علاوہ کچھ بیماریوں میں ایک خاص بیمہ کمپنی کے لئے انتظار کی مدت نہیں ہو سکتی ہے جبکہ دیگر کے معاملے میں ہو سکتی ہے۔ مثال : سائنسائٹس کچھ بیمہ کمپنیوں کی انتظار کی مدت کے کلاج

میں نہیں آتا ہے، لیکن کچھ دیگر بیمہ کمپنیاں اپنی انتظار کی مدت کے کلاج میں اسے شامل کرتی ہیں۔

پہلے سے موجود بیماری کے معاملے میں کچھ پالیسیوں میں ایک انتظار کی مدت یا کچھ حد مقرر ہوتی ہے۔ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے یا بعد کے اخراجات کی ادائیگی اسپتال کے دعووں کے ایک فی صد کے طور پر یا ایک ذیلیحد کے طور پر، جو بھی زیادہ ہو، کیا جاتا ہے۔ کچھ پالیسیوں میں یہ مخصوص معاوضہ منصوبہ بندی پر عمل کرتے ہیں جیسے 60/30 دن یا 90/60 دنوں کی مقرر مدت کے اندر آنے والے اخراجات۔

آئی آر ڈی اے آئی نے ویسے انشورنس ہولڈر کو سینئر شہری ہوتے ہیں کے لئے کچھ خاص رزق لازمی کئے ہیں۔

1. سینئر شہریوں کے لئے صحت کی انشورینس کی مصنوعات کیلئے لیا جانے والا مناسب، نیایوجت، شفاف اور واضح طور سے دکھایا جانا چاہئے
2. بیمہ ہولڈر کو، پریمیم پر کی جانے والی کسی بھی لوڈینگ ہو رہے کے بارے میں تحریری طور پر بتایا جائیگا اور پالیسی جاری کرنے سے پہلے ایسی لوڈینگ کے لئے پالیسی ہولڈر کی مخصوص رضامندی لی جائیگی۔
3. تمام صحت بیمہ دار اور ٹی پی اے بزرگ شہری کی صحت انشورنس متعلقہ داعووں اور شکایتوں کی تفصیلات کے لئے ایک مختلف چینل قائم کرے گا۔

F. مقرر فائدہ کور - اسپتال میں نقدی، شدید بیماری

ایک صحت بیمہ پالیسی میں ایک بیمہ کمپنی کے لئے سب سے بڑا خطرہ پالیسی کے فوائد کا غیر ضروری اور غیر معقول استعمال ہے۔ یہ جانتے ہوئے کہ مریض کو ایک صحت پالیسی کے تحت کور کیا گیا ہے، ڈاکٹر، سرجن اور اسپتال اسکا اضافی علاج کرنے لگ جاتے ہیں۔ وہ اسپتال میں رہنے کی مدت کو لمبا کھینچتے ہیں، غیر ضروری تشخیصی اور لیبارٹری ٹیسٹ کرتے ہیں اور اس طرح علاج کی لاگت کو ضروری رقم سے بہت زیادہ بڑھا دیتے ہیں۔ بیمہ کمپنی کی لاگت پر ایک دیگر بڑا اثر طبی سے متعلق اخراجات میں مسلسل اضافہ ہے جو عام طور پر پریمیم کی شرح میں اضافہ کے موازنہ میں زیادہ ہوتی ہے۔

اسکا جواب مقرر فائدہ کور ہے۔ مقرر فائدہ کور بیمہ دار افراد کو کافی تحفظ فراہم کرتے ہوئے بیمہ کمپنی کو ایک مناسب مدت کے لئے اپنی پالیسی کا مؤثر طریقے سے قیمت تعین کرنے میں بھی مدد کرتا ہے۔ اس مصنوعات میں، عام طور پر ہونے والے علاج کو ہر ایک نظام کے تحت درج کیا گیا ہے، جیسے ای این ٹی،

بصریات سے متعلق ، علم تولید اور امراض نسواں وغیرہ اور ان میں سے ہر ایک کے لئے زیادہ تر ادائیگی پالیسی میں بیان ہوتی ہے۔

بیمہ دار کو نامزد علاج کے لئے اسکے ذریعے سے خرچ کی گئی رقم کی پرواہ کئے بنا دعویٰ رقم کے طور پر ایک مقرر رقم حاصل ہوتی ہے۔ ان میں سے ہر ایک علاج کے لئے قابلِ ادائیگی چارجس عام طور پر مناسب قیمت کے ایک مطالعہ پر مبنی ہوتا ہے جو بیماری کے علاج کے لئے ضروری ہوگا۔

پیکیج چارجس میں لاگت کے تمام اجزاء شامل ہو نگے جیسے:

a) کمرے کا کرایہ،

b) پیشہ ورانہ فیس،

c) بیماری کی تشخیص،

d) منشیات،

e) اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات وغیرہ

پیکیج چارجس میں غذا،نقلوحمل،ایمبولینس چارجس وغیرہ بھی شامل ہو سکتے ہیں جو مصنوعات پر انحصار کرتے ہیں۔

ان پالیسیوں کو ایڈمنسٹر کرنا آسان ہوتا ہے کیونکہ صرف اسپتال میں بھرتی ہونے کا ثبوت اور پالیسی کے تحت بیماری کا کوریج دعوے پر کارروائی کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

کچھ مصنوعات مقرر فائدہ کور کے ساتھ ایک روزانہ نقدی فائدہ کے پیکیج دستیاب کراتے ہیں۔ کور کئے گئے علاج کی فہرست تقریبا 75 سے تقریبا 200 تک مختلف ہو سکتی ہے جو مصنوعات میں علاج کی تعریف پر منحصر کرتی ہے۔

ایسی سرجری/علاج کے لئے ایک مقرر رقم کی ادائیگی کرنے کا ایک پرویژن کیا گیا ہے جنہیں پالیسی میں نامزد فہرست میں شامل نہیں کیا گیا ہے۔ پالیسی مدت کے دوران الگ الگ علاج کے لئے کئی دعوے ممکن ہیں۔ حالانکہ دعووں کو آخر میں پالیسی کے تحت منتخب کی گئی بیمہ رقم کے ذریعے سے محدود کیا جاتا ہے۔

کچھ مقرر فائدہ بیمہ منصوبہ بندی اس طرح ہیں:

- ✓ اسپتال روزانہ نقدی بیمہ منصوبہ بندی
- ✓ شدید بیماری بیمہ منصوبہ بندی

1. اسپتال روزانہ نقدی پالیسی

a) فی دن رقم کی حد

اسپتال نقدی کوریج اسپتال میں بھرتی ہونے کے ہر ایک دن کے لئے بیمہ دارشخص کو ایک مقرر رقم فراہم کرتا ہے۔ فی دن نقدی کوریج (مثال کے لئے) 1،500 روپے فی دن سے لیکر 5،000 روپے فی دن یا اس سے بھی زیادہ فی دن تک مختلف ہو سکتا ہے۔ ہر بیماری اور پالیسی کی مدت کے لئے روزانہ نقد ادائیگی پر ایک اوپری حد فراہم کی جاتی ہے، یہ عام طور پر ایک سالانہ پالیسی ہوتی ہے۔

b) ادائیگی کے دنوں کی تعداد

اس پالیسی کے کچھ مختلف حالتوں میں روزانہ نقدی کے دنوں کی اجازتی تعداد اس بیماری سے منسلک ہوتی ہے جسکے لئے علاج کیا جا رہا ہے۔ ہر ایک کے لئے علاج ایک تفصیلی فہرست اور رہنے کی مدت مقرر کی گئی ہے جو طریقہ کار /بیماری کی ہر ایک قسم کے لئے اجازت روزانہ نقد فائدہ کو محدود کرتی ہے۔

c) اسٹینڈائلون کور یا ایڈ آن کور

اسپتال روزانہ نقدی پالیسی کچھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے پیش کردہ کے مطابق ایک اکیلی (اسٹینڈائلون) پالیسی کے طور پر دستیاب ہے، دیگر معاملوں میں یہ ایک باقاعدہ معاوضہ پالیسی میں ایک ایڈ آن کور ہوتا ہے۔ یہ پالیسیاں حادثاتی اخراجات کو کور کرنے میں بیمہ دار کی مدد کرتی ہیں کیونکہ اس میں ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کی جاتی ہے اور یہ علاج کی اصل لاگت سے متعلقہ نہیں ہوتی ہے۔ اسکے علاوہ یہ ایک معاوضہ پر مبنی صحت بیمہ اسکیم کے تحت حاصل کسی بھی کور کے اضافی پالیسی کے تحت ادائیگی کرنے کی اجازت دیتا ہے۔

d) ضمنی کور

یہ پالیسیاں ایک باقاعدہ اسپتال اخراجات پالیسی کے ضمنی ہو سکتی ہیں کیونکہ یہ کفایتی ہوتی ہیں اور حادثاتی اخراجات کے ساتھ ساتھ ان اخراجات کے لئے معاوضہ فراہم کرتی ہیں جو معاوضہ پالیسی کے تحت قابلِ ادائیگی نہیں ہیں جیسے اخراج ، شریک ادائیگی وغیرہ

e) کور کے دیگر فوائد

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظر سے اس اسکیم کے کئی فائدے ہیں کیونکہ اسکے بارے میں ایک گاہک کو سمجھانا آسان ہوتا ہے اور اسلئے زیادہ آسانی سے فروخت کیا جا سکتا ہے۔ یہ طبی سے متعلق مہنگائی کا مقابلہ کرتا ہے کیونکہ اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت کے لئے فی دن ایک مقررقم کی ادائیگی کی

جاتی ہے، اصل اخراجات چاہے جو بھی ہو۔ اسکے علاوہ، اس طرح کے بیمہ کوروں کی قبولیت اور دعووں کا تصفیہ اصل میں آسان ہو جاتا ہے

2. شدید بیماری کی پالیسی

اس مصنوعات کو خوفناک بیماری (ڈریڈڈ ڈزیج) کور یا ایک صدمے کی دیکھ بھال (ٹراما کیئر) کور کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔

طبی سائنس کے شعبے میں ترقی کی وجہ سے لوگ کینسر، اسٹروک اور دل کے دورے وغیرہ جیسی کچھ اہم بیماریوں سے زندہ بچ جاتے ہیں جن کے نتیجے میں پہلے موت طے ہوتی تھی۔ پھر، اس طرح کی بڑی بیماریوں سے بچنے کے بعد زندگی متوقع کافی بڑھ جاتی ہے۔ حالانکہ ایک بڑی بیماری سے زندہ بچنے میں علاج کے بھاری بھرکم اخراجات ہوتے ہیں اور علاج کے بعد معاش گذران کے اخراجات بھی بڑھ جاتے ہیں۔ اس طرح کی شدید بیماری شروع ہونا افراد کی مالی تحفظ کے لئے خطرہ بن جاتا ہے۔

a) شدید بیماری پالیسی ایک فائدہ پالیسی ہے جسمیں کچھ نامزد شدید بیماری کا پتہ چلنے پر ایک مشت رقم ادائیگی کرنے کا پرویژن ہوتا ہے۔

b) اسے درج ذیل کے مطابق فروخت کیا جاتا ہے :

- ✓ ایک اسٹینڈائلون پالیسی کے طور پر یا
- ✓ کچھ صحت پالیسیوں میں ایک ایڈ آن کور کے طور پر یا
- ✓ کچھ زندگی بیمہ پالیسیوں میں ایک ایڈ آن کور کے طور پر

بھارت میں، شدید بیماری فائدہ عام طور پر زندگی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے زندگی بیمہ پالیسیوں کے سواروں کے طور پر فروخت کیے جاتے ہیں اور انکے کے ذریعے سے کور کے دو فارم دستیاب کرائے جاتے ہیں – شامل سی آئی فائدہ اسکیم اور اسٹینڈائلون سی آئی فائدہ اسکیم - اس فائدہ کو فروخت کیے جاتے وقت کور کی گئی بیماریوں کی عین مطابق تعریف اور اچھا ہامیداری انتہائی اہم ہوتا ہے۔ اُلجھن کی حالت سے بچنے کے لئے، 20 سب سے عام شدید بیماریوں کی تعریف کو آئی آر ڈی اے صحت بیمہ معیار بندی رہنُما اُصولوں کے تحت معیاری کیا گیا ہے۔ (آخرمیں ضمیمہ سے رجوع کریں) ۔

تاہم، جاری کرنے کے سطح پر منفی انتخاب کے امکان (جسکے کے ذریعے سے ایسے لوگ یہ بیمہ لیتے ہیں جن کے متاثر ہونے کے سب سے زیادہ امکان رہتے ہے) بہت زیادہ ہوتت ہے اور تجویز کار

کی صحت کی حیثیت
کا تعین کرنا اہم ہو جاتا ہے۔ کافی ڈاٹا کی کمی کی وجہ سے حال میں شدید بیماری کی منصوبہ بندی کی قیمت تعین میں دوبارہ بیمہ کمپنیوں کے ڈاٹا کے ذریعےسے حمایت کی جارہی ہے۔

c) شدید بیماریاں ایسی بڑی بیماریاں ہے جو نہ صرف اسپتال میں بھرتی ہونے کے بہت زیادہ اخراجات کی وجہ بنتی ہیں بلکہ انکی وجہ سے معذوری ، اعضاءکے نقصان، کمائی کا نقصان وغیرہ ہو سکتا ہے اور اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد لمبے وقت تک دیکھ بھال کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

d) ایک شدید بیماری پالیسی اکثر ایک اسپتال معاوضہ پالیسی کے اضافی لینے کی سفارش کی جاتی ہے تاکہ پالیسی کے تحت معاوضہ اس خاندان کے مالی بوجھ کو کم کرنے میں مدد ہو سکے جس کا رکن اس طرح کی بیماری سے متاثر ہے۔

e) کور کی گئی شدید بیماریاں الگ الگ بیمہ کمپنیوں اور مصنوعات کے معاملے میں مختلف ہوتی ہیں، لیکن عام بیماریوں میں شامل ہیں:

- ✓ مخصوص شدت کے کینسر
- ✓ شدید مایوکارڈیل اِنفارکشن
- ✓ کورونری دمنیکی سرجری
- ✓ دل کے والو کو بدلنا
- ✓ مخصوص شدت والا کوما
- ✓ گردوں کی ناکامی
- ✓ اسٹروک مستقل علامات کے نتیجے میں
- ✓ میجراعضاء / بون میرو ٹرانسپلانٹ
- ✓ ایک سے زیادہ کاٹھنی
- ✓ موٹر نیوران کی بیماری
- ✓ اعضاءکی مستقل معذوری
- ✓ بڑے حادثات کی وجہ سے مستقل معذوری

شدید بیماریوں کی فہرست جامد نہیں ہے اور بڑھتی رہتی ہے۔ کچھ بین الاقوامی بازاروں میں بیمہ کمپنیاں بیماریوں کو 'کور' اور 'اضافی ' میں درجہ بندی کرتے ہیں جہاں الزائمر بیماری جیسی بیماریوں کو بھی کور کیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی 'ٹرمینل بیماری' کو بھی کوریج کے لئے شامل کیا جاتا ہے، حالانکہ پریمیم ظاہر ہے بہت زیادہ ہوتا ہے۔

f) جہاں زیادہ تر شدید بیماری پالیسیاں بیماری کا پتہ چلنے پر ایک مشت رقم کے ادائیگی کا پرویژن کرتی ہیں، کچھ ایسی پالیسیاں بھی ہیں جو صرف اخراجات کے معاوضہ کے طور پر اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے کور فراہم کرتی ہیں-کچھ مصنوعات دونوں کوروں کا مجموعہ یعنی اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے لئے معاوضہ اور پالیسی میں نامزد اہم بیماریوں کا پتہ چلنے پر ایک مشت ادائیگی فراہم کرتے ہیں-

g) شدید بیماری پالیسیاں عام طور پر 21 سال سے لیکر 65 سال تک کے عمر کے طبقہ کے افراد کے لئے دستیاب ہوتی ہیں-

h) ان پالیسیوں کے تحت پیش کردہ بیمہ رقم بہت زیادہ ہوتی ہے کیونکہ اس طرح کی پالیسی کی بنیادی وجہ ایسی بیماریوں کے ساتھ منسلک طویل مدتی دیکھ بھال کے مالی بوجھ کے لئے پرویژن کرنا ہوگا-

i) ان پالیسیوں کے تحت ایک شدید بیماری کا پتہ چلنے پر عام طور پر بیمہ رقم کی 100٪ ادائیگی کی جاتی ہے-کچھ معاملوں میں معاوضہ بیمہ رقم کے 25٪ سے 100٪ تک مختلف ہوتی ہے جو پالیسی کے شرائطوضوابط اور بیماری کی شدت پر انحصار کرتا ہے-

j) سبھی شدید بیماری پالیسیوں میں دیکھی جانے والی ایک معیاری شرط کسی بھی فائدہ کے پالیسی کے تحت قابلِ ادائیگی ہونے کے لئے پالیسی کی شروعات سے 90 دنوں کی انتظار کی مدت اور بیماری کی تشخیص کے بعد 30 دنوں کا سروائول کلاج ہے-اس فائدہ کے طور پر شامل کئے گئے سروائول کلاج کے ساتھ "موت فائدہ " کا بھرم نہیں ہونا چاہئے بلکہ اسے " سروائول (زندہ ہونے کے) فائدہ " کے طور پر زیادہ واضح کیا گیا ہے یعنی ایک شدید بیماری کے بعد آنے والی مشکلات کو دور کرنے کے لئے دیا گیا فائدہ -

k) شدید بیماری پالیسی لینے کے خواہاںافراد، خاص طور سے 45 سال سے زیادہ کی عمر کے لوگوں کے لئے سخت طبی جانچ کے طریقہ کار سے گزرنا ضروری ہوتا ہے-معیاری اخراج صحت بیمہ مصنوعات میں پائے جانے والے اخراج کے کافی یکساں ہوتے ہیں، طبی مشورہ مانگنے یا عمل کرنے میں ناکامی یا انتظار کی مدت کو چکمہ دینے کی صورت میں طبی علاج میں تاخیر کرنے کو بھی خاص طور سے الگ کیا گیا ہے-

l) بیمہ کمپنی پالیسی میں کور کی گئی کسی بھی ایک یا ایک سے زیادہ بیماری کے لئے بیمہ دار کو صرف ایک بار

معاوضہ دے سکتی ہے یا ایک سے زیادہ ادائیگی فراہم کر سکتی ہے لیکن ایک مقرر محدود تعداد تک۔ کسی بھی بیمہ دار افراد کے تعلق میں پالیسی کے تحت ایک بار معاوضے کی ادائیگی کر دیئے جانے پر پالیسی ختم ہو جاتی ہے۔

m) شدید بیماری پالیسی گروپوں کو خاص طور سے کمپنیوں کو بھی فراہم کی جاتی ہے جو اپنے ملازمین کے لئے پالیسیاں لیتے ہیں۔

G. طویل مدتی دیکھ بھال بیمہ

آج زندگی کے متوقع بڑھنے کے ساتھ دنیا بھر میں بزرگ لوگوں کی آبادی بڑھ رہی ہے۔ ایک بڑھتی ہوئی آبادی کی وجہ سے دنیا بھر میں طویل مدتی دیکھ بھال بیمہ کی اہمیت بھی بڑھتی جا رہی ہے۔ بزرگ لوگوں کو اور اسکے علاوہ کسی بھی قسم کی معذوری میں مبتلا لوگوں کو لمبے وقت تک دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔ لمبے وقت تک دیکھ بھال کا مطلب ہے ایسے لوگوں کے لئے لگاتار ذاتی یا نرسنگ سے متعلق دیکھ بھال کی تمام شکلیں، جو مدد کی ایک ڈگری کے بنا اپنی دیکھ بھال کر پانے میں ناقابل ہیں اور جن کی صحت مستقبل میں بہتر نہیں ہونے والی ہے۔

طویل مدتی دیکھ بھال کے لئے دو قسم کی منصوبہ بندی دستیاب ہیں:

a) پری فنڈڈ منصوبہ بندی جو صحت مند بیمہ دار کے ذریعے سے اپنے مستقبل کے طبی اخراجات کا دھیان رکھنے کے لئے خریدی جاتی ہیں اور

b) فوری ضرورت کی منصوبہ بندی جو ایک مشت پریمیم کے ذریعے سے خریدی جاتی ہیں جب بیمہ دار کو لمبے وقت تک دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔

معذوری کی شدت(اورتوقعکیبقامدت) فائدہ کی مقدار کو مقرر کرتی ہے۔ طویل مدتی دیکھ بھال کے مصنوعاتبھارتی بازار میں ابھی تک ترقی یافتہ نہیں ہوئے ہیں۔

بھویشیہ آروگیہ پالیسی

پہلی پری فنڈڈ بیمہ اسکیم سرکاری شعبے کی چار عام بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے فروخت کی جانے والی بھویشیہ آروگیہ پالیسی تھی۔ سال 1990 میں شروع کی گئی یہ پالیسی بنیادی طور پر ایک بیمہ دار افراد کی ریٹائرمنٹ کے بعد اسکی صحت دیکھ بھال سے متعلق ضروریات کا دھیان رکھنے کے لئے ہے۔ یہ ایک زندگی

بیمہ پالیسی لینے کے برابر ہے سوائے اسکے کہ یہ موت کے بجائے مستقبل کے طبی اخراجات کو کور کرتی ہے۔

a) ملتوی میڈکلیم

یہ پالیسی ایک قسم کی ملتوی یا مستقبل میڈکلیم پالیسی ہے اور میڈکلیم پالیسی کے برابر کور فراہم کرتی ہے۔ تجویز کار 25 سال اور 55 سال کی عمر کے درمیان کسی بھی وقت اسکیم میں شامل ہو سکتا ہے۔

b) ریٹائرمنٹ کی عمر

وہ ایک شرط کے ساتھ 55 اور 60 سال کے درمیان ایک ریٹائرمنٹ کی عمر کا انتخاب کر سکتا ہے کہ اِنٹری کی عمر اور منتخب کی گئی ریٹائرمنٹ کی عمر کے درمیان 4 سالوں کا ایک واضح فرق ہونا چاہئیے۔ پالیسی ریٹائرمنٹ عمر کا مطلب تجویز پر دستخط کرتے وقت بیمہ دار افراد کے ذریعے سے منتخبہ اور پالیسی کے تحت فائدہ شروع کرنے کے مقصد سے شیڈول میں بیان کردہ عمر ہے۔ اس عمر کو آگے نہیں بڑھایا جا سکتا ہے۔

c) ریٹائرمنٹ سے پہلے کی مدت

ریٹائرمنٹ سے پہلے کی مدت کا مطلب تجویز منظور کرنے کی تاریخ سے شروع کرتے ہوئے شیڈول میں مخصوص پالیسی ریٹائرمنٹ عمر کے ساتھ ختم ہونے والی مدت ہے۔ اس مدت کے دوران بیمہ دار فرد لاگو ہونے کے مطابق قسط/ایک پریمیم رقم کی ادائیگی کریگا۔ بیمہ دار فرد کے پاس ایک مشت پریمیم یا قسطوں میں ادائیگی کرنے کا آپشن ہے۔

d) واپسی

اگر بیمہ دار افراد منتخبکردہ ریٹائرمنٹ کی عمر سے پہلے یا ریٹائرمنٹ کی عمر کے بعد مر جاتا ہے یا اسکیم سے باہر نکلنا چاہتا ہے تو پریمیم کی مناسب واپسی کی اجازت ہوگی جو پالیسی کے تحت کوئی دعویٰ پیدا نہیں ہونے کے مشروط ہے۔ تجدید میں تاخیر کے لئے تسلی بخش وجہ ہونے کی حالت میں پریمیم ادائیگی کے لئے 7 دنوں کی رعایتی مدت کا پرویژن ہے۔

e) تفویض

یہ اسکیم تفویض کےلئےفراہم کرتی ہے۔

f) اخراج

پالیسی میں پہلے سے موجود بیماریوں کا اخراج ، 30 دنوں کی انتظار کی مدت اورمخصوصبیماریوں کے لئے پہلے سال کا

اخراج نہیں ہے جیسا کہ میڈکلیم میں ہوتا ہے۔ چونکہ یہ ایک مستقبل کی میڈکلیم پالیسی ہے، یہ بہت منطقی ہے۔

g) گروپ بیمہ ویرینٹ

پالیسی کا فائدہ گروپ بنیاد پر بھی اٹھایا جا سکتا ہے جس معاملے میں گروپ ڈسکاؤنٹ کی سہولت دستیاب ہے۔

H. کامبی مصنوعات

کبھی کبھی زندگی بیمہ سے متعلقہ مصنوعات کو صحت بیمہ مصنوعات کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے۔ یہ دو بیمہ کمپنیوں کے ایک ساتھ آنے اور ایک سمجھدار ترقی یافتہ کرنے کے ذریعے سے ایک پیکیج کی طرح زیادہ سے زیادہ مصنوعات کوفروغ دینے کا ایک اچھا طریقہ ہے۔

اس طرح صحت پلس زندگی کامبی مصنوعات کا مطلب ہے ایسے مصنوعات جو ایک زندگی بیمہ کمپنی کے ایک زندگی بیمہ کور اور غیر زندگی اور/یا اسٹینڈ ائلون صحت بیمہ کمپنی کے ذریعے سے پیش کردہ ایک صحت بیمہ کور کا مجموعہ فراہم کرتے ہیں۔

ان مصنوعات کو دو انشورنس کمپنیوں کی طرف سے مشترکہ طور پر ڈیزائن کیا جاتا ہے اور دونوں انشورنس کمپنیوں کی تقسیم چینلز کے ذریعے فروخت کیا جاتا ہے . واضح غیر پر ان کے لئے دو کمپنیوں کے انشورنس ' ٹائے اپ' ضروری ہوگا اور موجودہ راستے ہدایات کے مطابق ایسے ٹائے اپ کی اجازت ایک وقت میں صرف ایک زندگی بیمہ دار اور ایک غیر زندگی بیمہ دار کے درمیان ہوتی ہے۔ اس طرح کی کمپنیوں کے درمیان ایک ایم او یو ضرور کیا جانا چاہئے تاکہ ان کی مارکیٹنگ، پالیسی جاری کرنے کے بعد کی خدمت، عام خرچہ کی تقسیم ساتھ ہی پالیسی سروس کے معیار اور پریمیم کے منصوبہ رقم کے بارے میں طے کیا جا سکے۔ ان کے لئے آئی آر ڈی آئی سے اجازت کسی ایک بیماکرتا طرف لی جائے گی۔ یہ معاہدہ طویل مدت قسم کا ہونا چاہئے اور ٹا ئے اپ سے نکلنے کی اجازت صرف خاص حالتوں میں ہی دی جائے گی اور وہ بھی آئی آر ڈی اے آئی کے مطمئن ہونے کے بعد ہی ۔

ایک بیمہ کمپنی آپ سے رضامندی سے معروف بیمہ دار کے طور پر کام کرنے اور پالیسی خدمت میں اہم کردار ادا کرنے کے لئے ایک رابطے پوائنٹ کے طور پر آپ کی خدمت دے سکتی ہے جیسا کہ کمبي مصنوعات کے لئے ضروری ہوتا ہے۔ معروف بیمہ دار بیمہ لکھنے اور پالیسی خدمت میں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ تاہم، دعوی اور کمیشن کی ادائیگی کے معاملے پالیسی کے متاثر ہونے والے سیکشن کی بنیاد پر متعلقہ بیمہ داروں کی طرف سے نپٹائے جاتے ہیں.

"کامبی پروڈکٹ" کو وقت وقت پر جاری سمت ہدایتوں کے مطابق حاصل کیا جائے گا اور مختلف منظوری لی جائے گی - دونوں خطرات کے پریمیم دھرک کو مختلف بتایا جائے گا اور اس کی معلومات بیمہ ہولڈر کو فروخت سابق اور بعد دونوں حالتوں میں دی جائے گی ساتھ ہی اس کا ذکر تمام دستاویز جو جیسے پالیسی، سیلز ادب وغیرہ میں کیا جائے گا-

اس کی مصنوعات ذاتی انشورنس پالیسی اور گروپ انشورنس بنیاد دونوں ہی قسم سے دستیاب کرایا جائے گا- تاہم، صحت انشورنس فلوٹر پالیسیوں کے معاملے میں خالص ٹرم زندگی کی انشورینس کی کوریج کی اجازت خاندان کے حصول کرنے والے صحت کے لئے ہی ہوگی جو متعلقہ انشورنس کاروں کی انشورنس قابل مفاد اور دیگر قابل اطلاق انشورنس لکھنے شرطوں کے تحت ہوگی -

مفت لک کے اختیارات، انشورنس ہولڈر کے لئے دستیاب ہوتا ہے اور یہ پورے کمپنی مصنوعات پر لاگو ہوتا ہے، تاہم، کمپنی مصنوعات کی صحت والے حصے کو تجدید متعلقہ غیر زندگی / اسٹینڈ الون صحت کی انشورنس کمپنی کے اختیارات پر ہو جائے گا-

کمپنی مصنوعات کی مارکیٹنگ، براہ راست مارکیٹنگ چینل، بروکر، جامع ذاتی اور کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے دونوں انشورنس کرتو کی طرف جا سکتی ہے لیکن بینک کی ریفرل انتظامات کی طرف سے نہیں تاہم ویسے لوگ شناخت نہیں ہوسکتے جو کسی بھی ایک بیمہ دار کے لئے کسی بھی ایک مصنوعات کی مارکیٹنگ کے لئے اجازت نہیں ہو-

تحریک اور فروخت ادب میں اسے واضح طور سے بتایا جانا چاہیے کہ ان میں دو بیمہ دار سے جڑے ہوئے ہیں ہر خطرے دوسرے سے مختلف ہے، دعوے تصرف کون کرے گا، دونوں یا کسی ایک کور کے تزئین و آرائش سے متعلق مسئلے بیمہ ہولڈر کے اختیارات پر ہوں گے، سروس سہولت وغیرہ -

اس کاروبار کو مناسب طریقے سے چلانے کے لیے آئی ٹی سسٹم کا کام ہموار ہونا چاہئے کیونکہ دو بیمہ دار کے درمیان ڈیٹا کے انضمام اور آئی آر ڈی اے آئی کے لئے ڈیٹا دستیاب کرنا ہوتا ہیں-

I. پیکیج پالیسیاں

پیکیج یا چھاتا کور ایک ہی دستاویز کے تحت کوروں کا ایک مجموعہ ہے-

مثال کے لئے، کاروبار کے دیگر کلاسوں میں خاندان کی پالیسی ، دکاندار کی پالیسی ، دفتر پیکیج پالیسی وغیرہ جیسے کور ہوتے ہیں جو ایک پالیسی کے تحت عمارتوں،مندرجات وغیرہ جیسی

مختلف جسمانی اثاثوں کو کور کرنا چاہتے ہیں۔ اس طرح کی پالیسیوں میں کچھ ذاتی لائنوں یا ذمہ داری کوروں کو بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔

صحت بیمہ میں پیکیج پالیسی کے مثالوں میں شدید بیماری کور فائدہ کو معاوضہ پالیسیوں کے ساتھ ملانا اور یہاں تک کہ زندگی بیمہ پالیسیوں اور اسپتال روزانہ نقد فوائد کو معاوضہ پالیسیوں کے ساتھ یکجا کرنا بھی شامل ہے۔

سفر بیمہ کے معاملے میں پیش کردہ پالیسی بھی ایک پیکیج پالیسی ہے جسمیں نہ صرف صحت بیمہ کو بلکہ حادثے میں موت /معذوری فوائد کے ساتھ ساتھ بیماری/حادثےکی وجہ سے طبی اخراجات ، جانچ کئے گئے سامانوں کے نقصان یا پہنچنے میں تاخیر، املاک /ذاتی نقصان کے لئے تیسری پارٹی کی ذمہ داری ، دوروںکیمنسوخی اور یہاں تک کہ اغوا کور کو بھی شامل کیا جاتا ہے۔

J. غریب طبقے کے لئے مائیکرو بیمہ اور صحت بیمہ

مائیکرو بیمہ مصنوعات کو خاص طور سے دیہی اور غیررسمیشعبوں کے کم آمدنی طبقہ کے لوگوں کی تحفظ کے مقصد سے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ کمآمدنی طبقہ کے لوگ ہماری آبادی کا ایک بڑا حصہ ہوتے ہیں اور انکے پاس عام طور پر کوئی صحت تحفظ کور نہیں ہوتا ہے۔ اسلئے، ایک کفایتی پریمیم اور فائدہ پیکیج کے ساتھ یہ کم قیمت کے مصنوعات ان لوگوں کو عام جوکھموں کا سامنا کرنے اور ان سے نمٹنے میں مدد کرنے کے لئے لایا گیا ہے۔ مائکرو بیمہ آئی آر ڈی اے مائکرو بیمہ ضابطے ، 2005 کے ذریعے سے کنٹرول ہوتا ہے۔

یہ مصنوعات ایک چھوٹے سے پریمیم کے ساتھ آتے ہیں اور عام طور پر بیمہ رقم 30،000 روپے سے کم ہوتی ہے جو آئی آر ڈی اے بیمہ ضابطے ، 2005 کے مطابق ضروری ہے۔ اس طرح کے کور زیادہ تر مختلف کمیونٹی تنظیموں یا غیرسرکاری تنظیموں (این جی او) کے ذریعے سے اپنے اراکین کے لئے ایک گروپ کی بنیاد پر لئے جاتے ہیں۔ آئی آر ڈی اے کے دیہی اور سماجی شعبے کے ذمہ داریوں کے مطابق بھی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے اپنی پالیسیوں کے ایک مقرر تناسب کو مائیکرو بیمہ مصنوعات کے طور پر فروخت کیا جانا ضروری ہے تاکہ بیمہ کی وسیعتررسائی کے قابل کی جاسکے۔

سماج کے غریب طبقوں کی ضرورتوں کو پورا کرنے کے لئے سرکاری شعبے کے پی ایس یوکے ذریعے سےخاص طور سے بنائی گئی دو پالیسیاں نیچے بیان ہیں :

1. جن آروگیہ بیمہ پالیسی

جن آروگیہ بیمہ پالیسی کی خصوصیات مندرجہ ذیل ہیں:

a. یہ پالیسی سماج کے غریب طبقوں کو کفایتی طبی بیمہ دستیاب کرانے کے لئے بنائی گئی ہے۔

b. کوریج ذاتی میڈکلیم پالیسی کے ساتھ دستیاب ہے سوائے اسکے کہ اس میں مجموعی بونس اور طبی جانچ کے فوائد کو شامل نہیں کیا گیا ہے۔

c. یہ پالیسی افراد اور خاندان کے اراکین کے لئے دستیاب ہے۔

d. عمر کی حد پانچ سال سے 70 سال تک ہے۔

e. تین مہینے اور پانچ سال کی عمر کے درمیان کے بچوں کو کور کیا جا سکتا ہے بشرطیکہ والدین میں سے ایک یا دونوں کو ساتھ ساتھ کور کیا گیا ہو۔

f. بیمہ رقم فی بیمہ دار شخص 5،000 روپے تک محدود ہے اور قابلِ ادائیگی پریمیم درج ذیل ٹیبل کے مطابق ہے۔

ٹیبل ۲-۱

بیمہ دار افراد کی عمر	۴۶سال تک	۴۶-۵۵	۵۶-۶۵	۶۶-۷۰
خاندان کے ہیڈ	۷۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۴۰
شوہر /بیوی	۷۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۴۰
25 سال کی عمر تک کا انحصار بچہ	۵۰	ط	۵۰	۵۰
1+2 زیر کفالت بچے کے خاندان کے لئے	۱۹۰	۲۵۰	۲۹۰	۳۳۰
2+2 زیر کفالت بچوں کے خاندان کے لئے	۲۴۰	۳۰۰	۳۴۰	۳۸۰

- پریمیم آمدنی ٹیکس ایکٹ کی دفعہ 80ڈی کے تحت ٹیکس فائدہ کے اہل ہے۔
- پالیسی کے لئے سروس ٹیکس لاگو نہیں ہے۔

2. یونیورسل صحت بیمہ اسکیم (یو ایچ آئی ایس)

یہ پالیسی 100 یا اس سے زیادہ خاندانوں کے گروپ کے لئے دستیاب ہے۔ حالیہ دنوں میں، الگ الگ یو ایچ آئی ایس پالیسیاں بھی عوام کے لئے دستیاب کرائی گئی تھیں۔

فائدہ

یونیورسل صحت بیمہ اسکیم کے فوائد کی فہرست اس طرح ہے:

- **طبی باز ادائیگی**

یہ پالیسی درج ذیل ذیلیحدود کے مشروط ایک فرد /خاندان کے لئے 30،000 روپے تک کے اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کا معاوضہ فراہم کرتی ہے۔

ٹیبل ۲۰۲

تفصیلات	حدود
کمرے، بورڈنگ کے اخراجات	-/150 روپے فی دن تک
آئیسی یو میں بھرتی ہونے پر	-/300 روپے فی دن تک
سرجن، اینیستھیٹسٹ، کنسلٹنٹ، ماہرینکیفیس، نرسنگاخراجات	فی بیماری/چوٹ -/4،500 روپے تک
اینستھیزیا ،خون، آکسیجن، او- ٹی چارجس ، ادویات،خرابیوںکاسراغلگانےکےمواداورایکسرے،ڈالیسیزکے، ریڈیوتھریپی، کیمیکل طبی،پیس میکرکی لاگت،مصنوعی اعضاء،وغیرہ	فی بیماری/چوٹ -/4،500 روپے تک
کسی بھی ایک بیماری کے لئے کئے گئے کل خرچ	15،000 روپے تک

- **ذاتی حادثے کور**

حادثے کی وجہ سے خاندان کے اہم کماؤ فرد (شیڈول میں نامزد کے مطابق) کی موت کے لئے کوریج: 25،000/- روپے

- **معذوری کور**

اگر کسی حادثے/بیماری کی وجہ سے خاندان کے اہم کماؤ فرد کو اسپتال میں بھرتی کرایا جاتا ہے تو تین دن کی انتظار کی مدت کے بعد، زیادہ تر 15 دنوں تک اسپتال میں بھرتی ہونے کے فی دن کے لئے 50/- روپے کا معاوضہ ادائیگی کیا جائیگا۔

- پریمیم

ٹیبل ۳۰۲

اینٹٹی	پریمیم
ایک فرد کے لئے	365/- رو- فی سال
پانچ افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچے سمیت)	548/- رو- فی سال
سات افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچوں اور انحصار والدین سمیت)	730/- رو- فی سال
بی پی ایل خاندانوں کے لئے پریمیم سبسڈی	غریبی لائن سے نیچے کے خاندانوں کے لئے حکومت ایک پریمیم سبسڈی فراہم کریگی

K. راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم

حکومت نے مختلف صحت منصوبہ بندی بھی شروع کی ہیں، ان میں سے کچھ خاص ریاستوں کے لئے لاگو ہوتی ہیں- عام عوام تک صحت فوائد کی رسائی کو بڑھانے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ساتھ مل کر راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم شروع کی گئی ہے- راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم (آرایس بی وائے) محنتوروزگاروزارت، بھارت حکومت کے ذریعے سے شروع کی گئی ہے جو غربت کی لکیر سے نیچے (بی پی ایل) کے خاندانوں کو صحت بیمہ کوریج فراہم کرنے کے لئے ہے -

راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم کی خصوصیات مندرجہ ذیل ہیں:

a. ایک فیملی فلوٹر بنیاد پر 30،000 روپے فی بی پی ایل خاندان کی کل بیمہ رقم -

b. پہلے سے موجود بیماریوں کو کور کیا جائیگا-

c. اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلقہ صحت خدمات کا کوریج اور جراحی نوعیت کی سروسس جو ایک ڈے کئیر کے بنیاد پر فراہم کی جا سکتی ہیں-

d. تمام اہل صحت کی سہولیات کی نقدین کوریج.

e. اسمارٹ کارڈ کی فراہمی-

f. اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کا پرویژن -

g. 100/- روپے فی وزیٹ کا ٹرانسپورٹ الاؤنس

h. مرکزی اورریاستی حکومت انشورنس کمپنی کےلئےپریمیم کی ادائیگی کرتا ہے -

i. انشورنس کمپنیوں کو ایک مسابقتی بولی کےعمل کی بنیاد پرریاستی حکومت کی طرف سےمنتخب کررہے ہیں۔

j. مستفید کے لئے سرکاری اور نجی اسپتالوں کے درمیان آپشن ۔

k. پریمیم 3:1 کے تناسب میں مرکزی اور ریاستیحکومتکے ذریعے سے برداشت کیا جائیگا۔ مرکزی حکومت 565/- روپے فی خاندان کی زیادہ تر رقم کی شراکت کریگی۔

l. ریاستی حکومتوں کے ذریعے سے شراکت : سالانہ پریمیم کا 25 فی صد اور 750 روپے سے زیادہ کوئی بھی اضافی پریمیم۔

m. مستفید رجسٹریشن چارجس /تجدید چارجس کے طور پر 30/- روپے فی سال کی ادائیگی کریگا۔

n. انتظامیہ لاگت کو ریاستیحکومت کے ذریعے سے برداشت کیا جائیگا۔

o. اسمارٹ کارڈ کی لاگت - 60/- فی مستفید کی اضافی رقم اس مقصد کے لئے دستیاب ہوگی۔

p. یہ اسکیم اسمارٹ کارڈ جاری کرنے کی تاریخ سے اگلے مہینے کے بعد پہلے مہینے سے کام کرنا شروع کریگی۔ اس طرح ، اگر ابتدائی اسمارٹ کارڈ ایک خاص ضلع میں فروری مہینے کے دوران کبھی بھی جاری کئے جاتے ہیں تو اسکیم 1 اپریل سے شروع ہوگی۔

q. اسکیم اگلے سال کے 31 مارچ تک ایک سال کے لئے مؤثر رہیگی۔ یہ اس خاص ضلع میں اس اسکیم کی آخری تاریخ ہوگی۔ اس طرح ، درمیان کی مدت کے دوران جاری کئے گئے کارڈ میں بھی ختم کی تاریخ اگلے سال کے 31 مارچ کو ہوگی۔

دعووں کا تصفیہ ، شیڈول میں بیان ٹی پی اے کے ذریعے سے یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے کیا جائیگا۔ تصفیہ درج اسپتالوں کے ذریعے سے جہاں تک ممکن ہو نقدہین کیا جائیگا۔

کسی بھی ایک بیماری کا مطلب بیماری کی مسلسلمدت مانا جائیگا اور اس میں آخری بار اسپتال میں مشاورت (کنسلٹیشن) کرنے کی تاریخ سے 60 دنوں کے اندر دوبارہ مبتلا ہوجانا شامل ہے۔

L. وزیر اعظم انشورنس تحفظ کی منصوبہ بندی

حال ہی میں اعلان پی ایم ایس بی وائی جو حادثے سے ہوئی موت اور نااہلی کا احاطہ کرنے والی انشورنس کی منصوبہ بندی نے بہت سے لوگوں کی توجہ اپنی طرف متوجہ کی ہے اس کی منصوبہ بندی کی خصوصیات یہ ہے-

کوریج کے دائرہ کار : 18 سے 70 برسوں کے درمیان شریک وےکو کے تمام بچت بینک اکاؤنٹ ہولڈر اس میں شامل ہونے کے اہل ہوں گے . شریک بینکوں کو کسی بھی منظور شدہ غیر زندگی بیمہ کار کے ساتھ ٹائے اپ کرنا پڑے گا جو ایسے بینک کا ایسے کور کے لئے ایک ماسٹر پالیسی جاری کرے گا- اس میں کوئی بھی شخص اپنے ایک بچت بینک اکاؤنٹ کے ذریعے شامل ہونے کا اہل ہوگا اور اگر وہ ایک سے زیادہ بینک میں شامل ہوتا ہے تو اسے کوئی اضافی فائدہ نہیں ملے گا اور ادا کیا گیا اضافی پریمیم ضبط ہو جائے گا کے بینک اکاؤنٹ کے لئے بنیاد ی کے وا ے سی ہوگی-

شامل ہونے کی صورت /دورانیہ :کور 1جون سے 31 مئی کی مدت کے لئے ہوگا اور ان میں شامل ہونے کے لئے مشروع فارم میں نامزد بینک کے بچت اکاؤنٹ میں آٹو ڈیبٹ کے ذریعے پریمیم شراکت کی جائے گی جو فی سال 31مئی تک ہوگا جسے پہلے سال میں 31 اگست تک بڑھایا جائے گا- شروعات میں ہندوستان کی حکومت کی طرف سے شامل ہونے کی مدت اگلے تین ماہ 30نومبر 2015تک بڑھائی جاسکتی ہے -

اس کے بعد بھی سابق سالانہ پریمیم کے شراکت پر مخصوص شرائط پر شامل ہونا ممکن ہو سکتا ہے- درخواست دہندگان غیر معینہ / بھرتی کی طویل قالین مدت / آٹو ڈیبٹ کی سہولت، ماضی انبھوو کی بنیاد پر منصوبہ بندی کے جاری رہنے اور شرائط کے ساتھ اس سکیم کے تسلسل کے ساتھ مشروط اختیار دے سکتا ہے - ویسے لوگ جو اس اسکیم سے نکل جاتے ہیں مستقبل میں واپس کریا بھی اسی عمل کے مطابق شامل ہو سکتے ہیں . اہل زمرے کے نئے لوگوں یا ویسے اہل لوگ جو شام نہیں ہوسکے ہیں منصوبہ بندی وغیرہ رہنے پر مستقبل میں بھی شامل ہو سکتے ہیں-

اس انشورنس کے تحت ملنے والی سہولیات اس طرح ہیں-

فوائد کی جدول	بیمہ رقم
موت	2لاکھ روپے
کل اور دونوں آنکھیں یا دونوں ہاتھوں کے استعمال یا پاؤں یا ایک آنکھ کی نظر اور ایک ہاتھ یا پاؤں کی ناقابل تلافی نقصان	2لاکھ روپے
کل اور ایک آنکھ کی درشٹي یا ایک ہاتھ یا پاؤں کے استعمال کی ناقابل تلافی نقصان	1لاکھ روپے

شامل ہونے یا نامن کی سہولت ایس ایم ایس ، ای میل یا ذاتی دورے سے دستیاب ہیں۔

پریمیم: 12 روپے فی رکن فی سال پریمیم اکاؤنٹ ہولڈر کے بچت بینک اکاؤنٹ سے آٹو ڈیبٹ کے ذریعے ایک قسط میں ہر کوریج مدت کے 1 جون تک یا اس سے پہلے کاٹ لیا جائے گا۔ تاہم، ویسے مقدمات میں جہاں آٹو ڈیبٹ 1 جون کے بعد ہوتا ہے، کور آٹو ڈیبٹ کے مہینے کے پہلے دن سے شروع ہو جائے گا .شریک بینک، آٹو ڈیبٹ کا اختیار دیے جانے پر اسی ماہ کی ترجیحا ہر سال مئی مہینے میں ہوگا، پریمیم کاٹ لےگا اور رقم کے اسی مہینے انشورنس کمپنی کا چیک دے گا۔

پریمیم سالانہ دعووں تجربے کے بنیاد پر کیا جائے گا پر یہی بات کا یقین کرنے کی کوشش کی جائے گی کہ پہلے تین سال میں پریمیم میں کوئی اضافہ نہیں ہوگا۔

کور کی برطرفی : اراکین کا حادثاتی احاطہ ختم ہو جائے گا :

1. رکن کے 70 سالوں کے ہونے پر (قریبی پیدائش کے دن پر عمر) یا
2. بینک سے اکاؤنٹ بند کر لینے یا انشورنس لاگو رہنے کے لئے ناکافی باقی
3. اگر رکن ایک سے زیادہ اکاؤنٹ کے تحت احاطہ کرتا ہو تو، انشورنس صرف ایک ہی محدود اور دوسرا احاطہ ختم ہو جائے گا اور پریمیم کے لیے ضرور کر لیا جائے گا.

