IC-38

ایجنٹ بیمہ جامع

اِظہارِ تَشکَر

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 ، جی بلاک، پلاٹ نمبر - سی ۴۶،
باندرہ کُرلا کامپلیکس ، باندرہ (
سابقہ) ، ممبئی - ۴۰۰۰۵۱

ایجنٹ بیمہ
IC-38
جامع

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 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
3 سیکشن	جنرل انشورنس	
11	بیمہ کے اُصول	298
12	دستاویزکاری	330
13	پریمیم کی درجہ بندی کے اصول اور عمل	369
14	ذاتی اور خردہ بیمہ	393
15	تجارتی بیمہ	406
16	دعوی کا طریقہ کار	439

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

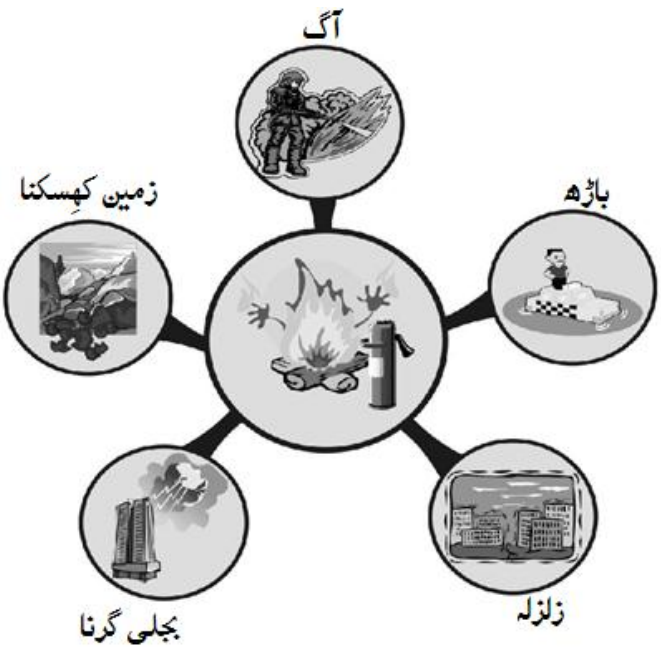
A. زندگی بیمہ - تاریخ اور ترقی
B. بیمہ کی سرگرمی
C. جوکھم مینجمنٹ کی تراکیب
D. جوکھم مینجمنٹ کے جزو کے طور پر بیمہ
E. معاشرے میں بیمہ کا کردار

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

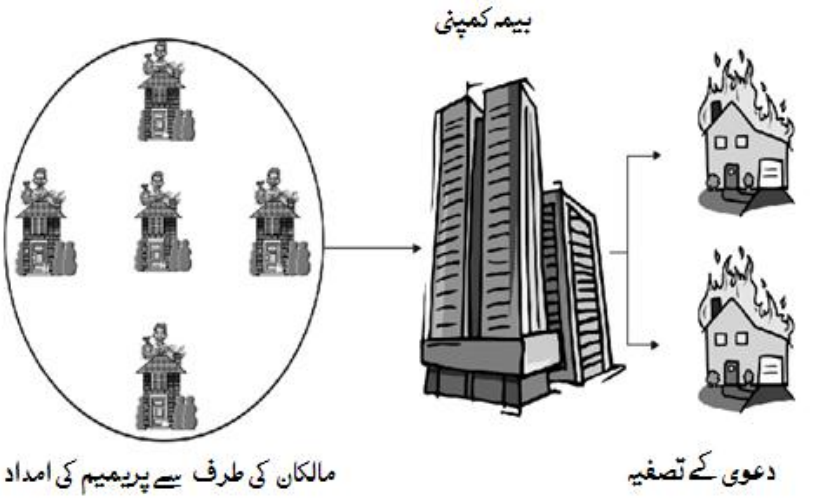
جدید کامرس کا آغاز جائیداد کی ملکیت کے اصول کی بنیاد پر کی گئی تھی .اگر کسی واقعہ کی وجہ سے جائیداد کی قیمت کم (گم یا تباہ ہو جانے پر) ہو جاتی ہے، تو جائیداد کے مالک کو اقتصادی نقصان کا سامنا کرنا پڑتا ہے .تاہم، اسی طرح کے اثاثوں کے مالکان کے چھوٹی چھوٹی امداد کی طرف سے اجتماعی فنڈ کی تعمیر کئے جانے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

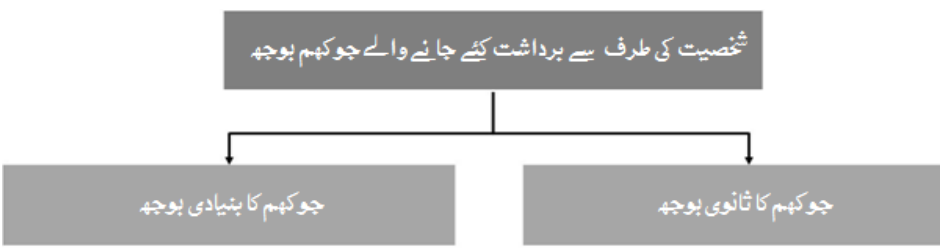
e) فنڈ جمع کرنا اور کچھ بد قسمت سے لوگوں کو معاوضہ کے عمل کو ایک ادارے کی طرف سے کیا جاتا ہے جسے بیمہ کار کہتے ہیں۔

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

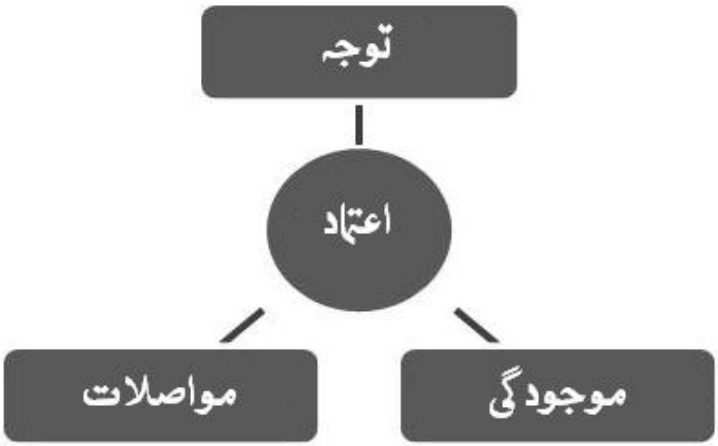
گاہک سروس مطمئن اور وفادار گاہک بنانے کے اہم عناصر میں سے ایک ہے۔ لیکن یہ کافی نہیں ہے۔ گاہک ایسے انسان ہیں جن کے ساتھ کمپنی کو ایک مضبوط تعلق بنانے کی ضرورت ہے۔

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 چاہئیے۔ 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۔

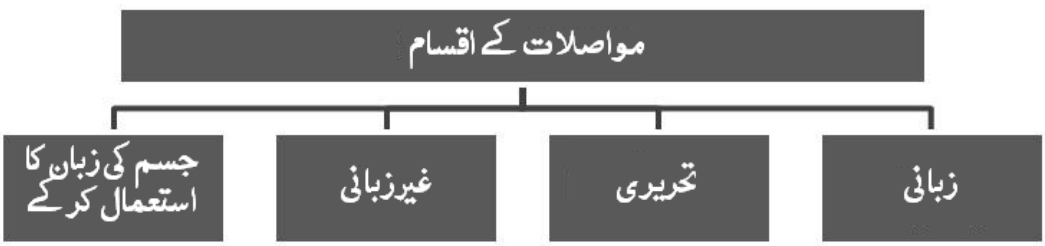
کمپنیاں گاہک تعلق مینجمنٹ پر کافی زور دیتی ہیں کیونکہ گاہک کو بنائے رکھنے کی قیمت نیا گاہک حاصل کرنے کی قیمت کے مقابلے میں کہیں کم ہوتی ہے۔ گاہک تعلق کئی ٹچ پوائنٹس میں پیدا ہوتا ہے جیسے گاہکوں کی بیم ہ ضرورتوں کو سمجھنے میں، فارم پر کوریج کے حساب کو سمجھانے میں۔ اسلئے، ان میں سے ہر ایک پوائنٹ میں تعلق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

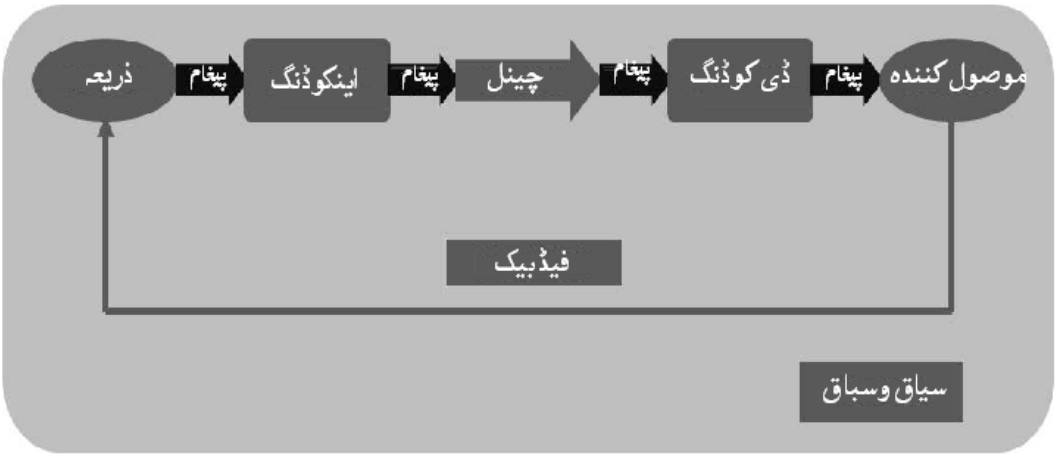
- ✓ زبانی
- ✓ تحریری
- ✓ غیر زبانی
- ✓ جسم کی زبان کا استعمال کر کے

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 .

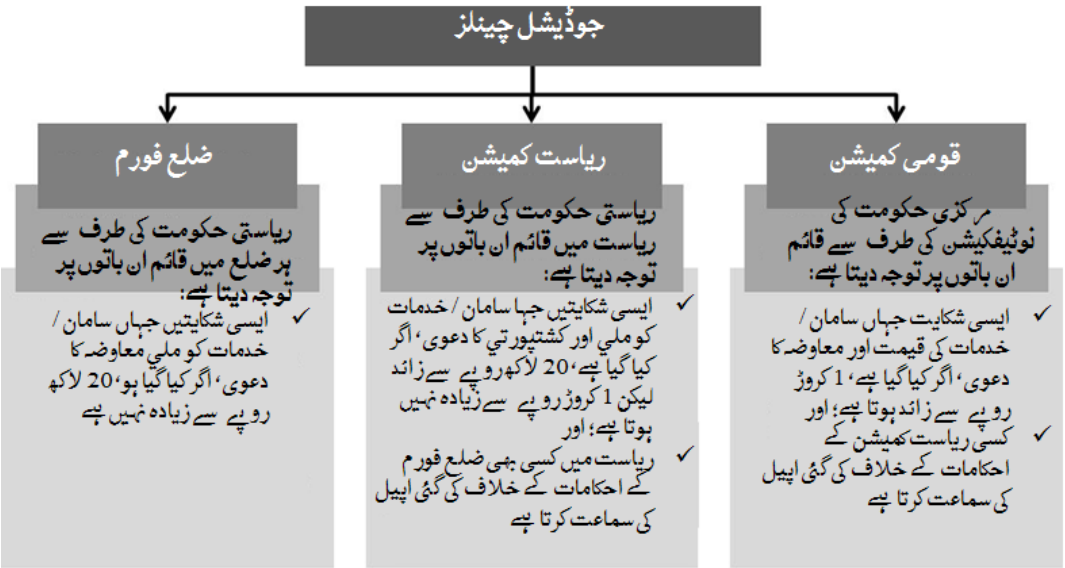
- ✓ یہ ضلع فورم کی اپیل پر سماعت کرتا ہے۔
- ✓ اس کا اصل دائرہ بھی ان شکایات کی سماعت کرنا ہے جہاں سامانوں / خدمات کی قیمت اور معاوضہ، اگر کوئی دعوی کیا گیا ہے، 20لاکھ روپے سے زیادہ لیکن 100لاکھ روپے سے زیادہ نہیں رہتی ہے۔
- ✓ دیگر طاقتیں اور حقوق ضلع فورم کی طرح ہی ہیں۔

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 چاہاں 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. چاہاں 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.

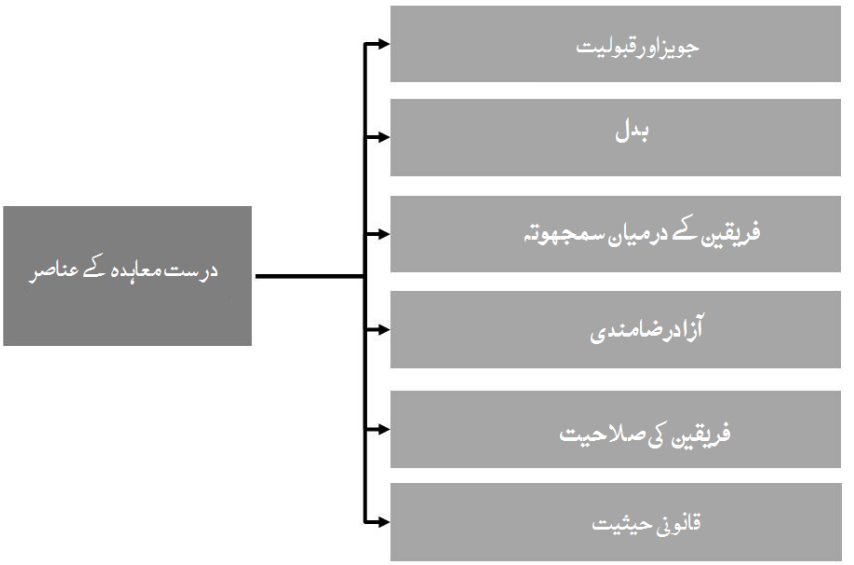
اہم

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 -

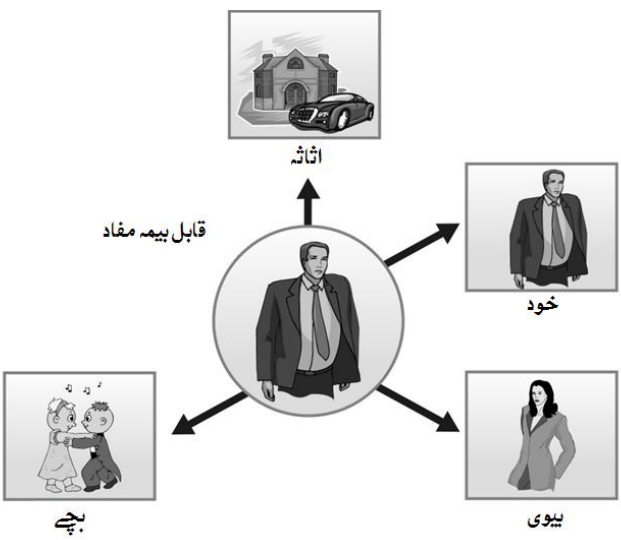
- ✓ کیا ان کا ان کی بھلائی میں کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟
- ✓ اگر ان میں سے کوئی ہسپتال میں داخل ہو جاتا ہے تو کیا ان کو مالی نقصان ہوسکتا ہے؟
- ✓ کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟

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 -

---

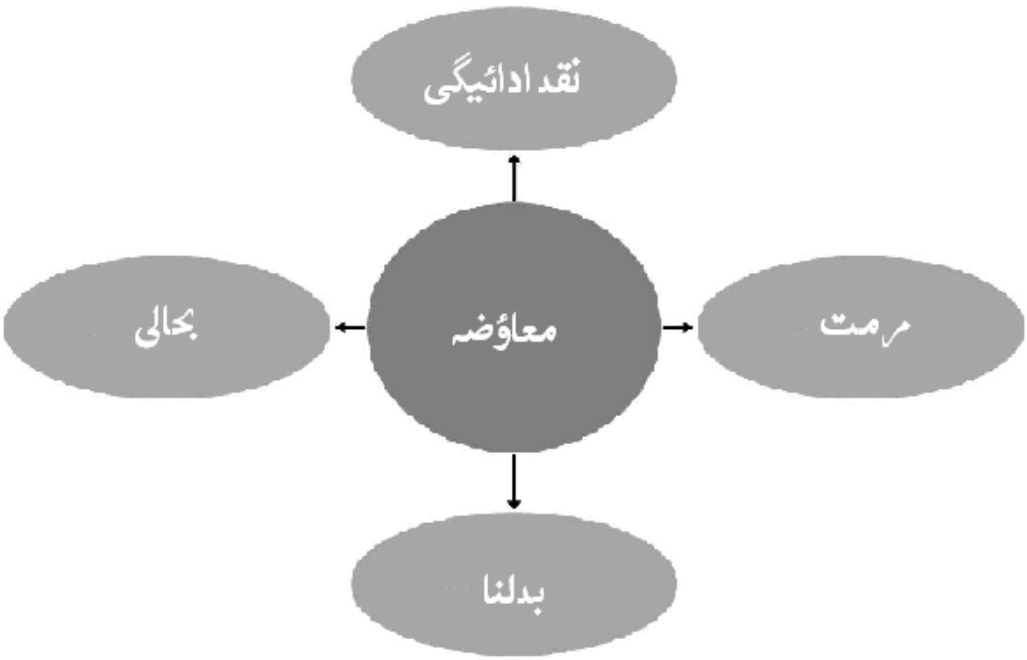
غیر زندگی کا بیمہ پالسیوں کے زیادہ تر قسموں میں، جو جائیداد اور مالی ذمہ داریاں کے بیمہ سے متعلق ہے، بیمہ دار شخص کو نقصان کی اصل رقم کی حد تک یعنی موجودہ بازار قیمتوں پر نقصان یا تباہ ہوئی جائیداد کو بدلنے کے لئے" اصل رقم گھٹاو قیمت " اس کی حد تک معاوضہ دیا جاتا ہے-

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 سمجھاےگا. 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 یونٹ 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 یونٹ 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۔

اہم

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۔ انہیں 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 سے پیش کردہ مختلف صحت بیمہ مصنوعات کے بارے میں مجموعی طور پر معلومات فراہم کریگا۔ صرف ایک مصنوعات - میڈکلیم سے لےکر مختلف قسم کے سینکڑوں مصنوعات تک، 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 مصنوعات کی 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 میڈیکلیم 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 سےبرداشت 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 ڈی آن کور

بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے ای ڈی 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

سطحی 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 (ڈریڈی 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) چہاں 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/- روپے فی سال
پانچ افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچے سمیت)	548/- روپے فی سال
سات افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچوں اور انحصار والدین سمیت)	730/- روپے 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 کریسپانڈیٹ (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 منسلك 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 طرفتجربہاچھا 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 چاہئے یعنی ہر ملتے جلتےجوکھم کو کسی بھی تعصب کے بغیر یکساں طور پر درجہ بندی کی جانی چاہئے۔ 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 چاہئے 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 چاہئے 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 چاہئے:

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 امراض (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 اَنڈرراٹر 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؟

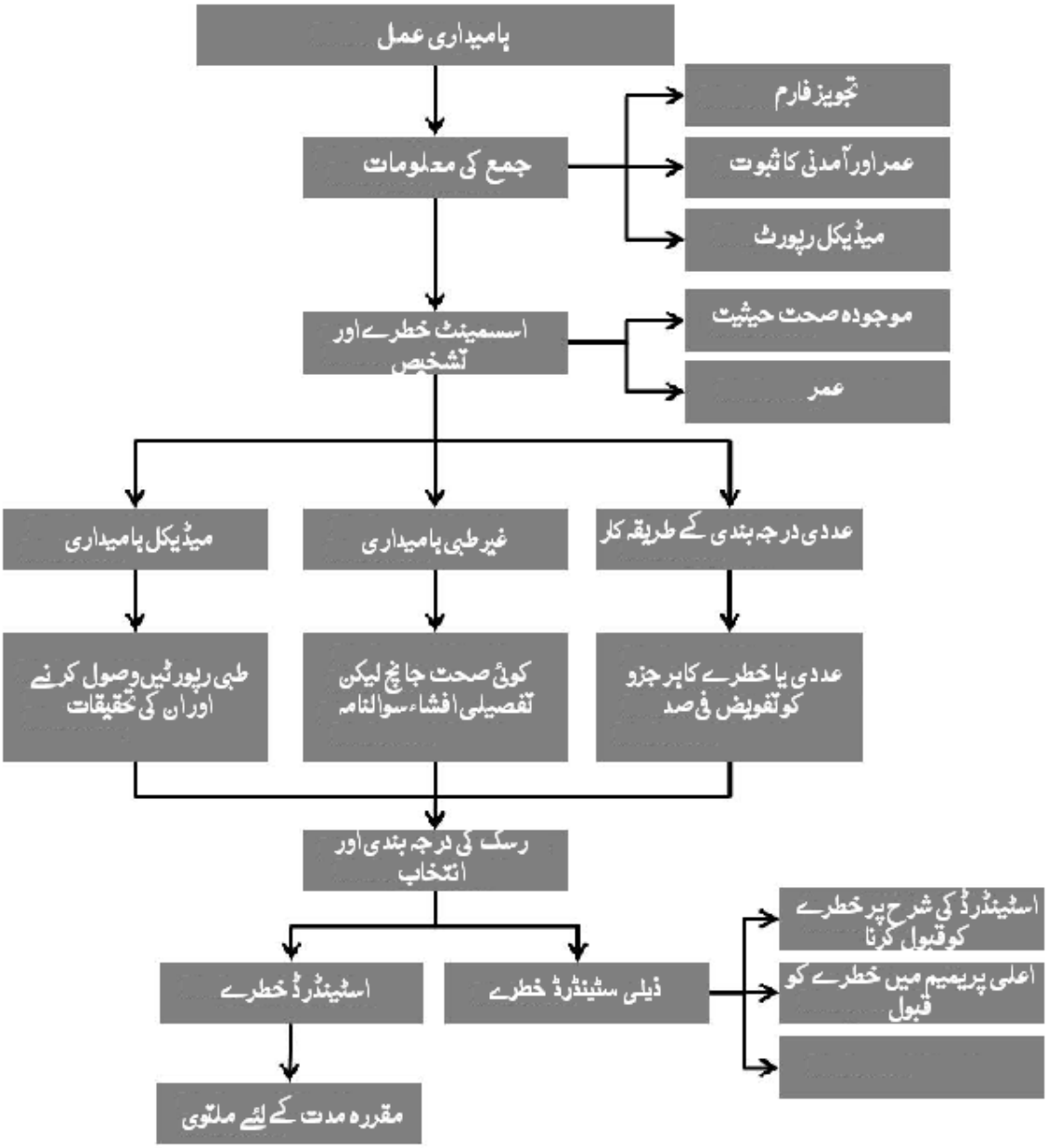
I. اس میں میڈیکل رپورٹ موصول کرنے یا اسکا تعین کرنے کی اعلی لاگت شامل ہے۔