اگر انشورنس کسی تکنیکی وجہ جیسے، مقررہ تاریخ کو ناکافی باقی یا کسی دیگر انتظامی کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے تو اسے مقرر شرائط کے تحت، مکمل سالانہ پریمیم کی وصولی پرلاگو کیا جا سکتا ہے .اس معیاد کے دوران خطرے کا احاطہ معطل رہے گا اور خطرے کا احاطہ دوبارہ بحالی انشورنس کمپنی کے فیصلے پر ہوگی -

M. وزیر اعظم جن دھن منصوبہ بندی

بینکنگ بچت اور جمع اکاؤنٹ ، ترسیلات زر، کریڈٹ، انشورنس اور پشن میں بھارتی شہریوں کے لئے مالیاتی شمولیت کی مہم کی شروعات ہندوستان کے وزیر اعظم مسٹر نریندر مودی کی طرف سے 28 اگست 2014 کو کی گئی جس کا اعلان انہوں نے 15 اگست 2014، کو آزادی کے دن پر دی گئی اپنی پہلی تقریر میں کی تھی - اس منصوبہ نے ایک ہفتے کے دوران

بینک اکاؤنٹ کھولنے کا عالمی ریکارڈ قائم کیا تھا۔ اس کا مقصد زیادہ سے زیادہ لوگوں کو بینک کے مرکزی دھارے سے جوڑنا تھا۔

اکاؤنٹ بینک کی کسی بھی برانچ یا بزنس کریسپانڈنٹ (بینک دوست) کے مرکز پر کھولی جا سکتا ہے۔ پی ایم جےڈي وائے کا اکاؤنٹ صفر بقایہ پر کھولا جا رہا ہے۔۔ تاہم، اگر اکاؤنٹ ہولڈر چیک بک چاہتا ہے تو اسے کم از کم توازن معیار کو پورا کرنا پڑے گا۔

پی ایم جےڈي وائے کے تحت خصوصی سہولیات

1. ذخائر پر سود
2. ایک لاکھ روپے کا حادثہ کور
3. کم از کم باقی ضروری نہیں
4. - / 30،000 کی زندگی کا بیمہ کور
5. پورے ہندوستان میں نرمی سے پیسے کی منتقلی
6. سرکاری اسکیم کے فائدہ اٹھانے والوں کو براہ راست ان کھاتوں میں پیسہ منتقل ملے گا۔
7. ماہ تک کامیابی سے شامل گھمیری کے بعد اوور ڈرافٹ کی سہولت
8. پنشن کی رسائی، انشورنس مصنوعات۔
9. حادثاتی انشورنس کور
10. روپے ڈیبٹ کارڈ جن کم از کم 45 دنوں میں ایک بار استعمال کیا جانا ہے۔
11. ہر خاندان کے کم از کم ایک اکاؤنٹ پر، ترجیح خاندان کی خاتون 5،000 / - روپے .تک کے اوور ڈرافٹ کی سہولت

13مئی 2015 تک 15.59 کروڑ کے ریکارڈ اکاؤنٹ کھولے گئے جن کا کل بقایا 16،918.91 کروڑ اکاؤنٹ شي باقی پر کھولے گئے تھے۔

N. ذاتی حادثے اور معذوری کور

ایک ذاتی حادثے (پی اے) کور غیرمتوقع حادثے کی حالت میں موت اور معذوری کی وجہ سے معاوضہ فراہم کرتا ہے۔اس طرح کی پالیسیاں اکثر حادثے فائدے کے ساتھ ساتھ کسی نہ کسی قسم کا طبی کور فراہم کرتی ہیں۔

ایک پی اے پالیسی میں، جہاں بیمہ رقم کے 100٪ کا موت فائدہ ادائیگی کیا جاتا ہے، معذوری کی حالت میں معاوضہ مستقل معذوری کے معاملے میں بیمہ رقم کے ایک مقرر فی صد سے لیکر عارضی معذوری کے لئے ہفتہوار معاوضے تک مختلف ہوتا ہے۔

ہفتہ وار معاوضے کا مطلب فی ہفتہ کی معذوری کے لئے ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرنا ہے جو ان ہفتوں کی تعداد کے حوالے سےایک زیادہ تر حد کے مشروط ہے جن کے لئے معاوضہ قابلِ ادائیگی ہوگا۔

1. معذوری کور کے اقسام

پالیسی کے تحت عام طور پر کور کی جانے والی معذوری کےا قسام ہیں:

i. **مستقل مکمل معذوری (پی ٹی ڈی):** اسکا مطلب ہے زندگی بھر کے لئے پوری طرح غیرفعال ہو جانا مطلب تمام چار اعضاءکےفالج ، بیہوش حالت ، دونوں آنکھوں / دونوں ہاتھوں / اعضاء یا ایک ہاتھ اورایک آنکھ یا ایک آنکھ اورایک ٹانگ یا ایک ہاتھ اورایک ٹانگ دونوں کا نقصان ۔

ii. مستقل جزوی معذوری (پی پی ڈی) : اسکا مطلب ہے زندگی بھر کے لئے جزوی طور پرغیر فعال ہونا مطلب ہاتھ کی انگلیوں، پیر کی انگلیوں، پنجوں وغیرہ کا نقصان،

iii. عارضی مکمل معذوری (ٹی ٹی ڈی) : اسکا مطلب ہے ایک عارضی وقت مدت کے لئے پوری طرح سے غیر فعال ہو جانا۔کور کا یہ طبقہ معذوری کی مدت کے دوران آمدنی کے نقصان کو کور کرنے کے لئے ہے۔

گاہک کے پاس صرف موت کور یا موت کے ساتھ مستقل معذوری یا موت کے ساتھ مستقل معذوری اور اسکے علاوہ عارضی کل معذوری کو منتخب کرنے کا آپشن ہوتا ہے۔

2. بیمہ شدہرقم

پی اے پالیسیوں کے لئے بیمہ رقم عام طور پر مجموعی ماہانہ آمدنی کیبنیاد پر طے کی جاتی ہے۔ عام طور پر یہ کل ماہانہ آمدنی کا 60 گنا ہوتی ہے۔ حالانکہ، کچھ بیمہ کمپنیاں آمدنی کے سطح پر غور کئے بغیر مقرراسکیم کیبنیاد پر بھی فراہم کرتی ہیں۔ اس طرح کی پالیسیوں میں کور کے ہر ایک طبقہ کے لئے بیمہ رقم منتخب کی گئی اسکیم کے مطابق بدلتی رہتی ہے۔

3. فائدہ اسکیم

ایک فائدہ اسکیم ہونے کے ناطے پی اے پالیسیوں میں شراکت نہیں ہوتی ہے۔ اس طرح ، اگر کسی فرد کے پاس الگ الگ بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ایک سے زیادہ پالیسی دستیاب ہے تو حادثے میں موت ، پی ٹی ڈی یا پی پی ڈی کی حالت میں، تمام پالیسیوں کے تحت دعوؤں کی ادائیگی کی جائے گی ۔

4. کور کا دائرہ

ان پالیسیوں کو اکثر طبی اخراجات کو کور کرنے کے لئے بڑھایا جاتا ہے جو حادثے کے بعد اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اور دیگر طبی اخراجات کا معاوضہ کرتا ہے۔ آج ہمارے پاس ایسی صحت پالیسیاں ہیں جنہیں ایک حادثے کے نتیجے میں طبی /اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اخراجات کو کور کرنے کے لئے جاری کیا جاتا ہے۔ اس طرح کی پالیسیاں بیماریوں اور انکے علاج کو کور نہیں کرتی ہے، اسکے بجائے صرف حادثے سے متعلقہ طبی اخراجات کو کور کرتی ہیں۔

5. قیمت شامل فائدہ

ذاتی حادثے کے ساتھ ساتھ کئی بیمہ کمپنیاں قیمت شامل فائدہ بھی دستیاب کراتی ہیں جیسے حادثے کی وجہ سے اسپتال میں بھرتی ہونے کے معاملے میں اسپتال میں نقدی، باقیاتکی نقل و حمل کی لاگت، ایک مقرر رقم کے لئے تعلیم فائدہ اور اصل یا مقرر حد کے بنیاد پر ایمبلینس چارجس ، جو بھی کم ہو۔

6. اخراج

ذاتی حادثے کور کے تحت عام اخراج اس طرح ہیں:

i. پالیسی شروع ہونے سے پہلے کوئی بھی موجودہ معذوری

ii. ذہنی عوارض یا کسی بھی بیماری کی وجہ سے موت یا معذوری

iii. براہ راست یا بالواسطہ طور سے جنسی بیماری ، جنسی طورپرمنتقل بیماریوں، ایڈز یا پاگل پن کی وجہ سے

iv. تابکاری، انفیکشن، وینکتتا کی وجہ سے موت یا معذوری ، سوائے ان معاملوں کے جہاں یہ ایک حادثے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

v. بیمہ دار فرد یا اسکے خاندان کے کسی بھی رکن کے ذریعے سے مجرمانہ ادارے سے قانون کی کوئی بھی خلاف ورزی کی وجہ سے یا اس کے نتیجے میں کوئی بھی چوٹ ۔

vi. جنگ ، حملے ، غیر ملکی دشمن کے ایکٹ ، (چاہے جنگ کا اعلان کیا گیا ہو یا نہیں) ، دشمنی ، خانہ جنگی ، بغاوت ، انقلاب ، بغاوت ، فوجی یا تحریف طاقت ، جبت ،

گرفتاری،گرفتاریاں،پابندیاں اوررُکاوٹ کی وجہ سے یا ان سے براہ راست یا بالواسطہ طور سے منسلک ہونے کی وجہ سے کسی بھی حادثے سے متعلق چوٹ کی وجہ سے موت یا معذوری یا چوٹ ۔

vii. اگر بیمہ شدہ شخص کسی بھی غیر ارادتاً قل یعنی مرڈر کا شکار ہوا ہے۔ حالانکہ، زیادہ تر پالیسیوں میں ایسے قتل کے معاملے میں جہاں بیمہ دار خود مجرمانہ سرگرمیوں میں شامل نہیں ہے، اسے ایک حادثے کے طور پر دیکھا جاتا ہے اور پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے۔

viii. موت /معذوری /اسپتال میں بھرتی ہونا جو بچے کی پیدائشی طورپر یا حمل سےیا اس کے نتیجے میں ، براہ راست یا بالواسطہ طورپر، اس کی وجہ سے ، اس کی شراکت سے یا اس کے ذریعے سے بڑھایا گیا یا لمبے وقت تک چلایا گیا ہے۔

ix.جب بیمہ شدہ / بیمہ شدہ شخص ایک پیشہ ور کے طور پر کسی بھی کھیل میں حصے یا تربیت لے رہا ہے، چاہے امنیاجنگ میں، کسی بھی ملک کی فوجیامسلح افواج کی کسی بھی شاخ میں خدمات انجام دے رہے ہیں۔

x. جان بوجھ کر خود کو چوٹ پہنچانا، خودکشی اقدام خودکشی (چاہے سمجھدار یا دیوانہ)

xi. منشیات یا نشیلی ادویات اور شراب کا غلط استعمال

xii. دنیا میں کہیں بھی کسی ودوت لائسنس یافتہ معیاری قسم کے ہوائی جہاز میں ایک مسافر (کرایہ ادا کرکے یا دوسری صورت میں) کے طور پر بیٹھنے کے علاوہ، کسی بھی ہوائی جہاز یا غبارے میں چڑھتے وقت یا اس سے اترتے وقت یا اس میں سفر کرتے وقت ، ہوائی جہاز یا غبارہ اڑانے میں شامل ہونا۔

بعض پالیسیوں میں ایک درست ڈرائیونگ لائسینس کے بغیر کوئی بھی گاڑی چلانے سے پیدا ہونے والے نقصان کو بھی باہر رکھا جاتا ہے۔

پی اے پالیسیاں افراد ، خاندان اور گروپوں کو بھی فراہم کی جاتی ہیں۔

خاندان پیکیج کور

خاندان پیکیج کور مندرجہ ذیل بنیاد پر دیا جا سکتا ہے :

- حصول کرنے والا رکن) بیمہ شخص (اور بیوی، اگر حصول کرتی ہو، ہر ایک کے لئے آزاد بنیادی بیمہ رقم، ذاتی پالیسی کی طرح حدود کے ساتھ مشروط ہے۔
- بیوی (اگر حصول نہیں کرتی ہو) : عام طور پر حصول کرنے والے رکن کے اصل بیمہ رقم کا 50 فیصد اسے ایک بالا حد یعنی 1،00،000 یا 3،00،000 روپے تک محدود کیا جا سکتا ہے ۔
- بچے (5سال سے 25 سال تک) : عام طور پر حصول کرنے والے والدین کی اصل بیمہ رقم 25٪ فی بچہ -/50،000 کی مخصوص بالا حد کے تحت

گروپ ذاتی حادثے پالیسیاں

گروپ ذاتی حادثے پالیسیاں عام طور پر سالانہ پالیسیاں ہوتی ہے جن کا تجدید ان کی مقرر تاریخ کو ہوتا ہے .تاہم غیر زندگی اور موقف ایلون صحت بیمہ دار کسی خاص واقعہ یا موقع کا احاطہ کرنے کے لئے ایک سال سے کم کی پالیسی بھی دیتے ہیں۔

گروپ پالیسیاں مندرجہ ذیل قسم کی ہو سکتی ہے:

- آجر اور ملازم کا تعلق

اس طرح کی پالیسیاں مندرجہ ذیل کو کور کرنے کے لئے فرموں، ایسوسی ایشن وغیرہ کو فراہم کی جاتی ہیں:

  - نامزد ملازمین
  - بے ملازمین

- غیر منصوبہ ساز - آجر تعلق

یہ پالسیاں ایسوسی ایشن، کمیٹیوں، کلبز وغیرہ کو دی جاتی ہے جو مندرجہ ذیل کا احاطہ کرنے کے لئے ہوتی ہے

  - نامزد اراکنین
  - ویسے رکن جو نام سے نہیں پہچانے جاتے

(نوٹ :ملازمین کو الگ سے کور کیا جا سکتا ہے)

ٹوٹی ہوئی ہڈی کی پالیسی اور روزانہ سرگرمیوں کے نقصان کے لئے معاوضہ

یہ ایک مخصوص پی اے پالیسی ہے۔ یہ پالیسی درجذیل ٹوٹ پھوٹ کے خلاف کور فراہم کرنے کے لئے بنائی گئی ہے۔

i. دعوے کے وقت مقرر فائدہ یا ہر ایک ٹوٹ پھوٹ کے خلاف بیان بیمہ رقم کے فی صد کی ادائیگی کی جاتی ہے۔

ii. فائدہ کی مقدارکور کی گئی ہڈی کی قسم اور ٹوٹ پھوٹ کی نوعیت پر انحصار کرتی ہے۔

iii. مزید وضاحت کرتے ہوئے، آسان ٹوٹ پھوٹ کے موازنہ میں کمپاؤنڈ ٹوٹ پھوٹ کے معاملے میں زیادہ فیصد فائدہ حاصل ہوگا۔ پھر، فیمر ہڈی (ران کی ہڈی) کے لئے فائدہ کا فیصد انگلی کی ہڈی کے فائدہ کے فیصد کے موازنہ میں زیادہ ہوگا۔

iv. یہ پالیسی روزانہ سرگرمیوں مطلب خان پان، بیت الخلاء ،ڈریسنگ،سنیم (پیشاب یا پاخانہ روکنے کی صلاحیت) یا بے حرکتی کے نقصان کے لئے پالیسی میں واضح مقرر فائدہ کو بھی کور کرتی ہے تاکہ بیمہ دار اپنے زندگی کے رکھ رکھاؤ سے منسلک لاگت کا دھیان رکھ سکے۔

v. اس کے علاوہ اس میں اسپتال میں نقدی فائدہ اور حادثے میں موت کے کور کو بھی شامل کیا گیا ہے۔ الگ الگ بیمہ رقم اور فائدہ کے ادائیگی کے ساتھ مختلف منصوبہ بندی دستیاب ہیں۔

O. بیرون ملک سفر بیمہ

1. پالیسی کی ضرورت

کاروبار ،چھٹیاں یا پڑھائی کے لئے بھارت کے باہر سفر کرنے والا ایک بھارتی شہری بیرون ملک میں اپنے سفر کے دوران حادثے، چوٹ اور بیماری کے جوکھم کے دائرے میں ہوتا ہے۔ طبی دیکھ بھال کی لاگت، خاص طور سے امریکہ اور کنیڈا جیسے ممالک میں بہت زیادہ ہے، اور اگر ان ممالک کے سفر کرنے والے افراد کو کسی بدقسمتی واقعہ /بیماری کا سامنا کرنا پڑتا ہے تو یہ اسکے لئے ایک بڑے مالی مسئلے کی وجہ بن سکتی ہے۔ ایسی بدقسمتی واقعہ سے بچنے کے لئے سفر پالیسیاں یا بیرون ملک صحت اور حادثے پالیسیاں دستیاب ہیں۔

2. کوریج کا دائرہ

اس طرح کی پالیسیاں خاص طور سے حادثے اور بیماری فوائد کے لئے ہوتی ہیں، لیکن بازار میں دستیاب زیادہ تر مصنوعات کئی کوروں کو ایک مصنوعات میں پیکیج بنا کر پیش کرتے ہیں۔ دستیاب کور مندرجہ ذیل ہیں:

i. حادثے میں موت /معذوری

ii. بیماری/حادثے کی وجہ سے طبی اخراجات

iii. جانچ کئے گئے سامانوں کا نقصان

iv. جانچ کئے گئے سامانوں کے پہنچنے میں تاخیر

v. پاسپورٹ اور دستاویز گم ہو جانا

vi. املاک /ذاتی ضرر کے لئے تیسری پارٹی کی ذمہ داری

vii. دوروں کی منسوخی

viii. اغوا کور

3. منصوبہ بندی کے اقسام

کاروبار اور چھٹیوں کےمنصوبے، مطالعہ منصوبے اور روزگار منصوبہ بندی مقبول پالیسیا ں ہیں۔

4. یہ انشورنس کون فراہم کر سکتا ہے

غیر ملکی یا گھریلو سفر پالیسیاں صرف غیر زندگی یا اسٹنڈرڈ الون صحت انشورنس کمپنیوں کی طرف سے اسٹنڈرڈ الون مصنوعات یا ودیپان صحت پالیسی پر اینڈ آن کور کے روپے فراہم کی جا سکتی ہے بشرطیکہ کہ اینڈ آن کور کے لئے پریمیم فائل اور استعمال کے عمل کے تحت اجازت کی طرف سے منظور ہو۔

5. کون پالیسی لے سکتا ہے

کاروبار،چھٹی پر یا مطالعہ کےلئے بیرون ملک سفر کرنے والا ایک بھارتی شہری اس پالیسی کا فائدہ اٹھا سکتا ہے۔ بھارتی آجروں کے بیرون ملک میں ٹھیکے پر بھیجے گئے ملازمین کو بھی کور کیا جا سکتا ہے۔

6. بیمہ رقم اور پریمیم

کور امریکی ڈالر میں فراہم کیا جاتا ہے اور عام طور پر 100،000 امریکی ڈالر سے 500،000 امریکی ڈالر تک مختلف ہوتا ہے۔ طبی اخراجات، انخلاء، ملک واپسی کو کور کرنے والے طبقہ کے لئے جو اہم طبقہ ہے۔ ذمہ داری کور کو چھوڑ کر دیگر طبقوں کے لئے بیمہ رقم کم ہوتی ہے۔ پریمیم بھارتی روپے میں ادائیگی کیا جا سکتا ہے، سوائے روزگار اسکیم کے معاملے کے جہاں پریمیم

ڈالر میں ادائیگی کرنا ہوتا ہے۔ منصوبہ بندی عام طور پر دو قسم کی ہوتی ہیں :

- ✓ امریکہ / کنیڈا کو چھوڑکر ورلڈ وائد
- ✓ امریکہ/کنیڈا سمیت ورلڈ وائڈ

کچھ مصنوعات صرف ایشیائی ممالک، صرف شینگین ممالک وغیرہ میں کور فراہم کرتے ہیں۔

1. کارپوریٹ باقاعدہ مسافر اسکیم

یہ ایک سالانہ پالیسی ہے جس کے کے ذریعے سے ایک کارپوریٹ/آجر اپنے ان ایگزیکٹوز کے لئے ذاتی پالیسیاں لیتا ہے جنکو اکثر بھارت کے باہر سفر کرنے ہوتے ہیں۔ یہ کور ایک سال میں کئی بار بیرون ملک کے لئے اڑان بھرنے والے افراد کے ذریعے سے بھی لیا جا سکتا ہے۔ ہر ایک سفر کی زیادہ تر مدت اور ایک سال میں مسافروں کا فائدہ اٹھانے کی زیادہ تر تعداد پر حدود مقرر ہیں۔

آج ایک تیزی سے مقبول ہو رہا کور ایک سالانہ اعلان پالیسی ہے جسمیں کسی کمپنی کے ملازمین کے ذریعے سے ایک سال میں سفر کی اجازت ذاتی دنوں کی بنیاد پر ایک پیشگی پریمیم کی ادائیگی کی جاتی ہے۔

اعلانات ملازم کے مطابق سفر کے دنوں کی تعداد پر دوہَفتَگی/ ہفتہ وار بنیاد پر کی جاتی ہیں اور پریمیم کو پیشگی کے خلاف ایڈجسٹ کیا جاتا ہے۔ پالیسی کی چالو مدت کے دوران ذاتی دنوں کی تعداد میں اضافہ کے لئے بھی پرویژن کیا گیا ہے کیونکہ یہ اضافی پیشگی پریمیم ادائیگی کرنے پر ختم ہو جاتا ہے۔

مندرجہ بالا پالیسیاں صرف کاروبار اور چھٹی سے متعلق سفر کے لئے فراہم کی جاتی ہیں۔

اوایم پی کے تحت عام اخراج میں پہلے سے موجود بیماریاں شامل ہیں۔ موجودہ بیماریوں میں مبتلا فرد بیرون ملک میں علاج کرانے کے لئے کور حاصل نہیں کر سکتے ہیں۔

ان پالیسیوں کے تحت صحت سے متعلق دعوے پوری طرح سے نقدین (کیشلیس) ہوتے ہیں جس میں ہر ایک بیمہ کمپنی اہم ممالک میں نیٹ ورک والے ایک بین الاقوامی خدمات فراہم کنندگان کے ساتھ گٹھ جوڑ کرتی ہے جو بیرون ملک میں پالیسیوں کی خدمات فراہم کرتے ہیں۔

P. گروپ صحت کور

1. گروپ پالیسیاں

جیسا کہ باب میں پہلے وضاحت کیا گیا ہے، گروپ پالیسی ایک گروپ کے مالک کے ذریعے سے جو ایک آجر ہو سکتا ہے، ایک ایسوسی ایشن، ایک بینک کے کریڈٹ کارڈ ڈویژن کے ذریعے سے لی جاتی ہے جہاں ایک اکیلی پالیسی فرد کے پورے گروپ کو کور کرتی ہے۔

گروپ صحت انشورنس پالیسیا ں انشورنس کمپنی کی طرف سے دی جا سکتی ہے بشرطیکہ کہ ایسے تمام مصنوعات ایک سال کی تجدید معاہدے میں ہو -

گروپ پالیسیوں کی خصوصیات - اسپتال میں بھرتی ہونے کا فائدہ کور۔

1. کوریج کا دائرہ کار

گروپ صحت بیمہ کی سب سے عام شکلآجروں کے ذریعے سے لی گئی پالیسی ہے جسمیں ملازمین اور انکے خاندانوں کے ساتھ ساتھ انحصار بیوی /شوہر ، بچے اور والدین / ساس سسر کو کور کیا جاتا ہے۔

2. ٹیلر میڈ کور

گروپ پالیسیاں اکثر گروپ کی ضروریات کے مطابق تیار کور کے طور پر ہوتی ہیں۔ اس طرح ، گروپ پالیسیوں میں گروپ پالیسی کے تحت کور کی جا رہی ذاتی پالیسی کے کئی معیاری اخراج شامل ہو نگے۔

3. زچگی کور

ایک گروپ پالیسی میں سب سے عام توسیعات میں سے ایک زچگی کور ہے۔ اسے اب کچھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے ذاتی پالیسیوں کے تحت لیکن دو سے تین سال کی انتظار کی مدت کے ساتھ دستیاب کرایا جا رہا ہے۔ ایک گروپ پالیسی میں عام طور پر صرف نو مہینے کی انتظار کی مدت ہوتی ہے اور کچھ معاملوں میں اسے بھی ہٹا دیا جاتا ہے۔ زچگی کور میں بچے کے ترسیل کے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کا پرویژن کیا جاتا ہے اور اس میں سی سیکشن ڈلیوری شامل ہے۔ یہ کور عام طور پر خاندان کی مجموعی بیمہ رقم کے اندر 25،000 روپے سے 50،000 روپے تک محدود ہوتا ہے۔

4. چائلڈ کور

بچوں کو عام طور پر صرف ذاتی صحت پالیسیوں میں تین مہینے کی عمر سے کور کیا جاتا ہے۔ گروپ پالیسیوں میں بچوں کو پہلے دن سے ہی کوریج دیا جاتا ہے، کبھی کبھی یہ زچگی کور کی حدتک ہی

محدود ہوتا ہے اور کبھی کبھی خاندان کی مکمل بیمہ رقم کو شامل کرنے تک بڑھایا جاتا ہے۔

5. پہلے سے موجود بیماریوں کا کور، انتظار کی مدت کی معافی

کئی اخراج جیسے کہ پہلے سے موجود بیماری کے اخراج ، تیس دنوں کی انتظار کی مدت ، دو سالوں کی انتظار کی مدت ، پیدائشی امراض کو ایک ٹیلر-میڈ گروپ پالیسی میں کور کیا جا سکتا ہے۔

6. پریمیم کا حساب کتاب

ایک گروپ پالیسی کے لئے وصول کیا جانے والا پریمیم گروپ کے اراکین کی عمر پروفائل، گروپ کے سائز اور سب سے اہم ، گروپ کے دعووں کے تجربے پر مبنی ہوتا ہے۔ چونکہ پریمیم تجربے کے آدھار پر سال در سال بدلتا رہتا ہے، اوپر بیان کے مطابق اضافی کور آزادانہ طور پر گروپ کو فراہم کئے جاتے ہیں، کیونکہ ادائیگی کئے گئے پریمیموں کے اندر اپنے دعووں کومنظم کرنےکےلئےگروپ پالیسی ہولڈر کے مفاد میں ہوتا ہے۔

7. غیرآجر ملازم گروپ

بھارت میں ریگولیٹری پرویژن خاص طور سے ایک گروپ بیمہ کور لینے کے مقصد سے گروپوں کے قیام پر سختی سے روک لگاتے ہیں۔ جب گروپ پالیسیاں آجروں کے علاوہ کسی اورکو دی جاتی ہیں تو اپنے اراکین کے ساتھ گروپ کے مالک کے تعلق کا تعین کرنا اہم ہو جاتا ہے۔

مثال

ایک بینک کے ذریعے سے اپنے بچت بینک کھاتہولڈرز یا کریڈٹ کارڈ ہولڈرز کے لئے پالیسی لیا جانا ایک یک رنگ گروپ،کی تشکیل کرنا ہے جس سے ایک بڑا گروپ اپنی ضروریات کے مطابق بنائی گئی ٹیلر-میڈ پالیسی کا فائدہ اٹھانے میں قابل ہوتا ہے۔

یہاں ہر ایک ذاتی اکاؤنٹ ہولڈر سے جمع کیا جانے والا پریمیم کافی کم ہو سکتا ہے، لیکن ایک گروپ کے طور پر بیمہ کمپنی کو حاصل ہونے والا پریمیم کافی ہوگا اور بینک ایک اعلی پالیسی کے طور پر اور بہتر پریمیم شرح پر اپنے گاہکوں کو ایک ویلیو ایڈ فراہم کرتا ہے۔

8. قیمتوں کا تعین

گروپ پالیسیوں میں، گروپ کے سائز کے ساتھ ساتھ گروپ کے دعووں کے تجربے کے بنیاد پر پریمیم پر چھوٹ دینے کا پرویژن ہوتا ہے۔ گروپ بیمہ منفی انتخاب کے جوکھم کو کم کر دیتا ہے کیونکہ پورے گروپ کو ایک پالیسی میں کور کیا جاتا ہے اور یہ

گروپ ہولڈر کو بہتر شرائط کے لئے سودے بازی کرنے میں قابل بناتا ہے۔ حالانکہ، حالیہ برسوں میں اس شعبے میں اعلی نقصان تناسب دیکھا گیا ہے جس کی بنیادی وجہ مقابلہ کی وجہ سے پریمیم کی معمول سے کم قیمت لگانا ہے۔ جہاں اس کی وجہ سے کچھ معاملوں میں بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے پریمیم اور کور کی نظر ثانی کی گئی ہے، یہ اعلان کرنا ابھی بھی مشکل ہے کہ تب سے حالت میں سدھار آ گیا ہے۔

9. پریمیم کی ادائیگی

پریمیم پوری طرح سے آجر یا گروپ کے مالک کے ذریعے سے ادا کیا جاتا ہے، لیکن یہ عام طور پر ملازمین یا گروپ کے اراکین کے ذریعے سے ایک شراکت کی بنیاد پر ہوتا ہے۔ حالانکہ یہ بیمہ کمپنی کے ساتھ ایک معاہدہ ہے جہاں آجر /گروپ کا مالک پریمیم جمع کرتا ہے اور سبھی اراکین کو کور کرتے ہوئے پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے ۔

10. ایڈ آن فائدہ

ٹیلر۔ میڈ گروپ پالیسیاں دانتوں کی دیکھ بھال، آنکھوں کی دیکھ بھال اور صحت جانچ کی لاگت جیسے کور اور کبھی کبھی شدید بیماریوں کا کور بھی اضافی پریمیموں پر یا اعزازی فوائد کے طور پر فراہم کرتی ہیں۔

نوٹ:
آئی آر ڈی اے آئی نے گروپ حادثے اور صحت کور فراہم کرنے کے لئے شرطیں مقرر کی ہیں۔ یہ افراد کو باطل اور پیسے کمانے والی گروپ پالیسی منصوبہ بندی میں شامل ہونے کے لئے جعال سازوں کے ذریعے سے گمراہ کئے جانے سے بچاتا ہے۔ حال ہی میں شروع کی گئی سرکاری صحت بیمہ منصوبہ بندی اور بڑے پیمانے پرمصنوعات کو بھی گروپ صحت کور کے طور پر درجہ بندی کیا جا سکتا ہے کیونکہ ان پالیسیوں کو حکومت کے ذریعے سےآبادی کے پورےطبقہ کے لئے خریدا جاتا ہے۔

تعریف

گروپ کی تعریف کو مندرجہ ذیل طورپربیان کیا جاسکتا ہے :

a. ایک گروپ میں مشترک مقصد والے لوگوں کو شامل کیا جانا چاہئے اور گروپ کے آرگنائزر کے پاس گروپ کے زیادہ تر اراکین کی طرف سے بیمہ کا بندوبست کرنے کا مینڈیٹ ہونا چاہئے۔

b. کسی بھی گروپ کا قیام بیمہ کا فائدہ اٹھانے کے اہم مقصد کے ساتھ نہیں کیا جانا چاہئے۔

c. وصول کئے جانے والے پریمیم اور دستیاب فوائد کا الگ الگ اراکین کو جاری کی گئی گروپ پالیسی میں واضح طور سے ذکر ہونا چاہئے۔

d. گروپ چھوٹ الگ الگ اراکین کو بڑھا دیا جانا چاہئے اور وصول کیا جانے والا پریمیم بیمہ کمپنی کو دینے والے پریمیم سے زیادہ نہیں ہونا چاہئے۔

---

2. کارپوریٹ بفر یا فلوٹر کور

زیادہ تر گروپ پالیسیوں میں ہر ایک خاندان کو ایک مقرر رقم کے لئے کور کیا جاتا ہے جو ایک لاکھ روپے سے لیکر پانچ لاکھ روپے تک اور کبھی کبھی اس سے زیادہ مختلف ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت پیدا ہوتی ہیں جہاں خاندان کی بیمہ رقم ، خاص طور سے خاندان کے کسی رکن کی بڑی بیماری کے معاملے میں ختم ہو جاتی ہے۔ ایسے حالات میں بفر کور راحت دیتا ہے جس سے خاندان کی بیمہ رقم کے اضافی اخراجات کو اس بفر رقم سے پورا کیا جاتا ہے۔

مختصر میں، بفر کور میں دس لاکھ روپے سے لیکر ایک کروڑ روپے تک یا اس سے زیادہ کی الگ الگ بیمہ رقم ہوگی۔ خاندان کی بیمہ رقم ختم ہو جانے پر بفر سے رقم نکالی جاتی ہے۔ حالانکہ اس استعمال میں عام طور پر بڑی بیماری/شدید بیماری کے اخراجات تک محدود ہے جہاں ایک بار اسپتال میں بھرتی ہونے سے بیمہ رقم ختم ہو جاتی ہے۔

اس بفر سے ہر ایک رکن کے ذریعے سےاستعمال کی جانے والی رقم بھی اکثر بنیادی بیمہ رقم تک محدود ہوتی ہے۔ اس طرح کا بفر کور درمیانی سائز کی پالیسیوں کے لئے دیا جانا چاہئے اور ایک سمجھدار اَنڈر رائٹر کم بیمہ رقم والی پالیسیوں کے لئے یہ کور فراہم نہیں کریگا۔

Q. خاص مصنوعات

1. بیماری کا کور

حالیہ برسوں میں، کینسر، ذیابیطس جیسے بیماری خاص کور زیادہ تر زندگی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے بھارتی بازار میں متعارف کیا گیا ہیں۔ یہ کور طویل مدتی - 5 سال سے 20 سال تک کے لئے ہوتا ہے اور اس میں ایک ویلنیس فائدہ - بیمہ کمپنی کے ذریعے سے ادائیگی کیا جانے والا ایک باقاعدہ صحت ٹیسٹ بھی شامل ہوتا ہے۔ خون میں گلوکوز، ایل ڈی ایل، بلڈپریشرجیسے عوامل کے بہتر کنٹرول کے لئے پالیسی کے دوسرے سال کے بعد

سے کم پریمیم کے طور پر ترغیب بھی دیجاتی ہے۔ دوسری طرف ، انکے خراب کنٹرول پر زیادہ پریمیم وصول کیا جا سکتا ہے۔

2. ذیابیطس میں مبتلا افراد کو کور کرنے کے لئے بنائے گئے مصنوعات

یہ پالیسی 26 اور 65 سال کے درمیان کی عمر والے افراد کے ذریعے سے لی جا سکتی ہے اور 70 سال کی عمر تک تجدید کیا جا سکتا ہے۔ بیمہ رقم کا دائرہ 50،000 روپے سے لیکر 5،00،000 روپے تک ہوتا ہے۔ کمرے کے کرایہ پر حد لاگو ہے۔ یہ مصنوعات ذیابیطس کی اسپتال میں بھرتی کرنے کے قابل مسئلے جیسے ذیابیطس سے متعلق ریٹنوپیتھی (آنکھ)، گردہ، ذیابیطس پاؤں،گردے ٹرانسپلانٹ کے ساتھ ساتھ عطیہ دہندہ کے اخراجات کو کور کرنے کے لئے ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۱

حالانکہ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات کے لئے کور کی مدت الگ الگ بیمہ کمپنی کے معاملے میں الگ الگ ہوگی اور یہ پالیسی میں مقرر ہوتی ہے، سب سے عام کور اسپتال میں بھرتی ہونے کے _____ کے لئے ہوتا ہے۔

I. پندرہ دن

II. تیس دن

III. پینتالیس دن

IV. ساٹھ دن

R. صحت پالیسیوں میں اہم شرطیں

1. نیٹ ورک فراہم کنندگان

نیٹ ورک فراہم کنندگان کا مطلب کوئی اسپتال/نرسنگ ہوم/ڈے کئیر سینٹر ہے جو بیمہ دار مریضوں کو نقدین علاج کی سہولت فراہم کرنے کے لئے کسی بیمہ کمپنی/ٹی پی اے سے تعلق ہوتا ہے۔ عام طور پر بیمہ کمپنیاں/ٹی پی اے فراہم کنندگان کے ساتھ چارجس اور فیس میں پسندیدہ چھوٹ دینے کی بات کرتے ہوئے بہتر خدمت دینے کی گارنٹی بھی دیتی ہیں۔ مریض نیٹ ورک فراہم کنندگان سے باہر جانے کے لئے آزاد ہیں، لیکن عام طور پر وہاں ان کو کافی زیادہ فیس دینی پڑتی ہے۔

2. ترجیحی نیٹ ورک فراہم کنندگان (پی پی این)

کسی بھی بیمہ کمپنی کے پاس معیار مکمل علاج اور بہترین شرح پر یقین کرتے ہوئے اسپتالوں کا ایک ترجیحی نیٹ ورک بنانے کا

آپشن ہوتا ہے۔ جب بیمہ کمپنی تجربہ ، استعمال اور دیکھ بھال کے لئے دی جانے والی قیمت کے بنیاد پر انتخاب کر محدود گروپ بنا لیتی ہے تو اسے ہم ترجیحی نیٹ ورک فراہم کنندگان کے طور پر جانتے ہیں۔

3. نقدین خدمت (کیشلیس سروس)

تجربے بتاتا ہے کہ بیماری کے علاج کے لئے لیا جانے والے قرض کی وجوہات میں سے ایک ہے۔ نقدین خدمت بنا کسی نقد ادائیگی کے ایک حد تک مریض کو اسپتال کا علاج دستیاب کراتا ہے۔ تمام بیمہ دار وں کو اسپتال کے نیٹ ورک سے رابطہ کر بیمہ ثبوت کے طور پر اپنا طبی کارڈ پیش کرنا ہوتا ہے۔ بیمہ کمپنی طبی خدمت کے لئے نقد ہین سہولت مہیا کراتی ہے اور قابلِ ادائیگی رقم سیدھے نیٹ ورک فراہم کنندگان کو ادائیگی کرنے کا آرڈر دیتی ہے۔ حالانکہ بیمہ دار کو پالیسی حد کے باہر کی رقم کی ادائیگی کرنا ہوتا ہے اور پالیسی کی شرائط کے مطابق یہ رقم قابلِ ادائیگی نہیں ہوتی ہے۔

4. تیسری پارٹی منتظم (ٹی پی اے)

صحت بیمہ کے شعبے میں ایک اہم ترقی کے طور پر تیسری پارٹی منتظم یا ٹی پی اے کا تعارف ہوا ہے۔ دنیا بھر میں کئی بیمہ کمپنیاں صحت بیمہ کے دعووں کے انتظام کرنے کے لئے آزادتنظیموںکیخدمات کا استعمال کرتی ہیں۔ ان ایجنسیوں کو ٹی پی اے کے طور پر جانا جاتا ہے۔

بھارت میں، بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے ٹی پی اے کو صحت خدمات کے پرویژن کے کاموں میں مصروف کیا جاتا ہے جن میں دیگر کے ساتھ درج ذیل باتیں شامل ہیں:

i. پالیسی ہولڈر کو ایک شناختیکارڈفراہمکرنا جو اسکی بیمہ پالیسی کا ثبوت ہے اور اسپتال میں اِنٹری کے لئے استعمال ہو سکتا ہے۔

ii. نیٹ ورک اسپتالوں میں نقدین خدمت فراہم کرنا

iii. دعووں پر کارروائی کرنا

ٹی پی اے خودمختارادارے ہیں جنکو صحت سے متعلق دعووں پر کارروائی کرنے اور تصفیہ کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے مقرر کیا جاتا ہے۔ ٹی پی اے خدمت کی شروعات پالیسی ہولڈرز کو اسپتال میں اِنٹری کے لئے منفردشناختی کارڈجاری کرنے سے لے کر دعووں کےتصفیہ تک کی ہوتی ہے، چاہے نقدین یا پیسہ واپسی کے طور پر ہو۔

تیسری پارٹی کے منتظمین کی شروعات سال 2001 میں کی گئی تھی۔ یہ لائسنسیافتہ اور آئی آر ڈے اے کے ذریعے سے ضابطہ ہیں اور انھیں صحت خدمات دستیاب کرانے کے لئے لازمی کیا گیا ہیں۔ ٹی پی اے کی کمازکمسرمایہ اور دیگر شرطیں آئی آر ڈے اے کے ذریعے **سے** مقرر کی گئی ہیں

چنانچہ صحت سے متعلق دعووں کی خدمت کو جمع پریمیم کے پانچ چھ فیصد کے معاوضے پر بیمہ کمپنیاں ٹی پی اے کو آؤٹسورس کر رہی ہیں۔

تیسری پارٹی کے منتظمین نے اسپتالوں اور صحت خدمت فراہم کرنے والوں کے ساتھ ایک سمجھوتہ کیا تاکہ اس بات کو یقینی بنایا جا سکے کہ کوئی بھی، جو علاج کے لئے نیٹ ورک اسپتال جاتا ہے اسے نقدین خدمت فراہم کی جائیگی۔ یہ لوگ بیمہ کمپنیوں اور بیمہ دار وں کے درمیان بیچوان کا کام کرتے ہوئے اسپتالوں کے ساتھ مربوط ہوکر صحت دعووں کو حتمی شکل دیتے ہیں۔

5. اسپتال

ایک اسپتال کا مطلب ایسا کوئی بھی قائم ادارے سے ہے جو بیماری اور/یا چوٹوں کا اِن پیشینٹ دیکھ بھال اور روزانہ علاج کرتی ہے، اور جو مقامی حکام میں اسپتال کے طور پر رجسٹرڈ ہو، اور جس کی دیکھ بھال رجسٹرڈ اوراہل طبی پریکٹیش نرکین گرانی میں کریں۔ اسے نیچے دیئے گئے تمام کم ازکم معیارکےساتھ عمل کرنا چاہئیے :

a) دس ہزار سے کم آبادی والے شہروں میں کم سے کم 10 اِن پیشینٹ بستر ہونے چاہئیے اور دیگرتمام مقامات میں 15 اِن پیشینٹ بستر ہونے چاہئیے،

b) اپنے روز گار کے تحت چوبیسوں گھنٹے قابل نرسنگ اسٹاف ہونے چاہئیے،

c) چوبیسوں گھنٹے مستند طبی پریکٹیشنر دستیاب ہوں،

d) خود کا ایک پوری طرح سے لیس آپریشن تھیٹر ہو جس میں جراحی کے طریقہ کار ہو،

e) مریضوں کا روزانہ ریکارڈ رکھا جاتا ہو۔

6. طبی پریکٹیشنر

ایک ڈاکٹر بھارت کے کسی بھی ریاست کے میڈیکل کونسل سے ایک درست رجسٹریشن کی ڈگری حاصل کرتا ہے اور اس طرح اپنے شعبے اختیار میں طبی علاج کرنے کا حقدار ہے اور اپنے لائسینس کے دائرہ کار اور شعبے اختیار کے اندر کام کرتا ہے۔

7. تعلیم یافتہ نرس

تعلیم یافتہ نرس کا مطلب ہے وہ شخص/عورت جو بھارت کے نرسنگ کونسل یا بھارت کے کسی بھی ریاست کے نرسنگ کونسل سے درست طور پر رجسٹرڈ ہے۔