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

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 چہاں رکن کی شناخت بنا کسی شبہ کے کی جا سکتی ہے-

گروپ رعایت معیار

گروپ پالیسیاں صرف نامزد گروپوں کے سلسلے میں ہی جاری کی جانی چاہئیے- گروپ رعایت یا دیگر سہولت موصول کرنے کے لیے مجوزہ گروپ کو درج ذیل میں سے کسی ایک زمرہ جات میں ہونا چاہئیے-

- آجر - ملازم تعلقات (ملازم کے منحصرین سمیت)
- قبل شناخت طبقات / پریمیم ریاست / مرکزی حکومتوں کے ذریعے سے دیا جاتا ہے
- رجسٹرڈ کوآپریٹیو سوسائٹی کے اراکین
- رجسٹرڈ سروس کلبوں کے اراکین
- بینک کے ڈیبٹ/کریڈٹ/ڈائنرز/ماسٹر/ ویزا کارڈ ہولڈرز
- بینک/این بی ایف سی کے ذریعے سے جاری ڈپازٹ سرٹیفکیٹ کے حاملین
- بینکوں / پبلک لمیٹڈ کمپنیوں کے حصص یافتگان

مندرجہ بالا اقسام سے مختلف کسی بھی مزید کے 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 کے وقت موجود ہو- انکی نظر ثانی تجدید کے وقت کی جا سکتی ہے-

بیمہ شدہ رقم

ہر ایک بیمہ شدہ شخص کے لئے الگ الگ مخصوص رقم کے لیے بیمہ شدہ رقم مقرر کی جاسکتی ہے یا اسے بیمہ شدہ افراد کے 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 آنڈرائٹر 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، اَنڈرراٹئر 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

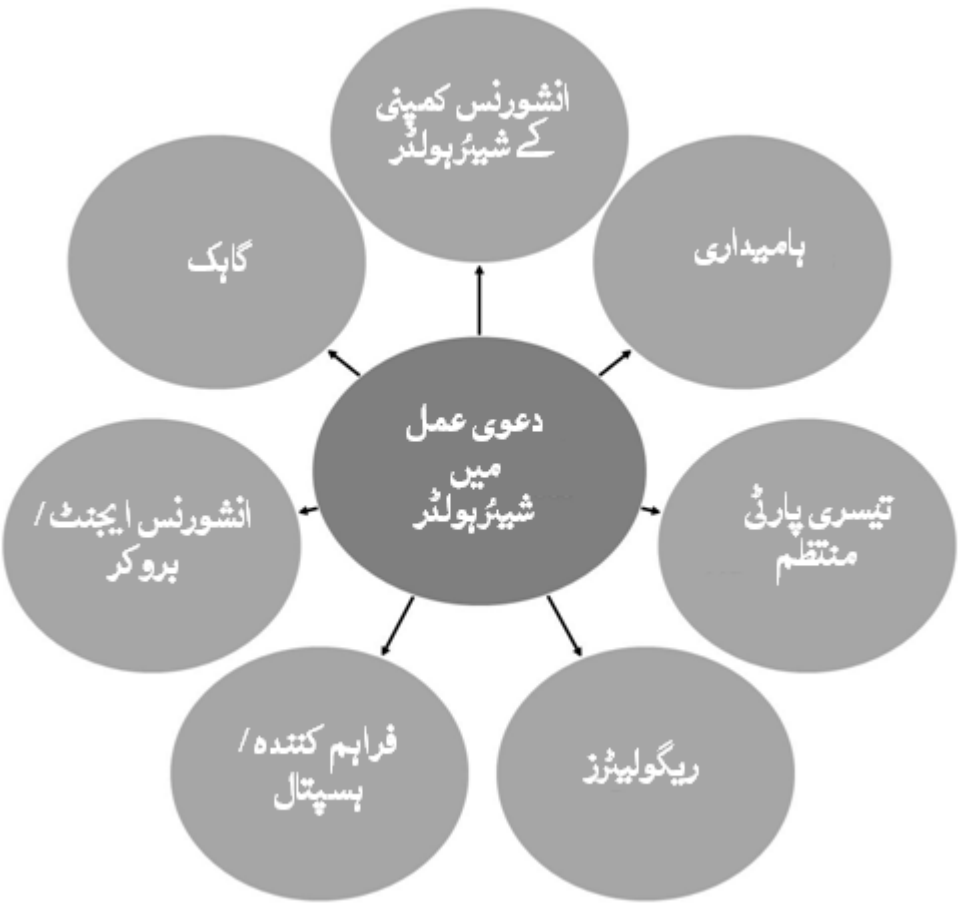
یہ بات بہت اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے کہ انشورنس ایک' وعدہ 'ہے اور پالیسی اس وعدے کے لئے ایک 'گواہ 'ہے .پالیسی کے تحت دعوے کی وجہ بننے والی ایک بیمہ شدہ واقعہ کا واقع ہونا اس وعدے کا اصل امتحان ہے. ایک انشورنس کمپنی کتنا اچھا مظاہرہ کرتی ہے اس کا اندازہ اس بات سے ہوتا ہے کہ وہ اپنے دعووں کے وعدوں کو کتنی

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.
ہامیداری	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 شیئرداركے

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 - چہاں 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، اینےستھےٹسٹ، 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 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.

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، ہرنیا،	معمولی پروسٹیٹک ہائپر 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 بیمادھارك 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 جہاں 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

IV. سرمایہ کاری

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 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 بیمادھارك کو فراہم کی گئی ایسی سہولت جہاں پالیسی کے قوانین اور شرائط کے مطابق بیمادھارك 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 ٹیپیے کے پاس موجود ہونی چاہئے .اس ٹیپیے 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 ٹیپیے سے جوڑتا ہے .اس شناختی کارڈ ایک اتفاق فارمیٹ میں ٹیٹیے 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، ٹیپیے 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 ٹیپیے 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 ٹیپی 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 ٹیپی 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 ٹیپی کے پاس موجود ہوتی ہے .انشورنس کمپنی کو مختلف مقاصد کے لئے اعداد و شمار کی ضرورت ہوتی ہے اور ٹیپی طرف سے اس طرح کے اعداد و شمار درست طریقے سے اور صحیح وقت پر فراہم کیا جانا چاہئے.

اس طرح ایک ٹیپیے 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 ٹیپیے 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 ٹیپیے 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 دھوکھادھڈي 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، روگتمك 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 درگھٹناتمك 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 ویکٹپورٹي 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) بیمادھارك 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 بیمادھارك 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 بانڈ 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

IV. مسترد 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.

3 سیکشن
جنرل انشورنس

باب 11
بیمہ کے اُصول

باب تعارف

اس باب میں، ہم بیمہ کے کاروبار کو چلانے والے بنیادی اصولوں کے بارے میں جانیں گے۔ باب دو حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ پہلا حصہ بیمہ کے عناصر سے متعلق ہے دوسرا حصہ ایک بیمہ معاہدے کی خصوصیات کے بارے میں ہے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. بیمہ کے عناصر

B. بیمہ معاہدہ - قانونی پہلو

C. بیمہ معاہدہ - خاص خصوصیات

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

1. بیمہ کے مختلف عناصر کی وضاحت
2. ایک بیمہ معاہدے کی خصوصیات کی وضاحت
3. ایک بیمہ معاہدے کی خاص خصوصیات کی شناخت

A. بیمہ کے عناصر

ہم نے دیکھا کہ بیمہ عمل کے چار عناصر ہے ,

- ✓ اثاثہ
- ✓ خطرہ
- ✓ خطرہ گرہ بندی
- ✓ بیمہ معاہدہ

آئیے اب ہم انشورنس عمل کے مختلف عناصر کو کچھ تفصیل سے دیکھیں۔

1. اثاثہ

تعریف

ایک اثاثہ کو 'کوئی چیز جو کچھ فائدہ فراہم کرتی ہے اور جو اپنے مالک کے لئے ایک اقتصادی قیمت ہے' کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے۔

ایک اثاثہ میں مندرجہ ذیل خصوصیات کا ہونا ضروری ہے

a) اقتصادی قیمت

ایک اثاثہ کی اقتصادی قیمت ہونا ضروری ہے۔ ویلیو دو طریقوں سے پیدا کر سکتے ہیں۔

a) **آمدنی جنریشن :** اثاثہ پیداواری ہوسکتے ہے اور آمدنی پیدا کر سکتے ہیں۔

مثال

بسکٹ بنانے کے لئے استعمال کی جانے والی مشین، یا ایک گائے جو دودھ دیتی ہے، دونوں اپنے مالک کے لئےآمدنی پیدا کرتی ہیں۔ ایک صحت مند کارکن ایک تنظیم کے لئے ایک اثاثہ ہے

---

b) **ضروریات پوری کرنا :** کوئی جائیداد ایک ضرورت یا ضرورتوں کے ایک گروپ کے مُطالبات پورے کر کے بھی اپنی قیمت بڑھا سکتی ہے۔

مثال

ایک ریفریجریٹر کھانے کو ٹھنڈا اوراس کی حفاظت کرتا ہے جبکہ ایک گاڑی نقل وحمل میں آرام اور سہولت فراہم کرتی ہے، ویسے ہی بیماری سے آزاد ایک جسم بھی اپنے آپ میں اور خاندان کے لئے بھی اپنی قیمت میں اضافہ کرتا ہے۔

---

b) قلت اور ملکیت

ہوا اور سورج کی روشنی کے بارے میں آپ کیا کہیں گے؟کیا یہ اثاثے نہیں ہیں؟

جواب ہے 'نہیں'۔

دراصل، کچھ چیزیں ہوا اور سورج کی روشنی کی طرح قابلِ قدر ہیں۔ ہم انکے بنا نہیں رہ سکتے ہیں۔ پھر بھی انکو لفظ کے اقتصادی معنی میں اثاثے نہیں مانا جاتا ہے۔

اسکی دو وجوہات ہیں:

- ✓ ان کی رسد بہتات ہوتی ہے اور یہ کمیاب نہیں ہیں۔
- ✓ یہ کسی ایک شخص کی ملکیت میں نہیں ہیں بلکہ سبھی کے لئے آزادانہ طور پر دستیاب ہیں۔

اس کا مطلب یہ ہے کہ اس طرح اہل کرنے کے لئے کسی اثاثہ کو مزید دو شرطیں پوری کرنی ہوگی اسکی قلت اور اسکی ملکیت یا کسی کی طرف سے اس کا قبضہ

c) **اثاثوں کا بیمہ**

بیمہ میں ہم اقتصادی نقصانوں میں دلچسپی رکھتے ہیں جو غیر متوقع اور حادثاتی واقعات سے پیدا ہوتے ہیں، نہ کہ ایسے نقصانوں پر جو قدرتی ٹوٹ پھوٹ کے نتیجے میں واقع ہوتے ہیں۔ بیمہ صرف غیر متوقع واقعات سے پیدا ہونے والے مالیاتی نقصانوں کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے، نہ کہ وقت کے ساتھ استعمال کی وجہ سے اثاثہ کی قدرتی ٹوٹ پھوٹ کے لئے۔

ہمیں یہ دھیان رکھنا چاہئیے کہ بیمہ نقصان یا ضرر سے کسی اثاثہ کی حفاظت نہیں کر سکتا ہے۔ایک زلزلہ مکان کو تباہ کر دیگا، چاہے اسکا بیمہ ہوا ہو یا نہیں۔ بیمہ کمپنی صرف کچھ رقم ادا کر سکتی ہے، جو نقصان کے اقتصادی اثرات کو کم کرے گی۔

معاہدے کی خلاف ورزی کی صورت میں نقصان پیدا ہو سکتے ہیں۔

مثال

ایک برآمد کنندہ کو کافی نقصان ہوگا اگر دوسری طرف درآمد مال کو قبول کرنے سے انکار کر دیتا ہے یا ادائیگی پر کوتاہی کرتا ہے۔

---

d) **زندگی کا بیمہ**

ہماری زندگی کے بارے میں کیا کہا جا سکتا ہے؟

حقیقت میں ہماری اپنی زندگی اور ہمارے اپنے پیاروں کی زندگی سے بڑھ کر ہمارے لئے کچھ بھی قابلِ قدر نہیں ہے۔ کسی حادثے یا کسی بیماری کا سامنا ہونے پر ہماری زندگی سنجیدگی سے متاثر ہوسکتی ہے ۔

یہ دو طریقوں سے اثر انداز کرسکتے ہیں

- ✓ سب سے پہلے ایک خاص بیماری کے علاج کے اخراجات ہوتے ہیں۔
- ✓ دوسرے، موت یا معذوری دونوں کی وجہ سے اقتصادی کمائی کا نقصان ہو سکتا ہے۔

اس قسم کے نقصانات شخص کے بیماؤں یا بیمہ کے ذاتی لائنوں کے ذریعے کور کئے جاتے ہیں۔

بیمہ ایسے کسی بھی شخص کے لئے ممکن ہے جسکے پاس آمدنی پیدا کرنے والے اثاثے ہوتے ہے [یعنی جو آمدنی پیداکرتی ہے یا کچھ ضرورتوں کو پورا کرتی ہے]؛ جسکے نقصان [حادثاتی یا ناگہانی واقعات کی وجہ] کی وجہ سے ایسا مالی نقصان ہوتی ہے جسے [پیسے کے ٹرمس میں] ماپا جا سکتا ہے۔

اس طرح ان اثاثوں کو عام طور پر بیمہ کی زبان میں بیمہ کے موضوع کے طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔

2. جوکھم

بیمہ کے عمل میں دوسرا عنصر جوکھم کا تصور ہے۔ہم جوکھم کو ایک نقصان کے امکان کے طور پر وضاحت کرینگے۔اس طرح جوکھم اس نقصان یا ضرر کو منسوب کرتا ہے جو کسی واقعہ کے واقع ہونے پرپیداہو سکتا ہے۔ہم عام طور پر ہمارے گھر کے جلنے یا ہماری کار کے درگھٹناگرست ہونے کی توقع نہیں کرتے ہیں۔ پھر بھی ایسا ہو سکتا ہے۔

جوکھم کے مثالوں میں کسی گھر میں آگ لگنے یا چوری ہونے سے پیدا ہونے والے اقتصادی نقصان یا ایک ایسا حادثہ جس کے نتیجے میں کسی اعضاء کے نقصان کے امکان شامل ہے۔

اس کے دو مضمرات ہیں۔

i. **سب سے پہلے،** اسکا مطلب یہ ہے کہ نقصان ہو سکتا ہے یا نہیں بھی ہو سکتا ہے۔نقصان کے آثار یا امکان کا ریاضی طریقے سے اظہار کیا جا سکتا ہے۔

مثال

ایک ہزار میں ایک آثار کہ ایک گھر میں آگ لگ جائیگی = 1/1000
0 =.001-

ایک ہزار میں تین امکان کہ رام کو دل کا دورہ پڑےگا = 3/1000
0 =.003

جوکھم کا مطلب ہمیشہ ایک امکان ہے۔ اسکی قیمت ہمیشہ 0 اور 1 کے درمیان ہوتی ہے، جہاں 0 اس یقین کو ظاہر کرتا ہے کہ نقصان نہیں ہوگا جبکہ 1 اس یقین کو ظاہر کرتا ہے کہ ایسا ہوگا۔

ii. **دوسرے،** وہ واقعہ جس کے واقع ہونے سے حقیقت میں نقصان ہوتا ہے، ایک سخت خطرہ کہلاتی ہے۔ یہ نقصان کی وجہ ہے۔

مثال

آگ، زلزلہ، باڑھ، آسمانی بجلی، چوری، دل کا دورہ وغیرہ خطروں کے مثال ہیں۔

قدرتی ٹوٹ پھوٹ کے بارے میں کیا کہا جا سکتا ہے؟

یہ سچ ہے کہ کوئی بھی چیز ہمیشہ کے لئے نہیں رہتی ہے۔ ہر اثاثہ کی ایک محدود زندگی ہوتی ہے جسکے دوران یہ فعال ہوتی ہے اور فوائد پیدا کرتی ہے۔

مستقبل کی کسی تاریخ میں اس کی قیمت صفر ہو جاتی ہے۔ یہ ایک قدرتی عمل ہے، ہم اپنے موبائلوں، اپنے واشنگ مشینوں، اپنے کپڑوں کو پرانا ہو جانے پر ضائع کر دیتے یا بدل دیتے ہیں۔اسلئے عام ٹوٹ پھوٹ سے پیدا ہونے والے نقصانوں کو بیمہ میں نہیں شامل کیا جاتا ہے۔

i. **جوکھم کا ظہور :** کوئی سخت خطرہ کا واقعہ ضروری نہیں کہ ایک نقصان کی وجہ بنے۔ ممبئی میں رہنے والے ایک شخص کو ساحلی آندھرا میں آئے سیلاب کی وجہ سے کوئی نقصان نہیں ہوتا ہے۔ نقصان واقع ہونے کے لئے اثاثہ کو جوکھم کے دائرے میں ہونا چاہئے۔

مثال

ایک کار حادثہ کے خلاف تحفظ دینے کے لئے بیمہ کمپنی کو کاروں کی ایک ایسی تعداد میں دلچسپی ہوگی جو ایک سال کے دوران 'حادثہ نامی سخت خطرہ کے دائرے میں آتی ہیں۔ باقاعدگی سے ریسنگ کے مقاصد کے لئے استعمال ہونے والی کار اسکا حصہ نہیں ہو سکتی ہے۔ اسے 'ریسنگ کاروں' کے ایک الگ گروپ کا حصہ ہونا چاہئے جن کے حادثہ کے امکانات عام کاروں کے مقابلے میں زیادہ ہوتی ہیں۔

صرف جوکھم ظہور بیمہ معاوضہ کے لئے کافی آدھار نہیں ہے۔

مثال

کوئی اصل نقصان کی وجہ بنے بنا کارخانے کے پرسر میں آگ لگ سکتی ہے۔

بیمہ صرف تبھی کام آتا ہے جب کسی سخت خطرہ کے نتیجے میں ایک اصل اقتصادی (مالی) نقصان ہوا ہو۔

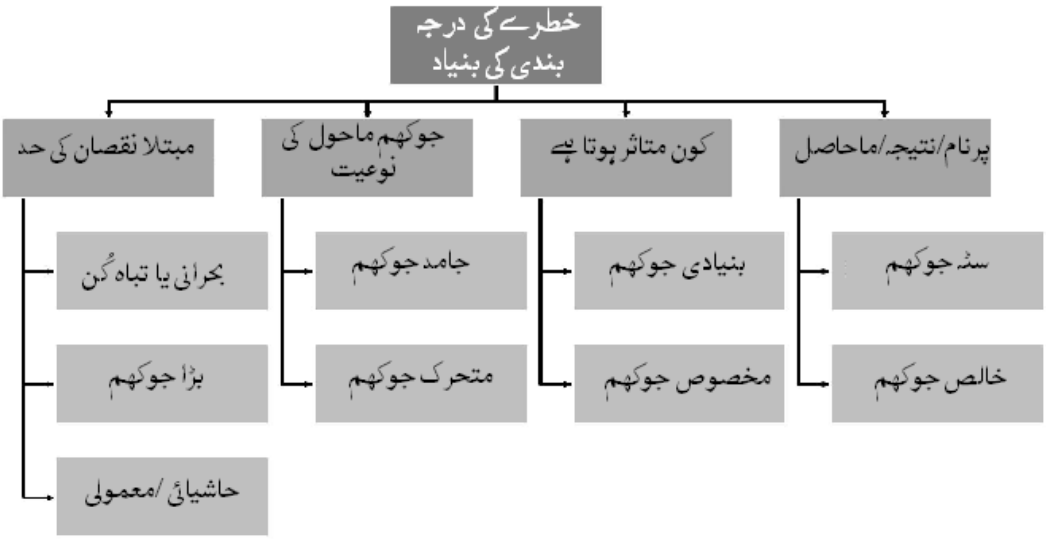
ii.جوکھم کے ظہور کی ڈگری: دو اثاثےایک ہی جوکھم کے دائرے میں آ سکتے ہیں لیکن نقصان کے امکانات یا نقصان کی رقم میں کافی فرق ہو سکتا ہے۔

مثال

ایک دھماکہ خیز مواد سے بھری گاڑی کو پانی سے بھرے ٹینکر کے مقابلے میں بہت زیادہ نقصان ہو سکتا ہے۔
اسی طرح، ایک دوکان میں بیٹھنے والے شخص کے مقابلےا میں ایک آلودہ شہر میں رہنے والے شخص کو سانس کی بیماری کے امکان زیادہ ہوتے ہے یا گھوڑے کی دوڑ میں مصروف شخص کو حادثاتی چوٹ لگنے کا جوکھم زیادہ ہوتا ہے۔

بیمہ کمپنیاں بنیادی طور پر جوکھم ظہور کی ڈگری کو لےکر فکر مند رہتی ہیں۔ جب یہ بہت زیادہ ہوتا ہے تو ہم کہتے ہیں کہ یہ ایک برا جوکھم ہے۔

خطرے کی درجہ بندی کی بنیاد



a) مبتلا نقصان کی حد

یہ نقصان کی ڈگری اور ایک شخص یا کاروبار پر اسکے اثر کے ذریعے نکالا جاتا ہے۔ اس بنیاد پر تین قسم کی جوکھم کی واقعات یا حالات کی پہچان کی جا سکتی ہے:

i. بحرانی یا تباہ کُن

چہاں نقصان اتنی شدت سے ہوتے ہیں جن کے نتیجے میں کل نقصان یا دیوالیہ پن ہو سکتا ہے۔

مثال
✓ ایک ایسا زلزلہ جو کسی گاؤں کو پوری طرح سے تباہ کر دیتا ہے
✓ ایک بڑی آگ کثیر کروڑ روپے کے تنصیب کو پوری طرح سے تباہ کر دیتی ہے
✓ ورلڈ ٹریڈ سینٹر پر 11/9 کے دہشت گرد حملے جیسی ایک صورتحال جو کئی لوگوں کے زخمی ہونے کی وجہ بنتی ہے

ii. بڑے جوکھم

جسمیں ممکن نقصان کے نتیجے میں سنگین مالی گھاٹے کی صورتحال پیدا ہو سکتی ہے جو کمپنی کو اپنا کام کاج جاری رکھنے کے لئے ادھار لینے پر مجبور کر دیتی ہے۔

مثال

گوڑگاؤں میں ایک بڑی کثیر الاقومی کمپنی کے پلانٹ میں آگ لگنے سے 1 کروڑ روپے قیمت کی اشیاۂ تباہ ہو گئیں۔ یہ ایک بھاری نقصان ہے لیکن اتنا زیادہ نہیں کہ دیوالیہ پن کی وجہ بن سکے۔