8. مناسب اور ضروری اخراجات

ایک صحت بیمہ پالیسی میں یہ کلاج ہمیشہ شامل ہوتا ہے کیونکہ پالیسی ان اخراجات کے لئے معاوضہ فراہم کرتی ہے جنہیں کسی خاص بیماری کے علاج کے لئے اور کسی خاص جغرافیائی شعبے کے لئے مناسب مانا جائیگا۔

اس کی ایک عام تعریف یہ ہوگی کہ ضروری ڈاکٹر یہ علاج کے لئے لیا جانے والا چارجس اسی علاقے میں اسی علاج کے لئے لیا جانے والے چارجس کے عام سطح سے زیادہ نہیں ہوگا اور اس میں ایسے چارجس شامل نہیں ہو ں گے جو کوئی بیمہ نہیں ہونے کی حالت میں خرچ نہیں کئے جاتے۔

آئی آر ڈی اے آئی مناسب خرچ کا اس سروس یا فراہمی کی تشہیر کے طور پر بیان کرتا ہے جو مخصوص فراہم کرنے والے کے لئے معیاری چارج ہو سکا بیماری کی نوعیت کے حساب سے اس جغرافیائی علاقے میں یکساں خدمات کے لئے لی جاتی ہو۔

یہ کلاز فراہم کنندگان کے ذریعے سے بڑھا چڑھا کر بنائے گئے بلوں کے خلاف بیمہ کمپنیوں کو تحفظ فراہم کرتا ہے اور بیمہ دار کو بھی بڑے اسپتالوں میں جانے سے روکتا ہے اگر اسی بیماری کا علاج کم قیمت پر دستیاب ہے۔

9. دعوے کی نوٹس

ہر ایک بیمہ پالیسی دعوے کی فوریاطلاع دینے اور ایک وقت حد کے اندر دستاویز جمع کرنے کا پرویژن کرتی ہے۔ صحت بیمہ پالیسیوں میں، جہاں کہیں بھی گاہک کے ذریعے سے نقدین سہولت مانگی جاتی ہے اسکی معلومات اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے گاہکوں کے ذریعے سے کافی پہلے دے دی جاتی ہے۔ حالانکہ معاوضہ دعووں کے معاملوں میں، کبھی کبھی بیمہ دار بیمہ کمپنیوں کو اپنے دعوے کی اطلاع دینے کی نہ ہی زحمت کرتا ہے اور نہ ہی کئی دنوں/مہینوں کے گزر جانے کے بعد بھی دستاویزوں کو جمع کرتا ہے۔ دیری سے دستاویزوں کو جمع کرنے کی وجہ سے بل کو بڑھاچڑھا کر پیش کرنا، بیمہ دار /اسپتال کی دھوکادہی وغیرہ بھی ہو سکتی ہے۔ یہ بیمہ کمپنی کے ذریعے سے دعووں کے لئے مناسب پرویژن بنانے کے طریقہ کار کو بھی متاثر کرتا ہے۔ اسلئے عام طور پر بیمہ کمپنیاں دعووں کی فوری اطلاع دینے پر زور دیتی ہیں۔ دعویٰ سے متعلق دستاویز جمع کرنے کی وقت حد عام طور پر اسپتال سے چھٹی ملنے کی تاریخ سے 15 دنوں پر طے کی جاتی ہے۔ اس سے دعووں کی فوری اوردرست رپورٹنگ ممکن ہوتی ہے اور اس کے علاوہ جہاں کہیں

بھی ضروری ہو، بیمہ کمپنی کو جانچ پڑتال کرنے میں قابل بناتا ہے۔

آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصولوں کے مطابق طے وقت حد کے بعد بھی جمع کئے گئے دعوے کی اطلاع / کاغذات پر غور کیا جانا چاہئے اگر اس کے لئے مناسبوجہ دستیاب ہے ۔

10. مفت صحت جانچ

ذاتی صحت پالیسیوں میں عام طور پر ایک دعویٰ مفت پالیسی ہولڈر کو کسی نہ کسی طرح کی حوصلہ افزائی دینے کا پرویژن دستیاب ہوتا ہے۔ کئی پالیسیاں لگاتار چار دعویٰ مفت پالیسی مدت کے آخر میں صحت جانچ کے اخراجات کے معاوضہ کا پرویژن کرتی ہیں۔ اسے عام طور پر پچھلے تین سالوں کی اوسط بیمہ رقم کے 1٪ پر محدود رکھا جاتا ہے۔

11. مجموعی بونس

دعویٰ مفت پالیسی ہولڈر کو حوصلہ افزائی کرنے کا ایک اور روپ ہر ایک دعویٰ مفت سال کے لئے بیمہ رقم پر ایک مجموعی بونس فراہم کرنا ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ تجدید کے وقت بیمہ رقم میں ایک مقررفی صد جیسے 5٪ فی سال کا اضافہ ہو جاتا ہے اور یہ دس دعویٰ مفت تجدید وں کے لئے زیادہ تر 50٪ تک اجازت ہے۔ بیمہ دار بنیادی بیمہ رقم کے لئے پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے اور ایک اعلی کور حاصل کرتا ہے۔

آئی آر ڈی اے راستے نردےشو کے مطابق مجموعی میں دیا جا سکتا ہے تک سہولت پالیسیوں میں (پی اے کو چھوڑ کر) مجموعی بونس کی آپریشنل لیے بروشر اور پالیسی میں دکھایا جانا چاہئے، پھر بھی، اگر کسی خاص سال میں دعوی کیا جاتا ہے تو مجموعی بونس اسی شرح سے کم ہو جاتا ہیں جس شرح سے جمع ہوا ہے۔

مثال

ایک شخص 5،000 روپے کے پریمیم پر 3 لاکھ روپے کی ایک پالیسی لیتا ہے۔ پہلے سال میں کوئی بھی دعویٰ نہیں کرنے کے معاملے میں دوسرے سال میں اسے 5،000 روپے کے اسی پریمیم پر 3-15 لاکھ روپے کی بیمہ رقم (جو پچھلے سال سے 5٪ زیادہ ہے) حاصل ہوتی ہے۔ یہ دس سال کے دعویٰ مفت تجدید میں 4-5 لاکھ روپے تک بڑھ سکتی ہے۔

---

12. مالس / بونس

جس طرح دعویٰ مفت صحت پالیسی کو ایک حوصلہافزائی دی جاتی ہے، ٹھیک اسکے برعکس حالت کو مالس کہا جاتا ہے۔ یہاں، اگر کسی

پالیسی کے تحت بہت بڑا دعویٰ کیا گیا ہے تو تجدید کے وقت ایک مالس یا پریمیم کیلوڈنگ وصول کی جاتی ہے۔

یہ دھیان میں رکھتے ہوئے کہ صحت پالیسی ایک سماجی فائدہ کی پالیسی ہے، جہاں ابھی تک ذاتی صحت پالیسیوں پر مالس وصول نہیں کیا جاتا ہے۔

حالانکہ، گروپ پالیسیوں کے معاملے میں دعویٰ تناسب کو مناسب حدوں کے اندر رکھنے کے لئے مجموعی پریمیم پر مناسب لوڈینگ کے طور پر مالس وصول کیا جاتا ہے۔ وہیں دوسری طرفتجربہ اچھا رہتا ہے تو پریمیم شرح میں چھوٹ کے طور پر بونس بھی دیا جاتا ہے۔

13. کوئی دعویٰ نہیں ہونے کی چھوٹ

کچھ مصنوعات ہر ایک دعویٰ مفت سال کے لئے بیمہ رقم پر ایک بونس دینے کے بجائے پریمیم پر چھوٹ فراہم کرتے ہیں۔

14. شریک ادائیگی / شریک ساجھیداری

شریک ادائیگی ایک صحت پالیسی کے تحت ہر ایک دعوے کا ایک حصہ بیمہ دار کے ذریعے سے برداشت کیے جانے کا تصور ہے۔ یہ مصنوعات کے بنیاد پر لازمی یا رضاکارانہ ہو سکتا ہے۔ شریک ادائیگی بیمہ دار وں کے درمیان ایک خاص نظم وضبط لاتا ہے تاکہ غیر ضروری طور سے اسپتال میں بھرتی ہونے سے بچا جا سکے۔

شریک ساجھیداری ایک مقررہ رقم ہو سکتی ہے جسے اضافی کہا جاتا ہے، یا یہ قابلِ قبول دعویٰ رقم کا ایک فی صد ہو سکتا ہے۔ بازار کے کچھ مصنوعات میں صرف کچھ بیماریوں کے تعلق میں شریک ادائیگی کے کلاج شامل ہیں، جیسے بڑی سرجری یا عام طور سے ہونے والی سرجری یا ایک خاص عمرسےاوپرکےافرادکےلئے

15. اضافی / کٹوتی

اسے صحت پالیسیوں میں اضافی بھی کہا جاتا ہے، اسے عام طور پر شریک ادائیگی کہا جاتا ہے۔ یہ ایک مقررہپیسے رقم ہے جو آغاز میں بیمہ کمپنی کے ذریعے سے دعوے کے ادائیگی سے پہلے بیمہ دار کو ضروری طور سے ادائیگی کرنا ہوتا ہے۔ جیسے، اگر کسی پالیسی میں 10،000 روپے کی کٹوتی ہے تو بیمہ دار ہر ایک نقصان کے دعوے میں پہلے 10،000 روپے کی ادائیگی کرتا ہے۔ اسے سمجھنے کے لئے، اگر دعویٰ 80،000 روپے کا ہے تو بیمہ دار پہلے 10،000 روپے کی ادائیگی کرتا ہے اور بیمہ کمپنی 70،000 روپے ادائیگی کرتی ہے۔

اسپتال نقد پالیسی کے معاملے میں کمی مخصوص دنوں /گھنٹوں کی تعداد میں ہو سکتا ہے جس بیمہ دار کی طرف سے قابل ادائیگی کسی بھی خصوصیت کے پہلے لاگو کی جائے گی -

16. کمرے کے کرایہ کی پابندیاں

جہاں بیمہ دار وں کے لئے کئی مصنوعات کھلے طور پر دستیاب ہیں جو انکے دعوے کی زیادہ تر رقم کی ادائیگی کرتے ہیں، وہیں کئی مصنوعات کمرے کی قسم پر پابندی لگاتے ہیں جسے بیمہ دار اپنی بیمہ رقم سے جوڑ کر انتخاب کرتا ہے- تجربے سے پتہ چلتا ہے کہ اسپتال کے تمام اخراجات کمرے کے زیادہ تر کرایہ کے تناسب میں ہی طے کئے جاتے ہیں- اسلئے وہ افراد جو ایک لاکھ روپے کا بیمہ دار ہے، فی دن 1،000 روپے کے کمرے کا حقدار ہوگا اگر پالیسی میں فی دن بیمہ رقم کے 1٪ پر کرایہ کی حد مقرر کی گئی ہے- یہ واضح طور پرظاہرکرتا ہے کہ کسی کو سب سے اچھے اسپتالوں میں آرام دہ علاج پسند ہے تو اسے بھی پالیسی مناسب پریمیم پر اعلی رقوم والی بیمہ پالیسی خریدنی چاہئیے-

17. تجدید کلاج

تجدید پر آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصولوں کے مطابق صحت بیمہ پالیسیاں صحت پالیسیوں کے تاحیات ضمانتی تجدید کو لازمی بناتی ہیں- ایک بیمہ کمپنی صرف بیمہ حاصل کرنے میں یا بعد میں اس کے تعلق میں بیمہ دار کے ذریعے سے دھوکہ دہی یا غلط بیانی یا حقائق کی بنیادپرتجدیدسےانکارکر سکتی ہے-

18. تنسیخ کی کلاج

تنسیخ کرنے کے کلاج کو بھی ریگولیٹری پرویژن کے ذریعے سے معیاری کیا گیا ہے اور ایک بیمہ کمپنی غلط بیانی، دھوکہ دہی، مادیحقیقت کے عدمانکشاف یا بیمہ دار فرد کے ذریعے سے عدمتعاون کے بنیاد پر پالیسی کو کسی بھی وقت ردّ کر سکتی ہے-

بیمہ دار کو آخری معروف پتے پر رجسٹرڈ پاوتی ڈاک کے ذریعے سے تحریری شکل میں کم سے کم پندرہ دنوں کی نوٹس بھیجنے کی ضرورت ہوتی ہے- جب پالیسی کو بیمہ کمپنی کے ذریعے سے ردّ کر دیا جاتا ہے، تو کمپنی بیمہ کی ختم مدت کے تعلق میں آخری پریمیم کے تناسب میں بیمہ دار کو پیسے واپس کریگی بشرطیکہ پالیسی کے تحت کوئی دعویٰ ادائیگی نہیں کیا گیا ہے-

اگر بیمہ دار بیمہ کو ردّ کرتا ہے تو چھوٹی مدت کی شرح پر پریمیم دھن کی واپسی ہوگی- اسکا مطلب ہے کہ بیمہ دار کو نواز تناسب سے کم فی صد کے طور پر پریمیم کی واپسی حاصل ہوگی- اگر کوئی دعویٰ کیا گیا ہے تو کوئی واپسی نہیں ہوگی-

19. فری لک ان مدت

اگر کسی گاہک نے ایک نئی بیمہ پالیسی خریدی ہے اور پالیسی کے دستاویز موصول کیے ہے اور پھر شرائطوضوابط کو اپنے مطابق نہیں پاتا ہے، تو اسکے پاس کیا آپشن ہیں؟

آئی آر ڈی اے آئی نے اپنے ضابطے میں ایک صارفین دوستانہ پرویژن شامل کیا ہے جو اس مسئلے کا خیال رکھتا ہے۔ گاہک اسے واپس کر سکتا ہے اور درج ذیل شرائط کے مشروط اپنے پیسے واپس حاصل کر سکتا ہے:

1. یہ صرف زندگی بیمہ پالیسیوں اور صحت بیمہ پالیسیوں پر لاگو ہوتا ہے۔ آئی آر ڈی اے نے حال ہی میں اسے 3 سال سے گھٹا کر 1 سال کر دیا ہے۔
2. گاہکوں کو اس اختیار کا استعمال پالیسی دستاویز حاصل ہونے کے 15 دنوں کے اندر کرنا چاہئیے۔
3. اسے بیمہ کمپنی سے تحریری طور پر بات چیت کرنا چاہئیے۔
4. پریمیم واپسی کو درج ذیل کے لئے ایڈجسٹ کیا جائیگا
   a) کور مدت کے لئے متناسب جوکھم پریمیم
   b) بیمہ کمپنی کے ذریعے سے طبی ٹیسٹ پر کئے گئے اخراجات
   c) اسٹامپ ڈیوٹی کےچارجس

20. تجدید کے لئے رعایتی مدت

صحت بیمہ پالیسی کی ایک اہم خصوصیت بیمہ کی تسلسل کو بنائے رکھنا ہے۔ چونکہ پالیسی کے تحت فوائد کو صرف تبھی بنائے رکھا جا سکتا ہے جب پالیسیوں کو رکاوٹ کے بنا تجدید کیا جاتا ہے، وقت پر تجدید بہت اہم ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی کے رہنُما اُصولوں کے مطابق ذاتی صحت پالیسیوں کے تجدید کے لئے 30 دنوں کی ایک رعایتی مدت کی اجازت ہے۔

پالیسی کو پہلی بیمہ کی مدت ختم ہونے سے 30 دنوں کے اندر تجدید کر لئے جانے پر سبھی تسلسل فوائد کو بنائے رکھا جاتا ہے۔ رکاوٹ کی مدت کے دوران دعوے، اگر کوئی ہو، پر غور نہیں کیا جائیگا۔

بیمہ کمپنیاں تجدید کے لئے ایک لمبی رعایتی مدت فراہم کرنے پر غور کر سکتی ہیں جو الگ الگ مصنوعات پر منحصر کرتا ہے۔ اوپر کے زیادہ تر کلاجوں، تعریفوں، استثنائی صورتوں کو آئی آر ڈی اے کے ذریعے سے جاری کئے گئے صحت ضابطے اور صحت بیمہ معیار بندی رہنُما اُصولوں کے تحت معیاری کیا گیا ہے۔ طالب علم

کو اسے پڑھ لینے اور آئی آر ڈی اے کے ذریعے سےوقت وقت پر جاری کئے جانے والے ہدایات اورکتابچہ سے اپنے آپ کو اپ ڈیٹ رکھنے کا مشورہ دیاجاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

آئی آر ڈی اے کے ہدایات مطابق ، ذاتی صحت پالیسیوں کے تجدید کے لئے _____ کی رعایتی مدت کی اجازت دی گئی ہے۔

I. پندرہ دن

II. تیس دن

III. پینتالیس دن

IV. ساٹھ دن

خلاصہ

a) ایک صحت بیمہ پالیسی ایک غیرمتوقع اوراچانک حادثے / بیماری کی صورت میں، جس کی وجہ سے اسپتال میں بھرتی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، بیمہ شدہ شخص کو مالیت حفظ فراہم کرتا ہے۔

b) صحت بیمہ مصنوعات کو پالیسی کے تحت کور کئے گئے لوگوں کی تعداد کی بنیاد پر درجہ بندی کیا جا سکتا ہے: ذاتی پالیسی ، فیملی فلوٹر پالیسی ، گروپ پالیسی

c) ایک اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کی پالیسی یا میڈکلیم بیماری/حادثے کی وجہ سے اسپتال میں بھرتی ہونے پر خرچ کئے گئے لاگتوں کا معاوضہ کرتی ہے۔

d) اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات اسپتال میں بھرتی کرنے سے پہلے کے دنوں کی مقرر تعداد (جو عام طور پر 30 دن ہوتی ہے) تک کی مدت کے دوران خرچ کئے گئے متعلقہ طبی اخراجات ہو نگے اور اسے دعوے کا حصہ مانا جائیگا۔

e) اسپتال میں بھرتی ہونے کے بعد کے اخراجات اسپتال میں بھرتی کرنے کے بعد کے دنوں کی مقرر تعداد (جو عام طور پر 60 دن ہوتی ہے) تک کی مدت کے دوران خرچ کئے گئے متعلقہ طبی اخراجات ہو نگے اور اسے دعوے کا حصہ مانا جائیگا۔

f) ایک فیملی فلوٹر پالیسی میں شوہر /بیوی ، زیر کفالت بچوں اور انحصار والدین سے ملکر بنے خاندان کو ایک اکیلی بیمہ رقم فراہم کی جاتی ہے جو پورے خاندان پر گھومتی رہتی ہے۔

g) ایک اسپتال روزانہ نقدی پالیسی اسپتال میں بھرتی ہونے کے ہر ایک دن کے لئے بیمہ دار افراد کو ایک مقرر رقم فراہم کرتی ہے۔

h) شدید بیماری پالیسی کچھ نامزد شدید بیماری کا پتہ چلنے پر ایک مشت رقم کی ادائیگی کرنے کے پرویژن کے ساتھ ایک فائدہ پالیسی ہے۔

i) اعلی قابلِ کٹوتی یا ٹاپ اپ کور ایک بیان کردہ منتخبہ رقم (جسے تھریشولڈ یا کٹوتی رقم کہا جاتا ہے) کے اضافی زیادہ بیمہ رقم کے لئے کور فراہم کرتے ہیں۔

j) مقرر فائدہ کور بیمہ دار افراد کو کافی کور فراہم کرتا ہے اور بیمہ کمپنی کو اپنی پالیسی کا مؤثر طریقے سے قیمت تعین کرنے میں مدد کرتا ہے۔

k) ایک ذاتی حادثے (پی اے) کور غیرمتوقعحادثات کی وجہ سے موت اور معذوری فوائد کے طور پر معاوضہ فراہم کرتا ہے۔

l) آؤٹ پیشینٹ کور دانتوں کے علاج ، آنکھوں کی دیکھ بھال، باقاعدہ طبی جانچ اور ٹیسٹ وغیرہ جیسے طبی اخراجات کا پرویژن کرتا ہے جن کے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت نہیں ہے۔

m) گروپ پالیسی ایک گروپ کے مالک جو ایک آجر ہو سکتا ہے، ایک ایسوسی ایشن، ایک بینک کے کریڈٹ کارڈ ڈویژن کے ذریعے سے لی جاتی ہے جہاں ایک اکیلی پالیسی افراد کے پورے گروپ کو کور کرتی ہے۔

n) کارپوریٹ فلوٹر یا بفر کور رقم خاندان کی بیمہ رقم کے اضافی ہونے والے اخراجات کو پورا کرنے میں مدد کرتا ہے۔

o) اوورسیج میڈیکلیم/سفر پالیسیاں افراد کو اپنے بیرون ملک سفرکے دوران حادثے، چوٹ اور بیماری کے جوکھم کے دائرے میں آنے کے خلاف کور فراہم کرتی ہیں۔

p) کارپوریٹ باقاعدہ مسافر اسکیم ایک سالانہ پالیسی ہے جس کے کے ذریعے سے ایک کمپنی اپنے انایگزی کٹوزکے لئے ذاتی پالیسیاں لیتی ہیں جنکو اکثر بھارت کے باہر دورےکرنے ہوتے ہیں۔

q) صحت بیمہ میں استعمال ہونے والے کئی اصطلاحات کو خاص طور سے بیمہ دار کو بھرم کی حالت سے بچانے کے لئے آئی آر ڈی اے نے ریگولیشن کے ذریعے سےمعیاری کر دیا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب ۱

درست آپشن II ہے۔

حالانکہ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے اخراجات کے لئے کور کی مدت الگ الگ بیمہ کمپنی کے معاملے میں الگ الگ ہوگی اور یہ پالیسی میں مقرر ہوتی ہے، سب سے عام کور اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے کے تیس دنوں کے لئے ہے۔

جواب ۲

درست آپشن II ہے۔

آئی آر ڈی اے کے ہدایات کے مطابق ذاتی صحت پالیسیوں کے تجدید کے لئے 30 دنوں کی رعایتی مدت کی اجازت ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

ایک اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کی پالیسی کے تعلق میں نیچے دیا گیا کون سا بیان درست ہے؟

I. صرف اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کو کور کیا جاتا ہے

II. اسپتال میں بھرتی ہونے کے ساتھ ساتھ اسپتال میں بھرتی کرنے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کو کور کیا جاتا ہے

III. اسپتال میں بھرتی ہونے کے ساتھ ساتھ اسپتال میں بھرتی کرنے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کو کور کیا جاتا ہے اور بیمہ دار کی موت ہونے کی حالت میں خاندان کے اراکین کو ایک مشت رقم ادائیگی کی جاتی ہے

IV. اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کو پہلے سال سے کور کیا جاتا ہے اور اسپتال میں بھرتی کرنے کے پہلے اور بعد کے اخراجات کو دوسرے سال سے کور کیا جاتا ہے اگر پہلا سال دعویٰ مفت رہتا ہے

سوال 2

نیچے دیا گیا کون سا بیان درست ہے، پہچانیں؟

I. صحت بیمہ کا تعلق مرض سے ہے

II. صحت بیمہ کا تعلق موت کی شرح سے ہے

III. صحت بیمہ کا تعلق مرض کے ساتھ ساتھ موت کی شرح سے ہے

IV. صحت بیمہ کا تعلق نہ تو مرض سے اور نہ موت کی شرح سے ہے

سوال 3

صحت بیمہ میں دستیاب تقدین خدمت کے تعلق میں نیچے دیا گیا کون سا بیان درست ہے؟

I. یہ الیکٹرانک ادائیگی کو فروغ دینے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے شروع کی گئی ایک ماحول دوستانہ جانےسبزپہل ہے تاکہ براہ راست نقد نوٹوں کے سرکولیشن کو کم کیا جا سکے اور درخت کو بچایا جا سکے

II. بیمہ دار کو مفت خدمت فراہم کی جاتی ہے اور کوئی نقد ادائیگی نہیں کی جاتی ہے کیونکہ حکومت کے ذریعے سے ایک خاص اسکیم کے تحت بیمہ کمپنی کو ادائیگی کی جاتی ہے

III. بیمہ دار افراد کے ذریعے سے کئے جانے والے تمام ادائیگی صرف انٹرنیٹ بینکنگ یا کارڈ کے ذریعے سے ہونے چاہئے کیونکہ بیمہ کمپنی کے ذریعے سے نقد رقم کو منظور نہیں کیا جاتا ہے

IV. بیمہ دار ادائیگی نہیں کرتا ہے اور بیمہ کمپنی اسپتال کے ساتھ سیدھے بل کا تصفیہ کرتی ہے

سوال 4

صحت بیمہ میں اسپتالوں کے تعلق میں پیپی این کی صحیح مکمل شکل شناخت کریں

I. پبلک پریفرڈ نیٹ ورک

II. پریفرڈ پرووائڈر نیٹ ورک

III. پبلک پرائیویٹ نیٹ ورک

IV. پرووائڈر پریفرینشیل نیٹ ورک

سوال 5

نیچے دیا گیا کون سا بیان غلط ہے، شناخت کریں؟

I. ایک آجر اپنے ملازمین کے لئے ایک گروپ پالیسی لے سکتا ہے

II. ایک بینک اپنے گاہکوں کے لئے ایک گروپ پالیسی لے سکتا ہے

III. ایک دکاندار اپنے گاہکوں کے لئے ایک گروپ پالیسی لے سکتا ہے

IV. آجر کے ذریعے سے اپنے ملازمین کے لئے لی گئی ایک گروپ پالیسی کو ملازمین کے خاندان کے اراکین کو شامل کرنے کے لئے بڑھایا جا سکتا ہے

ذاتی امتحان کے سوالات کے جواب

جواب 1

درست آپشن II ہے۔

ایک اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کی پالیسی میں اسپتال میں بھرتی ہونے کے ساتھ ساتھ اسپتال میں بھرتی کرنے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کو کور کیا جاتا ہے۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

صحت بیمہ کا تعلق مرض(بیماری کےواقعات کی شرح) سے ہے۔

جواب 3

درست آپشن IV ہے۔

نقدین خدمت کے تحت بیمہ دار فرد ادائیگی نہیں کرتا ہے اور بیمہ کمپنی اسپتال کے ساتھ براہ راست بل کا تصفیہ کرتی ہے۔

جواب 4

درست آپشن II ہے۔

پیپی این کا مطلب ہے پریفرڈ پرووائڈر نیٹ ورک۔

جواب 5

درست آپشن III ہے۔

بیاناتI ،II اور IV درست ہیں. بیان III غلط ہے کیونکہ ایک دکاندار اپنے گاہکوں کے لئے گروپ بیمہ نہیں لے سکتا ہے ۔

باب 9
صحت بیمہ ہامیداری

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد صحت بیمہ میں ہامیداری کے بارے میں آپ کو تفصیلی علم فراہم کرنا ہے۔ ہامیداری بیمہ کی کسی بھی قسم کا ایک بہت ہی اہم پہلو ہے اور بیمہ پالیسی کے اجرا میں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ اس باب میں آپ ہامیداری کے بنیادی اصولوں ، اوزار ، طریقوں اور عمل کے بارے میں تفہیم حاصل کرینگے اسکے علاوہ یہ آپ کو گروپ صحت بیمہ کے ہامیداری کے بارے میں بھی معلومات فراہم کریگا۔

تدریسی نتائج

A. ہامیداری کیا ہے؟
B. ہامیداری- بنیادی تصورات
C. فائل اور رہنما ہدایات کا استعمال
D. آئی آر ڈی اے کے دیگر صحت بیمہ قواعد و ضوابط
E. ہامیداری کے بنیادی اُصول اور اوزار
F. ہامیداری عمل
G. گروپ صحت بیمہ
H. اوورسیز ٹریول بیمہ کی ہامیداری
I. ذاتی حادثے بیمہ کی ہامیداری

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد ،آپ ان باتوں میں قابل ہو نگے:

a) ہامیداری سے کیا مُراد ہے اس کی وضاحت کرنا

b) ہامیداری کے بنیادی تصورات کی وضاحت کرنا

c) اَنڈرراٹرز کے ذریعے سے عمل کئے جانے والے اصولوں اور مختلف اوزار کے بارے میں بتانا

d) انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں کی ہامیداری کے مکمل عمل کی بنیادی تعریف کرنا

e) گروپ صحت بیمہ پالیسیوں کی ہامیداری کیسے کی جاتی ہے اس کا مباحثہ کرنا

اس منظر نامے کو دیکھیں

منیش کی عمر ۴۸ سال کی ہے جو ایک سافٹ ویئر انجینئر کے طور پر کام کرتا ہے، اس نے اپنے لئے ایک صحت بیمہ پالیسی لینے کا فیصلہ کیا۔ وہ ایک بیمہ کمپنی کے پاس گیا جہاں اسے ایک تجویز فارم دیا گیا جس میں اسے اپنی جسمانی تعمیر اور صحت ، ذہنی صحت ، پہلے سے موجود بیماریوں، اپنے خاندان کی صحت کی تاریخ ، عادات وغیرہ سے متعلق کئی سوالات کا جواب دینے کی ضرورت تھی۔

اس کے علاوہ تجویز فارم موصول ہونے پر اسے پہچان اور عمر کا ثبوت ، پتے کا ثبوت اور پچھلے طبی ریکارڈ جیسے کئی دستاویزوں کو پیش کرنے کی ضرورت تھی۔ پھر اسے ایک صحت جانچ اور کچھ طبی ٹیسٹ کے عمل سے گزرنے کے لئے کہا گیا۔

منیش جو اپنے آپ کو ایک صحت مند اور ایک اچھی آمدنی کی سطح کا شخص سمجھتا ہے، سوچنے لگا کہ اسکے معاملے میں بیمہ کمپنی اس طرح کا ایک لمبا عمل کیوں اپنا رہی ہے۔ ان تمام عمل سے گزرنے کے بعد بھی بیمہ کمپنی نے اس سے کہا کہ اسکے طبی ٹیسٹ میں ہائی کولیسٹرال اور ہائی بی پی ہونے کا پتہ چلا ہے جو بعد میں دل کے امراض کے امکانات کو بڑھا دیتا ہے۔ حالانکہ اسے ایک پالیسی فراہم کی گئی لیکن پریمیم اسکے دوست کے ذریعے سے ادا کئے گئے پریمیم کے مقابلے میں بہت زیادہ تھا اور اسلئے اس نے پالیسی لینے سے انکار کر دیا۔

یہاں بیمہ کمپنی اپنے ہامیداری عمل کے حصے کے طور پر ان تمام اقدامات پر عمل کر رہی تھی۔ جوکھم کوریج فراہم کرتے وقت بیمہ کمپنی کو جوکھم کا درست طریقے سے اندازہ لگانے اور معقول منافع کمانے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر جوکھم کی صحیح طریقے سے تشخیص نہیں کی جاتی ہے اور ایک دعویٰ کیا جاتا ہے تو اسکے نتیجے میں ایک نقصان ہوگا۔ اسکے علاوہ، بیمہ کمپنیاں بیمہ کرنے والے تمام لوگوں کی طرف سے پریمیم جمع کرتی ہیں اور انکو ان پیسوں کو ایک ٹرسٹ کی طرح سنبھالنا ہوتا ہے۔

A. ہامیداری کیا ہے؟

1. ہامیداری

بیمہ کمپنیاں ان لوگوں کا بیمہ کرنے کی کوشش کرتی ہیں جن کے ذریعے سے بیمہ پول میں لائے جانے والے جوکھم کے تناسب میں کافی پریمیم ادا کئے جانے کی توقع ہوتی ہے۔ جوکھم کے انتخاب کے لئے ایک تجویز کار سے معلومات جمع کرنے اور تجزیہ کرنے کے اس عمل کو ہامیداری کے طور پر جانا جاتا ہے۔ اس عمل کے ذریعے سے جمع کی گئی معلومات کی بنیاد پر یہ فیصلہ لیا جاتا ہے کہ کیا وہ تجویز کار کا بیمہ کرنا چاہتے ہیں۔ اگر وہ ایسا کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو کس پریمیم، شرائط و ضوابط پر، تاکہ اس طرح کا جوکھم لےکر ایک معقول منافع حاصل کیا جا سکے۔

صحت بیمہ مرض کی تصور پر مبنی ہے۔ یہاں مرض کو کسی شخص کے بیمار ہونے یا پڑنے کے امکانات اور جوکھم کے طور پر بیان کیا گیا ہے جسکے لئے علاج یا اسپتال میں بھرتی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرض کافی حد تک عمر سے متاثر ہوتا ہے (جو عام طور پر نوجوان بالغوں کے مقابلے میں بزرگ شہریوں میں زیادہ ہوتا ہے) اور مختلف دیگر منفی عوامل کی وجہ سے بڑھتا ہے، جیسے زیادہ وزن یا کم وزن ہونا، کچھ ماضی اور حال کی بیماریوں یا روگوں کی ذاتی تاریخ ، ذاتی عادات جیسے تمباکو نوشی ، موجودہ صحت کی حالت اور اسکے علاوہ تجویز کار کا پیشہ، اگر اسے خطرناک سمجھا جاتا ہے۔ اسکے برعکس ، مرض ،کم عمر، ایک صحت مند طرز زندگی وغیرہ جیسے بعض سازگار عوامل کی وجہ سے بھی کم ہوتا ہے۔

تعریف

ہامیداری مناسب طریقے سے جوکھم کا تعین کرنے اور ان شرائط کا تعین کرنے کا عمل ہے جن پر بیمہ کور فراہم کیا جائیگا۔ اس طرح ، یہ جوکھم کے انتخاب اور جوکھم کی قیمتوں کا تعین کرنے کا ایک عمل ہے۔

---

2. ہامیداری کی ضرورت

ہامیداری ایک بیمہ کمپنی کی ریڑھ کی ہڈی ہے کیونکہ لاپرواہی سے یا ناکافی پریمیم کے لئے جوکھم کی منظوری بیمہ کمپنی کو دوالا پن کی طرف لے جائیگی۔ دوسری طرف، بہت زیادہ منتخب یا محتاط ہونا بیمہ کمپنی کو ایک بڑا پول بنانے سے روک دیگا تاکہ جوکھم کا یکساں طور پر پھیلاؤ کیا جا سکے۔ اسلئے جوکھم اور کاروبار کے درمیان درست توازن قائم کرنا اہم ہے جو تنظیم کے لئے مقابلہ اور منافع بخش ہوتا ہے۔

توازن کا یہ عمل ، متعلقہ بیمہ کمپنی کے اُصول ، پالیسیوں اور جوکھم اٹھانے کی بھوک کے مطابق اَنڈررائٹر کے ذریعے سے پوری کی جاتی ہے۔ اَنڈررائٹر کا کام جوکھم کی درجہ بندی کرنا اور ایک مناسب قیمت پر منظوری کی شرائط کا فیصلہ کرنا ہے۔ یہ

دھیان دینا اہم ہے کہ جوکھم کی منظوری بیمہ دار کو مستقبل میں دعویٰ تصفیے کا وعدہ کرنے جیسا ہے۔

3. ہامیداری - جوکھم تشخیص

ہامیداری جوکھم انتخاب کا ایک عمل ہے جو ایک گروپ یا شخص کی خصوصیات پر مبنی ہے۔ یہاں جوکھم کی ڈگری کی بنیاد پر اَنڈرراٹر یہ فیصلہ لیتا ہے کہ کیا جوکھم کو منظور کیا جائیگا اور کس قیمت پر۔ کسی بھی صورت میں، قبولیت کے عمل میں جانبداری کے ساتھ اور ایک منصفانہ بنیادوں پر پوری کی جانی چاہئیے یعنی ہر ملتے جلتےجوکھم کو کسی بھی تعصب کے بغیر یکساں طور پر درجہ بندی کی جانی چاہئیے۔ یہ درجہ بندی عام طور پر معیاری منظوری چارٹس کے ذریعے سے کی جاتی ہے جسکے کے ذریعے سے ہر ایک نمائندگی جوکھم کی تعداد تعین کی جاتی ہے اور اسی کے مطابق پریمیم کی گنتی کی جاتی ہے۔

حالانکہ عمر بیماری کے امکانات کے ساتھ ساتھ موت کو بھی متاثر کرتی ہے، یہ یاد رکھا جانا چاہئیے کہ بیماری عام طور پر موت سے بہت پہلے آتی ہے اور باربار ہو سکتی ہے۔ لہذا، موت کے کوریج کے مقابلے میں صحت کے کوریج کے لئے ہامیداری معیار اور ہدایات کا زیادہ سخت ہونا کافی منطقی ہے۔

مثال

ایک شوگر میں مبتلا شخص کو کارڈیک یا گردے پیچیدگی کی ترقی ہونے کے بہت زیادہ امکانات رہتے ہے جسکے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت ہوتی ہے اور اسکے علاوہ صحت مسئلے بیمہ کوریج کی مدت کے دوران کئی بار ہو سکتے ہیں۔ زندگی بیمہ کا ہامیداری رہنما اُصول اس شخص کو ایک اوسط جوکھم کے طور پر درجہ بندی کر سکتا ہے۔ حالانکہ، طبی ہامیداری کے لئے اسکی تشخیص ایک اعلی جوکھم کے طور پر کی جائے گی ۔

صحت بیمہ میں مالی یا آمدنی مبنی ہامیداری کے مقابلے میں طبی یا صحت کے نتائج پر زیادہ توجہ مرکوزکی جاتی ہے۔ حالانکہ، مالی یا آمدنی مبنی ہامیداری کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے کیونکہ یہاں ایک قابلِ بیمہ انٹرسٹ ہونا چاہئیے اور مالی ہامیداری کسی بھی منفی انتخاب کو خارج کرنے اور صحت بیمہ میں تسلسل کو یقینی بنانے کے لئے اہم ہے.

4. بیماری کے امکانات کو متاثر کرنے والے عوامل ۴

جوکھم کا تعین کرتے ہوئے مرض (بیمار پڑنے کے جوکھم) پر اثر انداز کرنے والے عوامل پر مندرجہ ذیل طور پر احتیاط سے غور کیا جانا چاہئیے:

a) **عمر:** پریمیم عمر اور جوکھم کی ڈگری کے ساتھ وصول کئے جاتے ہیں۔مثال کے لئے، شیر خوار بچے اور بچوں کے معاملے میں مرض پریمیم انفیکشن اور حادثات کا خطرہ بڑھنے کے باعث نوجوان بالغوں کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے۔ اسی طرح، ۴۵سال سے زیادہ کی عمر کے بالغوں کے لئے پریمیم زیادہ ہوتا ہے کیونکہ ذیابیطس جیسی ایک دائمی بیماری میں مبتلا شخص کو اچانک دل کی بیماری یا ایسی دیگر بیماری ہونے کے امکانات بہت زیادہ رہتے ہیں ۔

b) **جنس :** خواتین حمل کے مدت کے دوران مرض کے اضافی جوکھم کے دائرے میں ہوتی ہیں۔ حالانکہ، خواتین کے مقابلے میں مردوں کو دل کے دورے سے متاثر ہونے یا نوکری سے متعلق حادثات کا شکار ہونے کے زیادہ امکانات رہتے ہیں کیونکہ وہ خطرناک روزگار میں زیادہ ملوث ہو سکتے ہیں۔

c) **عادتیں:** کسی بھی طور پر تمباکو، شراب یا منشیات کی کھپت سے مرض کے جوکھم پر براہ راست اثر پڑتا ہے

d) **ملازمت :** ڈرائیور، بلاسٹر، ایوئیٹر وغیرہ جیسے کچھ پیشوں میں حادثات کے لئے اضافی جوکھم ممکن ہے۔ اسی طرح ، ایک ایکس رے مشین آپریٹر، ایسبیسٹس کی صنعت کے کارکنوں، کان کنوں وغیرہ جیسے کچھ پیشوں میں اعلی صحت جوکھم ہو سکتے ہیں۔

e) **خاندان کی تاریخ:** اس کا تعلق بہت زیادہ ہے کیونکہ جینیاتی عوامل دمہ، ذیابیطس اور بعض کینسر جیسی بیماریوں پر اثر انداز کرتے ہیں۔ یہ مرض کو متاثر کرتا ہے اور جوکھم کو قبول کرتے ہوئے اسے ذہن میں رکھا جانا چاہئے۔

f) **تعمیر :** موٹے، پتلے یا اوسط جسمانی تعمیر کو بھی کچھ گروپوں میں مرض سے منسلک کیا جا سکتا ہے

g) **ماضی بیماری یا سرجری :** اسکا پتہ لگایا جانا چاہئے کہ کیا ماضی بیماری کے باعث کسی قسم کی جسمانی کمزوری میں اضافہ یا یہاں تک کہ اسکے دوبارہ واقع ہونے کے امکانات ہے اور اسی کے مطابق پالیسی کی شرائط کا فیصلہ کیا جانا چاہئے۔ مثال کے لئے، گردے کی پتھری کا دوبارہ واقع ہونا عام بات ہے اور اسی طرح ایک آنکھ میں موتیا بند ہونے سے دوسری آنکھ میں موتیا بند ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہے۔

h) **موجودہ صحت کی حالت اور دیگر عوامل یا شکایات:** جوکھم کی سطح اور قابلِ بیمہ کا پتہ لگانا اہم ہے اور یہ کام مناسب انکشاف اور طبی امتحان کے ذریعے سے پورا کیا جا سکتا ہے۔

i) **ماحولیات اور رہائش گاہ:** انکا بھی مرض شرح پر اثر پڑتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۱

ہامیداری _____کا عمل ہے۔

I. بیمہ مصنوعات کی مارکیٹنگ

II. گاہکوں سے پریمیم جمع کرنا

III. خطرے کا انتخاب اور جوکھم کی قیمتوں کا تعین

IV. مختلف بیمہ مصنوعات کی فروخت

B. ہامیداری - بنیادی تصورات

1. ہامیداری کا مقصد

ہم ہامیداری کے مقصد کی تحقیقات کے ساتھ شروع کرتے ہیں۔ اسکے دو مقاصد ہیں -

i. منفی انتخاب یعنی بیمہ کمپنی کے خلاف انتخاب کو روکنا

ii. جوکھموں کی درجہ بندی اور جوکھموں کے درمیان ایکوئٹی کو یقینی بنانے کیلئے

تعریف

جوکھموں کے انتخاب کا مطلب ہے صحت بیمہ کی ہر ایک تجویز کی تشخیص اسکے کے ذریعے سے پیش جوکھم کی ڈگری کے معاملے میں کرنے اور پھر یہ طے کرنے کا عمل کہ بیمہ فراہم کیا جائے یا نہیں اور کن شرائط پر۔

منفی انتخاب (یا برعکس انتخاب) ایسے لوگوں کا رجحان ہے جو بیتابی سے بیمہ مانگنے اور اس عمل میں منافع حاصل کرنے کے لئے یہ شبہ کرتے اور جانتے ہیں کہ انکے کے ذریعے سے نقصان کا سامنا کئے جانے کے امکانات بہت زیادہ ہے۔

مثال

اگر بیمہ کمپنیاں اس بات کو لیکر انتخابی نہیں ہوتیں کہ انہوں نے کسے اور کیسے بیمہ فراہم کیا ہے تو یہ امکانات ہے کہ ذیابیطس ، ہائی بی پی، دل کے مسائل یا کینسر، جیسے سنگین بیماریوں میں

مبتلا لوگ، جو یہ جانتے ہیں کہ جلد ہی انکو اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت پڑیگی، صحت بیمہ خریدنا چاہینگے جس سے بیمہ کمپنیوں کو نقصان اٹھانا پڑےگا۔

دوسرے الفاظ میں، اگر کسی بیمہ کمپنی نے انتخاب کی کوشش نہیں کی تو اس نے برعکس انتخاب کیا ہوگا اور اس عمل میں اسے نقصان کا سامنا کرنا پڑےگا۔

---

2. جوکھموں کے درمیان اکوئٹی

آئیے اب ہم جوکھم کے درمیان اکوئٹی پر غور کریں۔ "اکوئٹی " اصطلاح کا مطلب ہے ایسے درخواست دہندگان جو ایک جیسے سطح کے جوکھم کے دائرے میں آتے ہیں انکو ایک ہی پریمیم کلاس میں رکھا جانا چاہئیے۔ بیمہ کمپنیاں لئے جانے والے پریمیم کا تعین کرنے کے لئے کچھ قسم کے معیارات کا استعمال کرنا پسند کرینگی۔ اسی طرح اوسط جوکھم لاحق والے لوگوں کو ایک جیسے پریمیم ادا کرنا چاہئیے جبکہ اعلی اوسط جوکھم والے لوگوں کو زیادہ پریمیم ادا کرنا چاہئیے۔ وہ ایک بہت بڑی تعداد اوسط جوکھم والے لوگوں کے لئے معیارات لاگو کرنا کرنا پسند کرینگی جبکہ زیادہ خطرناک لوگوں کے بارے میں فیصلہ لینے اور جوکھموں کی درجہ بندی کرنے میں زیادہ وقت لگائےگی۔

a) جوکھم کی درجہ بندی

اکوئٹی لانے کے لئے، اَنڈرائٹر **جوکھم درجہ بندی** نامی ایک عمل میں مصروف ہوتے ہیں یعنی لوگوں کو انکے جوکھم کے سطح کی بنیاد پر الگ الگ جوکھم کلاسوں میں درجہ بندی اور تفویض کیا جاتا ہے۔ ایسی چار جوکھم کلاسیں موجود ہوتی ہیں۔

i. معیاری جوکھم

اس میں ایسے لوگ شامل ہوتے ہیں جسکی متوقع ا مراض (بیمار پڑنے کی امکانات) اوسط ہوتے ہیں۔

ii. ترجیحی جوکھم

یہ ایسے لوگ ہیں جن کی متوقع مرض اوسط کے مقابلے میں کافی کم ہوتی ہے اور اسلئے ان سے کم پریمیم لیا جا سکتا ہے۔

iii. غیر معیاری جوکھم

یہ ایسے لوگ ہیں جن کی متوقع مرض اوسط سے زیادہ ہوتی ہے، لیکن پھر بھی ان کو قابلِ بیمہ مانا جاتا ہے۔ ان کو اعلی (یا اضافی) پریمیم کے ساتھ یا مخصوص پابندیاں کے تابع بیمہ کے لئے منظور کیا جا سکتا ہے۔

iv. رد جوکھم

یہ ایسے لوگ ہیں انکے نقائص اور متوقع اضافی امراض اتنے زیادہ ہوتے ہیں کہ ان کو ایک سستی قیمت پر بیمہ کوریج فراہم نہیں کیا جا سکتا ہے۔ کبھی کبھی کسی شخص کے تجویز کو عارضی طور پر بھی نامنظور کیا جا سکتا ہے اگر وہ ایک حالیہ طبی ایونٹ جیسے آپریشن کے دائرے میں رہا/رہی ہے۔