گردے ٹرانسپلانٹ کا ایک بڑا آپریشن جس کی قیمت مانع ہے۔

iii. حاشیائی /معمولی

چہاں ممکن نقصان معمولی ہوتے ہیں اور کوئی بھی غلط مالیاتی دباؤ نافذ کیے بغیر آسانی سے ایک شخص یا فرم کی موجودہ اثاثوں یا موجودہ آمدنی سے پورے کئے جا سکتے ہیں۔

مثال

ایک چھوٹی کار حادثہ کے نتیجے میں اسکی بغل میں تھوڑی کھرونچ لگ جاتی ہے جسکی وجہ سے کچھ پینٹ خراب ہو جاتا ہے اور ایک فینڈر تھوڑا سا مڑ جاتا ہے۔

عام سردی اور کھانسی میں مبتلا ایک شخص

b) جوکھم کے ماحول کی نوعیت

جوکھم کو درجہ بندی کرنے کا ایک دوسری بنیاد ماحول کی نوعیت کے ذریعے ہے۔

i. جامد جوکھم

جامد جوکھم ایک مستحکم ماحول میں ہونے والی واقعات کا حوالہ دیتا ہے۔ان میں وقت کے ساتھ باقاعدہ طور پر واقع ہونے کی ترکیب ہوتی ہے اور مناسب پیش گوئی کی جا سکتی ہے۔ اسلئے انکا بیمہ کرنا آسان ہوتا ہے۔ عام طور پر اس طرح کے جوکھم قدرتی واقعات کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

مثال کے طور پر آگ، زلزلے، موت، حادثے اور بیماری

ii.متحرک جوکھم

یہ عام طور پر ان خطروں کو منسوب کرتے ہیں جو سماجی ماحول پر اثر کرتے ہیں اور اقتصادی اور سماجی عوامل کے نتیجے میں پیداہوتے ہیں۔انکو متحرک کہا جاتا ہے کیونکہ ان میں انواریہ روپ سے واقع ہونے کی ایک باقاعدہ طریقہ نہیں ہوتا ہے اور مستحکم جوکھموں کی طرح انکی پیش گوئی نہیں کی جا سکتی ہے۔ ساتھ ہی ان جوکھموں کے اکثر وسیع قومی اور سماجی نتائج ہوتے ہیں اور لوگوں کے ایک بڑے حصے کو متاثر کر سکتے ہیں۔

مثال کے طور پر بے روز گاری، مہنگائی، جنگ اور سیاسی تغیرات

بیمہ کمپنیاں عام طور پر متحرک جوکھموں کا بیمہ نہیں کرتی ہیں۔

c) کون متاثر ہوتا ہے؟

جوکھم کو درجہ بندی کرنے کا ایک تیسرا طریقہ یہ غور کرتے ہوئے مہیا کیا جا سکتا ہے کہ ایک مخصوص سخت خطرہ یا نقصان کے واقعہ سے کون متاثر ہوتا ہے۔

i. بنیادی جوکھم: یہ ایک بڑی آبادی کو متاثر کرتے ہیں۔انکا اثر بڑے پیمانے پر ہوتا ہے اور یہ تباہ کُن ہو سکتے ہیں۔

بنیادی یا باضابطہ جوکھموں کے مثال ہیں، جنگ، سوکھا، باڑھ، زلزلے اور دہشت گرد حملے۔

ii. مخصوص جوکھم: یہ صرف مخصوص اشخاص کو متاثر کرتے ہیں نہ کہ ایک پورے معاشرے یا گروپ کو۔اس معاملے میں نقصان صرف مخصوص اشخاص کے ذریعے برداشت کیا جاتا ہے نہ کہ پورے معاشرے یا گروپ کے ذریعے

مخصوص جوکھموں کے مثالوں میں کسی گھر کا جلنا یا کوئی گاڑی کا حادثہ یا کسی حادثہ کے بعد اسپتال میں بھرتی ہونا شامل ہیں۔

کمرشیل بیمہ بنیادی اور مخصوص جوکھم دونوں کو کور کرنے کے لئے دستیاب ہے۔

d) **نتیجہ / نتیجے / ماحاصل**

i. قیاس آرائی پر منبی جوکھم ایک ایسی صورتحال کی وضاحت کرتے ہے جسمیں نتیجے یا تو ایک منافع یا نقصان ہو سکتا ہے۔اس طرح کے جوکھم لینے کے عام مثالیں گھوڑوں پر یا شیئر بازار میں قیاس آرائی پر جوا ہیں۔ شخص ایک فائدہ کی اُمید میں جان بوجھ کر اس طرح کے جوکھم اٹھاتا ہے۔

ii. دوسری طرف پاک جوکھم میں ایسی صورتحال شامل ہیں جن میں نتیجہ صرف نقصان یا کوئی نقصان نہیں میں نکل سکتا ہیں لیکن فائدے میں کبھی نہیں نکل سکتا ۔

مثال کے طور پر ، باڑھ یا آگ لگنے کا واقعہ یا تو واقع ہوتا ہے یا پھر نہیں ہوتا ہے۔ اگر یہ واقعہ ہوتا ہے تو ایک نقصان ہوتا ہے۔ اگر یہ واقعہ واقع نہیں ہوتا ہے تو نہ نقصان ہوتا ہے نہ فائدہ۔ اسی طرح، کوئی شخص شدت سے بیمار ہو سکتا ہے یا نہیں بھی ہو سکتا ہے۔

بیمہ صرف خالص جوکھموں کے معاملے میں لاگو ہوتا ہے جہاں یہ پیداہونے والے نقصان کے خلاف حفاظت کرتا ہے۔ قیاس آرائی پر منبی جوکھموں کا بیمہ نہیں کیا جا سکتا ہے۔

خالص خطرے کی مثالیں:

- ✓ کیمیائی - آگ، دھماکے
- ✓ قدرتی - زلزلے، سیلاب، طوفان
- ✓ سماجی - فسادات، دھوکہ دہی، چوری
- ✓ تکنیکی - مشینری خرابی
- ✓ ذاتی - موت، معذوری، بیماری

خطرہ

ہم نے اوپر دیکھا ہے کہ صرف کسی سخت خطرہ کے دائرے میں آنا نقصان کی وجہ نہیں بننا چاہئیے۔ ساتھ ہی، نقصان کا شدت سے ہونا ضروری نہیں ہے۔ ایسی صورتحال یا حالات جو کسی نقصان کے امکان یا اسکی گمبھیرتا کو بڑھاتی ہیں اور اس طرح جوکھم کو متاثر کرتی ہیں، خطرے کے طور پر جانی جاتی ہیں۔جب بیمہ کمپنیاں جوکھم کی تشخیص کرتی ہیں، یہ عام طور پر اس خطرے کے حوالے سے ہوتا ہے جس کے اثاثہ موضوع ہے۔

آئیے اب ہم اثاثہ، سخت خطرہ اور خطروں کے درمیان کی کڑی کی کچھ مثالیں دیتے ہیں۔

اثاثہ	سخت خطرہ	خطرہ
زندگی	کینسر	ضرورت سے زیادہ تمباکو نوشی
فیکٹری	آگ	آتشزدگی دھماکہ خیز مواد
کار	کار حادثے	لاپرواہ ڈرائیور کے ذریعے سے ڈرائیونگ
کارگو	طوفان	کارگو میں پانی کا بہاؤ اور بگاڑ; کارگو واٹر پروف کنٹینر میں پیک نہیں

اہم

خطرے کی قسمیں

a) **طبعی خطرہ** ایک ایسی طبعی حالت ہے جس سے نقصان کے امکان بڑھ جاتے ہے۔

مثال

i. کسی عمارت میں عیب دار وائرنگ

ii. پانی کے کھیلوں میں شامل ہونا

iii. ایک سُست طرز زندگی کی قیادت

b) **اخلاقی خطرہ** کسی شخص میں بےایمانی یا کردار نقائص کی نمائندگی کرتا ہے جو نقصان کی تعداد یا شدت کو متاثر کرتے ہیں۔ایک بےایمان شخص دھوکادھڑی کرنے اور بیمہ کی سہولت کا غلط استعمال کرکے پیسہ کمانے کی کوشش کر سکتا ہے۔

مثال

اخلاقی خطرے کی ایک کلاسیک مثال کسی کارخانے کے لئے بیمہ خریدنے اور پھر بیمہ رقم حاصل کرنے کے لئے اسے جلا دینے یا ایک بڑی بیماری شروع ہونے کے بعد صحت بیمہ خریدنے کا ہے۔

c) **قانونی خطرہ** ان معاملوں میں زیادہ مقبول ہے جن میں نقصانوں کے لئے ادا کرنے کی ایک ذمہ داری شامل ہوتی ہے۔یہ اس وقت پیداہوتا ہے جب قانونی نظام یا ریگولیٹری ماحول کی بعض خصوصیات نقصانات کے واقعات یا شدت میں اضافہ کر سکتے ہیں۔

مثال

حادثات کے معاملے میں ملازمین کے معاوضے کا انتظام کرنے والا قانون لاگو کرنا ذمہ داری کی رقم کو کافی بڑھا سکتا ہے۔

بیمہ میں ایک اہم تشویش کا موضوع جوکھموں اور متعلقہ خطروں کے درمیان کا تعلق ہے۔اثاثے کو اس بنیاد پر مختلف جوکھم اقسام میں درجہ بندی کی جاتی ہے اور بیمہ کوریج کے لئے لی گئی قیمت [جسے پریمیم کے طور پر جانا جاتا ہے] بڑھ جائیگا اگر وابستہ خطرات کی موجودگی کے نتیجے میں پیداہونے والے نقصان کی اثر پذیری زیادہ ہوتی ہے۔

3. **بیمہ کا ریاضی اُصول (جوکھم پولنگ)**

بیمہ میں تیسراعناصر ایک ریاضی اُصول ہے جو بیمہ کو ممکن بناتا ہے۔ اسے جوکھم پولنگ کے اُصول کے طور پر جانا جاتا ہے۔

مثال

فرض کیجیے کہ 100000 مکان آگ کے جوکھم کے دائرے میں آتے ہیں جسکی وجہ سے 50000 روپے کا ایک اوسط نقصان ہو سکتا ہے۔ اگر کسی مکان میں آگ لگنے کے امکان 1000 میں 2 [یا 0-002] ہے تو اسکا مطلب ہوگا کہ نقصان کی کل رقم 0 x 50000=] 10000000۔ [100000 x 002 روپے ہوگی۔

ایک بیمہ کمپنی کو ایک لاکھ مکانوں میں سے ہر ایک کے مالکان سے 100 روپے کا تعاون حاصل کرنا تھا اور اگر ان شراکت کو ایک فنڈمیں جمع پول کیا جائیں تو یہ آگ سے نقصان اٹھانے والے کچھ بد قسمت لوگوں کے نقصان کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی ہوگا۔