3. انتخاب عمل

ہامیداری یا انتخاب عمل بیان کے مطابق دو سطحوں پر پوری کی جا سکتی ہے:

- ✓ فیلڈ سطح پر
- ✓ ہامیداری محکمہ سطح پر

شکل ۱: ہامیداری یا انتخاب عمل

ہامیداری یا انتخاب عمل - فیلڈ یا پرائمری سطح - ہامیداری محکمہ سطح

a) فیلڈ یا پرائمری سطح

فیلڈ سطح ہامیداری کو پرائمری ہامیداری کے طور پر بھی جانا جا سکتا ہے۔ اس میں ایک ایجنٹ یا کمپنی کے نمائندے کے ذریعے سے معلومات جمع کرنا شامل ہے جو یہ طے کریگا کہ کیا درخواست گزار بیمہ کوریج فراہم کرنے کے لئے مناسب ہے۔ ایجنٹ پرائمری اَنڈرراٹر کے طور پر ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ وہ بیمہ کے ممکنہ گاہک کو جاننے کی سب سے اچھی حالت میں ہوتا ہے۔

کچھ بیمہ کمپنیوں کے لئے ایجنٹوں کے ذریعے سے ایک بیان یا خفیہ رپورٹ تیار کرنا ضروری ہو سکتا ہے جسمیں تجویز کار کے تعلق میں ایجنٹ سے مخصوص معلومات ، رائے اور سفارشات کی مانگ کی جاتی ہے۔

اسی طرح کی ایک رپورٹ جسے اخلاقی جوکھم کی رپورٹ کہا جاتا ہے، اسکی مانگ بیمہ کمپنی کے ایک اہلکار سے کی جا سکتی ہے۔ ان رپورٹوں میں عام طور پر تجویز کارکی زندگی کے پیشے، آمدنی ، مالی حیثیت اور شہرت کو شامل کیا جاتا ہے۔

اخلاقی جوکھم کیا ہے؟

چہاں عمر، جنس ، عادتیں وغیرہ جیسے عوامل ایک صحت جوکھم کے جسمانی خطرے کا حوالہ دیتے ہیں، کچھ دیگر باتیں بھی ہیں جن پر باریکی سے نظر رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ گاہک کا اخلاقی جوکھم ہے جو بیمہ کمپنی کے لئے بہت مہنگا ثابت ہو سکتا ہے۔

خراب اخلاقی جوکھم کی ایک انتہائی مثال ایک بیمہ دار کے ذریعے سے یہ جانتے ہوئے بھی صحت بیمہ لینا ہے کہ اسے ایک مختصر مدت کے اندر اندر ایک سرجیکل آپریشن سے گزرنا ہوگا، لیکن وہ بیمہ کمپنی کو اسکا خلاصہ نہیں کرتا ہے۔ اس طرح یہاں صرف ایک دعویٰ جمع کرنے کے لئے بیمہ لینے کا جان بوجھ کر ارادہ ہے۔

نقصان کی طرف فرق اسکی ایک اور مثال ہے۔ بیمہ کی موجودگی کے باعث بیمہ دار یہ جانتے ہوئے کہ اسپتال میں بھرتی ہونے کے کسی بھی خرچ کی ادائیگی اسکے بیمہ کار کے ذریعے سے کی جائےگی، اس میں اپنے صحت کی طرف ایک لاپرواہ رویہ اپنانے کا لالچ پیدا ہو سکتا ہے۔

ایک دوسری قسم کا جوکھم جسے حوصلہ جوکھم' کہا جاتا ہے، یہ بھی قابلِ ذکر ہے۔ یہاں بیمہ دار کوئی دھوکہ دہی نہیں کریگا لیکن یہ جانتے ہوئے بھی کہ اسکے پاس ایک بڑی بیمہ رقم ہے، وہ سب سے مہنگا علاج کرانے، سب سے مہنگے اسپتال کے کمرے میں رہنے وغیرہ کا آپشن منتخب کرے گا ، جسے وہ بیمہ شدہ نہیں ہونے کی حالت میں نہیں منتخب کر سکتا تھا۔

دھوکہ دہی پر نظر رکھنا اور پرائمری اَنڈرائٹر کے طور پر ایجنٹ کا کردار

جوکھم کے انتخاب کے حوالے سے زیادہ تر فیصلہ ان حقائق پر انحصار کرتا ہے جن کا خلاصہ تجویز فارم میں تجویز کار کے ذریعے سے کیا گیا ہے۔ ہامیداری محکمہ میں بیٹھے ایک اَنڈرائٹر کے لئے یہ جاننا مشکل ہو سکتا ہے کہ کیا یہ حقائق جھوٹ ہیں

اور دھوکا دینے کے جان بوجھ کر ارادے سے دھوکہ دہی کے طریقے سے غلط نمائندگی کی گئی ہے۔

یہاں ایجنٹ ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ وہ اس بات کا پتہ لگانے کی سب سے اچھی حالت میں ہوتا/ہوتی ہے کہ پیش کئے گئے حقائق صحیح ہیں، کیونکہ ایجنٹ کا تجویز کار کے ساتھ براہ راست اور ذاتی رابطہ ہوتا ہے اور اسلئے وہ اس بات پر نظر رکھ سکتا ہے کہ کیا ایک گمراہ کرنے کے ارادے کے ساتھ کوئی ارادتاً غیر انکشاف یا غلط بیانی کی گئی ہے۔

b) ہامیداری محکمہ کے سطح پر

ہامیداری کی دوسری سطح محکمہ یا دفتر کی سطح ہے۔ اس میں ماہر ین اور ایسے شخص شامل ہیں جو اس طرح کے کاموں میں ماہر ہیں اور جو یہ طے کرنے کے لئے کہ کیا بیمہ کے تجویز کو منظور کیا جائے اور کن شرائط پر، معاملے کے تمام متعلقہ ڈاٹا پر غور کرتے ہیں۔

C. فائل اور استعمال رہنما ہدایات

یہ یاد رکھا جانا چاہئے کہ ہر بیمہ کار کو مارکیٹنگ کے پہلے اپنے پروڈکٹ کی تخلیق کرنی ہوتی ہے، جو کہ ہامیداری محکمہ کا ایک کام ہوتا ہے۔ آئی آر ڈی اے نے اس حوالے سے کچھ رہنما ہدایات جاری کئے ہے جن کا ذیل میں خلاصہ کیا جا رہا ہے۔

ہر ایک کمپنی اپنے پروڈکٹ کو صارفین کی ضروریات و قابلِ مہیا، ہامیداری تحفظات، بیمہ کی قیمتوں کا تعین، مارکیٹ میں مسابقتی حالات وغیرہ کو مدنظر رکھتے ہوئے ڈیزائن کرتی ہے۔ اس طرح ہم دیکھتے ہے کہ مختلف اقسام کے گاہکوں کے پاس منتخب کرنے کا آپشن ہوتا ہے، یہاں تک کہ بنیاد سطح پر بھی اسپتالی اخراجات کی معاوضہ والے پروڈکٹ بھارتی بازار میں حاوی رہتے ہے۔

ہر ایک نئے پروڈکٹ کو بازار میں متعارف کرانے سے پہلے آئی آر ڈی اے کی منظوری کی ضرورت ہوتی ہے۔ پروڈکٹ کو نیچے دیئے گئے دفعات کے مطابق ریگولیٹر کے پاس فائل اور استعمال کے تحت فائل کرنا ہوتا ہے۔ ایک بار بازار میں متعارف کرانے کے مصنوعات کے انخلا کو بھی ہدایات پر عمل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ طلباء کو یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ فائل اور استعمال رہنما ہدایات کے شقوں، فارمس، ریٹرن وغیرہ کے بارے میں معلومات موصول کر لے۔

آئی آر ڈی اے رہنما ہدایات کے مطابق صحت بیمہ پروڈکٹ کے لئے فائل اور استعمال کے طریقہ کار :

a) کسی بھی صحت پروڈکٹ کو کسی بھی بیمہ کار کے ذریعے سے بازار میں تب تک نہیں لایا جائیگا جب تک کہ فائل اور استعمال عمل کے مطابق اتھارٹی سے اسکی قبل منظوری نہیں موصول کر لی گئی ہو۔

b) کسی بھی منظور شدہ صحت پروڈکٹ میں کوئی بھی نظر ثانی یا ترمیم کے لئے بھی وقت وقت پر جاری رہنما ہدایات کے مطابق اتھارٹی سے قبل منظوری ضروری ہوگی۔

1. اتھارٹی کے ذریعے سے منظور کسی بھی پالیسی میں کوئی نظر ثانی یا ترمیم کی اطلاع ایسے نظر ثانی یا ترمیم کے عمل میں آنے کے کم سے کم تین مہینے پہلے ہر ایک پالیسی ہولڈر کو دی جانی چاہیے ایسی نوٹس میں اس طرح نظر ثانی یا ترمیم، کے لئے وجوہات ضرور دئیے جائے گے۔ خاص کر پریمیم میں اضافہ کے معاملے میں اس طرح کے اضافے کی وجوہات ضرور دئیے جائے گے۔

2. پرمیم سمیت پالیسی کے پراسپیکٹس میں نظر ثانی یا ترمیم کے امکانات کا ذکر کیا جانا چاہئیے

c) فائل اور استعمال درخواست فارم کے آئی آر ڈی اے کے ذریعے سے معیاری کر دیا گیا ہے، جسے ڈاٹابیس شیٹ اور گاہک کی معلومات شیٹ کے سمیت مختلف منسلکہ کے ساتھ بھیجا جانا چاہئیے۔

گاہک معلومات شیٹ، ہر ایک بیمہ دار کو پراسپیکٹس کا اور کور کی تفصیلات سمیت پالیسی اخراجات ، دعویٰ قابلِ ادائیگی ہونے کے قبل انتظار مدت ، اگر کوئی ہو، کیا قابلِ ادائیگی رقم باز ادائیگی کی بنیاد پر ہوگی یا ایک مقررہ رقم، تجدید حالات اور فوائد، شریک تنخواہ یا کٹوتی اور منسوخی کرنے کے حالات کے ساتھ دی جاتی ہے۔

اتھارٹی کی پیشگی منظوری کے لئے فائل اور استعمال درخواست ، مقرر موبشی اور بیمہ کمپنی کے سی۔ ای او۔ کے ذریعے سے تصدیق ہوگا اور ایسے فارمیٹ میں ہوگا ساتھ ہی ایسے دستاویزات کے ساتھ بھیجا جائیگا جو وقت وقت پر اتھارٹی کے ذریعے سے مقرر کیا گیا ہو۔

d) صحت بیمہ پروڈکٹس کو واپس لینا

1. کسی صحت بیمہ پروڈکٹ کو واپس لینے کے لئے بیمہ کار واپس لینے کی وجوہات اور موجودہ پالیسی ہولڈرز سے

کئے جانے والے علاج کی مکمل تفصیلات دیتے ہوئے اتھارٹی کی پیشگی منظوری موصول کریگا،

2. پالیسی دستاویز میں مستقبل میں پروڈکٹ کے واپس لینے کے امکان کا واضح طور پر ذکر ہوگا ساتھ ہی ان آپشنس کی معلومات بھی ہوگی جو پروڈکٹ کے واپس لینے کے بعد، پالیسی ہولڈرزکے پاس دستیاب ہوگے

3. اگر موجودہ گاہک بیمہ کار کی معلومات پر کوئی جواب نہیں دیتا تو پالیسی تجدید کی تاریخ پر واپس لے لی جائیگی اور بیمہ دار پورٹیبلٹی شرائط کے تحت بیمہ کار کے پاس دستیاب نئ پالیسی لیگا-

4. واپس لیا گیا پروڈکٹ ممکنہ گاہکوں کو نہیں دیا جائیگا

e) کسی بھی پروڈکٹ کے لاگو ہونے کے بعد اسکی تمام تفصیلات کا جائزہ سال میں کم سے کم ایک بار مقرر موبشی کے ذریعے سے کیا جائے گا- اگر وہ پروڈکٹ مالی طور پر ناقابل عمل ہوگا یا اس میں کوئی کمی ہوگی تو مقرر موبشی پروڈکٹ کو نظر ثانی کر سکتا ہے اور فائل اور استعمال کے تحت نظر ثانی کے لئے درخواست کر سکتا ہے-

f) کسی بھی پروڈکٹ کے 'فائل اور استعمال ' کے تحت منظوری ملنے کے ۵ سال بعد مقرر موبشی ، مرض ، لیپس، شرح سود ، افراط زر ، اخراجات اور دیگر متعلقہ تفصیلات کے لحاظ سے پروڈکٹ کی کار کردگی کا جائزہ کریگا، ساتھ ہی پروڈکٹ کے ڈیزائن کے وقت کی گئی بنیادی تصورات سے اسکا مقابلہ کریگا اور کی گئی بنیادی تصورات میں مناسب نظر ثانی کے ساتھ منظوری حاصل کریگا-

D. آئی آر ڈی اے کے دیگر صحت بیمہ قواعد و ضوابط

فائل اور استعمال کے رہنما ہدایات کے اضافی صحت بیمہ قواعد و ضوابط کو درج ذیل کی ضرورت ہوگی-

a. الف - تمام بیمہ کمپنیوں کے پاس صحت بیمہ ہامیداری پالیسی ہوگی جو اسکے بورڈ کے ذریعے سے منظور ہوگی- اس پالیسی میں دیگر باتوں کے ساتھ ایک تجویز فارم کا بھی ذکر ہوگا جسکے کے ذریعے سے امکانی گاہک صحت پالیسی کی خرید اری کریگا- ایسے تجویز فارم میں بیمہ کرنے کے لئے ایسی تمام معلومات ہوگی، جس کا ذکر کمپنی کی پالیسی میں کیا گیا ہوگا

b. ب- ہامیداری پالیسی اتھارٹی کے پاس دائر کی جائیگی- کمپنی کے پاس ضرورت کے مطابق اس میں ترمیم کرنے کا حق ہوگا لیکن ایسی ترمیم کو بھی اتھارٹی کے پاس دائر کیا جائیگا

c. ت- صحت بیمہ کے کسی بھی تجویز کو بورڈ کے ذریعے سے منظور شدہ ہامیداری پالیسی کے مطابق ہی قبول یا تردید کیا جائیگا- تجویز کی نامنظوری کی معلومات تجویز کار کو تحریری طور پر وجوہات کے ساتھ دی جائیگی-

d. ث- بیمہ دار کو، پریمیم کے اوپر لے جانے والی کسی بھی لوڈنگ کے بارے میں مطلع کیا جائیگا اور پالیسی جاری کرنے کے پہلے پالیسی ہولڈر کی اجازت لی جائیگی-

e. ج- اگر بیمہ کمپنی کو، پالیسی کے کسی بھی بعد کے مرحلے میں یا تجدید کے وقت کسی اضافی معلومات جیسے، پیشے میں بدلاو وغیرہ کی ضرورت پہلے ہے تو وہ بیمہ دار کے ذریعے سے بھرے جانے کے لئے معیاری فارم تجویز کریگی اور وہ پالیسی دستاویز کا حصہ ہوگا اور ان واقعات کے بارے میں بھی واضح طور سے بتایا جائیگا کہ ان معلومات کو کب اور کن حالات میں پیش کیا جاتا ہے-

f. بیمہ کار، میکانزم یا مراعات ابتدائی اندراج ، جاری تجدید، ساز گار دعوؤں کے تجربے وغیرہ کے لئے پالیسی ہولڈرز کے اجر کا وضع کر سکتا ہے- ایک ہی انشورنس کمپنی اور ظاہر اپ فرنٹ پراسپیکٹس میں ایسے مکینزم یا مراعات ، فائل اور استعمال ہدایات کے تحت منظورشدہ کے طور پر پالیسی دستاویزات ۔

صحت بیمہ پالیسیوں کی پورٹیبلٹی کے بارے میں رہنما ہدایات

آئی آر ڈی اے نے زندگی اور صحت بیمہ پالیسیوں کی پورٹیبلٹی کے بارے میں بہت واضح رہنما ہدایات دیئے ہیں، جو مندرجہ ذیل ہے :

1. پورٹیبلٹی کی منظوری درج ذیل صورتوں میں دی جائیگی:

a. فیملی فلوٹر سمیت غیر زندگی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے جاری تمام ذاتی صحت بیمہ پالیسیاں

b. کسی بھی غیر زندگی بیمہ کمپنی کی گروپ صحت پالیسی کے تحت خاندان کے ارکان سمیت کور کیے گئے شخص کو یہ حق ہوگا کہ وہ ایسے گروپ پالیسی سے نکل کر اسی بیمہ کار کی ذاتی صحت بیمہ پالیسی یا فیملی فلوٹر پالیسی میں شامل ہو سکے، اسکے بعد اگلے تجدید پر اسے پورٹیبلٹی کا حق ہوگا-

2. پالیسی ہولڈر کے پاس پورٹیبلٹی کا آپشن صرف تجدید کے وقت ہوگا نہ کہ پالیسی کے چالو رہنے کے دوران

3. ایک پالیسی ہولڈر جو اپنی پالیسی کو دوسری بیمہ کمپنی کے پاس پورٹ کرنا چاہتا ہے تو اسے پریمیم تجدید کی تاریخ سے 45 دن پہلے درخواست کرنا ہوگا۔

4. اگر پالیسی ہولڈر پریمیم تجدید تاریخ سے 45 دن کے پہلے آئی آر ڈی اے کے ذریعے سے مجوزہ فارم میں درخواست نہیں کرتا تو نیا بیمہ کار اسے پورٹیبلٹی نہیں بھی فراہم کر سکتا ہے

5. ایسی معلومات موصول ہونے پر بیمہ کمپنی درخواست گزار کو تجویز فارم اور پیش کردہ صحت بیمہ پروڈکٹ سے متعلق تمام معلومات کے ساتھ آئی آر ڈی اے رہنما ہدایات میں دیئے گئے پورٹیبلٹی فارم دستیاب کرائےگی۔

6. پالیسی ہولڈر تجویز فارم کے ساتھ ساتھ پورٹیبلٹی فارم کو بھی بھر کر بیمہ کمپنی کو پیش کریگا۔

7. پورٹیبلٹی فارم موصول ہونے کے بعد بیمہ کمپنی موجودہ بیمہ کمپنی کو متعلقہ پالیسی ہولڈر کے طبی تاریخ اور دعوے تاریخ کی مانگ کرے گی۔ ایسی مانگ آئی آر ڈی اے کے ویب پورٹل کے ذریعے سے کی جائیگی

8. ایسی درخواست موصول ہونے پر بیمہ کمپنی ایسے درخواست کے موصول ہونے کے ۷ دنوں کے اندر اندر آئی آر ڈی اے کے ویب پورٹل میں دیئے گئے کے مطابق بیمہ پالیسی کی پورٹبیلٹی کے لئے ضروری ڈاٹا پیش کریگی۔

9. اگر موجودہ بیمہ کمپنی مخصوص وقت کی حد کے اندر اندر نئی بیمہ کمپنی کو ڈاٹا فارمیٹ میں ضروری ڈاٹا نہیں دستیاب کرا پاتی تو اس آئی آر ڈی اے کے ذریعے سے جاری ہدایات کی خلاف ورزی مانی جائے گی اور بیمہ کار بیمہ ایکٹ 1938 کے تحت تعزیری دفعات کے مشروع ہوگا۔

10. موجودہ بیمہ کمپنی سے ڈاٹا موصول ہونے کے بعد نئی بیمہ کمپنی تجویز کو منظور کر سکتی ہے، اور آئی آر ڈی اے کے (پالیسی ہولڈرز کے تحفظ مفاد) 2002 کے ضابطے۴(۶) کے مطابق پالیسی ہولڈر کو اپنے فیصلے کی تبلیغ کر سکتی ہے

11. اگر اوپر کے ٹائم فریم کے اندر اندر ڈاٹا کی وصولی پر تو، انشورنس کمپنی ۱۵ دن کے اندر درخواست گزار پالیسی ہولڈر کو اپنے فیصلے کی اطلاع نہیں کرتی ہے ، جیسا کہ بیمہ کمپنی نے اپنی ہامیداری کو اتھارٹی کے پاس فائل کرتے ہوئے

ذکرکیا ہے، تو بیمہ کمپنی ایسے تجویز کو نامنظور کرنے کا حق کھو دیتی ہے اور اسے ایسے تجویز کو منظور کرنا ہوگا -

12. جہاں تجدید کی تاریخ پر بھی نئے بیمہ کار سے پورٹیبلٹی کو منظور کرنے کے تعلق میں نتائج انتظار میں ہوگے-

a.	**اگر پالیسی ہولڈر کے ذریعے سے درخواست کی جاتی ہے تو موجودہ پالیسی کو، مختصر مدت کے لئے جو کم سے کم ایک مہینے ہوگی، اس کے مطابق پریمیم لیتے ہوئے، مختصر مدت کے لئے توسیع کرنے کی منظوری ہوگی-**
b.	موجودہ پالیسی کو تب تک ردّ نہیں کیا جائیگا جب تک کہ نئے بیمہ کار سے پالیسی موصول نہیں ہو جاتی یا بیمہ دار سے تحریری درخواست نہیں موصول ہو جاتی
c.	ایسے تمام معاملات میں نیا بیمہ کار ، جوکھم کے آغاز ہونے کی تاریخ کو، مختصر مدت کی ختم کی تاریخ سے مطابقت کریگا ، جہاں کہیں بھی ضروری ہوگا
d.	اگر کسی بھی وجہ سے بیمہ دار پالیسی کو اپنے موجودہ انشورنس کمپنی کے ساتھ بھی جاری رکھنا چاہتا ہے تو، وہ بغیر نئی شرائط کو نافذ کئے باقاعدہ پریمیم لےکر اس کو جاری رکھ سکتا ہے

13. جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا اگر پالیسی ہولڈر نے مختصر مدت توسیع کا انتخاب کیا ہو موجودہ بیمہ کار پالیسی کی باقی مدت کے لئے باقی پریمیم چارج کر سکتا ہے- بشرطیکہ دعویٰ موجودہ بیمہ کار کے ذریعے سے منظور کر لیا جائے ایسے معاملات میں پالیسی ہولڈر کو توازن مدت کے لئے پریمیم کی ادائیگی کرنا ہوگا اور اس پالیسی مدت کے لئے موجودہ بیمہ کار کے ساتھ جاری رکھ سکتا ہے-

14. پالیسی جو پورٹینگ- اِن ہے کو منظور کرنے کے لئے بیمہ کار صرف پورٹنگ کے مقصد سے کوئی اضافی لوڈنگ یا چارج نہیں کریگا-

15. پورٹ کی گئی پالیسی کے منظور کئے جانے پر کسی بیچوان کو کوئی کمیشن قابلِ ادائیگی نہیں ہوگا-

16. کسی بھی صحت بیمہ پالیسی کے لئے، جہاں پہلے سے موجود بیماری اور پابند استثنائی صورتوں کے حوالے میں انتظار مدت پہلے ہی گذر ہو چکی ہو، کو دھیان میں رکھا جائیگا اور اسے پورٹ کی گئی نئی پالیسی کے تحت اس حد تک کم کر دیا جائیگا

نوٹ ۱ : اگر نئی پالیسی میں کسی بیماری یا علاج کے لئے انتظار مدت اسی بیماری یا علاج کے لئے پہلی پالیسی سے زیادہ ہوتو اضافی انتظار مدت کے بارے میں ، پورٹ کرنے والے پالیسی ہولڈر کے ذریعے سے پیش کئے جانے والے پورٹیبلٹی فارم میں آنے والے پالیسی ہولڈر کو واضح طور پر بتایا جانا چاہئیے

نوٹ ۲ : گروپ صحت بیمہ پالیسیوں کے لئے، اس بات کے قطع نظر کہ سابقہ پالیسی میں کوئی پہلے سے موجود بیماری اخراج/وقت پابند اخراج تھا، باقاعدہ بیمہ کور کی بنیاد پر جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، ذاتی رکن کو کریڈٹ دیا جائیگا۔

17. اگر بیمہ دار کے ذریعے سے درخواست کی جاتی ہے تو گزشتہ انشورنس کمپنی سے موصول مجموعی بونس کے حد تک، پورٹیبلٹی سابقہ پالیسی کے تحت بیمہ شدہ رقم ساتھ ہی بڑھی ہوئی بیمہ شدہ رقم پر لاگو ہوگی۔

مثال : اگر کسی شخص کی بیمہ شدہ رقم 2 لاکھ روپے ہو بیمہ کار 'اے' سے موصول بونس 50،000 ہو تو جب وہ بیمہ کار 'بی' کے پاس جاتا ہے اور تجویز کو قبول کر لیا جاتا ہے تو بیمہ کار بی کو اسے 2-50 لاکھ روپے پر لاگو پریمیم لیکر 2-50 لاکھ روپے کی بیمہ شدہ رقم فراہم کرنی ہوگی۔ اگر بیمہ کار 'بی' کے پاس 2-50 لاکھ کی بیمہ شدہ رقم والا کوئی پروڈکٹ نہیں ہوگا تو وہ نزدیکی اعلی سلیب اکائی 3 لاکھ روپے پر لاگو پریمیم لیکر 3 لاکھ روپے کی، بیمہ شدہ رقم کی تجویز بیمہ دار کو دیگا۔ اور پورٹیبلٹی صرف 2-50 لاکھ تک ہی دستیاب ہوگی۔

18. انشورنس کمپنیوں کو، پالیسی ہولڈرز کا دھیان پالیسی معاہدے اور پروموشنل مواد جیسے، پراسپیکٹس، سیلز ادب یا دوسرے دستاویزات ، کسی بھی شکل میں ہو، متوجہ کرانا ہوگا کہ :

a.	**تمام صحت بیمہ پالیسیاں پورٹ کی جا سکتی ہے**
b.	پالیسی ہولڈرز کو پورٹیبلٹی کا منافع اٹھانے کے لئے تجدید کی تاریخ سے پہلے دوسرے بیمہ کار کو رابطہ کرنا چاہئیے تاکہ دوسرے بیمہ کار سے تجویز منظور ہونے میں لگنے والے تاخیر کے باعث کوریج کے بریک ہونے سے بچا جا سکے

E. بیمہ کے بنیادی اُصول اور ہامیداری کے اوزار

1. ہامیداری کے لئے متعلقہ بنیادی اُصول

بیمہ کے کسی بھی شکل میں، چاہے زندگی بیمہ ہو یا عام بیمہ، کچھ ایسے قانونی اُصول ہوتے ہیں جو جوکھموں کی منظوری کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ صحت بیمہ بھی برابران اُصولوں سے کنٹرول کیا جاتا ہے اور اصولوں کی خلاف ورزی کے نتیجے میں بیمہ کمپنی ذمہ داری سے بچنے کا فیصلہ لیتی ہے جو پالیسی ہولڈر وں کے لئے کافی عدم اطمینان اور مایوسی کی وجہ بنتی ہے۔ یہ بنیادی اُصول اس طرح ہیں:

i. اِنتہائی نیک نیتی (صدق نیت) اور قابلِ بیمہ انٹرسٹ

2. ہامیداری کے اوزار

یہ اَنڈرراٹر کی معلومات کے ذرائع اور بنیاد ہیں جن پر جوکھم کی درجہ بندی کی جاتی ہے اور آخر میں پریمیم کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔ ہامیداری کے لئے اہم اوزار درج ذیل ہیں:

a) تجویز فارم

یہ دستاویز معاہدہ کی بنیاد ہے جہاں تجویز کار کی صحت اور ذاتی معلومات سے متعلق تمام اہم معلومات (یعنی عمر، پیشہ، جسمانی تعمیر ، عادتیں، صحت کی حالت ، آمدنی ، پریمیم ادا ئیگی کی تفصیلات وغیرہ) جمع کی جاتی ہے۔ اس میں آسان سوالوں کے ایک سیٹ سے لےکر پروڈکٹ اور کمپنی کی ضرورت /پالیسی کے مطابق ایک پوری طرح سے تفصیلی سوالنامے شامل ہو سکتے ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ تمام مواد حقائق کا خلاصہ کیا گیا ہے اور اسی کے مطابق کوریج فراہم کیا گیا ہے۔ بیمہ دار شخص کے ذریعے سے کوئی بھی خلاف ورزی یا معلومات کو چھپایا جانا پالیسی کو باطل کر دیگا۔

b) عمر کا ثبوت

پریمیم بیمہ دار کی عمر کی بنیاد پر تعین کئے جاتے ہیں۔ لہذا اندراج کے وقت بتائی گئی عمر کو ایک عمر کا ثبوت پیش کرکے تصدیق کیا جانا ضروری ہے۔

مثال

بھارت میں کئی قسم کے دستاویزوں کو عمر ثبوت مانا جا سکتا ہے لیکن یہ تمام قانونی طور پر قابلِ قبول نہیں ہوتے ہیں۔ زیادہ تر درست دستاویزات کو دو اقسام میں تقسیم کیا جاتا ہیں۔ وہ مندرجہ ذیل ہیں

a) معیاری عمر ثبوت : ان میں سے کچھ دستاویزات میں اسکول سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ، ڈومیسائل سرٹیفکیٹ، پین کارڈ وغیرہ شامل ہیں۔

b) غیر معیاری عمر ثبوت : ان میں راشن کارڈ، ووٹر آئی ڈی، بڑوں کے اعلامیہ، گرام پنچایت سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔

---

c) مالیاتی دستاویزات

تجویز کار کی مالی حیثیت کو جاننا منافع مصنوعات کے لئے اور اخلاقی جوکھم کو کم کرنے کے لئے خاص طور سے متعلقہ ہے۔ حالانکہ، عام طور پر مالی دستاویزات کی مانگ صرف ان معاملات میں کی جاتی ہے

a. ذاتی حادثے کور یا
b. اعلی بیمہ رقم کوریج یا
c. جب مانگے گئے کوریج کے مقابلے میں بتائی گئی آمدنی اور پیشہ کا تال میل نہیں بیٹھتا ہے۔

d) میڈیکل رپورٹ

میڈیکل رپورٹ کی ضرورت بیمہ کمپنی کے معیاروں پر مبنی ہے اور عام طور پر بیمہ دار کی عمر پر اور کبھی کبھی منتخب کیے گئے کور کی رقم پر انحصار کرتا ہے۔ تجویز فارم کے کچھ جوابات میں کچھ ایسی معلومات بھی شامل ہو سکتی ہے جو مانگی گئی میڈیکل رپورٹ کی وجہ بنتی ہے۔

e) فروخت کے اہلکاروں کی رپورٹیں

فروخت کے اہلکاروں کو بھی کمپنی کے لئے نیچلی سطح پر کے اَنڈرائٹر وں کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے اور انکی رپورٹ میں انکے کے ذریعے سے دی گئی معلومات ایک اہم لحاظ بن سکتی ہے۔ حالانکہ، فروخت اہلکاروں کو زیادہ کاروبار جنریٹ کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کی جاتی ہے، یہاں مفاد کا تصادم ہوتا ہے جس پر نظر رکھنا ضروری ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

ہامیداری میں _____ کے ذریعے سے انتہائی نیک نیتی کے اُصول پر عمل کیا جانا ضروری ہے۔

I. بیمہ کمپنی
II. بیمہ دار
III. بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں
IV. طبی ممتحن

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۳

قابلِ بیمہ انٹرسٹ _____ سے مراد ہے۔

I. اثاثہ کابیمہ کروانے میں شخص کے مالی مفاد

II. پہلے سے بیمہ کیا گیا اثاثہ

III. نقصان کے لئے ہر ایک بیمہ کمپنی کا حصہ، جب ایک سے زیادہ کمپنی ایک ہی نقصان کو کور کرتی ہے

IV. نقصان کی رقم جو بیمہ کمپنی سے وصول کی جاسکتی ہے

F. ہامیداری عمل

ضروری معلومات موصول ہو جانے کے بعد اَنڈرائٹر پالیسی کی شرائط تعین کرتا ہے۔ صحت بیمہ کاروبار کے ہامیداری کے لئے استعمال ہونے والے عام فارم اس طرح ہے:

1. طبی ہامیداری

طبی ہامیداری ایک ایسا عمل ہے جسمیں صحت بیمہ پالیسی کے لئے درخواست کرنے والے شخص کی صحت کی حالت تعین کرنے کے لئے تجویز کار سے میڈیکل رپورٹ کی مانگ کی جاتی ہے۔ پھر جمع کی گئی صحت کی معلومات کا بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے یہ طے کرنے کے لئے تشخیص کی جاتی ہے کہ کیا کوریج دیا جائیگا، کس حد تک اور کن شرائط اور اخراجات کے ساتھ اس طرح طبی ہامیداری جوکھم کی منظوری یا نامنظوری اور اسکے علاوہ کور کی شرائط کا بھی تعین کر سکتا ہے۔

تاہم ، طبی ہامیداری میں میڈیکل رپورٹ حاصل کرنے اور تحقیقات کے حوالے میں اعلی اخراجات بھی شامل ہوتے ہیں۔ اسکے علاوہ، جب بیمہ کمپنیاں طبی ہامیداری کی ایک اعلی ڈگری کا استعمال کرتی ہیں، ان پر صرف 'ملائی کھانے' کا الزام لگایا جاتا ہے (جسمیں صرف بہترین قسم کے جوکھم کو منظور کیا جاتا ہے اور دیگر کو نکار کردیا جاتا ہے)۔ یہ ممکنہ گاہکوں کے درمیان مایوسی کا سبب بنتا ہے اور ان بیمہ کمپنیوں کے ساتھ بیمہ کرنے کے خواہش مند لوگوں کی تعداد کم کر دیتا ہے کیونکہ وہ ضروری معلومات اورتفصیل فراہم کرنے اور ضروری ٹیسٹ کے عمل سے گزرنا نہیں چاہتے ہیں۔

صحت حیثیت اور عمر ذاتی صحت بیمہ کے لئے ہامیداری کے اہم تحفظات ہیں۔ اسکے علاوہ موجودہ صحت کی حالت ، ذاتی اور خاندانی طبی تاریخ ایک اَنڈرائٹر کو کسی بھی پہلے سے موجود بیماری یا مسائل اور بالآخر مستقبل کی صحت مسائل کا پتہ لگانے میں

قابل بناتا ہے جن کے لئے اسپتال میں بھرتی ہونے یا سرجیکل مداخلت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

اسکے علاوہ تجویز فارم کو اس طرح تیار کیا جاتا ہے کہ اس سے پہلے کئے گئے علاج ، اسپتال میں بھرتی ہونے اور سرجریوں کے عمل سے گزرنے کے بارے میں واضح معلومات موصول ہو جاتی ہے۔ یہ ایک اَنڈررائٹر کو پہلے سے موجود بیماری کے دوبارہ آنے، حال یا مستقبل کی صحت حالت پر اسکے اثر یا مستقبل کے مسائل کے امکانات کی تشخیص کرنے میں مدد کرتا ہے۔ کچھ بیماریاں جن کے لئے تجویز کار صرف ادویات لے رہا ہے، جلد ہی کسی بھی وقت اسپتال میں بھرتی ہونے کی ضرورت پڑ سکتی ہے یا یہ دوبارہ ہو سکتی ہے۔

مثال

ہائی بلڈ پریشر ، زیادہ وزن/موٹاپا اور شکر کے اعلی سطح جیسی طبی حالات میں دل، گردے اور اعصابی نظام کی بیماریوں کے لئے مستقبل میں اسپتال میں بھرتی ہونے کے کافی امکانات رہتے ہے۔ اسلئے طبی ہامیداری کے لئے جوکھم کا تعین کرتے وقت ان حالات پر دھیان سے غور کیا جانا چاہئے۔

چونکہ صحت کی حیثیت میں منفی تبدیلیاں عام طور پر 40 سال کی عمر کے بعد، بنیادی طور پرعام عمر بڑھنے کے عمل کی وجہ سے ہوتے ہیں، بیمہ کمپنیوں کو 45 سال کی عمر سے پہلے تجویز کار کے کسی بھی طبی جانچ یا ٹیسٹ کی ضرورت نہیں پڑتی ہے (کچھ بیمہ کمپنیاں اس ضرورت کو 50 یا 55 سال تک بھی بڑھا سکتی ہیں)۔ اسکے علاوہ طبی ہامیداری رہنما اُصول میں تجویز کار کے خاندان کے ڈاکٹر کے ذریعے سے اسکی صحت کی حالت کی ایک دستخط شدہ اعلامیے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

بھارتی صحت بیمہ بازار میں ذاتی صحت بیمہ کے لئے اہم طبی ہامیداری عنصر شخص کی عمر ہے۔ پہلی بار شامل ہونے والے 45-50 سال سے زیادہ کی عمر کے شخص کے معاملے میں عام طور پر صحت جوکھم پروفائل کا تعین کرنے کے لئے اور انکی موجودہ صحت کی حیثیت کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لئے مخصوص پیتھولوجکل کی تحقیقات کے عمل سے گزرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس طرح کی جانچ پہلے سے موجود کسی طبی حالات یا بیماریوں کی کوریج کا اشارہ دیتی ہے۔

مثال

منشیات، شراب اور تمباکو کی کھپت کا پتہ لگانا مشکل ہو سکتا ہے اور تجویز فارم میں تجویز کار کے ذریعے سے شاید ہی کبھی اعلان

کیا جاتا ہے- انکا غیر انکشاف صحت بیمہ کے ہامیداری میں ایک اہم چیلنج بن گیا ہے- موٹاپا ایک دوسرا مسئلہ ہے جو ایک بڑا عوامی صحت کا مسئلہ بنتا جا رہا ہے اور اَنڈررائٹر وں کو ان سے پیدا ہونے والے مسائل کی کافی تشخیص کرنے میں قابل ہونے کے لئے ہامیداری اوزار تیار کرنے کی ضرورت ہے-

2. غیر طبی ہامیداری

صحت بیمہ کے لئے درخواست کرنے والے زیادہ تر تجویز کار وں کو طبی جانچ کی ضرورت نہیں پڑتی ہے- اگر اسے درستگی کی ایک منصفانہ ڈگری کے ساتھ جانا جا سکتا ہے تو اس طرح کے معاملات کے صرف دسویں حصے یا اس سے کم میں طبی جانچ کے دوران منفی نتائج آئے گےا، پھر بیمہ کمپنیاں زیادہ تر معاملات میں طبی امتحان کے ساتھ تقسیم کر سکتے ہیں-.