ذاتی شراکت کے لئے مطلوبہ رقم ذیل کے حساب سے واضح ہو جاتی ہے

100000 x 100 = Rs 10000000

یہ یقینی بنانے کے لئے کہ بیمہ کئے جانے والے تمام لوگوں کے درمیان انصاف [جانبداری] ہے، سبھی مکانوں کا جیسے جوکھم کے دائرے میں آنا لازمی ہے۔

a) بیمہ میں پولنگ اُصول کس طریقے سے کام کرتا ہے؟

مثال

شیام کے پاس ایک کارخانہ ہے جس کی قیمت ، پلانٹ،مشینری اور اشیاۂ کے ساتھ 70 لاکھ روپے ہے، وہ ایک بیمہ کمپنی کے ساتھ انکا بیمہ کرنا چاہتا ہے۔ کارخانے اور اسکے مندرجات کو آگ یا دیگر بیمہ جوکھموں سے نقصان یا ضرر ہوگا، یہ امکان 1000 میں سے 7 0]۔ [007 ہے۔ شیام اور بیمہ کمپنی دونوں کو اس کے بارے میں معلومات ہے۔

ان کے حالات مختلف کیسے ہیں اور کیوں شیام بیمہ کرنا چاہتا ہے؟

شیام کی صورتحال

شیام کے لئے نقصان کے امکانات (0-007) اس پر بہت کم استعمال کے ہے کیونکہ اس سے صرف یہ پتہ چلتا ہے کہ اس طرح کے 1000 کارخانوں میں سے اوسطاً لگ بھگ 7 پر نقصان کا اثر پڑےگا۔ کیا وہ نہیں جانتا ہے کہ اس کا کارخانہ ان سات بد قسمت کارخانوں میں سے ایک ہوگا؟ حقیقت میں کوئی بھی اس بات کی پیش گوئی نہیں کر سکتا ہے کہ کیا ایک مخصوص کارخانے کو کوئی نقصان اٹھانا پڑےگا۔

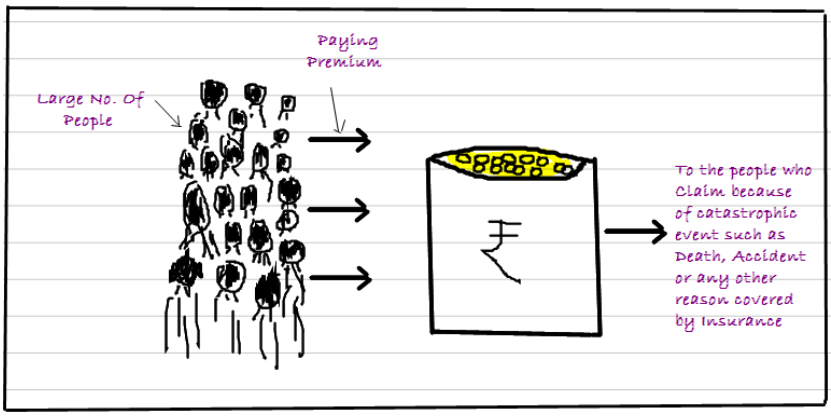
شیام کو ایک غیر یقینی کی صورتحال میں ہونا کہا جا سکتا ہے۔ وہ نہ صرف مستقبل کے بارے میں جانتا نہیں ہے، بلکہ وہ اس بات کی پیش گوئی بھی نہیں کر سکتا ہے کہ ایسا ہوگا۔ ظاہر ہے کہ یہ ایک تشویش کا باعث ہے۔

بیمہ کارکی صورتحال

آئیے اب ہم بیمہ کمپنی کی صورتحال پر نظر ڈالتے ہیں۔ جب شیام کے نقصان کے جوکھم کو ایک جیسی صورتحال کے دائرے میں آنے والے دیگر ہزاروں لوگوں کے نقصان کے جوکھموں کے ساتھ جوڑا جاتا ہے اور ایک پول بنایا جاتا ہے، تو اب یہ محدود اور قابلِ پیش گوئی بن جاتا ہے۔

بیمہ کمپنی کو شیام کے کارخانے کے بارے میں فکر کرنے کی ضرورت نہیں ہے جب تک شیام ایسا کرتا ہے۔ ہزار کارخانوں میں سے صرف سات کارخانوں کا نقصان کا نشانہ بننا کافی ہے۔ جب تک اصل نقصان ایک جیسا یاتوقع کے لگ بھگ ایک ہی ہے، بیمہ کمپنی فنڈز کے پول سے پیسے نکال کر انکو پورا کر سکتی ہے۔

کسی سخت خطرہ کے نتائج کے طور پر رکھے گئے اور نقصان کے امکان کے دائرے میں آنے والے سبھی بیمہ داروں کے کئی جوکھموں کا پول بنا کر بیمہ کمپنی اس جوکھم اور اسکے مالی اثر کو فرض کرنے میں اہل ہوتی ہے۔



b) جوکھم پولنگ اور بڑی تعداد کے قانون

نقصان کے امکان [اوپر کے مثال میں 1000 میں سے 7 یا 0،007 کے طور پر حاصل کردہ] وہ بنیاد بنتی ہے جس پر پریمیم مقرر کیا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنی کو نقصان کے کسی بھی جوکھم کا سامنا نہیں کرنا ہوگا اگر اصل تجربہ توقع کے مطابق تھا۔ ایسی صورتحال میں کئی بیمہ داروں کے پریمیم سخت خطرہ سے متاثر ہونے والے لوگوں کے نقصانوں کی پوری طرح سے بھرپائی کرنے کے لئے کافی ہونگے۔ حالانکہ بیمہ کمپنی کو ایک جوکھم کا سامنا کرنا ہوگا اگر اصل

تجربہ توقع سے زیادہ منفی تھا اور جمع کیے گئے پریمیم دعووں کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی نہیں تھا۔

کیسے بیمہ کمپنی اپنی پیش گوئی کے بارے میں یقینی ہو سکتی ہے؟

"بڑی تعداد کے قانون" نامی اُصول کی وجہ سے یہ ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ اُصول کہتا ہے کہ جوکھموں کے پول کی سائز جتنی بڑی ہوگی، نقصانوں کا اصل اوسط تخمیہ شدہ یا متوقع اوسط نقصان کے زیادہ قریب ہوگا۔

مثال

ایک آسان مثال دینے کے لئے، ایک سکہ اچھالے جانے پر ہیڈس آنے کی امکان ½ ہوتے ہے۔ لیکن آپ یہ کیسے یقین کر سکتے ہیں کہ اگر آپ چار بار سکہ اچھالتے ہیں تو آپ کو حقیقت میں 2 ہیڈس مل جا ئینگے۔

صرف جب ٹاس کی تعداد بہت بڑی اور لامحدودکے قریب ہوتی ہے، ہر دو ٹاس کے لئے ایک بار ہیڈس حاصل ہونے کے امکان ایک کے زیادہ قریب ہو جائے گے۔

اسکا مطلب ہے کہ بیمہ کمپنیاں اپنی بنیاد کے بارے میں صرف تبھی یقینی ہو سکتےہیں جب وہ ایک بڑی تعداد میں بیمہ داروں کا بیمہ کرنے میں قابل ہوتے ہیں۔ ایک ایسی بیمہ کمپنی جس نے صرف کچھ سو مکانوں کا بیمہ کیا ہے، کئی ہزار مکانوں کا بیمہ کرنے والی بیمہ کمپنی کے مقابلے میں اسکے زیادہ بری طرح سے متاثر ہونے کے امکان ہوگے ۔

اہم

کسی جوکھم کا بیمہ کرنے کے لئے شرطیں

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظرسے کب کسی جوکھم کا بیمہ کرنے کا کوئی مطلب ہوتا ہے؟

کسی جوکھم کے بیمہ قابل ہونے پر غور کئے جانے کے لئے چھ وسیع ضروریات نیچے باکس میں دی گئی ہیں۔

i. **نقصانوں کو مناسب طور پر قابل پیش گوئی بنانے کے لئے ہم جنس [ایک جیسا] ظہوراکائیوں** کی ایک کافی بڑی تعداد۔ یہ بڑی تعدادوں کے قانون پر عمل کرتا ہے۔اسکے بنا پیش گوئی کرنا مشکل ہوگا۔

ii. **جوکھم کے ذریعے پیدانقصان قطعی اور پیمائشی ہونا چاہئے۔** معاوضہ کرنا مشکل ہے اگر شخص یقین سے یہ نہیں کہہ سکتا ہے کہ ایک نقصان واقع ہوا ہے اور یہ کتنا ہے۔

iii. **نقصان ناگہانی یا حادثاتی ہونا چاہئے۔** یہ ایک ایسے واقعہ کا نتیجہ ہونا چاہئے جو واقع ہو سکتا ہے یا نہیں بھی ہو سکتا ہے۔ واقعہ بیمہ دار شخص کے کنٹرول سے باہر ہونا چاہئے۔ کوئی بھی بیمہ کمپنی ایک ایسے نقصان کو کور نہیں کریگی جو بیمہ دار شخص کے ذریعے جان بوجھ کر کیا گیا ہے۔

iv. **کچھ لوگوں کے نقصانوں کو کئی لوگوں کے ذریعےحصہ کاری کرنا** صرف تبھی کام کر سکتا ہے جب بیمہ دار گروپ کے ایک چھوٹے سے فی صد کو کسی دئیے گئے وقت کی مدت میں نقصان برداشت کرنا پڑتا ہے۔

v. **اقتصادی عمل پذیری:** بیمہ کی لاگت ممکنہ نقصان کے سلسلے میں زیادہ نہیں ہونا چاہئے؛ دوسری صورت میں بیمہ اقتصادی طور پر سے ناقابل عمل ہوگا۔

vi. **پبلک پالیسی:** آخر میں معاہدہ پبلک پالیسی اور اخلاقیات کے برعکس نہیں ہونا چاہئے۔

4. بیمہ معاہدہ

بیمہ کا چوتھاعناصر یہ ہے کہ اس میں ایک ایسا معاہدی اقرار نامہ شامل ہے جسمیں بیمہ کار پریمیم نامی ایک قیمت یا تلافی بدل کے لئے مخصوص جوکھموں کے خلاف مالی تحفظ فراہم کرنے پر اتفاق کرتی ہے۔ معاہدی اقرار نامہ ایک بیمہ پالسی کی شکل اختیار کرتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

ان میں سے کون سا آپشن ایک قابلِ بیمہ جوکھم کو نہیں ظاہر کرتا ہے؟

I. آگ

II. چوری کے سامان

III. چوری

IV. جہاز کے پلٹنے کی وجہ سے مال کا نقصان

B. بیمہ معاہدہ- قانونی پہلو

1. ایک بیمہ معاہدہ کے قانونی پہلو

اب ہم ایک بیمہ معاہدہ میں شامل کچھ خصوصیات پر نظر ڈالیں گے اور پھر ان قانونی اُصولوں پر غور کرینگے جو عام طور پر بیمہ معاہدوں کی فرمانروائی کرتے ہیں۔

ہم پہلے ہی دیکھ چکے ہے کہ بیمہ کے عناصر میں سے ایک یہ ہے کہ اس میں بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان ایک معاہدہ شامل ہوتا ہے۔

معاہدہ دو جماعتوں کے درمیان قانون پر لاگو کرنے کے قابل ایک سمجھوتہ ہے۔ بھارتیہ معاہدہ ایکٹ، 1872 کے معاہدے، بیمہ معاہدہ سمیت بھارت میں تمام معاہدوں کی فرمانروائی کرتے ہیں۔

2. **ایک معتبر معاہدہ کے عناصر**

ایک معتبر معاہدہ کےعناصر اس طرح ہیں:

a) **پیش کش اور قبولیت :**

عام طور پر پیشکش تدبیر کنندہ کے ذریعے کی جاتی ہے۔ - اور قبولیت بیمہ کمپنی کے ذریعے کی جاتی ہے۔

b) تلافی بدل

اس کا مطلب ہے کہ معاہدہ میں پارٹیوں کے لئے کچھ آپسی فائدے شامل ہونے چاہئے۔پریمیم بیمہ دار کا تلافی بدل ہے اورمعاوضہ کا وعدہ بیمہ کمپنیوں کی تلافی بدل ہے۔

c) پارٹیوں کے درمیان سمجھوتہ

دونوں جماعتوں کو ایک ہی معنی میں ایک ہی بات سے اتفاق کرنا چاہئیے۔

d) جماعتوں کی صلاحیت

معاہدہ کے دونوں جماعت معاہدہ میں داخل کرنے کے لئے قانونی طور پر قابل ہونے چاہئیے۔ مثال کے لئے، نابالغ بیمہ معاہدہ میں داخل نہیں کر سکتے ہیں۔

e) قانونی

معاہدہ کے آبجیکٹ معتبر ہونے چاہئیے، مثال کے طور پر ، اسمگل کے سامان کے لئے کوئی بیمہ نہیں کیا جاسکتا ہے۔

اہم

مندرجہ ذیل انشورنس معاہدہ کا ایک عنصر نہیں ہو سکتا ہے

i. زبردستی

اس میں مجرمانہ ذرائع سے لاگو دباؤ شامل ہے۔

ii. غلط اثر ورسوخ

جب کوئی شخص جو دوسرےپر غلبہ حاصل کرنے میں اہل ہے، غلط فائدہ حاصل کرنے کے لئے اپنی طاقت یا پوزیشن کا استعمال کرتا ہے۔

iii. دھوکا بازی

جب کوئی شخص ایک باطل عقیدہ پر عمل کرنے کے لئے دوسرے شخص کو شامل کرتا ہے جو ایک نمائندگی کی وجہ ہوتا ہے، اسے صحیح نہیں مانا جاتا ہے۔یہ یا تو حقائق کو جان بوجھ کر چھپائے جانے یا انکو غلط طریقے سے پیش کئے جانے کی وجہ سےپیدا ہو سکتے ہے۔

iv. غلطی

کسی واقعہ کے فیصلے یا تشریح میں خرابی یہ معاہدہ کے موضوع کے بارے میں سمجھ اور اقرار نامہ میں ایک خرابی کی وجہ بن سکتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سا ایک درست انشورنس کے معاہدے میں ایک عنصر نہیں ہو سکتا؟

I. پیش کش اور قبولیت

II. جبر

III. کنسیڈریشن / تلافی بدل

IV. قانونی حیثیت

C. انشورنس معاہدہ - خاص خصوصیات

آئیے اب ہم ایک انشورنس معاہدے کی خاص خصوصیات پر نظر ڈالیں

f) **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 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 اگے 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۔

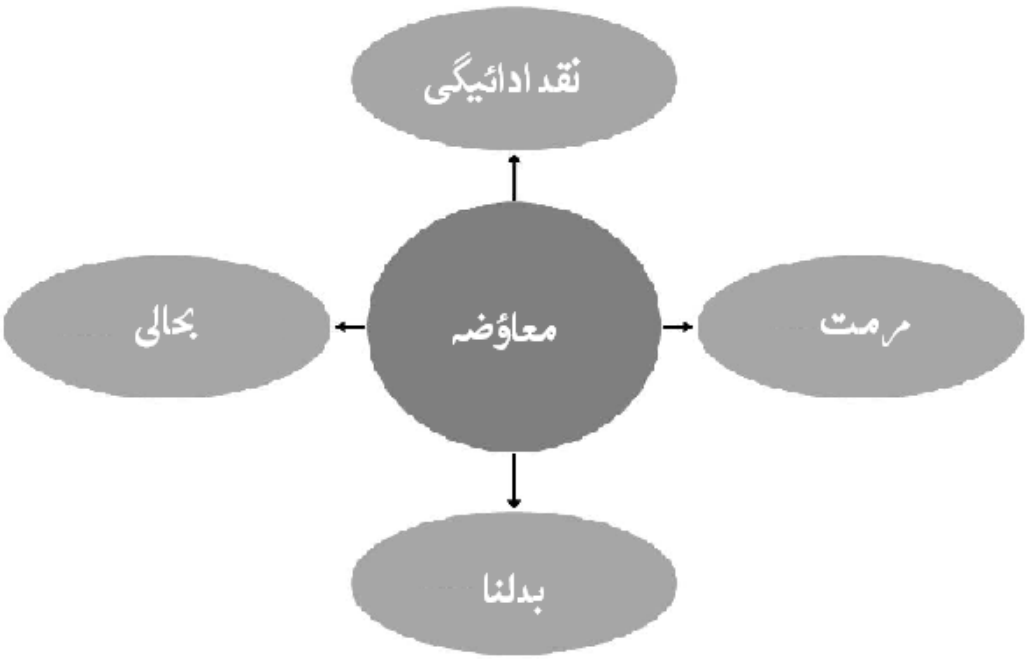
ادا کی جانے والی معاوضہ کی پیمائش شخص کے ذریعے لئے جانے والے بیمہ کی قسم پر انحصار کرے گا ۔

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 بازارِ 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 : معاؤضہ



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۔

g) 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 پیداہوتا 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۔

h) شراکت

یہ اُصول صرف غیر زندگی بیمہ کے لئے لاگو ہوتا ہے۔شراکت معاوضہ کے اُصول سے چلتا ہے جس کے معنی ہے کہ شخص سخت خطرہ سے ہوئے نقصان کے مقابلے میں زیادہ رقم بیمہ سے حاصل نہیں کر سکتا ہے۔

تعریف

" شراکت " کے اُصول کے معنی یہ ہے کہ اگر ایک ہی اثاثہ کا بیمہ ایک سے زیادہ بیمہ کمپنی کے ساتھ کیا جاتا ہے تو سبھی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ایک ساتھ ادا کیا جانے والا کُل معاوضہ اصل نقصان سے زیادہ نہیں ہو سکتا ہے۔

اگر بیمہ دار کو ہر بیمہ کمپنی سے نقصان کی پوری رقم حاصل ہو جاتی تو بیمہ دار کو نقصان سے منافع ہو سکتا تھا۔ اس معاوضہ کے اصول کی خلاف ورزی کرے گا۔

مثال

منظر نامے 1

شری نواس صاحب 24 لاکھ روپے قیمت کے اپنے مکان پر دو بیمہ کمپنیوں سے ایک آگ بیمہ پالسی لیتے ہے۔ وہ ہر ایک کمپنی کے ساتھ 12 لاکھ روپے کے لئے اسکا بیمہ کرتے ہے۔ جب مکان کو ایک آگ میں جزوی طور پر نقصان ہوتا ہے تو اس میں 6 لاکھ روپے کا نقصان ہوتا ہے۔ وہ دونوں بیمہ کمپنیوں سے 6 لاکھ روپے ہر ایک کا دعویٰ کرتے ہے۔ دونوں بیمہ کمپنیاں اسے ہر ایک 6 لاکھ روپے دینے سے منا کر دیتی ہیں۔

وہ یہ تصور کرتے ہیں کہ چونکہ ان میں سے ہر ایک کی 50٪ کی حد تک بیمہ میں حصے داری مانی جاتی ہے، ہر ایک کے ذریعے نقصان کے 50٪ مطلب 3 لاکھ روپے کی ادائیگی کی جائے گی، اس طرح یہ یقین ہوگا کہ بیمہ دار شخص کو اصل نقصان کے قیمت سے زیادہ رقم حاصل نہیں ہوتی ہے۔

منظر نامے 2

رشی نے اپنے لئے دو میڈکلیم پالسیاں لی ہیں، 2،50،000 روپے کی پالسی ایکس کمپنی سے اور 1،50،000 روپے کی پالسی وائی کمپنی سے۔ رشی نے ایک بیماری کے بعد اسپتال میں بھرتی ہونے پر 1،60،000 روپے کا خرچ کیا ہے۔ 1،60،000 روپے کا یہ معاوضہ قابلِ ٹیکس تناسب کی بنیاد پر دونوں کمپنیوں کے ذریعے تقسیم اور ادا کیا جائےگا۔ ہر ایک کمپنی کی حصے داری اس طرح ہوگی۔

50,000/ (2, 50, 000 + 1, 50, 000) = -X company: 1, 60,000 x 2 000 -RS 1, 00

Y company: 1, 60,000 x 150,000/ (2, 50, 000 + 1, 50, 000) = Rs 60, 000

g) ابیرمافائڈس یا نیک نیتی

نیک نیتی اور انتہائی نیک نیتی کے درمیان ایک فرق ہے۔

a) نیک نیتی

عام طور پر تمام تجارتی معاہدوں کی یہ ضرورت ہوتی ہے کہ انکے لین دین میں نیک نیتی دیکھی جائے گی اور کوئی دھوکا بازی یا فراڈ نہیں ہوگا۔ نیک نیتی دکھانے کے اس قانونی ڈیوٹی کے علاوہ بیچنے والے معاہدہ کے موضوع کے بارے میں خریدار کو کسی بھی معلومات کا خلاصہ کرنے کے لئے پابند نہیں ہے۔ یہاں عمل کیا جانے والا قانون "کیویٹ ایمپٹر/خریدار خبردار" کا ہے جس کا مطلب ہے کہ خریدار خبردار رہے۔
معاہدہ کے فریقین سے معاہدہ کے موضوع کی جانچ کرنے کی اُمید کی جاتی ہے

اور جب تک ایک پارٹی دوسری پارٹی کو گمراہ نہیں کرتی ہے اور جواب سچائی سے دیئے جاتے ہیں، دیگر پارٹی کے ذریعے معاہدہ سے

بچنے کا کوئی سوال ہی نہیں اٹھتا ہے۔

مثال

چندرشیکھر صاحب ایک ٹی وی شوروم میں جاتے ہیں اور کئی خصوصیات والے ٹی وی کے ایک غیر حقیقی برانڈ کے طرف متوجہ ہوتے ہیں۔ فروخت شخص اپنے تجربہ سے جانتا ہے کہ یہ مخصوص برانڈ بہت قابلِ اعتماد نہیں ہے اور اس نے پہلے دوسرے گاہکوں کے لئے مسائل کھڑے کیے ہے۔ وہ اس ڈر سے یہ خلاصہ نہیں کرتا ہے کہ اس سے فروخت خطرے میں پڑ سکتی ہے۔

کیا اس دھوکہ دہی کرنے کا الزام لگایا جا سکتا ہے؟

کیا صورتحال الگ ہو سکتی تھی اگر فروخت شخص سے اس برانڈ کی قابلِ اعتماد کے بارے میں پوچھا گیا ہوتا اور اسکے کے ذریعے جواب دیا گیا ہوتا کہ یہ بہت ہی قابلِ اعتماد برانڈ تھا؟

---

b) انتہائی نیک نیتی

بیمہ معاہدے ایک مختلف بنیاد پر بنے ہوتے ہیں۔ تدبیر کنندہ کو بیمہ کے موضوع کے بارے میں سبھی اہم معلومات کا خلاصہ بیمہ کمپنی کو کرنا ایک قانونی ذمہ داری ہے جسکے پاس یہ معلومات نہیں ہوتی ہے۔

اہم معلومات وہ معلومات ہے جو بیمہ کمپنیوں کو ذیل کی باتیں طے کرنے میں اہل بناتی ہے:

- ✓ کیا وہ جوکھم کو منظور کرینگے
- ✓ اگر ایسا ہے تو پریمیم کی شرح کیا ہوگی اور کن شرائط و ضوابط کے تحت ہوگی