یہاں تک کہ اگر تجویز کار تمام مواد حقائق کا خلاصہ پوری طرح سے اور سچائی سے کرتا ہے اور ایجنٹ کے ذریعے سے احتیاط سے اسکی جانچ کی گئی ہے، پھر بھی طبی معائنے کی ضرورت بہت کم ہو سکتی ہے- اصل میں، دعووں کے تناسب میں معمولی اضافہ کو منظور کیا جا سکتا ہے اگر طبی جانچ کی لاگتوں اور دیگر اخراجات میں بچت ہوتی ہے اور کیونکہ اس سے تجویز کار کی تکلیف بھی کم ہوگی-

اسلئے، بیمہ کمپنیاں کچھ ایسی طبی پالیسیاں لیکر آ رہی ہیں جہاں تجویز کار کو کسی طبی جانچ سے گزرنے کی ضرورت نہیں ہے- ایسے معاملات میں، کمپنیاں عام طور پر ایک 'میڈیکل گرڈ' بناتی ہیں جس سے یہ پتہ چلےگا کہ کس عمر اور مرحلےمیں طبی ہامیداری کی جانی چاہئیے، اور اسلئے ان غیر طبی حدود کو احتیاط سے ڈیزائن کیا جاتا ہے تاکہ کاروبار اور جوکھم کے درمیان ایک مناسب توازن قائم کیا جا سکے-

مثال
اگر کسی شخص کو طبی ٹیسٹ، انتظار طریقوں اور کارروائی میں تاخیر کے ایک طویل عمل سے گزرے بغیر فوری صحت بیمہ کوریج لینا ہے تو وہ ایک غیر طبی ہامیداری پالیسی لینے کا آپشن منتخب کر سکتا ہے- ایک غیر طبی ہامیداری پالیسی میں، پریمیم شرح اور بیمہ رقم عام طور پر عمر، جنس ، تمباکو نوشی کی کلاس، جسمانی تعمیر وغیرہ پر مبنی کچھ صحت سے متعلق سوالات کے جوابات کی بنیاد پر تعین کی جاتی ہیں- یہ عمل فوری ہے لیکن پریمیم نسبتا زیادہ ہو سکتا ہیں-

3. عددی درجہ بندی کے طریقہ کار

یہ ہامیداری میں اپنایا جانے والا ایک ایسا عمل ہے جسمیں جوکھم کے ہر ایک جزو کے بارے میں عددی یا فی صد کے تعین کئے جاتے ہیں۔

اس میں عمر، جنس ، نسل ، کاروبار ، رہائش گاہ، ماحول، جسمانی تعمیر ، عادات، خاندان اور ذاتی تاریخ جیسے عوامل کی جانچ کی جاتی ہے اور پہلے تعین معیار کی بنیاد پر عددی طور پر نمبر دیئے جاتے ہیں۔

4. ہامیداری فیصلے

موصول معلومات کا احتیاط سے تعین کرنے اور مناسب جوکھم اقسام میں درجہ بندی کئے جانے پر ہامیداری عمل مکمل ہو جاتا ہے۔ مندرجہ بالا آلات اور اپنے فیصلہ کی بنیاد پر، اَنڈرائٹر جوکھم کو درج ذیل اقسام میں درجہ بندی کرتا ہے:

a) معیاری شرح پر جوکھم کو قبول کرنا

b) ایک اضافی پریمیم (لوڈینگ) پر جوکھم کو منظور کرنا، حالانکہ یہ عمل تمام کمپنیوں میں نہیں اپنایا جا سکتا ہے

c) ایک مقرر مدت /وقت کے لئے کور کو ملتوی کرنا

d) کور کو رد کرنا

e) کاؤنٹر آفر (کور کے کچھ حصے کو محدود یا انکار کرنا)

f) اعلی کٹوتی یا شریک تنخواہ نافذ کرنا

g) پالیسی کے تحت لیوی مستقل اخراج لگانا

اگر کسی بھی بیماری کو مستقل طور پر خارج کر دیا جاتا ہے تو، اسے پالیسی سرٹیفکیٹ پر توثیق کیا جاتا ہے۔ یہ پالیسی کے معیاری اخراج کے علاوہ ایک اضافی اخراج بن جاتا ہے اور معاہدہ کا ایک حصہ ہوتا ہے۔

اَنڈرائٹر وں کے ذریعے سے ماہر ذاتی جوکھم تشخیص بیمہ کمپنیوں کے لئے اہم ہے کیونکہ یہ بیمہ نظام کو توازن میں رکھتا ہے۔ ہامیداری بیمہ کمپنیوں کو ایک ہی سطح کے توقع جوکھم والے لوگوں کو ایک ساتھ گروپ جمع کرنے اور انکے کے ذریعے سے منتخب کی گئی تحفظ کے لئے ایک جیسے پریمیم وصول کرنے میں قابل بناتا ہے۔ پالیسی ہولڈر کے لئے فائدہ ایک منصفانہ اور مسابقتی قیمت پر بیمہ کی دستیابی ہے جبکہ ایک بیمہ کمپنی کے لئے منافع پورٹفولیو کے تجربہ کو مرض کی مفروضات کے ساتھ لائن میں بنائے رکھنے کی صلاحیت ہے۔

5. عام یا معیاری اخراجات کا استعمال

زیادہ تر پالیسیوں میں اپنے تمام اراکین پر لاگو ہونے والے اخراج شامل ہوتے ہیں۔ انھیں معیاری اخراج کے طور پر جانا جاتا ہے یا کبھی کبھی عام اخراج کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں معیاری اخراجات کو لاگو کرکے اپنے جوکھم کو محدود کرتی ہیں۔

اسکا مباحثہ پہلے کے باب میں کیا گیا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۴

طبی ہامیداری کے بارے میں اس میں سے کون سا بیان درست نہیں ہے؟

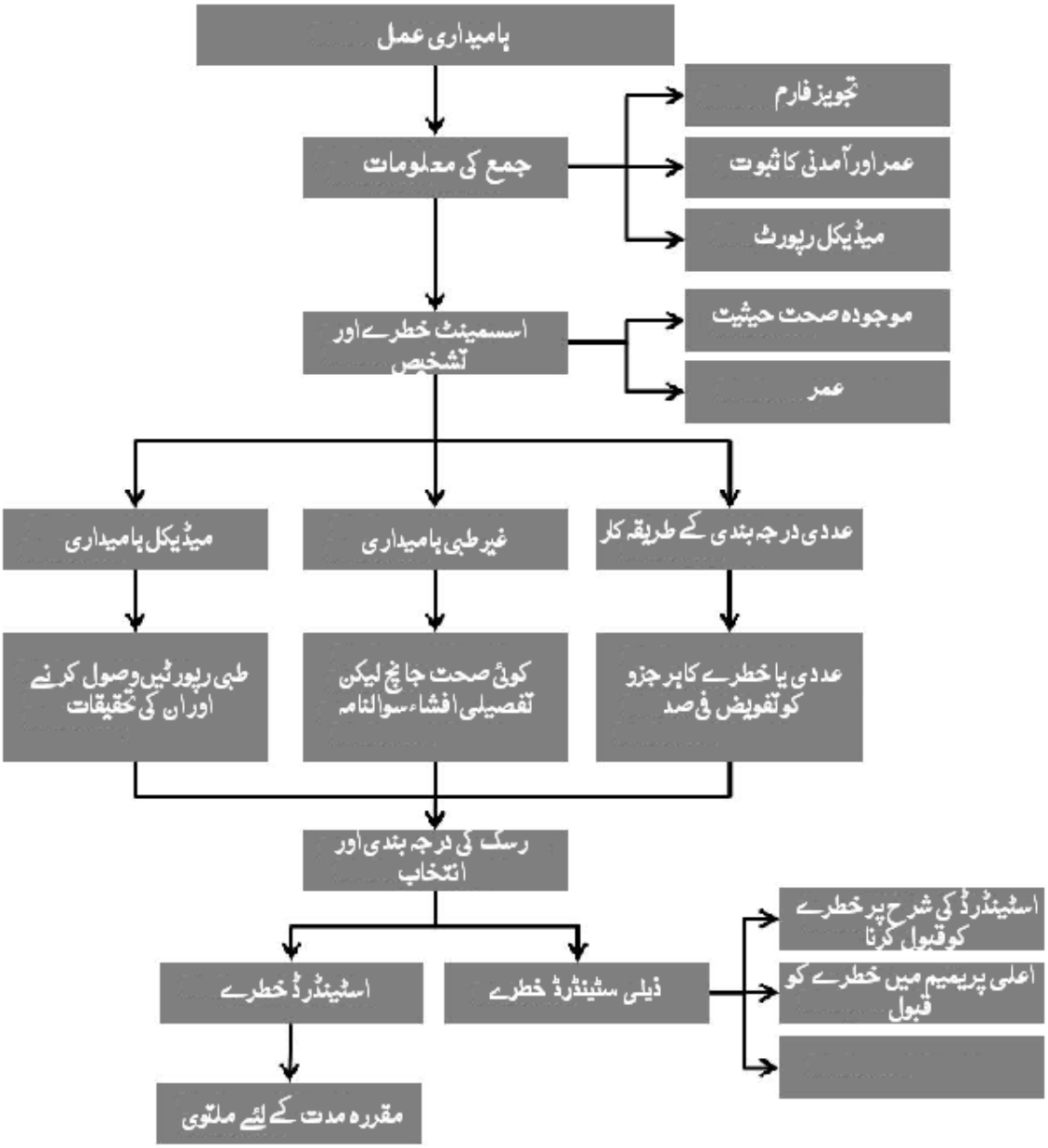
I. اس میں میڈیکل رپورٹ موصول کرنے یا اسکا تعین کرنے کی اعلی لاگت شامل ہے۔

II. موجودہ صحت حالت اور عمر صحت بیمہ کے طبی ہامیداری میں اہم عوامل ہیں۔

III. تجویز کار وں کو اپنے صحت جوکھم پروفائل کا تعین کرنے کے لئے طبی اور پیتھولوجیکل تحقیقات کے عمل سے گزرنا ہوتا ہے۔

IV. جوکھم کے ہر ایک جزو کے بارے میں فی صد تعین کیا جاتا ہے۔

شکل ۱ : ہامیداری عمل



G. گروپ صحت بیمہ

1. گروپ صحت بیمہ

گروپ بیمہ کی ہامیداری بنیادی طور پر اوسط کے قانون کے مطابق کی جاتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ جب ایک معیاری گروپ کے تمام اراکین کو ایک گروپ صحت بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے تو گروپ میں شامل ہونے والے شخص بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب نہیں کر سکتے ہیں۔ صحت بیمہ کے لئے ایک گروپ کو منظور کرتے وقت بیمہ کمپنیاں گروپ میں کچھ ایسے اراکین کی موجودگی پر غور کرتی ہیں جنکو شدید اور لگاتار ہونے والی صحت مسائل ہو سکتے ہیں۔

گروپ صحت بیمہ کی ہامیداری کے لئے گروپ کی خصوصیات کا تجزیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ یہ تشخیص کی جا سکیں کہ کیا یہ بیمہ کمپنی کے ہامیداری ہدایات اور بیمہ ریگولیٹرز کے ذریعے سے گروپ بیمہ کے لئے طے کردہ رہنما اُصولوں کے اندر اندر آتے ہے۔

گروپ صحت بیمہ کے لئے معیاری ہامیداری عمل کے لئے درج ذیل عوامل پر مجوزہ گروپ کا جائزہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے:

a) گروپ کی قسم

b) گروپ کی سائز

c) صنعت کی قسم

d) کوریج کے لئے قابل شخص

e) کیا پورے گروپ کو کور کیا جا رہا ہے یا اراکین کو باہر نکالنے کے لئے کوئی آپشن دستیاب ہے

f) کوریج کی سطح - کیا سب کے لئے ایک جیسے یا الگ الگ ہے

g) جنس ، عمر، یا ایک سے زیادہ مقامات، گروپ کے اراکین کی آمدنی کے سطح ، ملازموں کے ٹرن اوور کی شرح، کیا پریمیم کا ادائیگی پوری طرح سے گروپ ہولڈر کے ذریعے سے یا اراکین کے ذریعے سے کی گئی ہے یا اراکین کو پریمیم ادا ئیگی میں حصہ لینے کی ضرورت ہے

h) مختلف جغرافیائی مقامات میں پھیلے کئی مقامات کے معاملے میں تمام خطوں میں صحت دیکھ بھال کے اخراجات میں فرق

i) ایک تیسری پارٹی کے ایڈمنسٹریٹر کے ذریعے سے گروپ بیمہ کے انتظامیہ کے لئے گروپ ہولڈر کی پسند (انکی پسند یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے منتخبہ آپشن کے بارے میں) یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے اپنے آپ

j) مجوزہ گروپ کے پچھلے دعووں کا تجربہ

مثال

بارودی سرنگوں یا فیکٹریوں میں کام کرنے والے اراکین کا ایک گروپ آئر کنڈیشنڈ دفاتر میں کام کرنے والے اراکین کے ایک گروپ کے مقابلے میں زیادہ صحت جوکھم کے دائرے میں ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ بیماریوں کی نوعیت (جن کے دعوے) بھی دونوں گروپوں کے لئے کافی الگ ہونے کے امکانات ہے۔ اسلئے، بیمہ کمپنی دونوں ہی معاملات میں گروپ صحت بیمہ پالیسی کی قیمت اسی کے مطابق طے کریگی۔

اسی طرح آئی ٹی کمپنیوں جیسے زیادہ تعداد میں نوکری چھوڑنے والے گروپوں کے معاملے میں منفی انتخاب سے بچنے کے لئے، بیمہ کمپنیاں احتیاطی معیار متعارف کرا سکتی ہیں جسکے لئے ملازمین کو بیمہ کے لئے قابل بننے سے پہلے اپنی آزمائشی مدت میں کام کرنے کی ضرورت ہوگی۔

گروپ صحت بیمہ کاروبار کی انتہائی مسابقتی نوعیت کے باعث بیمہ کمپنیاں گروپ بیمہ منصوبہ بندی کے فوائد میں کافی لچک اور اصلاح کرنے کی اجازت دیتی ہیں۔ آجر ملازم گروپ بیمہ منصوبہ بندی میں، فوائد کی ڈیزائن عام طور پر وقت کے ساتھ تیار ہوتی ہے اور آجر کے انسانی وسائل محکمہ کے ذریعے سے اسے ایک ملازم برقراری اوزار کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ اکثر، لچک کاروبار پر قبضہ کرنے اور بدلنے کے لئے ایک دیگر بیمہ کمپنی کے ذریعے سے دیئے گئے موجودہ گروپ بیمہ منصوبہ بندی کے فوائد سے تال میل بٹھانے یا بہتر بنانے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے درمیان مقابلہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

2. آجر ملازم گروپوں کے علاوہ دیگر ہامیداری

آجر ملازم گروپ روایتی طور پر گروپ صحت بیمہ کے لئے پیش سب سے عام گروپ ہیں۔ حالانکہ، صحت بیمہ کو صحت دیکھ بھال کے اخراجات کے فنانسنگ کے ایک موثر ذریعہ کے طور پر منظور کئے جانے کی وجہ سے گروپ فارمیشنوں کے مختلف اقسام تیار ہو گئے ہیں۔ ایسے منظر نامے میں، گروپ صحت بیمہ کے اَنڈرراٹر وں کے لئے گروپ کی ہامیداری کرتے وقت گروپ کی تشکیل کے کردار پر غور کرنا اہم ہو جاتا ہے۔

ملازم آجر گروپوں کے علاوہ بیمہ کمپنیوں نے مختلف قسم کے گروپوں کو گروپ صحت بیمہ کوریج فراہم کیا ہے جیسے: مزدور یونین، امانتوں اور معاشروں، ایک سے زیادہ آجر گروپوں، فرینچاسی ڈیلروں، پیشہ ور انجمنوں، کلبوں اور دیگر المسلمون تنظیمیں

مختلف ممالک کی حکومتوں نے سماج کے غریب طبقوں کے لئے گروپ صحت بیمہ کوریج خریدنے کا کام کیا ہے۔ بھارت میں، مرکزی اور ریاستی

دونوں سطح پرحکومتوں کے ذریعے سے غریبوں کے لئے گروپ صحت بیمہ منصوبہ بندی جیسے - راشٹریہ صحت بیمہ منصوبہ بندی (آر ایس بی وائے)، یشسونی کو جارحانہ انداز میں اسپانسر کیا گیا ہے

حالانکہ اس طرح کے متنوع گروپ کے لئے بنیادی ہامیداری تحفظات عام طور پر قبول گروپ ہامیداری عوامل کی طرح ہیں، اضافی پہلوؤں میں شامل ہیں:

a. گروپ کی سائز(چھوٹے سائز کے گروپ میں لگاتار تبدیلیاں ہو سکتی ہیں

b. مختلف جغرافیائی علاقوں میں صحت کی دیکھ بھال کی الگ الگ لاگتیں

c. گروپ کے تمام اجزاء کے گروپ صحت بیمہ منصوبہ بندی میں حصہ نہیں لینے کی صورت میں منفی انتخاب کا جوکھم

d. پالیسی میں گروپ میں اراکین کا تسلسل

صرف سستی قیمتوں پر اس طرح کے گروپ صحت بیمہ منافع کا منافع لینے کے لئے 'سہولت گروپ ' نامی گروپ فارمیشنوں کی فاسد اقسام میں اضافہ ہوا ہے- اسلئے بیمہ ریگولیٹر آئی ارڈی اے نے مختلف گروپوں کے ساتھ کام کاج کرنے میں بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے اپنائے جانے والے نقطہ نظر کو ریگولیٹ کرنے کے تحفظات سے گروپ بیمہ کے رہنما اُصول جاری کئے ہیں- اس طرح کے غیرآجر گروپوں میں شامل ہیں:

a. آجر کی فلاح و بہبود ایسوسیئشن

b. ایک مخصوص کمپنی کے ذریعے سے جاری کئے گئے کریڈٹ کارڈ کے ہولڈر

c. ایک مخصوص کاروبار کے گاہک جہاں بیمہ ایک ایڈ آن منافع کے طور پر دیا جاتا ہے

d. ایک بینک کے قرض گیروں اور پیشہ ور انجمنوں یا معاشروں

گروپ بیمہ کے ہدایات کا ترک لچکدار ڈیزائن کے منافع کے ساتھ بیمہ موصول کرنے کے واحد مقصد سے گروپوں کی تشکیل کو محدود کرنا ہے، یہاں منافع کا کوریج ذاتی پالیسیوں پر دستیاب نہیں ہوتا ہے اور لاگت میں بچت ہوتی ہے- ایسا دیکھا گیا ہے کہ اس طرح کے 'سہولت گروپ ' اکثر بیمہ کمپنیوں کے خلاف منفی انتخاب کرنے اور آخر میں اعلی دعویٰ تناسب کا باعث بنتے ہیں- اس طرح ریگولیٹری اتھارٹی کے گروپ بیمہ کے رہنما اُصول بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے بازار کے ذمہ دار انعقاد میں معاون ہوتے ہیں- یہ ہامیداری میں اور گروپ منصوبہ بندی کے لئے انتظامیہ کے

معیار کا تعین کرکے گروپ بیمہ منصوبہ بندی کی تبلیغ میں بھی نظم و ضبط پیدا کرتے ہیں۔

H. اوورسیز ٹریول بیمہ کی ہامیداری

چونکہ اوورسیز ٹریول بیمہ پالیسیوں میں صحت کور ہی اہم کور ہوتا ہے اسلئے اسکی ہامیداری میں صحت بیمہ کے طریقے کی ہی پیروی کی جانی چاہئیے

پریمیم کی شرح تعین اور منظوری الگ الگ کمپنیوں کے رہنا اُصولوں کے مطابق ہوتی ہے پر کچھ اہم تحفظات مندرجہ ذیل ہیں :

1. پریمیم کی شرح تجویز کار کی عمر اور اسکے غیر ملکی سفر کی مدت پر انحصار کرتی ہے
2. بیرون ملک مقیم میں طبی علاج کافی مہنگا ہوتا ہے اس لئے پریمیم کی شرح گھریلو صحت پالیسیوں کے مقابلے میں کافی زیادہ ہوتا ہے
3. غیر ملکی ممالک میں بھی خاص کر امریکہ اور کنیڈا کا پریمیم زیادہ ہوتا ہے۔
4. اس امکانات سے بچنے کی ضرور کوشش کرنا چاہئیے کہ تجویز کار پالیسی کا استعمال بیرون ملک میں اپنے علاج کے لئے نہیں کریں پہلے سے موجود بیماریوں پر تجویز مرحلے پر ہی دھیان رکھا جانا چاہئیے

I. ذاتی حادثے بیمہ کی ہامیداری

ذاتی حادثے کی پالیسیوں کے لئے ہامیداری تحفظات ذیل میں تبادلہ خیال کر رہے ہیں:-

شرح تعین

ذاتی حادثے بیمہ میں کاروبار یا پیشہ کو اہم بنیاد مانا جاتا ہے۔ عام طور پر دیکھا جائے تو گھر میں، گلی، وغیرہ میں ذاتی حادثے کا خطرہ تو تمام لوگوں کے لیے ایک جیسا رہتا ہے۔ لیکن پیشہ یا کاروبار سے منسلک جوکھم کارکردگی کی جانے والے کام کی نوعیت کے مطابق مختلف قسم کے ہوا کرتے ہیں۔ مثال کے

لئے، آفس میں بیٹھ کر کام کرنے والے مینیجر کے مقابلے میں عمارت تعمیر کرنے کی جگہ پر کام کرنے والے سول انجینئر کے لیے جوکھم کا خطرہ زیادہ رہتا ہے۔

ہر ایک پیشے اور کاروبار کے لئے ایک شرح طےکر پانا عملی نہیں ہے لہذا، پیشوں کو گروپوں میں درجہ بندی کیا جاتا ہے اور ہر ایک گروپ کم وبیش اسی طرح کے خطرے کی سرمایہ کاری کی عکاسی کرتی ہے. مندرجہ ذیل درجہ بندی کے نظام سادہ اور عملی طور پر ممکن ہوپایا ہے انفرادی کمپنیوں کی درجہ بندی ان کی اپنی بنیاد پر ہو سکتی ہے.

جوکھم کی درجہ بندی

پیشہ کی بنیاد پر، بیمہ شدہ شخص کے ساتھ منسلک خطرات تین گروہوں میں تقسیم کیے جا سکتے ہیں

- جوکھم گروپ

اکاؤنٹنٹس، ڈاکٹروں، وکلاء، ٹیکٹس، کنسلٹنگ انجینئرز، اساتذہ، بینکرز، انتظامیہ کے افعال میں مصروف افراد، بنیادی طور پر اسی طرح کے خطرات کے پیشوں میں مصروف افراد۔

- جوکھم گروپ

معمار، ٹھیکیدار اور انجینئرز، صرف نگرانی رکھنے کے افعال میں مصروف، مویشیوں کے ڈاکٹر ز، موٹر کاروں کے پیڈ ڈرائیوروں ہلکے موٹر گاڑیاں اور اسی طرح کے خطرات کے پیشے میں مصروف افراد ۔

دستی مزدوری میں مصروف تمام افراد، (صرف انہیں چھوڑکر جو گروپ – 3 میں آتے ہیں) ، نقدرقم لے جانے والے ملازمین ، گیراج اور موٹر میکینک، مشین آپریٹرز، ٹرک و لاری اور دیگر بھاری گاڑیوں کے ڈرائیور، پیشہ ور کھلاڑیوں، کھلاڑی، چوبی مکینکوں اور اسی طرح کے خطرات میں مصروف افراد ۔

- جوکھم گروپ

زیر زمین بارودی سرنگوں، دھماکہ خیز مواد میگزین میں کام کرنے والے افراد، اعلی کشیدگی کی فراہمی کے ساتھ بجلی کی تنصیب میں ملوث کارکنان، جاکی، سرکس کے اہلکاروں، پیشوں میں مصروف پہیوں یا گھوڑے کی پیٹھ، بڑا کھیل شکار، پروتاروہن، موسم سرما کے کھیل، سکینگ، آئس ہاکی، بڑھتے پر دوڑ ، گلائڈنگ پھانسی، دریا رافٹنگ، پولو اور اسی طرح کی سرگرمیوں میں مصروف افراد

جوکھم گروپ کو عام طور پر عام ، میڈیم اور ہائی کی شکل میں جانا جاتا ہے۔

عمر کی حد

کور اور تجدید کے لئے کم از کم اور زیادہ سے زیادہ عمر کمپنی سے کمپنی مختلف ہو سکتی ہے۔ عام طور پر کم از کم عمر حد 5 سال اور زیادہ سے زیادہ 70 سال ہے۔، تاہم وہ افراد جن کے پاس پہلے سے ہی کور موجود ہے اُن کی صورت میں ، 70 سال کی عمر مکمل کرنے پر بھی پالیسیوں کی تجدید کی جا سکتی ہے۔ لیکن یہ 80 سال کی عمر تک کیا جا سکےگا، جس کے لئے تجدید پریمیم پر لوڈینگ لاگو کیا جائیگا۔

تجدید یا نئے کور کے لئے کوئی طبی امتحان کی ضرورت نہیں ہے۔

طبی اخراجات

طبی اخراجات کے کور مندرجہ ذیل ہے:

- ایک ذاتی حادثے کی پالیسی ،حادثاتی جسمانی چوٹ کے سلسلے میں بیمہ شدہ کی طرف سے کئے جانے والے طبی اخراجات کو کور کرنے کے لئے اضافی پریمیم کی ادائیگی پر، توثیق کی طرف بڑھا جا سکتا ہے
- یہ فوائد ، پالیسیوں کے تحت دیگر فوائد کے علاوہ ہیں.
- یہ ضروری نہیں ہےکہ شخص کو اسپتال میں داخل کیا جائے۔

جنگ اور اتحادی خطرات

جنگ خطرے کا کور، اضافی پریمیم کے ساتھ سویلین ڈیوٹیس پر غیر ملکی ممالک میں کام کرنے والے بھارتی اہلکاروں / ماہرین کو کور کیا جا سکتا ہے.

- پی اے پالیسیوں کو امن کے وقت یا معمول کی مدت کے دوران جاری کیا جاتا ہے کہا جاسکتا ہے کہ عام شرح پر 50 فیصد اضافی (یعنی عام شرح کے 150 فیصد)۔
- غیر معمولی / خدشہ مدت کے دوران جاری کی گئی پی اے پالیسیاں (جب مدت کے دوران یعنی جنگی حالات پہلے ہی واقع یا غیر ملکی ملک میں نازل ہونے والے ہیں / جہاں بھارتی اہلکاروں سویلین فرائض پر کام کر رہے ہیں) کہا جاتا ہے عام شرح پر 150فیصد اضافی (یعنی عام شرح کے ۲۵۰ فیصد)

تجویز فارم

تجویز فارم میں درج ذیل معلومات دی جاتی ہے

- ذاتی تفصیلات
- جسمانی حالت
- عادات اور شوق
- دیگر یا پچھلا بیمہ
- پچھلے حادثات یا بیماری
- فوائد اور رقم کا سلیکشن بیمہ
- اعلامیہ

مندرجہ بالا مطلوبہ تفصیلات کو مندرجہ ذیل کے طور پر واضح کیا جاسکتا ہے:

- ذاتی تفصیلات میں دیگر باتوں کے ساتھ ساتھ عمر ، قد اور وزن، پیشہ کی مکمل تفصیلات اور اوسط ماہانہ آمدنی کی وضاحت رہتی ہے۔
- عمر سے اس بات کا پتہ چل سکےگا کہ کیا تجویز کار اسکی اور سے منتخبہ پالیسی کے لیے ضروری عمر حد کے اند ر اندر ہے یا نہیں۔ وزن اور اونچائی کا موازنہ جنس کی اوسط اونچائی اور عمر والے ٹیبل سے کی جانی چاہئیے اور اگر تجویز کار تعین اوسط سے 15٪ زیادہ یا کم پایا گیا تو مزید تفتیش کروائی جانی چاہئیے۔
- جسمانی حالت کی تفصیلات کسی بھی قسم کی جسمانی کمزوری یا عیب، دائمی بیماریاں، وغیرہ سے متعلق ہوتے ہے۔
- جن تجویز کار وں کے کسی ایک اعضاء کا نقصان یا ایک آنکھ کی بینائی چلی گئی ہو انکی تجویز منظور شدہ معاملات میں خصوصی شرائط پر قبول کیے جا سکتے ہیں۔ یہ معمولی خطرات کا قیام کرتی ہیں کیونکہ ایسے شخص کچھ مخصوص قسم کے حادثات کو ٹال پانے میں کم قابل ہوتے ہیں اور اس حقیقت کے مدنظر کہ اگر باقی بچے ہوئے بازو یا ٹانگ کو چوٹ پہنچ جاتی ہے یا دوسری آنکھ کی روشنی پر اسکا اثر پڑتا ہو تو انکے معاملے میں معذوری کی شدت اور لمبائی عام معاملات کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہونے کے امکان بنے رہتے ہیں۔
- اگر تجویز کار ذیابیطس (ڈایبیٹیز) میں مبتلا ہے تو اسکے ٹھیک ہونے میں کافی وقت لگ جائیگا کیونکہ زخم جلدی نہیں مندمل ہوگا معذوری گھبراہٹ طویل ہو سکتی ہے تجویز کار کے طبی تاریخ کی یہ تعین کرنے کے لئے جانچ پڑتال کی جانی چاہئیے کہ اسے پہنچنے والے زخموں یا بیماریوں کا مستقبل حادثے کے خطرات پر کیا کوئی اثر پڑےگا۔ اگر ہاں تو کس حد

تک- اس حوالےمیں بہت سی شکائتیں ملتی رہتی ہیں جو واضح طور پر سنگین نوعیت کی ہوتی ہیں اور جوکھم کو غیر قابلِ بیمہ ثابت کر دیتی ہیں جیسے دل کے والو لارسے متعلق بیماری-

- خطرناک کھیل تماشے جیسے ماؤنٹینرئینگ ، پولو، موٹر دوڑ،کلاباجی، وغیرہ کے لئے اضافی پریمیم لگایا جاتا ہے-

بیمہ شدہ رقم

ذاتی حادثے پالیسی میں بیمہ شدہ رقم بہت احتیاط سے طے کی جانی چاہئیے، کیونکہ یہ سہولت پالیسی ہوتی ہے اور سخت معاوضہ کے تابع نہیں ہیں 'منافع روزگار' کے ذریعےسے حاصل کردہ آمدنی پر دھیان رکھے جانے کی ضرورت ہوتی ہے، دوسرے الفاظ میں، تجویز کار کے حادثے میں مبتلا ہونے پر جو آمدنی متاثر نہیں ہو، تو بیمہ شدہ رقم طے کرتے وقت نہیں جوڑا جانا چاہئیے-

.بیمہ شدہ رقم کے تعین کا طریقہ انشورنس کمپنیوں /اَنڈرراٹر و کے درمیان الگ الگ ہوتا ہے اور کور فراہم کرنے والی تعین رقم کیا ہوگی، یہ اَنڈرراٹر پر انحصار کرتا ہے-تاہم عام طور پر ایسا مانا جاتا ہے کہ بیمہ شدہ رقم ، بیمہ دار کے 73 مہینوں کی / ۶ سال کی آمدنی سے زیادہ نہیں ہونی چاہئیے-

اس پابندی کو بہت سختی سے تب لاگو نہیں کیا جاتا جب پالیسی صرف بنیادی منافع کے لئے لی جاتی ہے- اور پھر، ایسانہیں ہونا چاہئیے کہ عارضی مکمل معذوری کور کے معاملے میں کور کی مدت کے دوران دیا جانے والا معاوضہ اسکی آمدنی سے زیادہ ہو- اگر کورہفتہ وار منافع (ٹی ٹی ڈی) کے لئے ہے تو عام طور پر بیمہ شدہ رقم اسکے سالانہ آمدنی سے دو گنا سے زیادہ نہیں ہونی چاہئیے-

ویسے افراد کو کور دیتے وقت جو سود مندانہ ملازم میں نہیں ہو جیسے، گھریلو خواتین، طالب علموں وغیرہ ، انشورنس کمپنیوں کو یہ یقینی بنانا چاہئیے کہ انہیں صرف بنیادی کور ہی دیا جائے نہ کہ ہفتہ وار معاوضہ -

فیملی پیکیج کور

بچوں اور غیر کمائی شریک حیات کے لئے کور موت اور مستقل معذوری (کل یا جزوی) تک ہی محدود ہوتا ہے- تاہم ، کمپنی کے اپنے روایات کے مطابق سہولت ٹیبل پر غور کیا جانا چاہئیے- کچھ کمپنیاں غیر کمائی زوج کو مخصوص حد تک ٹی ٹی ڈی کور دیتی ہے-

مجموعی پریمیم پر 5فیصد چھوٹ فراہم کی جاتی ہے-

گروپ پالیسیاں

اگر بیمہ شدہ شخص کی تعداد ایک مخصوص تعداد جیسے 100 تک ہو جاتی ہے تو پریمیم پر گروپ چھوٹ دی جاتی ہے۔ تاہم گروپ پالیسی میں تعداد کم رہنے پر بھی (25) ایسی پالیسی جاری کی جا سکتی ہے پر کوئی چھوٹ نہیں دی جاتی۔
عام طور پر قابل قدر گاہکوں کو نامعلوم بنیاد پر پالیسیاں جاری کی جاتی ہے جہاں رکن کی شناخت بنا کسی شبہ کئے کی جا سکتی ہے۔

گروپ رعایت معیار

گروپ پالیسیاں صرف نامزد گروپوں کئے سلسلے میں ہی جاری کی جانی چاہئیے۔ گروپ رعایت یا دیگر سہولت موصول کرنے کئے لیے مجوزہ گروپ کو درج ذیل میں سے کسی ایک زمرہ جات میں ہونا چاہئیے۔

- آجر - ملازم تعلقات (ملازم کئے منحصرین سمیت)
- قبل شناخت طبقات / پریمیم ریاست / مرکزی حکومتوں کے ذریعے سے دیا جاتا ہے
- رجسٹرڈ کوآپریٹیو سوسائٹی کئے اراکین
- رجسٹرڈ سروس کلبوں کئے اراکین
- بینک کئے ڈیبٹ/کریڈٹ/ڈائنرز/ماسٹر/ ویزا کارڈ ہولڈرز
- بینک/این بی ایف سی کے ذریعے سے جاری ڈپازٹ سرٹیفکیٹ کئے حاملین
- بینکوں / پبلک لمیٹڈ کمپنیوں کئے حصص یافتگان

مندرجہ بالا اقسام سے مختلف کسی بھی مزید کئے زمرے سے متعلقہ تجاویز کی صورت میں، متعلقہ انشورنس کمپنیوں کی تکنیکی محکمہ کے ذریعے سے فیصلہ لیا جائیگا۔

ممکنہ گروپ کی سائز پر کوئی رعایت نہیں دی جائیگی۔ گروپ رعایت صرف ان کے رجسٹرد اراکین کی اصل تعداد پر غور کیا جائیگا جو پالیسی لینے کئے وقت موجود ہو۔ انکی نظر ثانی تجدید کئے وقت کی جا سکتی ہے۔

بیمہ شدہ رقم

ہر ایک بیمہ شدہ شخص کئے لئے الگ الگ مخصوص رقم کئے لیے بیمہ شدہ رقم مقرر کی جاسکتی ہے یا اسے بیمہ شدہ افراد کئے لئے قابل ادائیگی اپلبدیاں سے منسلک کیا جا سکتا ہے.

گروپ بیمہ میں 'تمام ' یا 'کوئی نہیں' کا اُصول لاگو ہوتا ہے۔ اراکین کی تعداد میں اضافہ یا حذف متناسب اضافی پریمیم یا پریمیم کی واپسی کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔

پریمیم

منتخب فوائد اور خطرات کی درجہ بندی کے مطابق نامزد ملازمین پر لاگو پریمیم کی مختلف شرح - اسی طرح شرح کور کیے گئے افراد کے پیشہ کے مطابق مختلف ہوگی۔

مثال

ایک ملازم کے وضاحت شدہ گروپ میں ایک جیسے پیشوں کے لوگوں کے لئے ایک جیسی شرح لاگو کی جائیگی۔

نامعلوم ملازمین کے معاملے میں آجر کو انکے کے ذریعے سے رکھے جانے والے مستند ریکارڈز کی بنیاد پر ہر درجہ بندی میں ملازمین کی تعداد کا اعلان کرنے کی ضرورت ہے

کسی ایسوسی ایشن، کلب وغیرہ کے منسوب رکن کے لئے پریمیم کی شرح خطرے کی درجہ بندی کے مطابق ہوتی ہے -

جب رکنیت عام نوعیت کی ہو اور کسی مخصوص پیشہ تک محدود نہیں ہو تو آنڈررائٹر شرح کے معاملے میں اپنے صوابدید کا استعمال کرتے ہے۔

آن ڈیوٹی کورس

آن ڈیوٹی گھنٹوں کے دوران فراہم کور مندرجہ ذیل ہے

- اگر ذاتی حادثے کور صرف ڈیوٹی کے محدود گھنٹوں کے لئے (دن اور رات کے 24 گھنٹوں کے لئے نہیں) مانگا جاتا ہے، تو کل پریمیم کا 75٪ گھنٹے ہوئے پریمیم کے طور پر وصول کیا جاتا ہے۔
- اس پالیسی کے تحت ملازم کو صرف انکی ڈیوٹی کے دوران اور روزگار سے ہونے والے حادثے کے خلاف بیمہ تحفظ دیا جاتا ہے۔

آف ڈیوٹی کورس

اگر کو صرف ان محدود گھنٹوں کے لئے مانگا جاتا ہے، جب ملازم کام پر نہیں ہے اور/ یا آفشیل ڈیوٹی پر نہیں ہوتا ہے، تو کل پریمیم کا 50٪ فیصد پریمیم کے طور پر عائد کیا جا سکتا ہے۔

موت کور کے اخراج

انفرادی کمپنی کے ہدایات کے تابع،موت فائدے کو چھوڑ کر گروپ پی اے پالیسیوں کو جاری کرنا ممکن ہے -

گروپ رعایت اور بونس / مالس

چونکہ ایک پالیسی کے تحت بڑی تعداد میں لوگوں کو کور کیا جاتا ہے، اسلئے اس میں انتظامی کام اور اخراجات کم ہوتے ہے۔ اسکے علاوہ ، کیونکہ عام طور پر گروپ کے تمام اراکین کور کیے جائینگے، اسلئے انشورنس کمپنیوں ں کے خلاف کسی منفی سلیکشن کا سوال نہیں اٹھتا۔ اسلئے ایک پیمانے کے مطابق پریمیم میں رعایت دے سکنے کی اجازت ہے۔

گروپ پالیسیوں کے تجدید کے وقت شرح کا تعین دعویٰ تجربہ کے حوالے سے ہوتا ہے

- بہتر دعویٰ تجربہ کے معاملے میں تجدید پریمیم پر رعایت (بونس) دیا جاتا ہے
- منفی تجربہ کے معاملے میں تجدید پریمیم پر ایک پیمانے کے مطابق لوڈنگ (مالس) لگائی جاتی ہے۔
- اگر دعویٰ تجربہ 70فیصد ہوتو عام شرح لگائی جاتی ہے ۔

تجویز فارم

ارکان کی طرف سے تکمیل کے لئے فارم تقسیم کرنے اور بیمہ کی طرف سے صرف ایک دستاویز مکمل کرنے کی روایتی ہے

- اسے یہ اعلان کرنا ہوتا ہے کہ اسکا کوئی بھی رکن جسمانی کمزوری یا عیب سے دوچار نہیں ہے اگر ایسا نہیں کیا جاتا تو اس کی شمولیت ناقابل قبول رینڈر کرے گا
- کبھی کبھی اس احتیاط کو بھی ساقط کردیا جاتا ہے۔ توثیق کے ذریعے سے یہ بات واضح کر دی جاتی ہے کہ کور کے آغاز ہونے والی کوئی بھی معذوری اور ایسی معذوری کا نتیجہ مجموعی اثر ہوتا ہے۔
- تاہم پریکٹس الگ الگ کمپنیوں میں مختلف ہوتی ہے

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۵

1) ایک گروپ صحت بیمہ میں، گروپ کے تعمیر میں شامل ہونے والا کوئی بھی شخص بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب کر سکتا ہے۔

2) گروپ صحت بیمہ صرف آجر ملازم گروپوں کے لئے کوریج فراہم کرتا ہے۔

I. بیان ۱ درست ہے اور بیان ۲ غلط ہے
II. بیان ۲ درست ہے اور بیان ۱ غلط ہے
III. بیان ۱ اور بیان ۲ درست ہیں

معلومات

جوکھم انتظامیہ کے عمل کے حصے کے طور پر، اَنڈرراٹر خاص طور سے بڑے گروپ کی پالیسیوں کے معاملے میں اپنے جوکھموں کو منتقل کرنے کے دو طریقے کا استعمال کرتا ہے:

متوازی بیمہ: یہ ایک سے زیادہ بیمہ کمپنی کے ذریعے سے جوکھم کی قبولیت کو پیش کرنا ہے-عام طور پر یہ کام ہر ایک بیمہ کمپنی کو جوکھم کے ایک فیصد کا مختص کرکے پورا کیا جاتا ہے- اس طرح پالیسی کو دو بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے منظور کیا جا سکتا ہے جیسے بیمہ کمپنی 'اے' کا ۶۰٪ حصہ اور بیمہ کمپنی 'بی' کا 40٪ حصہ- عام طور پر بیمہ کمپنی 'اے' اہم بیمہ کمپنی ہوگی جو پالیسی جاری کرنے اور دعووں کے تصفیے سمیت پالیسی سے متعلق تمام معاملات کو دیکھیں گی- بیمہ کمپنی 'بی' دعووں کے ادا ئیگی کے 40٪ کے لئے بیمہ کمپنی 'اے' کا معاوضہ کریگی-

دوبارہ بیمہ : بیمہ کمپنی مختلف اقسام اور سائز والے جوکھموں کو قبول کرتی ہے-وہ اپنے مختلف جوکھموں کی حفاظت کیسے کر سکتی ہے؟ وہ اپنے جوکھموں کا دیگر بیمہ کمپنیوں کے ساتھ بیمہ کرکے ایسا کرتی ہے اور اسے دوبارہ بیمہ کہا جاتا ہے- اس طرح دوبارہ بیمہ کمپنیاں 'ٹریٹیس' نامی مستقل انتظامات کے ذریعے سے یا الگ الگ معاملے کی بنیاد پر جسے اختیاری دوبارہ بیمہ کہا جاتا ہے، بیمہ کمپنیوں کے جوکھموں کو منظور کرتی ہیں- دوبارہ بیمہ دنیا بھر میں کیا جاتا ہے اور اسلئے یہ جوکھم کو کافی دور دور تک پھیلا دیتا ہے-

خلاصہ

a) صحت بیمہ مرض کی تصور پر مبنی ہے جسے کسی شخص کے بیمار پڑنے یا غیر صحت مند ہونے کے جوکھم کے طور پر بیان کیا گیا ہے-

b) ہامیداری جوکھم کے انتخاب اور جوکھم کی قیمتوں کا تعین کرنے کا عمل ہے-

c) ہامیداری جوکھم اور کاروبار کے درمیان ایک مناسب توازن بنائے رکھنے کے لئے ضروری ہے جس سے تنظیم کے لئے مسابقت کے ساتھ ساتھ منافع بھی برقرار رہتا ہے-

d) کسی شخص کی مرض کو متاثر کرنے والے کچھ عوامل میں عمر، جنس ، عادات، پیشہ، جسمانی تعمیر ، خاندان کی تاریخ ، ماضی کی بیماری یا سرجری ، موجودہ صحت کی حیثیت اور رہائش گاہ شامل ہیں۔

e) ہامیداری کا مقصد بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب کو روکنا اور اسکے علاوہ مناسب درجہ بندی اور جوکھموں کے درمیان اکوئٹی کو یقینی بنانا ہے۔

f) ایجنٹ پہلی سطح کا اَنڈرائٹر ہے کیونکہ وہ قابل بیمہ ممکنہ گاہك کو جاننے کی سب سے اچھی حالت میں ہوتا ہے۔

g) بیمہ کے بنیادی اُصول ہیں: انتہائی نیك نیتی ، قابلِ بیمہ انٹرسٹ ، معاوضہ، شراکت، مُتبادل اور مقرب سبب -

h) ہامیداری کے لئے اہم اوزار ہیں: تجویز فارم ، عمر کا ثبوت ، مالیاتی دستاویزات، میڈیکل رپورٹ اور فروخت کی رپورٹ۔

i) طبی ہامیداری ایك ایسا عمل ہے جو صحت بیمہ پالیسی کے لئے درخواست کرنے والے شخص کی صحت کی حیثیت تعین کرنے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے استعمال کیا جاتا ہے۔

j) غیر طبی ہامیداری ایك ایسا عمل ہے جہاں تجویز کار کو کسی بھی طبی جانچ کے عمل سے گزرنے کی ضرورت نہیں ہے

k) عددی درجہ بندی کے طریقہ کار ، ہامیداری میں اپنایا جانے والا ایك عمل ہے جسمیں جوکھم کے ہر ایك پہلو کے بارے میں عددی یا فیصد کا تعین کیا جاتے ہیں۔

l) ہامیداری عمل تب مکمل ہوتا ہے جب موصول کی گئی معلومات کی احتیاط سے تشخیص کی جاتی ہے اور مناسب جوکھم کے اقسام میں درجہ بندی کی جاتی ہے۔

m) گروپ بیمہ کی ہامیداری بنیادی طور پر اوسط کے قانون کی بنیاد پر کی جاتی ہے جس کا مطلب ہے کہ جب ایك معیاری گروپ کے تمام اراکین کو ایك گروپ صحت بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے، گروپ میں شامل ہونے والے شخص بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب نہیں کر سکتے ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جوابات

جواب1

درست آپشن III ہے۔

ہامیداری جوکھم انتخاب اور جوکھم کی قیمت تعین کرنے کا عمل ہے۔

جواب 2

درست آپشن III ہے۔

ہامیداری میں انتہائی نیک نیتی کے اُصول پر عمل بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں کے ذریعے سے کیا جانا چاہئیے۔

جواب 3

درست آپشن I ہے۔

قابلِ بیمہ انٹرسٹ اس اثاثہ میں شخص کے مالی یا مالی مفاد ات سے مُراد ہے جس کا وہ بیمہ کرنے جا رہا ہے اور اس طرح کے اثاثہ کو کوئی نقصان پہنچنے کی حالت میں اسے مالی نقصان بھگتنا پڑ سکتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن IV ہے۔

فی صد اور عددی تشخیص ،طبی ہامیداری کے طریقہ کار میں جوکھم کے ہر ایک جزو پر کیا جاتا ہے، طبی ہامیداری طریقہ کار میں نہیں۔

جواب 5

درست آپشن IV ہے۔

ایک گروپ صحت بیمہ میں جب کسی گروپ کے تمام اراکین کو ایک گروپ صحت بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے، گروپ میں شامل ہونے والے افراد بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب نہیں کر سکتے ہیں۔
ملازم آجر گروپ کے علاوہ بیمہ کمپنیوں نے مختلف قسم کے گروپوں کو گروپ صحت بیمہ کوریج فراہم کیا ہے جیسے: مزدور یونین، ٹرسٹ اور سوسائٹی پیشہ ور انجمنوں، کلبوں اور دیگر برادرانہ تنظیموں

خود امتحان سوالات

سوال 1

مندرجہ ذیل میں سے کونسا عنصر ایک فرد کے مرض پر اثر انداز نہیں کرتا ہے؟

I. صنف

II. شریک حیات کی ملازمت

III. عادتیں

IV. رہائش گاہ

سوال 2

معاوضہ کے اُصول کے مطابق ، بیمہ دار کو _____ کے لئے ادا کیا جاتا ہے۔

I. بیمہ کی رقم کی حد تک اصل نقصانات

II. اصل میں خرچ کی گئی رقم کی پرواہ کئے بنا بیمہ رقم

III. دونوں جماعتوں کے درمیان اتفاق ایک مقررہ رقم

IV. بیمہ رقم کی پرواہ کئے بنا اصل نقصان

سوال 3

اَنڈرراٹر کے لئے کسی درخواست گزار کے بارے میں معلومات کا پہلا اور پرائمری ذریعہ اسکا _____ ہے۔

I. عمر کے ثبوت کا دستاویز

II. مالیاتی دستاویزات

III. پچھلا طبی ریکارڈ

IV. تجویز فارم

سوال ۴

ہامیداری عمل مکمل ہو جاتا ہے جب _____ ۔

I. تجویز کار کے صحت اور ذاتی معلومات سے متعلق تمام اہم معلومات تجویز فارم کے ذریعے سے جمع کر لی جاتی ہے

II. تجویز کار کے تمام طبی جانچ اور ٹیسٹ مکمل ہو جاتے ہیں

III. موصول معلومات کا احتیاط سے تعین کیا جاتا ہے اور مناسب جوکھم اقسام میں درجہ بندی کی جاتی ہے

IV. پالیسی جوکھم انتخاب اور قیمت تعین کے بعد تجویز کار کو جاری کی جاتی ہے۔

سوال 5

عددی درجہ بندی کے طریقہ کارکے بارے میں ان میں سے کون سا بیان درست نہیں ہے؟

I. عددی درجہ بندی کے طریقہ کار کے تربیت یافتہ افراد کی مدد سے ایک بڑے کاروبار کے ہینڈلنگ میں زیادہ رفتار فراہم کرتی ہے۔

II. مشکل یا مشکوک مقدمات کا تجزیہ طبی ریفری یا ماہرین کے بغیر عددی پوائنٹس کی بنیاد پر ممکن نہیں ہے.

III. اس طریقہ کا استعمال طبی سائنس کی کوئی مخصوص معلومات نہیں رکھنے والے افراد کے ذریعے سے کیا جا سکتا ہے۔

IV. یہ مختلف اَنڈرراٹئر وں کے فیصلوں کے درمیان مستقل مزاجی کو یقینی بنانا ہے۔

خود امتحان کے سوالات کے جوابات

جواب 1

درست آپشن II ہے۔

کسی شخص کا مرض اسکے خاوند یا بیوی کی نوکری سے متاثر نہیں ہوتا ہے، حالانکہ اسکا اپنا پیشہ ان اہم عوامل میں سے ایک ہے جو انکی مرض کو متاثر کر سکتے ہیں۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

معاوضہ کے اُصول کے مطابق ، بیمہ دار کو اصل لاگت یا نقصانات کے لئے، لیکن بیمہ رقم کی حد تک معاوضہ دیا جاتا ہے۔

جواب 3

درست آپشن IV ہے۔

اَنڈرراٹئر کے لئے کسی درخواست گزار کے بارے میں معلومات کا پرائمری ذریعہ اسکا تجویز فارم یا درخواست فارم ہے جسمیں تجویز کار کے صحت اور ذاتی معلومات سے متعلق تمام اہم معلومات جمع کی جاتی ہے۔

جواب 4

درست آپشن III ہے۔

ہامیداری عمل تب مکمل ہوتا ہے جب موصول معلومات احتیاط سے تعین کی جاتی ہے اور مناسب جوکھم اقسام میں درجہ بندی کی جاتی ہے۔

جواب 5

درست آپشن II ہے۔

مشکل یا مشکوک معاملات کا زیادہ احتیاط سے تجزیہ عددی درجہ بندی طریقہ کے ذریعے سے ممکن ہے کیونکہ اس میں مشکوک پوائنٹس کے حوالے سے ماضی کے تجربات کو معلوم معیاری اور شیڈنگ کے حوالے سے عددی کے لحاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

باب 10
صحت کی انشورنس کے دعوے

باب کا تعارف

اس باب میں ہم صحت کی انشورنس میں دعوی انتظام کے عمل، ضروری دستاویزات اور دعوی محفوظ کرنے کے عمل کے بارے میں بات چیت کریں گے .اس کے علاوہ ہم انفرادی حادثہ انشورنس کے تحت دعووں کے انتظام کو بھی دیکھیں گے اور ٹیپیے کے کردار کو سمجھیں گے.

مطالعہ کے نتائج

A. بیمار علاقے میں دعوی انتظام
B. صحت کی انشورنس دعووں کا انتظام
C. صحت کی انشورنس دعووں میں دستاویزات کے عمل
D. داوا محفوظ کرنا
E. ترتیبي طرف منتظمین)ٹیپیے (کی کردار
F. داوا انتظام -ذاتی حادثے کی
G. داوا انتظام -وزیر ٹریول انشورنس

اس باب کو پڑھنے کے بعد آپ ان باتوں کے قابل ہوں گے:

a) انشورنس دعووں میں مختلف اسٹیک ہولڈرز کے بارے میں بتانا

b) صحت کی انشورنس دعووں کا انتظام کس طرح کیا جاتا ہے اس کا بیان کرنا

c) صحت کی انشورنس دعووں کے تصرف کے لئے ضروری مختلف دستاویزات کی بحث کرنا

d) انشورنس کمپنیوں کی طرف سے دعووں کے لئے سچتي کس طرح فراہم کی جاتی ہیں اس کی تشریح کرنا

e) ذاتی حادثے کی دعووں پر بحث کرنا

f) ٹی پی اے کے تصور اور کردار کو سمجھنا

A. انشورنس کے علاقے میں دعوی انتظام

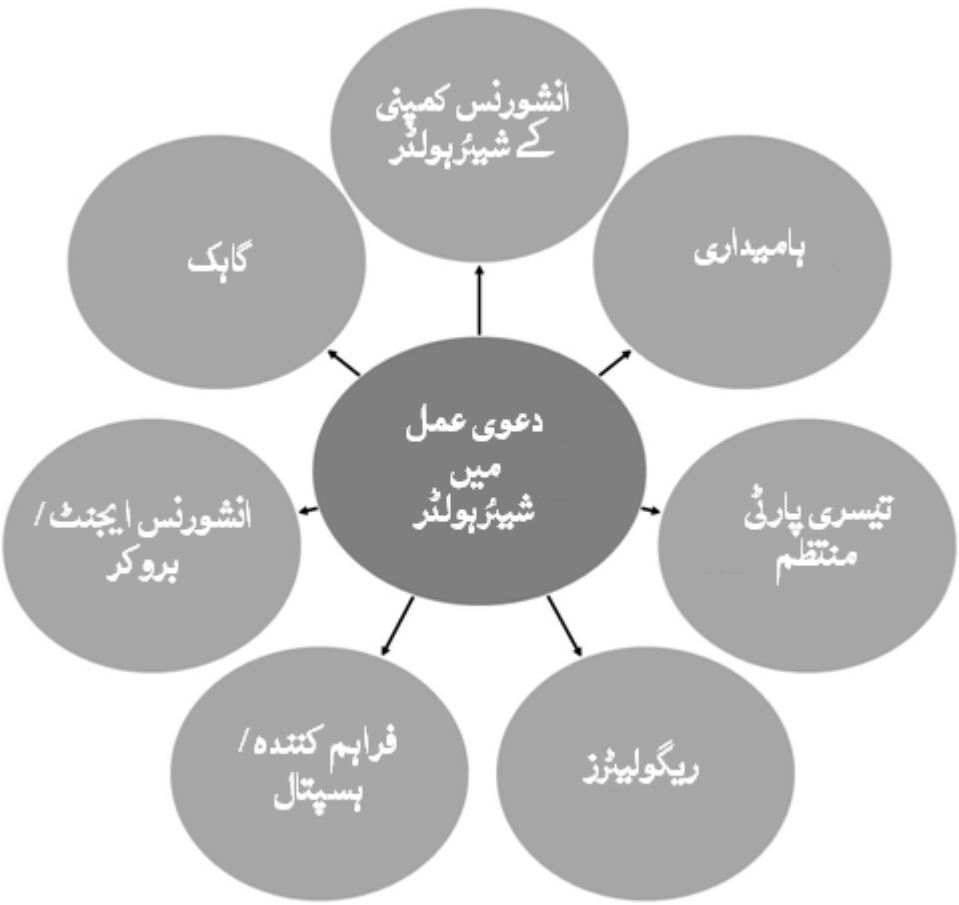
یہ بات بہت اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے کہ انشورنس ایک' وعدہ 'ہے اور پالیسی اس وعدے کے لئے ایک 'گواہ 'ہے .پالیسی کے تحت دعوے کی وجہ بننے والی ایک بیمہ شدہ واقعہ کا واقع ہونا اس وعدے کا اصل امتحان ہے. ایک انشورنس کمپنی کتنا اچھا مظاہرہ کرتی ہے اس کا اندازہ اس بات سے ہوتا ہے کہ وہ اپنے دعووں کے وعدوں کو کتنی

اچھی طرح سے مکمل کرتی ہے . انشورنس میں اہم درجہ بندی عوامل میں سے ایک انشورنس کمپنی کی دعوی ادا کرنے کی صلاحیت ہے.

1. دعوی عمل میں اسٹیک ہولڈر

دعووں کا انتظام کس طرح کیا جاتا ہے اس کے بارے میں تفصیل سے جاننے سے پہلے ہمیں یہ سمجھنے کی ضرورت ہے کہ دعووں کے عمل میں دلچسپی پارٹیاں کون کون ہیں.

تصاویر ۱ : دعوی عمل میں اسٹیک ہولڈر



گاہک	انشورنس خریدنے والا شخص پہلا اسٹیک ہولڈر اور 'دعوے کا وصول کنندہ 'ہے.
مالک	انشورنس کمپنی کے مالکان کا' دعوی بھگتانکرتاو 'کے طور پر ایک بڑا مفاد ہوتا ہے . دعووں کی ادائیگی پالیسی ہولڈرز کے فنڈ سے کئے جانے کے باوجود زیادہ تر مقدمات میں وہی وعدے

	کو پورا کرنے کے لئے ذمہ دار ہوتے ہیں.
امیداری	ایک انشورنس کمپنی کے اندر اندر تمام انشورنس کمپنیوں میں دعووں کو سمجھنے اور مصنوعات کے ڈیزائن کرنے، پالیسی کے قواعد، ضوابط اور قیمت طے کرنے کی ذمہ داری بیمالےکھکو کی ہوتی ہے.
ریگولیٹری	ریگولیٹری ریگولیٹری)بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی (مندرجہ ذیل کے لئے اپنے مقصد میں ایک اہم اسٹیک ہولڈر ہے:)انشورنس ماحول میں نظام کو برقرار رکھنا)پالیسی ہولڈرز کے مفاد کی حفاظت کرنا)انشورنس کمپنیوں کا طویل مدتی مالیاتی صحت کو یقینی بنانے
تیسری پارٹی منتظم	خدمت کے ثالث جن تیسری پارٹی منتظم کے طور پر جانا جاتا ہے، جو صحت کی انشورنس دعووں پر کارروائی کرتے ہیں
انشورنس ایجنٹ /بروکر	انشورنس ایجنٹ /بروکر نہ صرف پلسیا فروخت کرتے ہیں بلکہ ایک دعوے کی صورت میں ان سے گاہکوں کو کی خدمت فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے.
فراہم کنندہ / اسپتال	وہ اس بات کا یقین کرتے ہیں کہ گاہک کو دعووں کا ایک آرام دہ اور پرسکون تجربہ حاصل ہوتا ہے، خاص طور پر جب اسپتال ٹیپے کے پینل پر ہوتا ہے، انشورنس کمپنی نقدی مبرا اسپتال میں داخل ہونے کی سہولت فراہم کرتی ہے.

اس طرح اچھی طرح کے دعووں کا انتظام کرنے کا مطلب ہے دعووں سے متعلق ان میں سے ہر ایک اسٹیک ہولڈر کے مقاصد کا انتظام کرنا . بلاشبہ، ان میں سے کچھ مقاصد کا ایک دوسرے کے ساتھ ٹکراؤ ہونا ممکن ہے.

2. انشورنس کمپنی میں دعوی انتظام کے کردار

صنعت کے اعداد و شمار کے مطابق " -مختلف انشورنس کمپنیوں کی صحت کی انشورنس کے نقصان کا تناسب 65٪ سے لے کر 120٪ کے اوپر تک

ہے جہاں مارکیٹ کا زیادہ تر حصہ 100%نقصان کے تناسب سے اوپر کام کر رہا ہے ".صحت کی انشورنس کے کاروبار میں زیادہ تر کمپنیاں نقصان اٹھا رہی ہیں.

اس کا مطلب ہے کہ ایک مضبوط ہامیداری طریقوں اور دعووں کے موثر انتظام کو اپنانے کی بہت سخت ضرورت ہے تاکہ کمپنی اور پالیسی ہولڈرکو بہتر نتائج دیا جا سکے -

خود ٹیسٹ 1

ان میں سے کون انشورنس دعوی کے عمل میں ایک اسٹیک ہولڈر نہیں ہے؟

I. انشورنس کمپنی کے شیئرداریک

II. انسانی وسائل کے محکمہ

III. ریگولیٹری

IV. ٹی پی اے

B. صحت کی انشورنس دعووں کا انتظام

1. صحت کی انشورنس میں چیلنج

صحت کی انشورنس کے پورٹ فولیو کی مخصوص خصوصیات کو گہرائی میں سمجھنا اہم ہے جس سے کہ صحت سے متعلق دعووں کو مؤثر طور پر منظم کیا جا سکے .یہ اس طرح ہے:

a) زیادہ تر پالیسی ا اسپتال میں داخل ہونے کی معاوضہ کے لئے ہوتی ہیں جہاں احاطہ کی جانے والی موضوعات ایک' انسان 'ہے . یہ جذباتی نقطہ نظر کو سامنے لاتی ہے جو عام طور پر انشورنس کے دوسرے علاقوں میں دیکھنے کو نہیں ملتا ہے.

b) بھارت میں بیماریوں، علاج کے نقطہ نظر اور پہلو اپ کا بہت ہی مختلف پیٹرن دیکھنے کو ملتا ہے .اس کا نتیجہ لوگوں میں دیکھنے کو یہ ملتا ہے کہ کچھ لوگ ضرورت سے زیادہ محتاط ہو رہے ہیں اور وہیں کچھ لوگوں کی بیماری اور علاج کی پرواہ نہیں ہوتی ہے.

c) صحت کی انشورنس کسی شخص، کسی گروپ جیسے کوئی کارپوریٹ تنظیم کی طرف سے یا بینک جیسے ایک خوردہ فروخت چینل کے ذریعے خریدا جا سکتا ہے. اس کے نتیجے میں مصنوعات کو ایک طرف ایک معیاری مصنوعات کے طور پر فروخت کیا جا رہا ہے تو دوسری طرف کسٹمر کی ضروریات کو پورا کرنے کے حساب سے اپنی مرضی کے مطابق مصنوعات لائے جا رہے ہیں.

d) صحت کی انشورنس پالیسی اسپتال میں داخل ہونے کے پیمانے پر کی بنیاد پر ہوتا ہے جس سے پالیسی کے تحت ایک دعوی پیدا ہوتا ہے. اگرچہ دستیابی، مہارت، علاج کے طریقوں، بلنگ پیٹرن اور تمام صحت سروس فراہم کرنے والے، چاہے وہ ڈاکٹر ہو یا جراحی ڈاکٹر یا اسپتال کے چارجز میں کافی فرق ہوتا ہے جس دعووں کا اندازہ کرنا بہت مشکل ہو جاتا ہے.

e) صحت کی خدمات کے علاقے سب سے تیزی سے ترقی ہو رہا ہے .نئی بیماریوں اور مسائل کے پیدا ہونے کے نتیجے میں نئی علاج کے طریقوں کا بھی ترقی ہوئی ہے .کی-ہول سرجری، لیزر علاج وغیرہ اس کی مثال ہیں. یہ صحت کی انشورنس کو زیادہ تکنیکی بناتا ہے اور ایسی عمل کے لئے انشورنس دعووں کو کنٹرول کرنے کی مہارت میں مسلسل بہتری کی ضرورت ہوتی ہے.

f) ان تمام عوامل کے مقابلے میں سب سے زیادہ اہم حقیقت یہ ہے کہ انسانی جسم کا معیاری نہیں کیا جا سکتا ہے جو ایک بالکل نیا طول و عرض کرتا ہے .ایک ہی بیماری کے لئے کئے گئے ایک ہی علاج کے بارے میں دو لوگ الگ الگ طرح سے رد عمل کر سکتے ہیں-

صحت کی انشورنس کے پورٹ فولیو میں تیزی سے اضافہ ہو رہا ہے . مصنوعات کی بھاری تعداد اس طرح کے شدید ترقی کی چیلنج بن گئی ہے .مارکیٹ میں صحت کی انشورنس کی مصنوعات سینکڑوں میں موجود ہیں اور یہاں تک کہ ایک کمپنی کے اندر اندر ہی آپ کئی مختلف مصنوعات حاصل کر سکتے ہیں. ہر مصنوعات اور اس کے ورژن کی اپنی انفرادیت ہے اور اس وجہ دعوی کا تصفیہ کرنے سے پہلے ان کا مطالعہ کیا جانا چاہئے-

صحت کی انشورنس کے پورٹ فولیو میں ہو رہی برتری اعداد و شمار کے چیلنجوں کو بھی سامنے لاتا ہے -ایک کمپنی ہے جو خوردہ گاہکوں کو 1،00،000صحت پلسیا بیچتی ہے، ان پالیسیوں کے تحت ماں لیتے ہیں کہ 3،00،000ارکان کو احاطہ کرتی ہے، اسے کم سے کم تقریبا 20،000لوگوں کے دعووں کے تصرف کے لئے تیار رہنا ہوگا !کےشلےس خدمت اور دعووں کے جلد نپٹانے کی توقعات کے ساتھ صحت کی انشورنس کا دعوی محکمہ کو منظم کرنا ایک بڑا چیلنج ہے-

عام طور پر بھارت میں کی جانے والی صحت کی انشورنس پالیسیوں میں ملک کے اندر اندر کہیں بھی اسپتال میں داخل ہونے کا احاطہ کیا جاتا ہے. دعووں کا تصفیہ کرنے والی ٹیم کو پیش دعووں کا اندازہ کرنے کے قابل ہونے کے لئے ملک بھر میں چل رہی عمل کو سمجھنا ضروری ہے-

صحت دعوی مینیجر اپنی مہارت، تجربہ اور دستیاب مختلف آلات کا استعمال کرتے ہوئے ان چیلنجوں کا سامنا کرتا ہے-

حتمی تجزیہ میں، صحت کی انشورنس ایک ایسے شخص کی مدد کرنے کا اطمینان فراہم کرتا ہے جو ضرورت مند ہے اور خود یا آپ کے خاندان میں کسی کی بیماری کی وجہ سے جسمانی اور ذہنی کشیدگی کے دور سے گزر رہا ہیں -

ہنر دعوی انتظام اس بات کا یقین کرتا ہے کہ صحیح شخص کو صحیح وقت پر صحیح دعوی ادا کیا جاتا ہیں-

2. صحت کی انشورنس میں دعوے کے عمل

دعوے کی خدمت انشورنس کمپنی کی طرف سے اپنے آپ کو یا انشورنس کمپنی کی طرف سے اختیار تیسری پارٹی منتظم (ٹی پی اے) کی خدمات کے ذریعے سروس فراہم کرائی جاتی ہے-

پالیسی کی شرائط کے مطابق انشورنس کمپنی /ٹیپیے کو دعوے کے بارے میں آگاہ کرائے جانے کے وقت سے لے کر دعوی ادائیگی کے وقت تک صحت کا دعوی سپربھاشت مراحل کے ایک سیٹ سے ہوکر گزر جاتا ہے جس کی اپنی ایک الگ مطابقت ہوتی ہے-

صحت کی انشورنس) اسپتال میں داخل ہونے (معاوضہ مصنوعات کے خصوصی تناظر میں وسیع طریقے نیچے دی گئی ہیں جو صحت کی انشورنس کے کاروبار کا اہم حصہ بنتی ہیں۔

مقرر فائدہ مصنوعات یا سنگین بیماری یا روزانہ نقد مصنوعات وغیرہ کے تحت کئے جانے والے دعوے کے لئے ضروری دستاویزات اور عام عمل کاپھے اےھد تک اسی طرح کی ایک ہوگی، اس حقیقت کے سوائے ہے کہ اس طرح کے مصنوعات کےشلےس سہولت لے کر نہیں آتے ہیں۔

معاوضہ پالیسی کے تحت کیا جانے والا دعوی اس طرح ہو سکتا ہے :

a) کیش لیس (نقد مبرا) دعوی

گاہک اسپتال میں داخل ہونے کے وقت یا علاج کے وقت اخراجات ادا نہیں کرتا .نیٹ ورک اسپتال انشورنس کمپنی /ٹیپیے سے ایک سابق-منظوری کی بنیاد پر خدمات فراہم کرتا ہے اور بعد میں دعوے کے تصفیہ کے لئے انشورنس کمپنی / ٹی پی اے کے پاس دستاویزات کو جمع کیا جاتا ہے۔

b) آفسیٹ کا دعوی

کسٹمر اپنے وسائل سے علاج کے اخراجات کی ادائیگی اسپتال کو کرتا ہے اور پھر قابل قبول دعوے کی ادائیگی کے لئے انشورنس کمپنی / ٹی پی اے کے سامنے اپنے دعوے کو پیش کرتا ہے -

دونوں صورتوں میں بنیادی قدم ایک جیسے ہوتے ہیں.

تصاویر ۲: موٹے طور پر دعوی عمل میں مندرجہ ذیل مرحلے شامل ہوتے ہیں - (اگرچہ یہ درست ترتیب میں نہیں ہے۔)

a) معلومات

دعوے کی اطلاع کلائنٹ اور دعوی ٹیم کے درمیان رابطہ کا پہلا درشٹات ہے .کسٹمر کمپنی کو اسپتال میں داخل ہونے کی منصوبہ بندی کا فائدہ اٹھانے کے بارے میں مطلع کر سکتا ہے یا خاص طور پر ہنگامی حالات میں اسپتال میں داخل کے معاملے میں، اسپتال میں داخل ہونے کے بعد بھی کمپنی کو مطلع کر سکتا ہے.

حالیہ تک، دعوے کی واقعہ کی اطلاع دینا رسمی تھا .تاہم، اب انشورنس کمپنیوں نے جلد سے جلد دعوے کی اطلاع دینے پر زور دینا شروع کر دیا ہے تاکہ دعوے پر کام شروع ہو جائے. عام طور پر منظم داخل کئے معاملے میں اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور ہنگامی صورتحال کئے معاملے میں اسپتال میں داخل ہونے کئے 24گھنٹے کئے اندر اندر اس کی اطلاع دینا ضروری ہوتا ہے.

اسپتال میں داخل ہونے کئے بارے میں وقت پر معلومات فراہم ہونے سے بیماکرتا /ٹیپے کو یہ تصدیق کرنے میں مدد ملتی ہے کہ گاہک کو اسپتال میں داخل ہونا صحیح ہے اور یہاں کوئی پرتروپ یا دھوکہ دہی اور کبھی کبھی چارجز کو لے کر سودے بازی کرنے جیسی بات نہیں ہے.

پہلے اطلاع دینے کا مطلب ہے ''ایک تحریری، پیش اور منظور شدہ خط 'یا فیکس کی طرف سے بھیجا گیا خط .مواصلات اور ٹیکنالوجی کئے میدان میں ترقی کئے ساتھ اب انشورنس کمپنیوں /ٹیپے کی طرف سے طاقت 24گھنٹے کھلے رہنے والے کال سینٹر کی طرف سے اورانٹرنیٹ اور ای میل کئے ذریعے اطلاع دینا ممکن ہے.

b) رجسٹریشن

دعوے کا رجسٹریشن دعوے کو سسٹم میں درج کرنے اور ایک حوالہ نمبر بنانے کی عمل ہے جس کا استعمال کرکئے کسی بھی وقت دعوے کئے بارے میں معلوم کیا جا سکتا ہے. اسے دعوی تعداد، دعوی حوالہ نمبر یا دعوی کنٹرول تعداد بھی کہا جاتا ہے .یہ دعوی تعداد نظام اور کارروائی کرنے والے تنظیم کی طرف سے استعمال کی جانے والی عمل کی بنیاد پر عددی یا اکشراکیي ہو سکتی ہے.

عام طور پر دعوے کی اطلاع حاصل کرنے اور صحیح پالیسی نمبر اور بیمہ شدہ شخص کی معلومات کئے ملاپ کرنے کئے بعد ہی رجسٹریشن اور حوالہ نمبر تیار کی جاتی ہے.

سسٹم میں دعوی رجسٹرڈ ہو جانے کئے بعد، اسی دعوے کئے لئے انشورنس کمپنی کئے اکاؤنٹس میں ایک سچتي بنائی جائے گی . انفارمیشن /رجسٹریشن کئے وقت درست دعوی رقم یا متوقع رقم کئے بارے میں نہیں جانا جا سکتا ہے. اس ابتدائی ریزرو رقم (زیادہ تر تاریخی طور پر اوسط دعوے کئے سائز پر مبنی ہوتا ہے) معیار طور پر محفوظ ہوتی ہے. ایک بار جب ضرورت کی ذمہ داری رقم یا متوقع رقم کئے بارے میں پتہ چل جاتا ہے تو پھر اسی کئے مطابق محفوظ رقم میں گھٹا /بڑھا کر نظر ثانی کر دیا جاتا ہے.

c) دستاویزات کی تصدیق

دعوے رجسٹرڈ ہو جانے کے بعد دعوے کو آگے بڑھانے کے اگلے قدم کے طور پر تمام ضروری دستاویزات کے حاصل ہونے کی جانچ کی جاتی ہے.

یہ توجہ دیا جانا چاہئے کہ دعوی کی کارروائی آگے بڑھانے کے لئے مندرجہ ذیل سب سے اہم ضروریات ہیں :

1. بیماری کا دستاویزی ثبوت
2. فراہم کیا گیا علاج
3. بھرتی ہونے کی مدت
4. جانچ رپورٹ
5. اسپتال میں کیا گیا ادائیگی
6. علاج کے لئے آگے کا مشورہ
7. ٹرانسپلانٹ وغیرہ کے لئے ادائیگی کے ثبوت

دستاویزات کی تصدیق کے لئے ایک فہرست کی پیروی کی ہے اور دعوی پر کارروائی کرنے والا شخص اس فہرست کی جانچ کرتا ہے .زیادہ تر کمپنیاں اس بات کا یقین کرتی ہیں کہ اس قسم کا فہرست دستاویزات کو آگے بڑھانے کے عمل کا حصہ ہے.

اس مرحلے میں دستیاب نہیں دستاویزات کو نوٹ کیا جاتا ہے - چاہاں کچھ عمل میں اس نقطہ پر گاہک /اسپتال کی طرف سے پیش نہیں کئے گئے دستاویزات کو پیش کرنے کی درخواست کیا جانا شامل ہے جبکہ زیادہ تر کمپنیاں اضافی معلومات کی درخواست کرنے سے پہلے تمام پیش دستاویزات کی جانچ پڑتال کرتی ہیں تاکہ گاہک کو کوئی تکلیف نہ ہو.

d) بلنگ کی معلومات جمع کرنا

بلنگ دعوے پر کارروائی کرنے کے سائیکل کا ایک اہم حصہ ہے . عام صحت کی انشورنس پلسیا مختلف اشیاء کے تحت مخصوص حدود کے ساتھ علاج میں کئے گئے اخراجات کی معاوضہ کی فراہمی کرتی ہیں.

علاج کے چارجز کو اس قسم کی درجہ بندی کرنا ہے:

- ✓ رجسٹریشن اور سروس کی فیس سمیت کمرہ، بورڈ اور نرسنگ کے اخراجات.
- ✓ آئی سی یو اور کسی بھی گہری دیکھ بھال کے آپریشن کی فیس.
- ✓ آپریشن تھیٹر کی فیس، اینےتھےسیا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کی فیس، سرجری آلات، ادویات، تحقیقات مواد اور ایکس رے، ڈایلسس، کیموتھےرےپي، رےڈیوتھےرےپي، پےسمےکر کی

لاگت، مصنوعی اعضاء اور کوئی دیگر طبی اخراجات جو آپریشن کا اٹوٹ حصہ ہے.

- ✓ سرجن، اےنےستھےٹسٹ، ڈاکٹر، مشیر، ماہرین کی فیس.
- ✓ ایمبولینس کی فیس
- ✓ خون ٹیسٹ، ایکسرے، سکین، وغیرہ کا احاطہ کرنے والے ٹیسٹ کی فیس
- ✓ دوائیں اور منشیات

ان اشیاء کے تحت معلومات جمع کرنے کے لئے گاہک کی طرف سے پیش دستاویزات کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے تاکہ دعوے کو درستگی کے ساتھ نمٹا جا سکے.

اگرچہ یہ سارے کوشش اسپتالوں کے بلنگ پیٹرن کو مانکیکرن کرنے کے لئے ہیں، ہر اسپتال کے لئے بلنگ کے لئے ایک علیحدہ طریقہ کا استعمال کرنا عام بات ہے اور اس میں سامنے آنے والی چیلنج اس طرح ہیں:

- ✓ کمرے کے فیس میں خدمت فیس یا غذا فیس جیسی کچھ غیر قابل ادائیگی اشیاء کو شامل کیا جا سکتا ہے.
- ✓ ایک اکیلے بل میں الگ الگ اشیاء یا تمام قسم کی تحقیقات یا تمام منشیات کے لئے براہ راست بل شامل ہو سکتا ہے.
- ✓ غیر قانونی-مانکیکرن ناموں کا استعمال کیا جاتا ہے - جیسے نرسنگ فیس کو سروس کی فیس کہا جاتا ہے.
- ✓ بل میں "ایک طرح فیس"، "وغیرہ"، "منسلک اخراجات "جیسے الفاظ کا استعمال کیا جاتا ہے.

جہاں پر بلنگ کی معلومات واضح نہیں ہے، پروسیسر بل کی بریک اپ یا اضافی معلومات مانگتا ہے تاکہ درجہ بندی اور منظوری پر شک کا حل کیا جا سکے-

اس مسئلہ کو حل کرنے کے لئے ایالڈیےاي نے صحت کی انشورنس مانکیکرن ہدایات جاری کیا ہے جس میں اس طرح کے بل کے فارمیٹ کو اور غیر قابل ادائیگی اشیاء کی فہرست کو مانکیکرن کیا گیا ہے -

پیکیج کی شرح

کئی اسپتالوں میں بعض بیماریوں کے علاج کے لئے پیکج کی شرح پر اتفاق ہے .یہ علاج کے عمل کو معیاری اور وسائل کا استعمال کرنے کی اسپتال کی صلاحیت پر مبنی ہے- حالیہ دنوں میں، پسندیدہ فراہم کرنے والے کے نیٹ ورک میں علاج کے لئے اور قومی صحت کی

انشورنس کی منصوبہ بندی (آر ایس بی وائے) کے معاملے میں بہت عمل کی پیکیج کے اخراجات پہلے سے ہی تعین کر دی گئی ہے -

مثال

a) کارڈیک پیکیج :اینجیوگرام، اینجیوپلاسٹي، سی اے بی جی یا اوپن ہارٹ سرجری وغیرہ

b) گائنکولجکل پیکیج :عام ولادت، سیجیرین ولادت ، بچہ دانی نکالنا وغیرہ

c) ارتھوپیڈک پیکج

d) آنکھ طبی پیکج

سرجری کے بعد کی پیچیدگیوں کی وجہ سے اضافی اخراجات آتی ہے تو اسے اصلی بنیاد پر الگ سے وصول کیا جاتا ہے، اگر یہ اس کے علاوہ ہوتی ہے.

پیکجوں میں شامل لاگت کی یقین اور عمل کے مانکیکرن کا فائدہ ہوتا ہے اور اس وجہ سے اس طرح کے دعووں کو نپٹانا آسان ہوتا ہے.

e) دعووں کی کوڈنگ

عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او) کی طرف سے تیار بیماریوں کے بین الاقوامی درجہ بندی)ایسيڈي (کوڈ استعمال کیا جانے والا سب سے اہم کوڈ سیٹ ہے.

اگرچہ آئی ایس ڈی کا استعمال مانکیکرن شکل میں بیماری کو سمجھنے کے لئے کیا جاتا ہے، موجودہ عمل اصطلاحات(سی پی ٹی) جیسے عمل سے متعلق کوڈ بیماری کے علاج کے لئے اپنایي گئی کے عمل کو سمجھتے ہیں.

انشورنس کمپنیاں تیزی سے اس کوڈنگ پر بھروسہ کر رہے ہیں اور انشورنس کی معلومات بیورو (آئی آئی بی)، جو انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی (آئی آرڈی اے آئی) کا حصہ ہے، اس نے ایک معلوماتی بینک کی شروعات کی ہے جہاں اس طرح کی معلومات کا تجزیہ کیا جا سکتا ہے.

f) دعووں پر کارروائی کرنا

صحت کی انشورنس پالیسی کو پڑھنے کے بعد پتہ چلتا ہے کہ جہاں یہ ایک کاروباری معاہدہ ہے اس میں ایسی طبی اصطلاحات پر مشتمل ہے جو یہ وضاحت کرتی ہے کہ دعوی کب قابل ادائیگی ہے اور کس حد تک قابل ادائیگی ہے. کسی بھی انشورنس پالیسی میں دعوے پر کارروائی کا مرکز نقطہ دو اہم سوالات کا جواب دینے میں ہے :

✓ کیا دعوی پالیسی کے تحت قابل ادائیگی ہے ؟

✓ اگر ہاں، اصل واجبات کیا ہے ؟

ان میں سے ہر ایک سوال میں جاری کی گئی پالیسی کے قوانین اور شرائط اور اسپتال کے ساتھ اتفاق کی شرح کو سمجھنے کی ضرورت ہے، اگر علاج کسی نیٹ ورک اسپتال میں کیا گیا ہے.

دعوے کی منظوری

صحت دعوی کو قبول ہونے کے لئے مندرجہ ذیل شرائط کو پورا کرنا چاہئے.

i. **اسپتال میں داخل ہوئے رکن کو انشورنس پالیسی کے تحت احاطہ کرتا ہونا چاہئے.**

اگرچہ یہ سادہ لگتا ہے، ہم نے اس طرح کے حالات کو بھی دیکھا ہے جہاں احاطہ کئے گئے شخص کا نام (زیادہ صورتوں میں، عمر) اور اسپتال میں داخل ہوئے شخص کا نام نہیں ملتا ہے .ایسا ہو سکتا ہے کیونکہ :

اس بات کا یقین کرنا ضروری ہے کہ پالیسی کے تحت احاطہ کرتا شخص اور اسپتال میں داخل ہوا شخص ایک ہی ہے.- صحت کی انشورنس میں اس طرح کی دھوکہ دہی بہت عام ہے -

ii. **انشورنس کی مدت کے اندر اندر مریض کی بھرتی ہونا**

iii. **اسپتال کی تعریف**

جس اسپتال میں شخص کو بھرتی کیا گیا تھا اس پالیسی کے تحت "اسپتال یا نرسنگ ہوم "کی تعریف کے مطابق ہونا چاہئے ورنہ دعوی قابل ادائیگی نہیں ہوتا ہے.

iv. **رہائشی اسپتال میں داخل ہونا**

کچھ پالیسیاں رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا احاطہ کرتی ہیں یعنی ہندوستان میں ایک ایسی بیماری کے لئے 3 دن سے زیادہ کی مدت تک گھر پر کیا گیا علاج جس کے لئے عام اسپتال /نرسنگ ہوم میں علاج کرانے کی ضرورت ہوتی ہے.

پالیسی کے تحت احاطہ کرتا کئے جانے پر، رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا خرچ صرف تبھی قابل ادائیگی ہوتا ہے جب:

✓ مریض کی حالت ایسی ہے کہ اسے اسپتال / نرسنگ ہوم نہیں لے جایا جا سکتا ہے یا

✓ رہائشی سہولت کی کمی کی وجہ مریض کو اسپتال /نرسنگ ہوم میں نہیں لے جایا جا سکتا ہے

v. **اسپتال میں داخل ہونے کی مدت**

کچھ پالسیاں رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا احاطہ کرتی ہیں یعنی ہندوستان میں ایک ایسی بیماری کے لئے 3 دن سے زیادہ کی مدت تک گھر پر کیا گیا علاج جس کے لئے عام اسپتال /نرسنگ ہوم میں علاج کرانے کی ضرورت ہوتی ہے.

ڈے-کیئر علاج

صحت کی خدمات کی صنعت میں ہوئے تکنیکی ترقی نے اسپتال میں داخل ہونے کے لئے ضروری مشرق کی پیچیدہ اور طویل والی کئی عمل کا سرلیکر کیا ہے. 24 گھنٹے سے زیادہ اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت کے بغیر دن بھر کی دیکھ بھال کی بنیاد پر کئی عمل کی شروعات کی گئی ہے. زیادہ تر ڈےکےیر عمل کو سابق اظہار رضامندی کے پیکج کی شرح کی بنیاد پر لاگو کیا گیا ہے جس کے نتیجے میں لاگت میں ایک یقین آئی ہے-

vi. او پی ڈی

کچھ پالیسیاں بھرگ مریض کے طور پر بھی علاج /مشاورت کا احاطہ کرتی ہیں جو ایک مخصوص انشورنس کی رقم پر انحصار کرتا ہے اور عام طور پر یہ اسپتال میں داخل ہونے کی انشورنس رقم سے کم ہوتا ہے.

اوپی ڈی کے تحت کوریج الگ الگ پالیسی کے معاملے میں مختلف ہوتا ہے .اس طرح کی آفسیٹ کے لئے، 24گھنٹے اسپتال میں داخل ہونے کا کلج لاگو نہیں ہوتا ہے.

vii. علاج کے عمل /علاج کے نظام

عام طور پر اسپتال میں داخل ہونے کو علاج کی ایلوپیتھک طریقہ کے ساتھ جوڑ کر دیکھا جاتا ہے .تاہم، مریض علاج کی دوسرے نظام کو بھی اپنا سکتا ہے، جیسے:

- ✓ یونانی
- ✓ سیدھا
- ✓ ہومیو پیتھی
- ✓ آیورویدا
- ✓ قدرتی میڈیسن وغیرہ

زیادہ تر پالیسیاں علاج کی ان کے نظام کو باہر رکھتی ہے وہیں کچھ پالیسیاں ایک نائب حد کے ساتھ علاج کی ان کے نظام میں سے ایک یا اس سے زیادہ کا احاطہ کرتی ہیں.

viii. پہلے سے موجود بیماریاں

تعریف

پہلے سے موجود بیماریوں کا مطلب ہے ایسی کوئی بھی صورتحال، بیماری یا چوٹ یا متعلقہ مسئلہ جس کے لئے بیمہ شدہ شخص میں اشارہ اور علامات دیکھے گئے ہیں اور / یا جن پتہ چلا تھا اور / یا کمپنی کے ساتھ اس کی صحت کی انشورنس پالیسی سے 48 ماہ پہلے کی مدت کے اندر اندر طبی مشورہ /علاج حاصل کیا گیا تھا، چاہے اس کے بارے میں اسے واضح طور پر معلوم تھا یا نہیں تھا -

انشورنس کے بنیادی اصولوں کی وجہ سے پہلے سے موجود بیماریوں کو باہر رکھا گیا ہے جس کے مطابق ایک یقین کو انشورنس کے تحت احاطہ نہیں کیا جا سکتا ہے-

تاہم، اس اصول کو لاگو کرنا بہت مشکل ہوتا ہے اور اس میں یہ پتہ لگانے کے لئے کہ انشورنس کے وقت انسان میں مسئلہ موجود تھی یا نہیں، علامات اور علاج کی ایک سویوستیت جانچ کرنا شامل ہے. چونکہ طبی پیشہ ور افراد میں بیماری کی مدت کے بارے میں اپنی الگ الگ رائے ہو سکتی ہے، کسی بھی دعوی سے انکار کرنے سے پہلے احتیاط سے یہ رائے لی جاتی ہے کہ بیماری پہلی بار جب دکھائی دی تھی -

پہلا ترمیم گروپ انشورنس کے معاملے میں ہے جہاں گروپ میں شامل تمام لوگ بیمہ ہوتے ہیں، اس میں انشورنس کمپنی کے خلاف انتخاب کی کوئی گنجائش نہیں ہوتی ہے .جیسے تمام سرکاری ملازمین، غربت کی لکیر سے نیچے کے تمام خاندانوں، بڑے کارپوریٹ گروپ کے ملازمین کے خاندان کے رکن وغیرہ کا احاطہ کرنے والی گروپ پالیسیوں کو پہلی بار احاطہ کا اختیار منتخب کرنے والے ایک خاندان کے مقابلے میں زیادہ دوستانہ سمجھا جاتا ہے. ان پالیسیوں میں اکثر رعایت کو ہٹا دیا جاتا ہے کیونکہ کافی قیمت کا رعایت بنیادی ہوتا ہے -

دوسرا ترمیم یہ ہے کہ پہلے سے موجود بیماریوں کو مسلسل کوریج کی ایک مقررہ مدت کے بعد احاطہ کیا جاتا ہے. یہ اس اصول کو مانتا ہے کہ انسان میں ایک پوزیشن موجودہ رہنے پر بھی اگر یہ ایک مخصوص وقت کی مدت میں دکھائی نہیں دیتا ہے تو پھر اسے ایک یقین کے طور پر نہیں دیکھا جا سکتا ہے-

ix. ابتدائی انتظار کی مدت

ایک عام صحت کی انشورنس پالیسی کو صرف ایک ابتدائی 30دنوں کی مدت کے بعد(حادثہ سے متعلق اسپتال میں داخل ہونے کو چھوڑ کر) بیماریوں کا احاطہ کرتی ہے -

اسی طرح بیماریوں کی فہرست بھی دستیاب ہے جیسے :

موتیابد، معمولی پروسٹیٹک ہائپر	ہرنیا، ہاڈروسیل،

ٹرافی، بچہ دانی نکالنا، فسٹیولا، بواسیر،	سائن سائٹس، گھٹنے / کولہے کے جوڑ کو تبدیل کرنا وغیرہ

انہیں ایک ابتدائی مدت کے لئے کا احاطہ نہیں کیا جا سکتا ہے جو مخصوص انشورنس کمپنی کی مصنوعات کی بنیاد پر ایک سال یا دو سال یا اس سے زیادہ ہو سکتی ہے۔

دعوے کو آگے بڑھانے والا شخص یہ شناخت کرتا ہے کہ کیا بیماری ان میں سے ایک ہے اور اگر یہ اس منظوری شرط کے اندر اندر آتی ہے تو اس شخص کو کب تک کے لئے کا احاطہ کیا گیا ہے۔

x. **اخراج**

اس پالیسی میں اپورجنو کا ایک سیٹ بنایا گیا ہے جسے عام طور پر اس طرح کی درجہ بندی کیا جا سکتا ہے:

- ✓ زچگی جیسے فوائد (اگرچہ کچھ پالیسیوں میں اسے احاطہ کرتا ہے)۔
- ✓ آؤٹ پیشنٹ اور دانتوں طبی علاج۔
- ✓ ایسی بیماریاں جن کا احاطہ کرنے کا ارادہ نہیں رکھتا ہے، جیسے ایچ آئی وی، ہارمون تھراپی، موٹاپے کا علاج، عمل صلاحیت کا علاج، کاسمیٹک سرجری وغیرہ۔
- ✓ شراب / منشیات کے غلط استعمال سے ہونے والی بیماریاں۔
- ✓ ہندوستان کے باہر طبی علاج۔
- ✓ اعلی جوکھم سے بھرے سرگرمیاں، خودکشی کی کوشش، تابکار آلودگی۔
- ✓ صرف جانچ /ٹیسٹ کا مقصد سے داخل۔

اس طرح کے ایک معاملے میں دعوی پر کارروائی کرنے والے شخص کے لئے حالات کو خاص طور پر واضح کرنا انتہائی اہم ہو جاتا ہے تاکہ ماہر کی رائے بالکل درست ہو اور چیلنج دیئے جانے پر ایک قانون کی عدالت میں جانچ پڑتال کے لئے پیش کیا جا سکے۔

xi. **دعووں کے سلسلے میں حالات کے ساتھ تعمیل۔**

انشورنس پالیسی ایک دعوے کے معاملے میں بیمہ شدہ شخص کی طرف سے اٹھائے جانے والے کچھ اقدامات کو بھی وضاحت کرتی ہے جن میں سے کچھ دعوے کی منظوری کے لئے اہم ہیں۔

عام طور پر یہ ان سے متعلق ہوتے ہیں:

- ✓ مخصوص مدت کے اندر اندر دعوے کی اطلاع دینا -معلومات کے اہمیت کو ہم نے پہلے دیکھ لیا ہے- پالیسی ایک وقت مقرر کر سکتی ہے جس کے اندر اندر معلومات کمپنی کے پاس پہنچ جانی چاہئے-
- ✓ ایک خاص مدت کے اندر اندر دعوی دستاویزات پیش کرنا-
- ✓ اہم حقائق کی غلط بیانی، غلط ڈیمو یا غیر انکشاف میں شامل نہیں ہونا-

g) آخری قابل ادائیگی دعوے پر پہنچنا

ایک بار دعوی قابل قبول ہونے پر اگلا قدم قابل ادائیگی دعوے کی رقم طے کرنے کا ہے .اس حساب کرنے کے لئے ہمیں قابل ادائیگی دعوی رقم طے کرنے والے عوامل کو سمجھنے کی ضرورت ہے .یہ عنصر ہیں:

i. پالیسی کے تحت رکن کے لئے دستیاب انشورنس رقم

کچھ پالیسیاں الگ الگ انشورنس رقم کے ساتھ جاری کی گئی ہیں، کچھ پھلوٹر بنیاد پر، جہاں انشورنس رقم پورے خاندان کے لئے دستیاب ہوتی ہے یا ایسی پلسیا جو پھلوٹر بنیاد پر ہوتی ہیں لیکن فی رکن کی ایک حد ہوتی ہے.

ii. پہلے کئے گئے کسی بھی دعوے کو ذہن میں رکھتے ہوئے پالیسی کے تحت رکن کے لئے دستیاب باقی انشورنس کی رقم:

پہلے سے ادائیگی کئے گئے دعووں کو گھٹانے کے بعد دستیاب باقی انشورنس کی رقم کا حساب کرتے وقت، بعد میں اسپتالوں کو فراہم گئے کسی بھی کےشلےس اختیار پر بھی توجہ دیا جانا ضروری ہو گا.

iii. نائب حدود

زیادہ تر پالیسیوں میں کمرے کرایہ، نرسنگ فیس وغیرہ کو یا تو انشورنس رقم کے ایک فیصد کے طور پر یا فی دن کی حد کے طور پر محدود کر دیا جاتا ہے .اسی طرح کی حد مشورہ فیس یا ایمبولینس فیس وغیرہ کے لئے لاگو ہو سکتی ہے.

iv. کسی بھی بیماری مخصوص حد کی جانچ کرنا

پالیسی زچگی احاطہ یا دیگر بیماریوں جیسے دل کی بیماری کے لیے ایک مقررہ رقم یا حد کی وضاحت کر سکتی ہے.

v. کیا مجموعی بونس کا حقدار ہے یا نہیں، اس کی جانچ کرنا

تصدیق کریں کہ کیا بیمہ دار کسی دعوی-مفت بونس کی حقدار ہے (اگر بیمہ دار نے گزشتہ سال(سالوں) میں اپنی پالیسی سے کوئی دعوی نہیں کیا ہے-) دعوی-مفت بونس اکثر اضافی انشورنس کی رقم کے طور پر آتا ہے جو اصل میں مریض /بیمہ دار کی انشورنس رقم کو بڑھا دیتا ہے .کبھی کبھی مجموعی بونس کو بھی غلط طریقے سے گزشتہ سال کے آخر میں مطلع دعوے کے طور پر بتایا جاتا ہے جسے ممکنہ طور پر ذہن میں نہیں رکھا گیا ہوگا-

vi. حد کے ساتھ احاطہ کئے گئے دیگر اخراجات:

دیگر حدود بھی ہو سکتی ہیں جیسے علاج دوا کی آیورویدک نظام کے تحت کیا گیا تھا، عام طور پر اس کی حد بہت کم ہوتی ہے. پالیسی کے چار سال کے بعد صحت جانچ کی لاگت صرف ایک خاص حد تک ہوتی ہے .اسپتال نقد ادائیگی میں بھی ایک فی دن کی حد ہوتی ہے.

vii. شریک ادائیگی

یہ عام ادائیگی سے پہلے تشخیص دعوے کا ایک فلیٹ فیصد ہوتا ہے .شریک ادائیگی صرف مخصوص حالات میں بھی لاگو ہو سکتا ہے - صرف والدین کے دعووں کے لئے، صرف زچگی دعووں کے لئے، صرف دوسرے دعوے کے بعد سے یا یہاں تک کہ صرف ایک مقررہ رقم سے زیادہ کے دعووں پر.

واجبات کو ان حدود کے لئے ایڈجسٹ کرنے سے پہلے، قابل ادائیگی دعوی رقم کا حساب غیر قابل ادائیگی مدو کے لئے خالص کمی پر کی جاتی ہے.

ایک صحت دعوے میں غیر قابل ادائیگی اشیاء

کسی بیماری کے علاج میں کئے گئے اخراجات کو اس قسم کی درجہ بندی کیا جا سکتا ہے:

- ✓ علاج کے لئے اخراجات اور
- ✓ دیکھ بھال کے لئے خرچ.

کسی بیماری کے علاج کے اخراجات میں تمام طبی لاگتے اور اس کے عام سہولیات شامل ہوتی ہیں .اس کے علاوہ، ایک سے زیادہ آرام دہ اور پرسکون یا عالیشان اسپتال میں ٹھہرنے کے لئے اخراجات ہو سکتے ہیں.

ایک عام صحت کی انشورنس پالیسی ایک بیماری کے علاج کے اخراجات کا بوجھ اٹھاتا ہے اور جب تک خاص طور پر نہیں کہا گیا ہے، عیش و آرام کے لئے اضافی اخراجات قابل ادائیگی نہیں ہوتے ہیں.

ان اخراجات کو غیر علاج چارجز رجسٹریشن فیس، دستاویزات فیس وغیرہ کے طور پر اور ایسے آئٹمز کے طور پر درجہ بندی کیا جا سکتا ہے جن پر علاج سے براہ راست تعلق ہونے پر غور کیا جا سکتا ہے (مثال کے طور داخل مریض کی مدت کے دوران خاص طور پر تعین پروٹین کے اضافی)۔

اس سے پہلے ہر ٹی پی اے / انشورنس کمپنی کے پاس غیر قابل ادائیگی آئٹمز کی فہرست ہوتی تھی، اب اسے آئی آر ڈی اے صحت کی انشورینس کی معیاری ہدایات کے تحت معیاری کر دیا گیا ہے۔

آخری قابل ادائیگی دعوے پر پہنچنے کا تسلسل اس طرح ہے:

ٹیبل 2.1

مرحلے I	کمرے کا کرایہ، مشاورت فیس وغیرہ کے مختلف اشیاء کے تحت تمام بل اور رسیدوں کی فہرست
مرحلے II	ہر اشیاء کے نیچے دعوی رقم سے غیر قابل ادائیگی آئٹمز کو کم کرنے
مرحلے III	اخراجات کے ہر اشیاء پر لاگو ہونے والی کسی بھی حد کو لاگو کریں
مرحلے IV	کل قابل ادائیگی رقم کو ہٹا دیں اور تحقیقات کریں کہ کیا یہ مجموعی طور پر انشورنس کی رقم کے اندر اندر ہے

h) دعوے ادا

ایک بار جب قابل ادائیگی دعوی رقم نکال لی جاتی ہے، گاہک یا اسپتال کو، جو بھی معاملہ ہو، ادا کر دیا جاتا ہے۔ منظوری دعوی رقم کے بارے میں خزانہ /اکاؤنٹنگ ڈویژن کو بتا دیا جاتا ہے اور پھر چیک کی طرف سے یا کلائنٹ کے بینک اکاؤنٹ میں دعوی رقم کو منتقل کرکے ادا کیا جا سکتا ہے۔

جب اسپتال کو ادا کیا جاتا ہے، کوئی بھی ضروری ٹیکس کٹوتی ادائیگی کی رقم سے کی جاتی ہے۔

چہاں ادائیگی کو تیسری پارٹی منتظم کی طرف سے کنٹرول کیا جاتا ہے، ادائیگی کے عمل کو الگ الگ انشورنس کمپنی کے معاملے میں مختلف ہو سکتی ہے .ٹیپیے کی طریقہ کار کے بارے میں مزید تفصیلی معلومات کے بعد دی گئی ہے۔

سسٹم میں ادائیگی کا طرف کسٹمر کی پوچھ گچھ سے نمٹنے کے لئے اہم ہے .عام طور پر اس طرح کی تفصیل کال سینٹر /کسٹمر سروس کی ٹیم کو سسٹم کے ذریعے اشتراک کیا جائے گا۔

ایک بار ادا ہو جانے پر دعوے کو نپٹا لیا گیا سمجھا جاتا ہے. نپٹائے گئے دعووں کی تعداد اور مقدار کے لئے کمپنی کے انتظام، بچولیوں، گاہکوں اور آئی آر ڈی اے آئی کو وقت وقت پر رپورٹ بھیجی جاتی ہے .نپٹائے گئے دعووں کے عام تجزیہ میں ضائع کی فی صد، ایک تناسب کے طور پر غیر قابل ادائیگی رقم، دعووں کا نپٹارا کرنے میں لگا اوسط وقت وغیرہ شامل ہے.

i) دستاویزات کی کمی کا انتظام /ضروری اضافی معلومات

دعووں پر کارروائی کرنے میں اہم دستاویزات کی ایک فہرست کی جانچ پڑتال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے .یہ اس طرح ہیں:

- ✓ اسپتال میں داخل ہونے کی تبصرہ کے ساتھ چھٹی ملنے کا خلاصہ،
- ✓ تحقیقات کی رپورٹ کے مطابق حمایت،
- ✓ آخری مضبوط بل، مختلف حصوں میں تفصیلات کے ساتھ
- ✓ پرiسکرپشن اور ادویات کا بل،
- ✓ ادائیگی کی رسید،
- ✓ دعوی فارم اور
- ✓ کلائنٹ کی شناخت

تجربے سے پتہ چلتا ہے کہ پیش کئے گئے چار دعووں میں سے ایک اصل دستاویزات کے تناظر میں التواء ہوتا ہے .اس پیش نہیں کئے گئے دستاویزات کے بارے میں گاہک کو بتایا جانا ضروری ہے اور اسے ایک وقت کی حد دی جانی چاہئے جس کے اندر اندر انہوں نے انہیں اپنے دعوے کے ساتھ منسلک کر سکتا ہے.

اسی طرح، دعوے پر کارروائی کرتے وقت ایسا ہو سکتا ہے کہ اضافی معلومات کی ضرورت پیدا ہو جائے کیونکہ:

i. اسپتال سے چھٹی ملنے کا فراہم کرایا گیا صحیح فارمیٹ میں نہیں ہے یا اس میں بیماری کی تشخیص کے بارے میں کچھ تفصیلات یا بیماری کی تاریخ شامل نہیں ہے.

ii. علاج کی کافی تفصیل سے بتایا نہیں گیا ہے یا وضاحت کی ضرورت ہے.

iii. اسپتال سے چھٹی ملنے کے خلاصے کے مطابق علاج بیماری کی علامات کے مطابق نہیں ہے یا بتائی گئی دوائیں اس بیماری سے متعلق نہیں ہیں جس کے لئے علاج کیا گیا تھا.

iv. فراہم کردہ بل میں ضروری تفصیلات شامل نہیں ہے.

v. دو دستاویزات کے درمیان شخص کی عمر میں فرق ہے.

vi. .اسپتال سے چھٹی کے خلاصے اور بل کے درمیان میں داخل کی تاریخ /چھٹی ملنے کی تاریخ میں تال میل نہیں ہے.

vii. دعوے کے لئے اسپتال میں داخل ہونے کے بارے میں ایک سے زیادہ وسیع تحقیقات کی ضرورت ہے اور اس کے لئے اسپتال کے ان ڈور کیس کے کاغذات کی ضرورت ہے.

دونوں ہی صورتوں میں، اضافی معلومات کی ضرورت کے تفصیلات کے ساتھ تحریری طور پر یا ای میل کے ذریعے کسٹمر کو مطلع کیا جاتا ہے .زیادہ تر معاملات میں کلائنٹ کی ضروری معلومات فراہم کرنے کے قابل ہو جائے گا. اگرچہ ایسی حالات بھی ہیں جہاں ضروری معلومات اتنی زیادہ اہم ہے کہ اس کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے، لیکن گاہک جواب دیتا ہے. اس طرح کے معاملات میں، گاہک کو رمائنڈر بھیجا جاتا ہے کہ دعوے کی کارروائی آگے بڑھانے کے لئے یہ معلومات ضروری ہے اور ایسے تین رمائنڈر کے بعد دعوی بند کرنے کا نوٹس بھیج دیا جاتا ہے.

کارروائی کے دوران دعوے سے متعلق تمام خط و کتابت میں آپ دیکھیں گے کہ خط کے سب سے اوپر "تعصب کے بغیر " لفظ متعین ہوتا ہے. یہ ایک قانونی ضرورت ہے جو اس بات کا یقین کرتا ہے کہ ان خط و کتابت کے بعد دعوے کو مسترد کرنے کا انشورنس کمپنی کا حق برقرار رہتا ہے.

مثال

انشورنس کمپنی معاملے کا تفصیل سے مطالعہ کرنے کے لئے کیس کے انڈور کاغذاتوں کا مطالبہ کر سکتی ہے اور اس نتیجہ پر پہنچ سکتا ہے کہ عمل /علاج پالیسی کی شرائط کے دائرے میں نہیں آتا ہے. مزید معلومات مانگنے کے کام کو ایک ایسی کارروائی کے طور پر نہیں دیکھا جانا چاہئے جس کا مطلب ہے کہ انشورنس کمپنی نے دعوی قبول کر لیا ہے -

---

دستاویزات میں کمی اور وضاحت اور ضروری اضافی معلومات کے انتظام کا دعوی انتظام کی ایک اہم چیلنج ہے .جہاں تمام ضروری معلومات کے بغیر دعوے پر کارروائی نہیں کی جا سکتی ہے، کسٹمر سے بار بار زیادہ سے زیادہ معلومات کی درخواست کرکے اسے تکلیف میں نہیں ڈالا جاسکتا ہے-

اچھے طرز عمل کے لئے یہ ضروری ہے کہ اس طرح کی درخواست تمام ضروری معلومات کی ایک مضبوط فہرست کے ساتھ کیا جائے اور اس کے بعد کوئی نئی مطالبہ نہیں کی جائے -

ژ) دعووں کا انکار

صحت سے متعلق دعووں کے تجربے سے پتہ چلتا ہے کہ پیش کئے گئے 10%سے 15% دعوے پالیسی کی شرائط کے اندر اندر نہیں آتے ہیں .ایسا مختلف وجوہات کی بنا پر ہو سکتا ہے، جن میں سے کچھ مندرجہ ذیل ہیں:

i. داخل کی تاریخ انشورنس کی مدت کے اندر اندر نہیں ہے.

ii. جس رکن کے لئے دعوی کیا گیا ہے اسے احاطہ نہیں کیا گیا ہے.

iii. پہلے سے موجود بیماری کی وجہ سے (جہاں پالیسی ایسی حالت کو خارج کر دیا گیا کرتا ہے) -

iv. کسی جائز وجہ کے بغیر پیش کرنے میں نامناسب تاخیر

v. کوئی فعال علاج نہیں؛ داخل صرف تحقیقات کے مقصد سے کیا گیا ہے.

vi. جس بیماری کا علاج کیا گیا اس پالیسی کے تحت باہر رکھا گیا ہے.

vii. بیماری کی وجہ شراب یا منشیات کا غلط استعمال ہے.

viii. 24 گھنٹے سے کم وقت تک اسپتال میں داخل کیا گیا ہے.

دعوے کا انکار یا تردید (کی وجہ چاہے جو بھی ہو) کے بارے میں تحریری طور پر گاہک کو مطلع کیا جانا چاہئے .عام طور پر اس طرح کے انکار کے خط میں مسترد کرنے کی وجہ واضح طور پر بتائی جاتی ہے، جس پالیسی کے اس اصول /شرط کا ذکر ہوتا ہے جس کے بنیاد پر دعوے کو مسترد کیا گیا تھا.

زیادہ تر انشورنس کمپنیوں کے پاس ایک ایسی عمل ہوتی ہے جس کے ذریعے دعوے کو منظور کرنے کے لئے اختیار کے مینیجر سے ایک سینئر مینیجر کی طرف سے مسترد کو اختیار کیا جاتا ہے. ایسا اس بات کا یقین کرنے کے لئے ہے کہ کوئی بھی مسترد مکمل طور پر جواز بھی پیش ہے اور اگر بیمادھارک کوئی قانونی اقدامات چاہتا ہے تو اس کے بارے میں واضح کیا جائے گا-

انشورنس کمپنی کو نمائندگی کے علاوہ، دعوے کے انکار کے معاملے میں گاہک کے پاس مندرجہ ذیل سے رابطہ کرنے کا اختیار ہوتا ہے :

- ✓ انشورنس لوک پال (اومبڈسمین) یا
- ✓ صارفین فورم یا
- ✓ آئی آر ڈی آے آئی یا
- ✓ قانون کی عدالتیں

ہر انکار کے معاملے میں یہ اندازہ کرنے کے لئے فائل کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے کہ کیا انکار عام عمل میں قانونی جانچ پڑتال پر صحیح جواب پائے گا اور دستاویزات کو محفوظ مقام پر رکھا جاتا ہے تاکہ کہیں فیصلہ کا دفاع کرنے کی کوئی ضرورت نہ پیدا ہو جائے.

k) مزید تفصیلی جانچ پڑتال کے لئے مشتبہ دعوے

انشورنس کمپنیاں کاروبار کے تمام لائنوں میں دھوکہ دہی کے مسئلہ کو دور کرنے کی پوری کوشش کر رہی ہیں .دھوکہ دہی کے دعووں کے تصرف کی خالصتا تعداد کے تناظر میں صحت کی انشورنس، انشورنس کمپنیوں کے لئے ایک بڑا چیلنج پیش کرتا ہے.

صحت کی انشورنس کے علاقے میں کی گئی دھوکہ دہی کے کچھ مثالیں ہیں:

i. **جعلی شخصیت** ، بیمہ شدہ شخص علاج کئے گئے شخص سے مختلف ہے.

ii. دعوی کرنے کے لئے **جعلی دستاویزات** تیار کرنا ہے جہاں اسپتال میں داخل ہونے کا کوئی معاملہ نہیں ہے

iii. **اخراجات کو بڑھا چڑھا کر بتانا** ، یا تو اسپتال کی مدد سے یا جعل سازی کرکے بنائے گئے بیرونی بل کو شامل کرکے.

iv. **بیماری کا پتہ لگانے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لئے آؤٹ پیشنٹ علاج کو ان پیشنٹ /اسپتال** میں داخل ہونے میں تبدیل کر دیا گیا جو بعض صورتوں میں بہت زیادہ ہو سکتا ہے.

روزانہ کی بنیاد پر ابھرتی ہوئی دھوکہ دہی کے نئے طریقوں کی وجہ سے انشورنس کمپنیوں اور ٹی پی اے کو مسلسل زمینی سطح پر صورتحال پر نظر رکھنے اور اس طرح کی دھوکہ دہی کا پتہ لگانے اور اسے کنٹرول کرنے کے اقدامات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے.

دعووں دو طریقوں کی بنیاد پر تحقیقات کے لئے کیا جاتا ہے:

- ✓ باقاعدہ دعوے اور
- ✓ ٹرگر ہوئے دعوی

ایک ٹی پی اے یا انشورنس کمپنی ایک اندرونی معیار کا تعین کر سکتے ہیں کہ دعووں کے ایک مخصوص فیصد کو براہ راست طور پر تصدیق کیا جائے گا؛ یہ فیصد کیش لیس اور آفسیٹ دعووں کے لئے الگ الگ ہو سکتا ہے.

اس طریقہ میں دعووں کو بے ترتیب نمونہ طریقہ استعمال کرتے ہوئے کیا جاتا ہے .کچھ انشورنس کمپنیوں تعین کرتی ہیں کہ ایک مخصوص قیمت سے زیادہ کے تمام دعووں کی تحقیقات کی جائے گی اور اس کی حد سے نیچے کے دعووں کے ایک نمونہ سیٹ توثیق کے لئے لیا جاتا ہے.

دوسری طریقہ میں، ہر دعوے کو چےکپواٹ کا ایک سیٹ سے ہوکر گزرنا پڑتا ہے جو مطابق نہیں ہونے پر تحقیقات کے لئے بھیجا جا سکتا ہے جیسے

i. طبی ٹیسٹ یا منشیات سے متعلق دعوے کا ایک اعلی حصہ

ii. گاہک بھی ضائع کے شوقین ہے

iii. اوورائٹینگ والے بل وغیرہ

اگر دعوی اصلی نہیں ہونے کا شبہ ہے تو دعوے کی جانچ کی جاتی ہے، چاہے وہ کتنا ہی چھوٹا ہو.

n. ٹی پی اے کی طرف سے کیش لیس ضائع عمل

کیش لیس سہولت کیسے کام کرتی ہے؟ اس مرکز میں ایک معاہدہ ہے جو ٹی پی اے اور انشورنس کمپنی اسپتال کے ساتھ کرتی ہے . دیگر طبی سروس فراہم کرنے والے کے ساتھ بھی معاہدے ممکن ہیں . ہم اس سیکشن میں کیش لیس سہولت فراہم کرنے کے لئے اپنائی جانے والی عمل پر غور کریں گے:

ٹیبل 3.1

مرحلہ 1	صحت کی انشورنس کے تحت شامل کیا گیا گاہک کسی بیماری سے دوچار ہے یا اسے کوئی چوٹ لگی ہے اور اس وجہ سے اسپتال میں داخل کرنے کا مشورہ دیا گیا ہے .وہ (یا اس کی طرف سے کوئی دوسرے شخص) اس طرح کی انشورنس تفصیلات کے ساتھ اسپتال کے انشورنس میز پر پہنچتا ہے: i. ٹی پی اے کا نام، ii. اس کی رکنیت نمبر، iii. انشورنس کمپنی کا نام، وغیرہ
مرحلہ 2	اسپتال ضروری معلومات مرتب کرتا ہے جیسے: i. بیماری کی تشخیص (ڈایگنوسس) ii. علاج، iii. علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام، iv. اسپتال میں بھرتی ہونے کے مجوزہ دنوں کی تعداد اور v. لاگت کا تخمینہ اسے ایک شکل میں پیش کیا ہے جو نقدین اجازت فارم کہلاتا ہے.
مرحلہ 3	ٹی پی اے نقدین اجازت فارم میں فراہم کردہ معلومات کا مطالعہ کرتا ہے.یہ پالیسی کی شرائط اور اسپتال کے ساتھ اتفاق کرتا ہوں ٹیرف، اگر کوئی ہو، کے ساتھ معلومات کی جانچ پڑتال کرتا ہے، اور اس فیصلے پر پہنچتا ہے کہ کیا نقدین اسپتال میں داخل ہونے کا

	اجازت فراہم کیا جا سکتا ہے اور اگر ایسا ہے تو، کتنی رقم کے لئے اس اختیار دیا جانا چاہئے. ٹی پی اے فیصلے پر پہنچنے کے لئے مزید معلومات مانگ سکتے ہیں .ایک بار فیصلہ ہو جانے پر بغیر کسی تاخیر کے اس کے بارے میں اسپتال کو مطلع کر دیا جاتا ہے. دونوں فارموں کو اب آئی آر ڈی آے آئی کے صحت کی انشورنس کی معیارات ہدایات کے تحت معیاری کر دیا گیا ہے؛ (آخر میں منسلکہ ملاحظہ کریں۔)
مرحلہ 4	اسپتال کی طرف سے مریض کا علاج مریض کے اکاؤنٹ میں جمع کے طور پر ٹی پی اے کی طرف سے اختیار رقم کو ذہن میں رکھتے ہوئے کیا جاتا ہے .رکن کو غیر علاج سے متعلق اخراجات کا احاطہ کرنے کے لئے ایک جمع رقم ادا کرنے اور پالیسی کے تحت کی ضرورت کوئی شریک ادائیگی کی رقم جمع کرنے کے لئے کہا جا سکتا ہے.
مرحلہ 5	جب مریض اسپتال سے چھٹی کے لئے تیار ہو جاتا ہے، اسپتال انشورنس کی طرف سے احاطہ کرتا کئے گئے حقیقی کے علاج کے اخراجات کے خلاف مریض کے اکاؤنٹ میں ٹیپیے کی طرف سے منظور جمع رقم کی جانچ پڑتال کرتا ہے. اگر جمع رقم کم ہوتی ہے تو اسپتال نقدین علاج کے لئے جمع رقم کی اضافی منظوری کی درخواست کرتا ہے. ٹی پی اے کا تجزیہ کرتا ہے اور اضافی رقم کو منظور کرتا ہے.
مرحلہ 6	مریض غیر قابل قبول چارج ادا کرتا ہے اور اسے اسپتال سے چھٹی دے دی جاتی ہے .دستاویزات کی تیاری کے عمل کو مکمل کرنے کے لئے اس دعوی فارم اور بل پر دستخط کرنے کے لئے کہا جائے گا.
مرحلہ 7	اسپتال کے تمام دستاویزات کو مستحکم کرتا ہے اور بل کی ادائیگی کی کارروائی آگے بڑھانے کے لئے مندرجہ ذیل دستاویز ٹی پی اے پیش کرتا ہے: i. دعوی فارم ii. اسپتال سے چھٹی کا خلاصہ / داخلے کی تبصرے iii. ٹی پی اے کی طرف سے جاری کیا گیا مریض / حرکت کا شناختی کارڈ اور تصویر شناختی کارڈ.

	iv. آخری مستحکم بل v. تفصیلی بل vi. جانچ رپورٹ vii. پریسکرپشن اور منشیات کا بل viii. ٹی پی اے کی طرف سے بھیجے گئے خط کی منظوری
مرحلہ 8	ٹی پی اے دعوے کے عمل کو آگے بڑھائے گا اور مندرجہ ذیل تفصیلات کی تصدیق کے بعد اسپتال کو ادائیگی کی سفارش کرے گا: i. علاج کیا گیا مریض وہی شخص ہے جس کے لئے منظوری فراہم کی گئی تھی. ii. مریض کا علاج اسی بیماری کے لئے کیا گیا ہے جس کے لئے منظوری مانگی گئی تھی. iii. خارج بیماری کے لئے اخراجات، اگر کوئی ہے، بل کا حصہ نہیں ہیں. iv. اسپتال کو بتائی گئی تمام حدود پر عمل کیا گیا ہے. v. اسپتال کے ساتھ اتفاق کرتا ہوں ٹیرف کی شرح پر عمل کیا گیا ہے، خالص قابل ادائیگی رقم کا حساب کریں.

نقدین سہولت کے قیمت میں شک کوئی نہیں ہے .گاہکوں کے لئے یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ خصوصیت کا بہترین استعمال کس طرح کیا جائے .توجہ دینے والی باتیں یہ ہیں :

i. گاہک کو اس بات کا یقین کرے گا کہ اس کے پاس آپ کے انشورنس کی تفصیلات دستیاب ہے .اس میں اس مندرجہ ذیل دستاویز شامل ہیں:

- ✓ ٹی پی اے کارڈ،
- ✓ پالیسی کاپی،
- ✓ کور کے شرائط و ضوابط -

ii. گاہک کو اس کی تحقیقات کرنی چاہئے کہ کیا اس مشیر ڈاکٹر کی طرف سے بتایا گیا اسپتال ٹی پی اے کے نیٹ ورک میں ہے .اگر نہیں تو اسے ٹیپپے سے دستیاب اختیارات کی معلومات حاصل کرنی چاہئے چہاں اس طرح کے علاج کے لئے نقدین سہولت دستیاب ہے.

iii. اسے یہ یقینی بنانے کی ضرورت ہے کہ پہلے اجازت فارم میں صحیح معلومات درج کی گئی ہے .اس فارم کو 2013میں اگر صحت انشورنس استحکام کے راستے ہدایات کے مطابق آئی آر ڈی اے آئی معیار کیا گیا ہے. اگر معاملہ واضح نہیں ہے تو ٹی

پی اے نقدین سہولت سے انکار کر سکتا ہے یا اس پر سوال اٹھا سکتا ہے.

iv. اسے یہ یقینی بنانے کی ضرورت ہے کہ اسپتال کی فیس حدود کے مطابق ہیں، مثال کے لئے، کمرے کے کرایہ کے لئے کی حد یا موتیابند طرح وضاحت علاج کی حد.

اگر وہ پالیسی کے کی طرف سے اجازت کی حد سے زیادہ خرچ کرنا چاہتا ہے تو پیشگی میں یہ جان لینا بہتر ہے کہ اخراجات میں اس کا حصہ ہو گا.

v. گاہک کو اسپتال سے چھٹی ملنے سے پہلے ٹی پی اے کو مطلع کر دینا چاہئے اور اسپتال سے چھٹی ملنے سے پہلے ضروری کوئی بھی اضافی منظوری ٹی پی اے کو بھیج دینے کی درخواست اسپتال سے کرنا چاہئے. اس سے یہ یقینی گے کہ مریض کو اسپتال میں غیر ضروری طور پر انتظار نہیں کرنا پڑتا ہے.

یہ بھی ممکن ہے کہ کسٹمر ایک اسپتال میں نقدین علاج کے لئے درخواست کرتا ہے اور اس کی منظوری لیتا ہے لیکن مریض کو دوسری جگہوں بھرتی کرنے کا فیصلہ کرتا ہے. اس طرح کے معاملات میں، گاہکوں کو مطلع کرنا چاہئے اور اسپتال سے ٹیپیے کو یہ بتانے کے لئے کہنا چاہئے کہ نقدین منظوری کا استعمال نہیں کیا جا رہا ہے.

اگر ایسا نہیں کیا جاتا ہے تو منظور کی گئی رقم کلائنٹ کی پالیسی میں بلاک ہو سکتی ہے اور بعد میں درخواست کی منظوری پر اس کا منفی اثر پڑ سکتا ہے.

C. صحت کی انشورنس دعووں میں دستاویز تیار کرنا

جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے، صحت کی انشورنس سے متعلق دعووں کو پورا کرنے کے لئے بہت سے دستاویزات کی ضرورت پڑتی ہے .ہر ایک دستاویزات میں اصل دو سوالات کا جواب دینے میں مددگار ہونے کی توقع کی جاتی ہے- منظوری (کیا یہ قابل ادائیگی ہے؟) اور دعوے سائز(کتنا؟)

یہ سیکشن گاہکوں کی طرف سے جمع کئے جانے والے ضروری دستاویزات اور موضوع چیز کا ذکر کرتا ہے.

1. ڈسچارج کاروائی کا خلاصہ

ڈسچارج کاروائی کا خلاصہ کو صحت کی انشورنس کے عمل میں سب سے زیادہ ضروری دستاویز سمجھا جا سکتا ہے .مریض کی پوزیشن اور اس کا علاج کس طریقے سے کیا گیا ہے، اس بات کی مکمل معلومات یہ دستاویز دیتا ہے.

آئی آر ڈی اے آئی کے استحکم ہدایات کے مطابق ذیل کے طور معیار ڈسچارج قابل میں مندرجہ ذیل باتیں ہوتی ہے:

1. مریض کا نام
2. ٹیلی فون / موبائیل نہ.
3. آئی پی ڈی نہیں.
4. داخلہ نہیں-
5. علاج کرنے والے ماہر کا نام رابطے نمبر محکمہ – خاص
6. داخلہ کی تاریخ، وقت کے ساتھ ساتھ
7. ڈسچارج کی تاریخ - وقت کے ساتھ ساتھ
8. ایم ایل سی / ایف آئی آر نمبر
9. داخلہ کے وقت عارضی نشان
10. ڈسچارج کے وقت آخری تشخیص
11. آئی سی ڈی - 10 (کوڈ) کوئی آخری ڈسچارج کے لئے دیگر کوئی جیسا کہ اتھارٹی کی طرف سے تشخیص ہیں.
12. مدت کے ساتھ تکلیف اور داخلہ کا سبب
13. موجودہ بیماری کی وجہ
14. داخلہ کے وقت جسمانی سے زیادہ تکلیف
15. الکحل، تمباکو یا سبسٹاس ابیوک کی تاریخ، اگر کوئی ہے تو
16. سابق اہم ماضی کی طبی سے متعلقہ یا جراحی کے متعلق تاریخ، اگر کوئی ہے تو
17. خاندانی تاریخ، اگر اہم ہو
18. اسپتال میں رہنے کے دوران اہم تحقیقات کی سارہ

19. کوئی پیچیدگی سمیت، اسپتال میں کیا گیا علاج، اگر کوئی ہے تو
20. ڈسچارج کے وقت مشورہ
21. علاج کرنے والے ماہر / اختیار ٹیم ڈاکٹر کا نام اوردستخط
22. مریض / اٹینڈنٹ کا نام اور دستخط

مناسب طریقے سے تیار کی گئی چھٹی کا خلاصہ بیماری اور علاج کی پختہ جانکاری دینے کے ساتھ ہی دعوے کے جلد تصفیے میں کافی مددگار ہوتی ہے .جن صورتوں میں مریض زندہ نہیں رہ پاتا ایسے میں بہت اسپتال چھٹی کا خلاصہ (ڈسچارج کاروائی کا خلاصہ) کی جگہ موت کا خلاصہ (موت کاروائی کا خلاصہ) کا لفظ استعمال کرتے ہیں-

ہمیشہ چھٹی کے خلاصہ کی اصل کاپی مانگی جاتی ہے-

2. جانچ رپورٹ

جانچ رپورٹ تشخیص اور علاج کا موازنہ کرنے میں مدد کرتا ہے اور اس کامل حالت کو سمجھنے کے لئے ضروری معلومات فراہم کرتا ہے جس نے اسپتال میں بھرتی ہونے کے دوران ہوئے علاج اور ترقی کی حوصلہ افزائی کی ہے.

عام طور پر انکوائری رپورٹ مندرجہ ذیل رپورٹ سے مل کر بنتا ہے:

a) خون کے ٹیسٹ کی رپورٹ
b) ایکس رے رپورٹ
c) اسکین کی رپورٹ اور
d) بایپسی رپورٹ

تمام انکوائری رپورٹ کا نام، عمر، جنس، ٹیسٹ کی تاریخ وغیرہ کی عکاسی اور عام طور پر بنیادی طور پر پیش کئے جاتے ہیں .صارفین کے خصوصی درخواست پر انشورنس کمپنی ایکس رے اور دیگر فلمیں واپس کر سکتی ہے.

3. مضبوط اور وسیع بل:

یہی وہ دستاویزات ہوتا ہے جو یہ فیصلہ کرتا ہے کہ انشورنس پالیسی کے تحت کیا ادا کرنا چاہئے. پہلے بل کے لئے ابھی تک کوئی معیاری شکل نہیں تھا لیکن آئی آر ڈی اے آئی کا معیارات ہدایات استحکم اور وسیع بل کے لئے فارمیٹ کی فراہمی کرتا ہے .طلبا کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ ویب سائٹ پر تفصیلی وضاحت دیکھلے.

اگرچہ مستحکم بل مجموعی طور طور پر تصویر پیش کرتا ہے لیکن وسیع بل حوالہ کوڈ کے ساتھ بریک اپ بل پیش کرے گا.

تفصیلی بل کو استعمال کر غیر قابل ادائیگی اخراجات کا جائزہ لیا جاتا ہے اور اس وسیع بل میں غیر قابل قبول اخراجات کو گول

کر دیا جاتا ہے اور شے کے تحت ہوئے متعلقہ اخراجات کی کمی کے لئے وسیع بل کا استعمال کیا جاتا ہے.

بل کو اصل شکل میں حاصل کیا جانا چاہئے.

4. ادائیگی کی رسید

بیمہ کی رقم کے لئے ہوئے معاہدے کے تحت، صحت کی انشورنس کے دعوے کی تکمیل کے لئے اسپتال میں کئے گئے ادائیگی کی پکی رسید کی بھی ضرورت پڑتی ہے.

اس کی دیکھ بھال کریں گے کہ رسید میں بیان کردہ رقم اور ادائیگی کی رقم ایک ہونا چاہئے، کیونکہ کچھ اسپتال ادائیگی کے وقت چھٹ وغیرہ بھی دیتے ہیں .اس طرح کے معاملات میں انشورنس کرنے والے کو صرف اتنی ہی رقم ادا کرنے کو کہا جاتا ہے جتنا مریض کے نام اسپتال کو دیا گیا ہے.

رسید کی اصل کاپی ہی جمع کرنی چاہئے جس بل کا نمبر لکھا ہو اور مہر لگی ہو.

5. دعوی فارم

دعوی فارم کو اب آئی آر ڈی آئی کی طرف سے معیاری کر دیا گیا ہے جن میں تقریبا مندرجہ ذیل حقیقت شامل ہوتے ہیں.

a) بنیادی انشورنس ہولڈر کا نام اور پالسي نمبر جس تحت دعوی کیا گیا ہے.
b) انشورنس تاریخ بیان
c) اسپتال میں داخل بیمہ شدہ شخص تفصیل
d) اسپتال میں داخل ہونے کا تفصیلی وضاحت، اور اسپتال، کمرے کی قسم، داخلہ اور خارج ہونے والے مادہ کی تاریخ اور وقت، حادثے کی صورت میں کیا پولیس کو معلومات دی گئی میڈیسن کا سسٹم
e) دعوے کی تفصیلات - جس کے لئے بھرتی کیا گیا، خرچ بریک اپ، بھرتی ہونے کے وسطی اور بعد کی مدت، دعوی کی گئی ایک پوشت رقم نقد فائدہ تفصیل
f) منسلک ذیل تفصیل
g) بنیادی بیمہ شدہ کے بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات تاکہ منظور رقم بھیجی جا سکے
h) بیمہ شخص کی اعلان.

بیماری اور علاج جیسی معلومات کے ساتھ بیمہ شخص کی طرف سے کی گئی اعلان قانونی طور پر دعوی فارم کو سب سے اہم دستاویزات بنا دیتا ہے.

یہ اعلان ہی دعوی کو اور قابل اعتماد بناتا ہے .اس خلاف ورزی کے قوانین کے تحت دعوے کو جھوٹا ثابت کر سکتا ہے.

6. شناختی ثبوت

ہماری زندگی میں مختلف سرگرمیوں کے لئے کی شناخت کی تصدیق کے بڑھتے ہوئے استعمال کے ساتھ، عام شناخت سرٹیفکیٹ ایک اہم مقصد کو پورا کرتا ہے - تاکہ اس کی تصدیق کی جا سکے کہ جس شخص کا احاطہ کیا گیا ہے اور وہ وہی شخص ہے جس کا علاج ہو رہا ہے.

عام طور پر جس شناختی دستاویز کی کوشش کی جا سکتی ہے وہ ہے:

a) ووٹر شناختی کارڈ
b) ڈرائیونگ لائسنس
c) پین کارڈ
d) بیس کارڈ وغیرہ

شناخت سرٹیفکیٹ پر زور دینے کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ نقدین دعووں کے نقالی معاملات میں ایک اہم کمی آئی ہے .جیسا کہ اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے شناخت سرٹیفکیٹ کی کوشش کی جاتی ہے تو پھر اسپتال کا ایک فرض ہو جاتا ہے کہ اس کی شناخت سرٹیفکیٹ کی تصدیق کریں اور اسی شکل میں انشورنس کمپنی یا ٹی پی اے پیش کریں.

آفسیٹ دعووں میں، شناخت سرٹیفکیٹ کم ہی مقصد کو پورا کرتا ہے.

7. مخصوص دعوی کرنے کے لئے آرام دہ اور پرسکون دستاویزات

بعض قسم کے دعووں کے لئے، جس کے اوپر بتایا گیا ہے اس سے الگ اضافی دستاویزات کی ضرورت ہوتی ہے .جو یہ ہیں:

a) جس ایف آئی آر یا رجسٹر پولیس اسٹیشن کے لئے اسپتال کی طرف سے جاری کیا گیا میڈیکولیگل سرٹیفکیٹ ضروری ہو سکتا ہے . اس حادثے کی وجوہات کے بارے میں بتاتا ہے اور ٹریفک حادثات کی صورت میں یہ بتاتا ہے کہ جو شخص شراب کے نشے میں تھا.

b) پیچیدہ یا زیادہ قیمت کے دعووں کے معاملے میں کیس انڈور کاغذ کیس کی ضرورت ہوتی ہے . انڈور کیس کاغذ یا کیس سیٹ ایک ایسا دستاویز ہوتا ہے جسے اسپتال میں رکھا جاتا ہے اور اس میں اسپتال میں داخل کی پوری مدت کے دوران دن کی بنیاد پر مریض کو دی گئی تمام علاج کی تفصیلات پر مشتمل ہے.

c) ڈائیلیسس /کیموتھریپی/طبی چارٹ درست ہیں

d) اسپتال رجسٹریشن سرٹیفکیٹ، جو اسپتال کی تعریف کے تحت مناسب ٹھہرایا جا سکے.

دعوی دلوانے والے ٹیم دعوی کی توسیع کے لئے بعض شکل میں ہی دستاویزات کا استعمال کرتے ہیں .جو اس طرح ہے:

i. دستاویزات کے انکوائری کی فہرست

ii. انکوائری /معاہدے کے کاغذات

iii. معیار کی انکوائری /کنٹرول کی شکل

اگرچہ تمام بیمہ کرنے والی کمپنیوں کی شکل ایک جیسی نہیں ہیں، آئیے عام موضوعات - چیز کے نمونوں کے ساتھ دستاویزات کے مقصد کا مطالعہ کریں .

ٹیبل 2.2

1	**دستاویزات توثیقی شیٹ**	یہ سب سے آسان ہے، گاہکوں کی طرف سے پیش کئے گئے دستاویزات کو نوٹ کرنے کے لئے حاصل دستاویزات کی فہرست میں ایک کامل کی علامت لگایا جاتا ہے .کچھ انشورنس کمپنیوں اعتراف کے طور پر گاہکوں کو اس کی ایک کاپی فراہم کر سکتی ہیں.
2	**تحقیقات/ کارروائی شیٹ**	یہ عام طور پر ایک ایک شیٹ ہوتا ہے جہاں کارروائی کی تمام تبصرے درج کیا جاتا ہے. **a)** کسٹمر کا نام اور شناختی نمبر **b)** دعوی تعداد، دعوی دستاویزات حاصل ہونے کی تاریخ **c)** پالیسی کا مختصر تفصیل، ندی 64VB کے ساتھ عمل **d)** ا نشورنس رقم اور انشورنس رقم کا استعمال **e)** اسپتال میں بھرتی ہونے اور چھٹی ملنے کی تاریخ **f)** بیماری تشخیص اور علاج **g)** دعوی منظوری /کارروائی کے تبصرے وجہ سمیت **h)** دعوی رقم کی حساب **i)** تاریخ اور کارروائی کرنے والے لوگوں کے نام کے ساتھ دعوے کی سرگرمی
3	**معیار کی انکوائری / کنٹرول فارمیٹ**	آخری انکوائری یا دعوے پر کارروائی کرنے والے شخص کے علاوہ دوسرے شخص کی طرف دعوے کی تحقیقات کے لئے کوالٹی کنٹرول فارمیٹ چیک کی فہرست اور دعوی انکوائری سوالنامے کے علاوہ کوالٹی کنٹرول /آڈیٹ

		فارمیٹ میں مندرجہ ذیل سے متعلق معلومات بھی شامل ہو گی: **a)** دعوے تصرف، **b)** دعوے کے مسترد یا **c)** اضافی معلومات کے لئے درخواست

خود ٹیسٹ 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سا دستاویز اسپتال میں رہتا ہے جس میں ایک اتروگي پر کئے گئے تمام علاج کی تفصیلات دستیاب ہوتا ہے؟

I. جانچ رپورٹ
II. تصفیہ شیٹ
III. کیس پیپر
IV. اسپتال رجسٹریشن سرٹیفکیٹ

D. دعوی محفوظ کرنا

1. محفوظ کرنا

اس دعوے کی صورت حال کی بنیاد پر انشورنس کمپنی کے کتاب- کے اکاؤنٹس میں تمام دعووں کے سلسلے میں کئے گئے فراہمی کی رقم کو ظاہر کرتا ہے . اگرچہ یہ بہت آسان لگتا ہے، محفوظ کرنے کے عمل میں کافی احتیاط برتنے کی ضرورت ہوتی ہے – محفوظ کرنے میں کوئی غلطی انشورنس کمپنی کے منافع اور سلیسوینسی مارجن کا حساب کو متاثر کرتی ہے.

آج کل پروسیسنگ سسٹمز میں کسی بھی وقت مخصوص رقم نشانیوں کا حساب کرنے کی بنیادی صلاحیت ہوتی ہے.

خود ٹیسٹ 3

دعووں کی پوزیشن کی بنیاد پر انشورنس کمپنی کے کتاب-کے اکاؤنٹس میں تمام دعووں کے سلسلے میں کئے گئے فراہمی کی رقم کو _____کے طور پر جانا جاتا ہے.

I. گرہ بندی

II. فراہمی

III. محفوظ کرنا

E. تیسری پارٹی کے منتظمین کے کردار (TPA)

1. بھارت میں ٹی پی اے کا آغاز

انشورنس کے سیکٹر کو سال 2000 میں ذاتی کمپنیوں کے لئے کھول دیا گیا تھا۔ اس درمیان، نئی مصنوعات کے آغاز کے ساتھ صحت کی دیکھ بھال کی مصنوعات کی مانگ بھی بڑھ رہی تھی۔ اس صحت کی انشورنس میں فروخت کے بعد کی خدمات کے لئے ایک چینل شروع کرنے کی ضرورت محسوس کی گئی۔ یہ پیشہ ورانہ تیسری پارٹی کے منتظمین کے آغاز کے لئے ایک موقع بن گیا۔

اسے دیکھتے ہوئے انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی نے آئی آر ڈی اے آئی کے لائسنس کے تحت مارکیٹ میں ٹی پی اے کے آغاز کی اجازت دے دی، فراہم کی ہے کہ وہ 17 ستمبر 2001 کو مطلع آئی آر ڈی اے آئی (تیسری پارٹی ایڈمین - صحت مند انشورنس) ضابطے، 2001 پر عمل کرتے ہیں۔

تعریف

قواعد و ضوابط کے مطابق ،

" تیسری پارٹی منتظم یا ٹی پی اے کا مطلب ہے ایسا کوئی بھی شخص جسے آئی آر ڈی اے آئی (تیسری پارٹی ایڈمین - صحت کی خدمات) ریگولیشن،2001 کے تحت اتھارٹی کی طرف سے لائسنس یافتہ ہے اور صحت کی خدمات دستیاب کروانے کے مقاصد، ایک انشورنس کمپنی کی طرف سے ایک فیس یا معاوضے کے بدلے کام میں لگایا گیا ہے۔

" ٹی پی اے کی صحت کی خدمات " کا مطلب ہے صحت کی انشورنس کے کاروبار کے سلسلے میں ایک معاہدے کے تحت انشورنس کمپنی کو ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی گئی خدمات کی طرف سے ہے، لیکن اس میں کسی انشورنس کمپنی کے کاروبار یا براہ راست یا بالواسطہ طور پر صحت کی انشورنس کاروبار کا مطالبہ کرنے یا کسی دعوے کی منظوری یا مسترد پر فیصلہ لینے کو شامل نہیں کیا گیا ہے۔

اس طرح ٹی پی اے کی خدمات کا دائرہ انشورنس پالیسی کی فروخت اور پالیسی جاری ہونے کے بعد شروع ہوتا ہے۔ اگر انشورنس کمپنی ٹی پی اے کی خدمت کا استعمال نہیں کر رہی ہے تو یہ سروس اندرونی ٹیم کی طرف سے فراہم کی جاتی ہے۔

2. صحت کی انشورنس کی فروخت کے بعد کی خدمت

a) ایک بار جب پیشکش کو قبول کر لیا جاتا ہے(اور پریمیم)، کوریج شروع ہو جاتا ہے۔

b) اگر پالیسی کی سروس فراہم کرنے کے لئے کسی ٹیپے کا استعمال کیا جاتا ہے، تو انشورنس کمپنی کلائنٹ اور پالیسی کے بارے میں ٹیپے کو معلومات فراہم کرتی ہے.

c) ٹی پی اے ارکان نامزد کرتا ہے (جہاں حرکت پالیسی لینے والا شخص ہوتا ہے، پالیسی کے تحت احاطہ کئے گئے لوگ ممبر ہوتے ہیں) اور ایک براہ راست یا الیکٹرانک کارڈ کے طور پر رکنیت شناخت جاری کر سکتا ہے.

d) ٹی پی اے کی رکنیت کا استعمال نقدین سہولت کا فائدہ اٹھانے کے ساتھ ساتھ دعووں پر کارروائی کرنے میں کیا جاتا ہے جب رکن کا احاطہ کئے گئے کسی اسپتال میں داخل ہونے یا علاج کے لئے پالیسی کی حمایت کی ضرورت ہوتی ہے.

e) ٹی پی اے دعوی یا نقدین درخواست پر کارروائی کرتا ہے اور انشورنس کمپنی کے ساتھ اتفاق ٹائم لائنز کا اطلاق کے اندر اندر کی خدمات فراہم کرتا ہے.

سروس فراہم کرنے والی یونٹ کے طور پر ٹیپے کے نام پر پالیسی کے الاٹمنٹ وقت وہ کٹ آف نقطہ ہے جہاں سے ایک ٹی پی اے کے کردار شروع ہوتی ہے .سروس فراہم کرنے کی ضرورت پالیسی کی مدت میں اور آگے کی کسی دیگر مدت میں جاری رہتی ہے جو پالیسی کے تحت دعوے کی اطلاع دینے کے لئے جائز ہے.

جب ہزاروں کی تعداد میں پالیسیوں کی خدمات فراہم کی جاتی ہیں، یہ سرگرمی مسلسل جاری رہتی ہے، خاص طور پر جب ایک ہی پالیسی کی تجدید کیا جاتا ہے اور وہی ٹیپے پالیسی کی خدمت فراہم کرتا ہے.

3. تیسری پارٹی منتظم (TPA) کے مقصد

صحت کی انشورنس میں تیسری پارٹی منتظم کے تصور مبینہ طور پر مندرجہ ذیل مقاصد کے ساتھ بنائی گئی ہے:

a) ضرورت کے وقت تمام ممکن طریقوں سے صحت کی انشورنس کے گاہک کو سروس فراہم کرنا.

b) نیٹ ورک اسپتالوں میں بیمادھارک مریض کے لئے نقدین علاج کا انتظام کرنا.

c) جمع دعوی دستاویزات کی بنیاد پر اور انشورنس کمپنی کے عمل اور ہدایات کے مطابق صارفین کو دعووں کا منصفانہ اور تیزی سے ضائع پیش کرنا.

d) صحت انشورنس دعووں اور متعلقہ خدمات کے کنٹرول میں فعال مہارت تیار کرنا.

e) وقت پر اور مناسب طریقے سے گاہکوں کو جواب دینا.

f) ایک ایسا ماحول تیار کرنا جہاں ایک مناسب قیمت پر معیاری صحت سروس کو استعمال کرنے کے قابل ہونے کے لئے ایک بیمہ شخص کے مارکیٹ کا مقصد کو حاصل کیا جاتا ہے اور

g) روگنتا، اخراجات، عمل، ٹھہرنے کے وقت وغیرہ سے متعلق متعلقہ اعداد و شمار تیار / جمع کرنے میں مدد کرنا.

4. انشورنس کمپنی اور ٹیپیے کے درمیان تعلقات

بہت سے انشورنس کمپنیاں صحت کی انشورنس پالیسیوں کی فروخت کے بعد کی خدمت کے لئے ٹی پی اے کی خدمات کا استعمال کرتی ہیں جبکہ کچھ انشورنس کمپنیوں، خاص طور پر زندگی انشورنس کے علاقے کی کمپنیاں بھی پالیسی سے سابق طبی معائنے سروس کا انتظام کرنے کے لئے ایک ٹی پی اے کی مدد لیتی ہیں.

ایک انشورنس کمپنی اور ٹیپیے کے درمیان معاہدے تعلق ہوتا ہے جہاں کئی اقسام کی ضروریات اور عمل کے مرحلے معاہدے میں موجود ہوتے ہیں . ایارڈیےاي صحت کی انشورنس مانکیکرن ہدایات میں اب ٹیپیے اور انشورنس کمپنی کے درمیان معاہدہ کے لئے ہدایات مقرر کئے گئے ہیں اور مخصوص معیار کے کلجو کا ایک سیٹ فراہم کیا گیا ہے.

ایک انشورنس کمپنی ٹیپیے سے مندرجہ ذیل خدمات توقع کرتی ہے:

A. فراہم کرنے والے نیٹ ورکنگ کی خدمات

ٹی پی اے سے ملک بھر کے اسپتالوں کے ایک نیٹ ورک کے ساتھ تعلقات بنانے کی توقع کی جاتی ہے جس کا مقصد بیمہ افراد کو صحت سے متعلق دعوؤں کے لئے نقدین دعوی ادائیگی دستیاب کرانا ہے . ایارڈیےاي کے نئے رہنما خطوط کے مطابق یہ تعلقات انشورنس کمپنی کو ساتھ لے کر سہ رخی ہونا ضروری ہے، صرف ٹیپیے اور فراہم کرنے والے کے درمیان نہیں.

وہ اسپتال میں بھرتی ہونے کے مختلف طریقہ کار اور پیکجوں کے لئے اس طرح کے نیٹ ورک اسپتالوں سے بہتر شیڈول شرح پر سودے بازی کرتے ہیں جس بیمادھارك اور انشورنس کمپنی کی اخراجات کو کم کرنے کی اور پیکجوں کے لئے اچھا شیڈول شرح بات چیت.

B. کال سینٹر کی خدمات

ٹی پی اے سے عام طور پر راتوں کو، ہفتے کے آخر میں اور چھٹیوں کے دوران ہر وقت پہنچ قابل ٹول فری نمبر یعنی 24 * 7 * 365 پر ایک کال سینٹر سروس فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے .ٹیپیے کال سینٹر مندرجہ ذیل سے متعلق معلومات فراہم کرے گا:

a) پالیسی کے تحت دستیاب کوریج اور فوائد
b) صحت دعووں سے متعلق طریقہ کار اور طریقہ کار

c) خدمات اور نقدین اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق رہنمائی
d) نیٹ ورک اسپتالوں کے بارے میں معلومات
e) پالیسی کے تحت دستیاب باقی انشورنس رقم کی معلومات
f) دعوے کی حیثیت کی معلومات
g) دعووں کے معاملے میں دستیاب نہیں دستاویزات کے بارے میں مشورہ

کال سینٹر ایک قومی ٹول فری نمبر سے پہنچ قابل ہونا چاہئے اور کسٹمر سروس کے عملے کو عام طور پر گاہکوں کی طرف سے بولی جانے والی اہم زبانوں میں بات چیت کرنے کے قابل ہونا چاہئے .ان تفصیلات بلاشبہ انشورنس کمپنیوں اور ان کے ٹی پی اے کے درمیان معاہدہ کی طرف سے کنٹرول ہوتے ہیں.

C. نقدین استعمال کی خدمات

تعریف

"نقدین سہولت "کا مطلب ہے انشورنس کمپنی کی طرف سے بیمادھارک کو فراہم کی گئی ایسی سہولت جہاں پالیسی کے قوانین اور شرائط کے مطابق بیمادھارک کی طرف سے کرائے گئے علاج کی اخراجات ادا انشورنس کمپنی کی طرف سے پہلے سے منظور اتھارٹی کی حد تک براہ راست نیٹ ورک فراہم کو کیا جاتا ہے.

یہ سروس فراہم کرنے کے لئے، معاہدے کے تحت انشورنس کمپنی کی ضروریات یہ ہیں:

a) پالیسی سے متعلق تمام معلومات ٹیپے کے پاس موجود ہونی چاہئے .اس ٹیپے کو دستیاب کرانا انشورنس کمپنی کی ذمہ داری ہے.

b) پالیسی میں شامل کیا گیا اراکین کا ڈیٹا کسی بھی غلطی یا کمی کے بغیر دستیاب اور قابل رسائی ہونا چاہئے.

c) بیمہ افراد کو ایک ایسا شناختی کارڈ ساتھ رکھنا چاہئے جو ان کو پالیسی اور ٹیپے سے جوڑتا ہے .اس شناختی کارڈ ایک اتفاق فارمیٹ میں ٹیٹے طرف سے جاری کیا گیا ہونا چاہئے، اسے ایک مناسب وقت کے اندر اندر رکن کے پاس پہنچ جانا چاہئے اور پورے پالیسی مدت کے دوران درست ہونا چاہئے.

d) ٹی پی اے کو نقدین سہولت کی درخواست کرنے کے لئے دستیاب کرائی گئی معلومات کی بنیاد پر اسپتال کو ایک پہلے سے اجازت یا ضمانت خط جاری کرنا چاہےوہ بیماری کی نوعیت، مجوزہ علاج اور شامل اخراجات کو سمجھنے کے لئے مزید معلومات کا مطالبہ کر سکتا ہے.

e) جہاں معلومات واضح نہیں ہے یا دستیاب نہیں ہے، ٹیپے یہ واضح کرتے ہوئے نقدین خصوصیت کو مسترد کر سکتا ہے کہ

نقدین سہولت سے انکار کرنے کو علاج سے انکار نہیں سمجھا جانا چاہےسدسي بعد میں ادا کرنے اور ایک دعوی دائر کرنے کے اے آزاد ہے جس پر اس کی قابلیت کی بنیاد پر غور کیا جائے گا.

f) ہنگامی صورتوں میں، اسپتال میں بھرتی ہونے کے 24 گھنٹے کے اندر اندر معلومات دی جانی چاہئے اور نقدین سہولت کے فیصلے کے بارے میں بتایا جانا چاہئے.

D. کلائنٹ تعلقات اور رابطہ کے انتظام

ٹی پی اے کو ایک ایسی نظام فراہم کرنے کی ضرورت ہے جس کے ذریعے کلائنٹ اپنی شکایتیں پیش کر سکتے ہیں .یہ صحت انشورنس دعووں کو جانچ اور تصدیق کے دائرے میں لانے کے لئے عام بات ہے .یہ بھی غور کرنا چاہئے کہ صحت کی انشورنس دعووں کے ایک چھوٹے سے فی صد کو انکار کیا جاتا ہے جس پالیسی کے قوانین اور شرائط کے دائرے سے باہر ہوتے ہیں.

اس کے علاوہ، تقریبا تمام صحت کی انشورنس دعووں میں دعوے کی کچھ رقم پر کمی کا امکان رہتا ہے .اس طرح کی کٹوتیا کلائنٹ کی عدم اطمینان کا سبب بنتی ہیں، خاص طور پر جہاں کمی یا انکار کا سبب گاہک کو صحیح طریقے سے واضح نہیں کیا گیا ہے.

اس بات کا یقین کرنے کے لئے کہ اس طرح کی شکایات کا جلد سے جلد حل کیا جاتا ہے، انشورنس کمپنی کی طرف سے ٹیپے کے قریب ایک متاثر کن شکایت کا سراغ لگانا انتظام رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے.

E. بلنگ سے متعلق خدمات

بلنگ سروس کے تحت انشورنس کمپنی ٹیپے سے تین کام کرنے کی توقع کرتی ہے:

a) معیاری بلنگ پیٹرن جو مختلف اشیاء کے تحت کوریج کے استعمال کا تجزیہ کرنے اور قیمت طے کرنے میں انشورنس کمپنی کی مدد کر سکتا ہے.

b) اس کی تصدیق کہ وصول کی گئی رقم اصل میں بیماری کے لئے ضروری علاج کے لئے متعلقہ ہے.

c) تشخیص (ڈایگنوسس) اور عمل کے کوڈ حاصل کئے جاتے ہیں تاکہ قومی یا بین الاقوامی معیار کے مطابق تمام ٹی پی اے بھر میں اعداد و شمار کا مانکیکرن ممکن ہو سکے.

اس کے لئے ٹیپے میں تربیت یافتہ اور موثر افرادی قوت کی ضرورت ہوتی ہے جو حاصل بلنگ ڈیٹا کی کوڈنگ، ٹیرف کی تصدیق اور بلنگ ڈیٹا مانکیکرن کرنے کے قابل ہیں.

F. دعوے پر کارروائی کرنے اور ادائیگی سے متعلق خدمات

اس ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی جانے والی سب سے اہم خدمت ہے . دعوے پر کارروائی کرنے کے لئے ٹی پی اے طرف انشورنس کمپنی کو فراہم کی جانے والی خدمات عام طور پر شروع سے آخر تک کی خدمت ہوتی ہے جو معلومات درج کرنے سے لے کر اس پر کاروائی کرنے اور پھر منظوری اور ادائیگی کی سفارش کرنے تک چلتی ہے.

دعووں کی ادائیگی انشورنس کمپنی سے حاصل فنڈز کے ذریعے کیا جاتا ہے .فنڈز پیشگی رقم کے طور پر ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی جا سکتی ہے یا اس کا تصرف انشورنس کمپنی کی طرف سے براہ راست آپ کے بینک کے ذریعے کسٹمر کو یا اسپتال کو کیا جا سکتا ہے.

ٹی پی اے سے پیسوں کا حساب کتاب رکھنے اور انشورنس کمپنی سے حاصل رقوم کا وقت وقت پر حل فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے . پیسوں کا استعمال منظور دعووں کی ادائیگی کے علاوہ کسی بھی دوسرے مقصد کے لئے نہیں کیا جا سکتا ہے.

G. مینجمنٹ انفارمیشن کی خدمات

چونکہ ٹی پی اے دعوے کی کارروائی پوری کرتا ہے، دعووں سے متعلق تمام معلومات کو ذاتی طور پر یا اجتماعی طور پر ٹیپے کے پاس موجود ہوتی ہے .انشورنس کمپنی کو مختلف مقاصد کے لئے اعداد و شمار کی ضرورت ہوتی ہے اور ٹیپے طرف سے اس طرح کے اعداد و شمار درست طریقے سے اور صحیح وقت پر فراہم کیا جانا چاہئے.

اس طرح ایک ٹیپے کی خدمات کے دائرے کو انشورنس کمپنیوں کی طرف سے جاری کی گئی صحت کی انشورنس پالیسیوں کے شروع سے آخر تک فراہم کی جانے والی سروس کہا جا سکتا ہے، جو خاص انشورنس کمپنی کی ضروریات اور اس کے ساتھ مفاہمت کی یادداشت کی بنیاد پر کچھ سرگرمیوں تک محدود ہو سکتا ہے.

H. ٹی پی اے کا معاوضہ

ان کی خدمات کے لئے ٹیپے کو مندرجہ ذیل میں سے کسی ایک بنیاد پر فیس ادا کیا جاتا ہے:

a) کسٹمر سے پریمیم کے ایک فیصد کی فیس لیا جاتا ہے (سروس ٹیکس کو چھوڑ کر)-
b) ایک مقرر وقت کی مدت کے لئے ٹیپے کی طرف سے سروس ہر رکن کے لئے ایک مقررہ رقم، یا

c) ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی خدمت کے ہر ٹرانزیکشن کے لئے ایک مقررہ رقم - جیسے فی رکن جاری کئے گئے کارڈ کے اخراجات، فی دعوی وغیرہ

اس طرح ٹی پی اے کی خدمات کے ذریعے انشورنس کمپنیاں مندرجہ ذیل کے لئے تک رسائی حاصل کرتی ہیں:

i. نقدین کی خدمات
ii. ڈیٹا تالیف اور تجزیہ
iii. گاہکوں کے لئے ایک 24 گھنٹے کال سینٹر اور مدد
iv. اسپتالوں اور دیگر طبی خصوصیات کا نیٹ ورک
v. اہم گروپ کے صارفین کے لئے مدد
vi. کلائنٹ کے ساتھ دعووں پر بات چیت کی سہولت
vii. اسپتالوں کے ساتھ ٹیرف اور عمل کی اقدار پر بات چیت
viii. کسٹمر سروس کو آسان بنانے کے لئے ٹیکنالوجی کی حمایت کی خدمات
ix. مشتبہ معاملات کی تفتیش اور تصدیق
x. تمام کمپنیوں میں دعوی پیٹرن کا تجزیہ اور اخراجات کے بارے میں اہم معلومات کا انتظام، علاج کے نئے طریقے، ابھرتے ہوئے رجحانات اور دھوکہ دہی کنٹرول
xi. خدمات تک رسائی حاصل کی تیزی سے توسیع

F. دعوی انتظام - ذاتی حادثے

1. ذاتی حادثے

تعریف

ذاتی حادثے ایک خصوصیت پالیسی ہے جو حادثے سے ہوئی موت، حادثے سے ہوئی نااہلی)مستقل / عارضی)، مستقل کل نااہلی کا احاطہ کرتی ہے ساتھ ہی مصنوعات خاص کی بنیاد پر یہ ایڈ آن کور کے طور پر طبی اخراجات، داہ تدفین کے اخراجات ، تعلیمی اخراجات وغیرہ کو بھی احاطہ کرتی ہے.

اس پالیسی کے تحت احاطہ کرتا آفت "حادثہ" ہوتی ہے.

تعریف

حادثہ کسی بھی اچانک، اکسمک، غیر ارادتا، بیرونی، جارحانہ اور بصری ذرائع سے ہونے والی ایونٹ کے طور پر بیان کیا گیا ہے.

دعوی مینیجر دعوے کی اطلاع موصول ہونے پر مندرجہ ذیل کی تحقیقات کرنی چاہئے:

a) پالیسی جس کے تعلق میں دعوی کیا گیا ہے پالیسی کے ارنتگت احاطہ کرتا ہے

b) پالیسی نقصان کی تاریخ کا درست ہے اور پریمیم موصول ہوئی ہے

c) نقصان پالیسی مدت کے تحت ہے

d) نقصان حادثے سے ہوئی ہے نہ کہ بیماری سے

e) کسی دھوکہادھڑي کا خدشہ ہونے پر کسی انوےسٹگےٹرسے انکوائری کروائیں

f) دعوے کو رجسٹر کرے اور اس کے لئے رزق کرے

g) ڈیڈ کریں (دعوی سروس کے وقت) اور دعوے سے یکجا جان کام گاہک کو دے

2. دعووں کی تحقیقات

اگر دعوے کی معلومات میں یا دعوی دستاویزات حاصل ہونے پر کوئی فراڈ کا خدشہ ہو تو اسے تحقیقات کے لئے کسی پروفیشنل انوےسٹگےٹر کے حوالے کر دیں.

مثال

ذاتی حادثے دعووں میں ریڈ الرٹ کی مثالیں جن معنی دھوکہ یا غلط دعوی ہونا نہیں ہے (مزید تفتیش کے مقصد سے، لیکن یہ فراڈ کے مثبت اشارہ یا دعوے کے فراڈ مکمل ہونے کو نہیں ظاہر کرتا ہے)

- ✓ قربت دعوے کو بند کریں (دعوی کو انشورنس شروع ہوتے ہی ہو گئی ہو)
- ✓ طویل مدت کی نااہلی کے لئے اعلی ہفتہ وار فوائد رقم
- ✓ دعوی دستاویزات میں عدم مساوات
- ✓ ایک ہی بیمہ شدہ کی طرف سے کئی دعوے
- ✓ الکحل کا اشارہ
- ✓ خودکشی کا خدشہ
- ✓ دیر رات کی سڑک پر ہوئی حادثہ جب گاڑی بیمہ شدہ کی طرف سے ڈرائیو کی جا رہی ہو
- ✓ سانپ کاٹنا
- ✓ ڈوب جانا
- ✓ اونچائی سے گرنا
- ✓ بیماری کا شکار معاملے
- ✓ زہر کھانا

- ✓ قتل
- ✓ گولی لگنے سے ہوا زخم
- ✓ فراسٹ کے کاٹنے گمشدگی
- ✓ ہومسائیڈ وغیرہ

تحقیقات کا بنیادی مقصد ہوتا ہیں:

a) نقصان کی وجہ سے تحقیقات

b) نقصان کی نوعیت اور وسعت کا پتہ لگانا

c) ثبوت اور معلومات جمع کرنا

d) یہ پتہ لگانا کہ اس میں کوئی دھوکہ دہی کی گئی ہے یا دعوے کی رقم کو بڑھا دیا گیا ہیں

براہ مہربانی نوٹ کریں : تحقیقات کا مقصد کیس کے حقائق کا پتہ لگانا اور ضروری ثبوت جمع کرنا ہے.

یہ ضروری ہوتا ہے کہ دعوی آڈیٹر انویسٹگیٹ کو اس بارے میں مشورہ دے ہے.

مثال

کیس ہدایات کی مثال:

سڑک ٹریفک حادثے

i. حادثہ کب پیش آیا - صحیح وقت، اور تارک مقام اور وقت

ii. کیا بیمہ شدہ پیدل چل رہا تھا؟ مسافر / شریک مسافر کے طور پر تھا یا حادثے میں ملوث گاڑی کو چلا رہا تھا ؟

iii. حادثہ کی تفصیلات، یہ کس طرح ہوئی ؟

iv. کیا بیمہ شدہ حادثے کے وقت الکحل کے اثر میں تھا ؟

v. موت کی صورت میں، موت کی صحیح وقت اور تاریخ کیا تھی، موت سے پہلے کیا گیا علاج، کس اسپتال میں وغیرہ ؟

حادثے کا احتمالی وجہ :

گاڑی کے ڈرائیور کی کسی بیماری (دل کا دورہ، دل کی رفتار رکنے) الکحل کے اثرات، سڑک کی بوری پوزیشن، موسمی حالات، گاڑی رفتار کی وجہ سے بیمادھارک کے یا اس کے سامنے گاڑی کی میکانی گڈبڈي (سٹیئرنگ، بریک وغیرہ کا فیل ہونا)

ذاتی حادثے دعووں میں ممکنہ دھوکہ دہی کے کچھ مثالیں:

i. ٹی ٹی ڈی مدت کو جان بوجھ کر بڑھا ظاہر ہونا

ii. رگتا کو حادثہ بتانا جیسے، روگتمک وجوہات سے کمر کے درد کو پی اے دعوے پہ بدل کر گھر میں گرنا / سلپ کرنا بتانا.

iii. دستاویزات میں ردوبدل کرکے پہلے سے موجود حادثہ نیا بتانا، عام موت کو حادثہ بتانا یا پہلے موجود رگتا کو حادثہ کے بعد موت بتانا.

iv. خودکشی کے معاملات کو درگھٹناتمک موت بتانا

ڈسچارج واؤچر ذاتی حادثے داوو، خاص کر موت داوو میں ایک اہم دستاویز ہے .تجویز کے وقت ہی نامتي کی تفصیلات حاصل کرنا اہم ہوتا ہے جو پالیسی کا حصہ ہونا چاہئے.

3. دعوی دستاویزات

ٹیبل 2.3

موت دعوی	a) دعویدار کے نامتي / خاندان کے کسی رکن کی طرف سے دستخط ودوت بھرا ہوا ذاتی حادثے دعوی فارم b) مولما ساکھیاکت فی ایف آئی آر کی (ساکھیاکت فی شامل ایف آئی آر / پنچنامہ / تحقیقات پنچنامہ) c) موت سرٹیفکیٹ کی اصل یا ساکھیاکت فی d) پوسٹ مارٹم رپورٹ کی ساکھیاکت فی، اگر ہوا ہو e) نام کی تحقیقات کے لئے یمیل دستاویزات (اینٹی منی لانڈرنگ) (پاسپورٹ / پین کارڈ / ووٹر آئی ڈی / ڈرائیونگ لائسنس)، خط کی تحقیقات کے لئے (ٹیلی فون بل / بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات / بجلی بل / راشن کارڈ.) f) تمام قانونی ورثاء کی طرف سے دستخط اور نوٹری کیا ہوا، حلف نامہ، اور ویکتپورتي نئی بانڈ فلم کے ساتھ قانونی وارث سرٹیفکیٹ
مستقل کل نااہلی اور عارضی نااہلی دعوی	a) دعویدار ڑاو ودیوت دستخط ذاتی حادثے دعوی فارم b) ایف آئی آر کی ساکھیاکت رپورٹ اگر قابل اطلاق ہو c) بیمادھارک کی نااہلی کو متاثر کرنے والا سول سرجن تھا ہم منصب قابل ڈاکٹر سے نااہلی سرٹیفکیٹ
عارضی کل نااہلی دعوی	a) علاج کرنے والے ڈاکٹر سے نااہلی اور نااہلی مدت کی عکاسی والا چکتسا سرٹیفکیٹ، منصوبہ

	ساز سے حاصل چھٹی کا سرٹیفکیٹ کو منصوبہ ساز کی طرف سے ودوت دستخط ہو

مندرجہ بالا فہرست صرف ہدایات میں س اضافی دستاویزات (جوکھیم کے نشان کے فوٹو گراف حادثہ کھوپڑی کے فوٹو گراف) وغیرہ بھی مانگے جا سکتے ہے خاص کر دھوکہ دہی کی شروع ہونے پر تحقیقات کرائی جانی چاہئے۔

خود ٹیسٹ 4

مندرجہ ذیل میں سے کس دستاویز کی ضرورت مستقل کل نااہلی داوو کے لئے نہیں ہوتی ہے.

I. دعویدار کی طرف سے دستخط ودوت بھو ہوا ذاتی حادثے دعوی حاصل

II. ایف آئی آر کی ساکھیاکت فی، اگر لاگ ہو

III. بیمہ شدہ کی نااہلی کی تصدیق قابل ڈاکٹر کی طرف سے دیا گیا مستقل نااہلی ثبوت پرتر

IV. علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے دیا گیا فٹنس سرٹیفکیٹ کہ بیمادھارک معمول کے کام کے لئے فٹ ہے

G. دعوی انتظام: بیرون ملک سفر انشورنس

1. بیرون ملک سفر انشورنس پالیسی

اگرچہ کی خارجہ ٹریول انشورنس پالیسی کے غیر طبی سہولیات کا احاطہ کرنے والے کر خڈ ہے، اس کا ہامیداری اور دعوی انتظام روایتی طور سے صحت انشورنس پورٹ پولیو کے تحت ہی ہوتا ہے، کیوں کہ طبی اور بیماری خصوصیت اس پالیسی کے تحت اہم احاطہ ہیں.

پالیسی کے تحت کور کو موٹے طور پر مندرجہ ذیل طبقات میں تقسیم کیا جا سکتا ہے- ایک مخصوص مصنوعات نیچے دی گئی خصوصیات میں سے کچھ تھا سب کا احاطہ کر سکتا ہے.

a) طبی اور بیماری کے سیکشن

b) وطن واپسی اور انخلاء

c) ذاتی حادثہ کا احاطہ

d) ذاتی ذمہ داری

e) دیگر غیر طبی احاطہ

i. ٹرپ کا منسوخ ہونا
ii. دورے میں تاخیر
iii. دورے میں رکاوٹ
iv. مسڈ کنکشن
v. چیکڈ سامان نکالنے کی ضرورت تاخیر
vi. چیکڈ سامان نکالنے کی ضرورت کا نقصان
vii. پاسپورٹ کا نقصان
viii. ایمرجنسی نقد پیشگی
ix. ہائی جیک الاؤنس
x. بیل بانڈ انشورنس
xi. ہائی جیک کور
xii. سپنسر پروٹیکشن
xiii. فضل دورے
xiv. مطالعہ میں رکاوٹ
xv. گھر میں نقب زنی

جیسا کہ نام بتلاتا ہے یہ پالیسی بیرون ملک سفر کرنے والو کے لئے نہیں ہے، فطری ہے کہ ہین بھارت کے باہر ہوگی اور دعوے سروس کی ضرورت ہو گی، بیرون ملک سفر انشورنس دعوی کے معاملے میں دعوی سروسنگ کے لئے ا ترتي پارٹی کی خدمت فراہم کرنے والے کی ضرورت ہوگی جس کے پاس عالمی سطح پر ضروری تعاون اور مدد فراہم کرنے کے نیٹ ورک ہو.

دعوی خدمت میں مندرجہ ذیل شامل ہوتا ہے:

a) 7 * 24بنیاد پر دعوے کو درج کرنا
b) دعوی فارم اور پرکري کو بھجنا
c) گراہکو کو نقصان کے فورا بعد لے جانے والو سٹیپ کی معلومات دینا.
d) طبی اور روگنتا دعووں کے لئے 'کیش لیس' کروانا.
e) ملک انے اور ترک، حادثاتی کیش کا انتظام کرنا

2. مدد کمپنیاں - غیر ملکی دعووں میں ان کے کردار

سلسلے میں معاونت کمپنیوں کے پاس اپنا دفتر ہوتا ہے اور ایسے ہی فراہم کرنے سے پورے دنیا میں ان کا ٹا آپ ہوتا ہے- یہ مدد کمپنیاں پلس کے تحت احاطہ امکانات کے معاملے میں انشورنس کمپنیوں کے گراہکوں کو مدد فراہم کرتی ہیں.

یہ کمپنیاں 24 * 7 چلنے والے کال سینٹر چلاتی ہے ان کے پاس ارنتراشٹریي ٹول فری نمبر بھی ہوتا ہے جن کے سہارے داوو کی رجسٹریشن / معلومات حاصل کی جاتی ہے .یہ کمپنیاں مندرجہ ذیل خدمات فراہم کرتی ہیں جن کے لئے وہ کمپنی خاص سے ہوئے اپن معاہدے کے مطابق چارج کرتی ہے-

a) طبی مدد

i. طبی سروس فراہم کرنے والے ریپھرلس
ii. اسپتال میں داخلے کا انتظام
iii. آرام دہ اور پرسکون طبی مدد
iv. آرام دہ اور پرسکون طبی ملک انے
v. مرتشریر کا ملک پرتیاورت
vi. فضل دورے انتظام
vii. چھوٹے بچوں کو مدد دینا

b) اسپتال میں رہنے کے دوران طبی مقدمات پر توجہ رکھنا

c) ضروری دواو کی تقسیم

d) پالیسی کی شرائط اور حالات اور انشورنس کپنیو سے منظوری کے تابع اسپتال میں رہنے کے دوران اپگت طبی اخراجات کی ضمانت

e) سابق دورہ انفارمیشن سروس اور دیگر سروس

i. وذا اور ویکسین سے متعلقہ جررتے
ii. سفارت خانے ریفرل کی خدمات
iii. گم ہوئے پاسپورٹ اور لاپتہ ہوئے سامان سے متعلق خدمات
iv. آرام دہ اور پرسکون پیغام نشر سروس
v. بیل بانڈ قرار
vi. مالی ہنگامی مدد

f) ترجمان ریفرل

g) قانونی ریفرل

h) ایڈووکیٹ سے ملاقات

3. نقدین طبی معاملات میں دعوی انتظام

نقدین طبی مقدمات، آفسیٹ طبی مقدمات اور غیر طبی معاملات میں دعوی انتظام کا نقطہ نظر مختلف ہوتی ہے .دوبارہ نقدین طبی دعوی انتظام دیگر ملکوں کے مقابلے میں، امریکہ میں بالکل ہوتا ہے . اب ہم قسط وار اس کا مطالعہ کریں گے

a) دعوی کے نوٹیفکیشن

جیسے ہی نقصان ہوتا ہے، مریض اسپتال میں داخلے لیتا ہے اور داخلہ کاؤنٹر پر انشورنس کے کاغذات کو ظاہر کرتا ہے .مدد کمپنی کو اس نئے کیس کے بارے میں اسپتال اور / یا مریض یا رشتہ دار / دوست سے معلومات حاصل ہوتی ہے، پھر دعویدار کو دعوی عمل کے بارے میں بتایا جاتا ہے.

b) کیس انتظام ترتیب

یہ کمپنی کی شرح کمپنی مختلف ہوتی ہیں لیکن عام ترتیب نیچے دیا جا رہا ہے

i. سپورٹ کمپنی کا کیس مینیجر خصوصیات، بیمہ رقم، پالسي مدت، پالیسی کی مدت، پالیسی ہولڈر کے نام وغیرہ کی جانچ پڑتال کرتا ہے.

ii. کیس مینیجر اسپتال سے رابطے کرکے مریض کی پوزیشن، بل، اور لاگت کے اندازے کے علاوہ طبی متعلق اپ ڈیٹ کی معلومات بھی حاصل کرتا ہے .مدد کمپنی کو متعلقہ اپ ڈیٹ کی معلومات حاصل ہوتی ہے جسے وہ بیمہ شدہ کو چینج دیتا ہے.

iii. دعوے کی منظوری کا تعین ہوتا ہے اور انشورنس کمپنی سے منظوری کے تابع ادائیگی کی ضمانت اسپتال کی پیش کر دی جاتی ہے.

iv. ایسی صورت بھی ہو سکتی ہے کہ بھارت (بیمہ شدہ کے مقام) اور / یا نقصان کے مقام پر تحقیقات ضروری ہوتی ہے . انکوائری کے عمل کو بھی ذاتی حادثے دعوی سیکشن کی مانند ہی ہوتی ہے .مدد کمپنی یا انشورنس کمپنی کے پرتینن رابطے سے انویسٹگیٹر کا الیکشن ہوتا ہے.

v. سپورٹ کمپنی کا کیس مینیجر روزانہ کی بنیاد پر کیس کو دیکھتا ہے اور بیماکرتا کو تمام معاملات میں اپ ڈیٹ معلومات

فراہم کرتا ہے تاکہ باقاعدہ علاج کے لئے انموشن حاصل کیا جا سکے.

vi. مریض کے ڈسچارج کئے جانے پر کیس انتظام اسپتال کے ساتھ بات چیت کرکے آخری بل کی رقم طے کرتا ہے.

vii. سپورٹ کمپنی اس بات کا یقین کرتی ہے کہ بل کی صحیح طریقے سے جانچ کر لی جائے .کسی بھی طرح کی غلطی پائے جانے پر وہ اسپتال کے بل محکمہ کی معلومات میں بہتری کے لئے لایا جاتا ہے.

viii. پھر آخری بل، فراہم کرنے اور سپورٹ کمپنی یا مددگار رپراجگ ایجنٹ کے درمیان سہیتا قیمت پر تیار کر لیا جاتا ہے .اسپتال کو جتنی جلدی ادائیگی کی یقین دہانی حاصل ہے، اتنی ہی امکان بہےتر رعایت کی ہوتی ہے-

امریکہ کے ہیلتھ کیئر کی ایک مخصوص علامات قیمت دوبارہ تعین، جو غیر امریکی مقدمات میں نہیں لاگو ہوتا .یہ امریکہ میں نقدین میڈیکل کیس اور غیر امریکی مقدمات میں بڑا فرق ہوتا ہے.

c) دعوی عمل ترتیب

i. دعوی تجزیہ دوبارہ مشہور / اصل بل کے حاصل ہوتے ہی اس کی جانچ کرتا ہے اور اس بات کا یقین کرتا ہے کہ کوریج، خدمت اور علاج کی تاریخ کے وقت درست تھا .مدد کمپنی کو حاصل ہونے والے بل کی اس بات کا یقین کرنے کے لئے ٹیسٹ کر رہے ہیں کہ کیا گایا چارج علاج کے مطابق ہے .چھوٹ کو دوبارہ یقینی بنایا جاتا ہے اور بل پر کارروائی کی جاتی ہے.

ii. بل کو دوبارہ مشہور معلومات خط اور سہولت کے وضاحت کے ساتھ بیماکرتا کو ادائیگی کے لئے بھیجا جاتا ہے.

iii. انشورنس کمپنی بل کے حاصل ہوتے ہی فوری طور پر مدد کمپنی کو ادائیگی کے لئے اختیار کر دیتی ہے.

d) ادائیگی کے عمل ترتیب

i. سپورٹ کمپنی بیمہ شدہ سے مقامی دفتر کے ذریعے اسپتال کو ادائیگی کی منظوری حاصل کرتی ہے.

ii. مالی محکمہ ادا کر دیتا ہے.

e) اسپتال میں بھرتی ہونے کے عمل

i. باہر کے ممالک میں، خاص کر امریکہ اور یو ایس میں یہ عمل بھارت کے اسپتالو سے بالکل مختلف ہے .کیونکہ وہاں کی بیشتر آبادی کے پاس یا تو نجی انشورنس کمپنیوں سے یا سرکاری منصوبوں کے مادھیام یونیورسل ہیلتھ کوریج ہوتا ہے. زیادہ

تر اسپتال، بیمہ شدہ طرف درست صحت یا بیرون ملک سفر پالیسی پرادن کئے جانے پر تمام ارنتراشٹریي انشورنس کمپنیوں کی طرف سے ادائیگی کی ضمانت کو قبول کرتے ہیں.

زیادہ تر ممالک میں انشورنس کوریج یا نقد جمع کی تصدیق ہونے کے باعث علاج میں تاخیر نہیں ہے .

اسپتال فوری طور پر علاج شروع کر دیتے ہیں .اگر انشورنس ہیں تو ادائیگی انشورنس پالیسی کرے گی یا مریض کو ادا کرنا ہوگا .اسپتال چارج کو اس لئے بڑھاتے ہیں کیوں کہ ادائیگی میں تاخیر ہوتی ہے-

اگر ادائیگی فوری طور پر ہوتا ہے تو اسپتال فوری طور پر ادائیگی پر کافی چھوٹ دیتے ہیں - پری - پرائزینگ ایجنسی، ذیل کے ابتدائی ادائیگی کیلئے اسپتالوں سے بات چیت کرتی ہے.

ii. نیٹ ورک اسپتال اور عمل کے تعلق سے معلومات بیمہ شدہ کی، مدد کمپنیوں کی طرف سے ٹول فری نمبر پر دستیاب کرا دی جاتی ہے-

iii. اسپتال میں بھرتی ہونے کی صورت میں بیمہ شدہ اس کی اطلاع کال سینٹر کو دینی ہوتی ہے، اور جائز ٹریول انشورنس پالیسی کے ساتھ مخصوص اسپتال جانا ہوتا ہے.

iv. اسپتال عام طور پر مدد کمپنیوں / انشورنس کاروں کو پالیسی کی معقولیت اور کوریج کی تحقیقات کے لئے کال سینٹر کو فون کرتے ہیں.

v. اسپتال کی طرف پالیسی کو قبول کرتے ہی بیمہ ہولڈر کا اسپتال میں علاج نقدین بنیاد پر شروع ہو جاتا ہے.

vi. قبولیت کا تعین کرنے کے لئے بیماکرتا / سپورٹ فراہم کرنے کچھ بنیادی معلومات کی ضرورت ہوتی ہے

1. بیماری کی تفصیلات

2. کسی قبل از تاریخ کے معاملے میں ہندوستان کے اسپتال، مقامی میڈیکل آفیسر کی تفصیل:

- ✓ قبل از تاریخ، موجودہ علاج تک، اسپتال کی آئندہ کی منصوبہ بندی اور مندرجہ ذیل کو جلد بھجنے کی درخواست.
- ✓ ڈاکٹر کے بیان میں شرکت کے ساتھ ساتھ دعوی فارم
- ✓ پاسپورٹ کی کاپی
- ✓ طبی معلومات فارم

f) طبی اخراجات اور دیگر غیر طبی دعووں کی آفسیٹ

آفسیٹ دعوے عام طور پر بیمادھارک کی طرف سے بھارت واپس آنے پر فائل کئے جاتے ہیں .دعوی کاغذات کی وصولی پر انہیں عام عمل کے ارنتگت عملدرآمد کیا جاتا ہے .تمام قابل قبول دعووں کے لئے ادائیگی بھارتی روپے میں کیا جاتا ہے جب کہ نقدین دعووں میں اس کی ادائیگی غیر ملکی کرنسی میں ہوتا ہے.

آفسیٹ داوو کے پروسیسنگ کرنے کے لئے بھارتی روپے میں ذمہ داری کی مقدار طے کرنے کے لئے نقصان کی تارکھ پر کرنسی کی تبدیلی کی شرح کا اطلاق کیا جاتا ہے .اس کے بعد بھوگتان چیک یا الیکٹرانک منتقلی کے ذریعے کیا جاتا ہے.

i. ذاتی حادثے داوو کو بھی اسی طرح عملدرآمد کیا جاتا ہے جیسا کہ ذاتی حادثے دعوی سیکشن میں بتایا گیا ہے.

ii. بیل بنڈ معاملے اور مالی ہنگامی والے معاملات میں ادا سپورٹ کمپنی کی طرف سے فوری طور پر کر دیا جاتا ہے اور بعد میں انشورنس کمپنی سے اس کا دعوی کیا جاتا ہے

iii. دعووں کی مسترد کرنے کے لئے اسی عمل کا استعمال کیا جاتا ہے جو دوسرے مقدمات میں ہوتا ہے

g) طبی حادثہ اور بیماری کے اخراجات کے لئے دعوی دستاویزات

i. دعوی فارم

ii. ڈاکٹر کی رپورٹ

iii. بنیادی داخلہ / ڈسچارج کارڈ

iv. بنیادی بلوں / رسیدوں / نسخے

v. بنیادی ایکس رے رپورٹ / پیتھولوجکل / تحقیقاتی رپورٹ

vi. داخلی اور خارجی ٹکٹ کے ساتھ پاسپورٹ / ویزا کی نقل

مندرجہ بالا فہرست صرف نردےشا ہیں .معاملہ خصوصی، دعوی آباد کی پالیسی / خصوصی بیماکرتا کی طرف سے پیروی جانے والا عمل کی بنیاد پر اضافی معلومات / دستاویز کی کوشش کی جا سکتی ہے-

خود ٹیسٹ

_____ادا فوری طور پر مدد کمپنی کی طرف کر دیا جاتا ہے اور بعد میں انشورنس کمپنی سے دعوی کیا جاتا ہے

I. بیل بانڈ معاملے

II. ذاتی حادثے دعوی

III. بیرون ملک سفر انشورنس دعوے

خلاصہ

a) انشورنس ایک 'وعدہ' ہے اور پالیسی اس وعدے کے لئے ایک 'گواہ' ہے .پالیسی کے تحت دعوے کی وجہ بننے والی بیمہ واقعہ پیش ہونا اس وعدے کی حقیقی امتحان ہے.

b) انشورنس میں اہم درجہ بندی پےرامیٹرو میں سے ایک انشورنس کمپنی کی دعوی ادا کرنے کی صلاحیت ہے.

c) انشورنس خریدنے والے گاہک ابتدائی اسٹیک ہولڈر ہونے کے ساتھ ساتھ دعوے کے وصول کنندہ ہیں.

d) نقدین دعوی میں ایک نیٹ ورک اسپتال انشورنس کمپنی / ٹیپیے کی سابق منظوری کی بنیاد پر طبی خدمات فراہم کرتا ہے اور بعد میں دعوے کے تصفیے کے لئے دستاویزات پیش.

e) آفسیٹ دعوے میں، کسٹمر ان کے اپنے وسائل سے اسپتال ادا کرتا ہے اور اس کے بعد ادائیگی کے لئے انشورنس کمپنی / ٹیپیے کے پاس دعوی دائر کرتا ہے.

f) دعوے کی اطلاع کلائنٹ اور دعوی ٹیم کے درمیان رابطہ کا پہلا مثال ہے.

g) اگر کسی انشورنس دعوے کے معاملے میں انشورنس کمپنی کی طرف سے دھوکہ دہی کا شبہ کیا جاتا ہے، تو اسے تحقیقات کے لئے بھیجا جاتا ہے .دعوے کی تحقیقات ایک انشورنس کمپنی / ٹیپیے کی طرف سے اندرونی طور پر کی جا سکتی ہے یا اسے ایک پیشہ ور جانچ ایجنسی کو تفویض کیا جا سکتا ہے.

h) ریزرو بکنگ دعوے کی صورت حال کی بنیاد پر انشورنس کمپنی کی کتاب-اکاؤنٹس میں تمام دعووں کے سلسلے میں کئے جانے والے رزق کی رقم کو ظاہر کرتا ہے.

i) انکار کے معاملے میں انشورنس کمپنی کو پیش کرنے کے علاوہ گاہک کے پاس انشورنس محتسب (اومبڈسمین) یا کسٹمر فورم یا یہاں تک کہ قانونی حکام کے پاس جانے کا بھی اختیار ہے.

j) دھوکہ دہی زیادہ تر اسپتال میں بھرتی ہونے کے معاوضہ پالیسیوں میں ہوتی ہے لیکن ذاتی حادثے پالیسیوں کو بھی دھوکہادھڑیپور دعوے کرنے میں استعمال کیا جاتا ہے.

k) ٹی پی اے انشورنس کمپنی کو کئی اہم خدمات فراہم کرتا ہے اور فیس کے طور پر ادا کیا جاتا ہے -

خود امتحان کے سوالات

سوال 1

ان میں سے کسے انشورنس دعوی عمل میں بنیادی اسٹیک ہولڈر سمجھا جاتا ہے؟

I. کلائنٹ

II. مالک

III. بیمہ رائٹر

IV. انشورنس ایجنٹ / بروکر

سوال 2

گریش سکسینہ کی انشورنس دعوے کو انشورنس کمپنی کی طرف سے انکار کر دیا تھا۔ انکار کی صورت میں، انشورنس کمپنی کو پیش کرنے کے علاوہ گریش سکسینہ کے لئے کون سا آپشن دستیاب ہے؟

I. حکومت سے رابطہ کرنا

II. قانونی حکام سے رابطہ کرنا

III. انشورنس ایجنٹ سے رابطہ کرنا

IV. معاملے کو انکار کرنے پر کچھ بھی نہیں کیا جا سکتا ہے

سوال 3

راجیو مہتو طرف سے پیش ایک صحت کی انشورنس دعوے کی تحقیقات کے دوران انشورنس کمپنی کو پتہ چلتا ہے کہ راجیو مہتو کے بجائے اس کے بھائی راجیش مہتو کو علاج کے لئے اسپتال میں داخل کرایا گیا تھا۔ راجیو مہتو کی پالیسی ایک فیملی پھلوٹر منصوبہ نہیں ہے۔ اس _____ دھوکہ دہی کی ایک مثال ہے۔

I. نقالی

II. جعلی دستاویزات بنانے

III. اخراجات کو بڑھا چڑھا کر بتانا

IV. اٹپےشےٹ علاج کو اندرونی مریض بچوں / اسپتال میں بھرتی ہونے میں تبدیل کرنا

سوال 4

ان میں سے کون سی صورت حال میں رہائشی اسپتال میں بھرتی ہونے کو ایک صحت بیمہ پالیسی میں احاطہ کرتا ہے؟

I. مریض کی حالت ایسی ہے کہ اسے اسپتال / نرسنگ ہوم میں لے جایا جا سکتا ہے، لیکن ایسا نہیں کرنا پسند کیا گیا

II. اسپتال / نرسنگ ہوم میں رہائشی سہولت کے فقدان کی وجہ سے مریض کو وہاں نہیں لے جایا جا سکا

III. علاج صرف اسپتال / نرسنگ ہوم میں کیا جا سکتا ہے

IV. اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت 24 گھنٹے سے زیادہ ہے

سوال 5

مندرجہ ذیل میں سے کون سا کوڈ بیماری کا علاج کرنے کے طریقہ کار کو ظاہر کرتا ہے؟

I. آئی سی ڈی

II. ڈی سی پی

III. سی پی آئی

IV. پی سی ٹی

خود امتحان سوالات کے جوابات

جوابات 1

صحیح انتخاب I ہے.

کلائنٹ انشورنس دعوے کے عمل میں بنیادی اسٹیک ہولڈر ہیں.

جوابات 2

صحیح جواب II ہے.

انشورنس دعوے کو انکار کرنے کے کیس میں اس شخص قانونی حکام سے رابطہ کر سکتا ہے.

جوابات 3

صحیح انتخاب I ہے.

اس نقالی کی ایک مثال ہے کیونکہ بیمہ شخص علاج کئے گئے شخص سے مختلف ہے.

جوابات 4

صحیح جواب II ہے.

صحت کی انشورنس پالیسی میں رہائشی علاج کی سہولت صرف تبھی فراہم کی جاتی ہے جب اسپتال / نرسنگ ہوم میں رہائشی سہولت کی عدم موجودگی میں مریض کو وہاں نہیں لے جایا جا سکتا ہے.

جوابات 5

صحیح انتخاب III ہے.

موجودہ عمل اصطلاحات (سی پی ٹی) کوڈ بیماری کا علاج کرنے کے طریقہ کار کو ظاہر کرتا ہے.