انتہائی نیک نیتی کی یہ قانونی ذمہ داری عام قانون کے تحت پیدا ہوتی ہے۔ یہ ذمہ داری نہ صرف ان اہم موادِ حقائق پر لاگو ہوتی ہے جسکے بارے میں تدبیر کنندہ کو معلومات ہے بلکہ یہ ان مواد حقائق تک بھی جاتی ہے جسکے بارے میں اسے معلومات ہونی چاہئے۔

بیمہ معاہدہ ایک اعلی ذمہ داری کے تحت ہوتے ہیں۔ جب بیمہ کی بات آتی ہے، نیک نیتی معاہدہ انتہائی نیک نیتی معاہدہ بن جاتے ہیں۔ "انتہائی نیک نیتی" کے کنسیپٹ کی "چاہے درخواست کی گئی ہو یا نہیں، تجویز کردہ جوکھم کے لئے اہم تمام مواد حقائق کا رضاکارانہ ، درست طریقے سے اور پوری طرح سے خلاصہ کئے جانے کے ایک مثبت ذمہ داری" کو شامل کرنے کے طور پر وضاحت کیا گیا ہے۔

مکمل انکشاف سے کیا مراد ہے؟

قانون تمام حقائق مواد کا خلاصہ کرنے کی ایک ذمہ داری عائد کرتا ہے۔

مثال

i. بیمہ دار شخص کے ذریعے حقائق کی غلط بیانی

ایک ایگزیکٹیو شخص ہائے بلڈ پریشر سے متاثر ہے اور اسے حال ہی میں ایک ہلکا دل کا دورہ پڑا ہے جسکے بعد وہ ایک میڈکل پالسی لینے کا فیصلہ کرتا ہے لیکن اپنی صحیح صورتحال کا خلاصہ نہیں کرتا ہے۔ اس طرح بیمہ کار بیمہ دار شخص کے زریعے حقائق کی غلط بیانی کی وجہ اس تجویز کو منظور کرنے میں ٹھگا جاتا ہے۔

ii. بیمہ کمپنی کے ذریعے حقائق کی غلط بیانی

ایک شخص کے دل میں ایک پیدائشی سوراخ ہے اور وہ اسکے بارے میں تجویز میں خلاصہ کرتا ہے۔ اسے بیمہ کمپنی کے ذریعے منظور کر لیا جاتا ہے اور تدبیر کنندہ کو یہ نہیں بتایا جاتا ہے کہ پہلے سے موجود بیماریوں کو کم سے کم 4 سالوں تک کور نہیں کیا جاتا ہے۔

---

c) **مواد حقائق**

مواد حقائق کو ایک ایسے حقائق کے طور پر وضاحت کیا گیا ہے جو یہ طے کرنے میں کہ جوکھم کو منظور کیا جائے یا نہیں، اور اگر ایسا ہوتا ہے تو پریمیم کی شرح اور شرائط و ضوابط کو طے کرنے میں ایک بیمہ جوکھم کے فیصلے کو متاثر کریگا۔

کیا ایک نامعلوم حقیّت اہم تھی یا نہیں، یہ ذاتی معاملے کے حالات پر انحصار کرے گا اور اسکا فیصلہ آخر میں صرف قانون کی ایک عدالت میں کیا جا سکتا ہے۔ بیمہ دار شخص کو جوکھم کو متاثر کرنے والے حقائق کا خلاصہ کرنا ہوتا ہے۔

آئیے اب ہم بیمہ کے مواد حقائق کے کچھ اقسام پر ایک نظر ڈالیں جن کو ظاہر کرنے کی ضرورت ہے۔

i. یہ بتانے والے حقائق کہ مخصوص جوکھم عام کے مقابلے میں ایک بڑے جوکھم کو ظاہر کرتے ہے۔ اسکی مثال ہیں، سمندر میں لے جائے جا رہے خطرناک نوعیت کا سامان؛ بیماری کی ماضی کی تاریخ

ii. سبھی بیمہ کمپنیوں سے لی گئی ماضی کی پالسیوں کی موجودگی اور انکی حال کی صورتحال۔

iii. بیمہ کے لئے درخواست فارم یا اپلی کیشن کے تمام سوالوں کو اہم مانا جاتا ہے کیونکہ یہ بیمہ کے موضوع کے مختلف پہلوؤں اور جوکھم کے اسکے دائرے سے متعلق ہیں۔ انکا جواب سچائی سے دیا جانا اور سبھی معاملوں میں مکمل ہونا لازمی ہے۔

مندرجہ ذیل مواد حقائق کی کچھ مثالیں ہیں :

مثال

i. آگ بیمہ

- ✓ عمارت کی تعمیر کا کام
- ✓ مثال کے طور دفتر، رہائش گاہ، دوکان، گودام، مینوفیکچرنگ یونٹ، وغیرہ۔(قبضے)
- ✓ ذخیرہ/تیار سامانوں کی نوعیت یعنی غیرخطرناک، خطرناک، مزید اور خطرناک وغیرہ

ii. سمندری بیمہ

- ✓ پیکنگ کے طریقہ کار یعنی کیا ایک ٹاٹ کے بورے میں یا دوہرے ٹاٹ کے بورے میں، کیا نئے ڈرم میں یا استعمال کئے گئے ڈرموں میں؛ وغیرہ
- ✓ سامانوں کی نوعیت (جیسے کیا مشینری نئی ہے یا استعمال کی گئی)

iii. موٹر بیمہ

- ✓ انجن کی کیوبک صلاحیت(نجی کار)
- ✓ تعمیر کا سال
- ✓ ایک ٹرک کی لے جانے کی صلاحیت (ٹن بھار)
- ✓ وہ مقصد جسکے لئے گاڑی کا استعمال کیا جاتا ہے

- ✓ جغرافیائی علاقے جسمیں اسکا استعمال کیا جاتا ہے

iv. ذاتی حادثہ بیمہ

- ✓ کاروبار کی درست نوعیت
- ✓ عمر
- ✓ قد اور وزن
- ✓ جسمانی معذوری وغیرہ

v. صحت بیمہ

- ✓ کوئی آپریشن کیا گیا ہو
- ✓ اگر ذیابیطس یا ہائی بلڈ پریشر سے متاثر

vi. عام خصوصیات

- ✓ یہ حقیقت کہ پچھلی بیمہ کمپنیوں نے تجویز کو نامنظورکر دیا تھا یا اضافی پریمیم وصول کیا تھا یا ردّ کر دیا تھا یا پالسی کو جدید کرنے سے انکار کر دیا تھا۔
- ✓ تدبیر کنندہ کے ذریعے اٹھائے گئے پچھلے نقصانات

اہم

ایسے حقائق جن کا خلاصہ کیا جانا لازمی نہیں ہے [جب تک کہ بیمہ کمپنی کے ذریعے مانگا نہیں جاتا ہے]

یہ بھی مانا جاتا ہے کہ جب تک بیمہ کار کے ذریعے ایک مخصوص جانچ نہیں کی جاتی ہے، تدبیر کنندہ کو ذیل کے حقائق کا خلاصہ کرنے کی کوئی پابندی نہیں ہے:

i. جوکھم کم کرنے کے لئے لاگو کئے گئے اقدامات

مثال: ایک آگ بُجھانے کی مشین کی موجودگی۔

ii. بیمہ دار کے لئے نامعلوم حقائق

مثال: ایک شخص ہائے بلڈ پریشر سے دوچار ہے لیکن پالسی لینے کے وقت اسکے بارے میں انجان تھا، اس پر اس حقائق کے غیر ظہورکا الزام نہیں لگایا جا سکتا ہے۔

iii. ایسے حقائق جن کا خلاصہ مناسب احتیاط سے دریافت کیا جا سکتا ہے، ہر منٹ مواد حقائق کا خلاصہ کرنا لازمی نہیں ہے۔بیمہ کار کو اسکے بارے میں پوچھنے کے لئے کافی روپ سے باخبر ہونا چاہئے اگر انکو مزید معلومات درکار ہے۔

iv. قانون کے معاملات: مانا جاتا ہے کہ ہر شخص کو ملک کے قانون کی معلومات ہے۔

مثال: دھماکہ خیز موادکے ذخیرے کے بارے میں میونسپل قوانین

v. جسکے بارے میں بیمہ کار لاتعلق ظاہر ہوتا ہے [یا اس نے مزید معلومات کی ضرورت کو معاف کر دیا ہے]۔ بیمہ کار بعد میں اس بنیاد پر ذمہ داری کو نامنظور نہیں کر سکتا ہے کہ جوابات نامکمل تھے

vi. ایسے حقائق جن کی تلاش کرنا ممکن ہے: جیسے کہ جب پالیسی لینے سے پہلے کوئی طبی امتحان میں بیمہ کار کی طرف سے ایک طبی ممتحن بی پی کی پیمائش لیتا ہے۔

d) غیر زندگی کے بیمہ میں ظہور کی ذمہ داری

غیر زندگی کے بیمہ میں معاہدہ یہ اقرار کرے گا کہ کیا تبدیلیوں کے بارے میں بتانا لازمی ہے یا نہیں۔ جب حقیقی معاہدہ میں ایسی کوئی تبدیلی کی جاتی ہے جو جوکھم کو متاثر کرتی ہے، ظہور کی ذمہ داری سامنے آئے گی۔ مواد حقائق کے ظہور کی ذمہ داری اس وقت ختم ہو جاتی ہے جب ایک کور نوٹ یا ایک پالیسی جاری کرکے معاہدہ کے طرف سے نتیجہ اخذ کیا جاتا ہے۔ ذمہ داری ایک بار پھر پالسی کی جدید کے وقت سامنے آتی ہے، اگر پالسی کی مدت کے دوران جوکھم میں کوئی بدلاؤ ہوتا ہے۔

مثال

ایک مکان مالک نے عمارت اور اسکی مندرجات کا بیمہ کیا ہے۔

وہ ایک ہفتہ کے لئے چھٹی پر چلا جاتا ہے - حقائق میں کوئی اہم بدلاؤ نہیں ہوتا ہے۔

حالانکہ اگر وہ اوپر ایک اور منزل بناتا ہے اور ایک بیوٹی پارلر شروع کرتا ہے، یہ جوکھم کو کافی حد تک بدل دےگا۔

e) انتہائی نیک نیتی کی خلاف ورزی

آئیے اب ہم ان حالات پر غور کریں جن میں انتہائی نیک نیتی کی خلاف ورزی شامل ہوگی۔ اس طرح کی خلاف ورزی غیر ظہور یا غلط بیانی کے ذریعے سے ہو سکتی ہے۔

i. غیر ظہور

- ✓ بیمہ دار مواد حقائق کے بارے میں عام طور پر خاموش رہتا ہے کیونکہ بیمہ کار نے کوئی مخصوص جانچ نہیں اٹھائی ہے۔
- ✓ بیمہ کمپنی کے ذریعے پوچھے گئے سوالوں کے گول مول جواب دیکر
- ✓ ظہور نادانستہ طور پر ہو سکتا ہے [شخص کی معلومات یا ارادے کے بغیر واقع ہوا] یا کیونکہ حرکت میں نے سوچا ہوگا کہ یہ حقیقت اہم نہیں ہے۔ ایسی صورت میں وہ بے قصور ہے۔ جب کسی حقیقت کا جان بوجھ کر ظاہر نہیں کیا

جاتا ہے تو اسے فریب کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ ایسے معاملے میں دھوکہ دینے کی نیت شامل ہو سکتی ہے۔

ii. غلط بیانی

بیمہ کے معاہدہ کی سودے بازی کے دوران دیئے گئے کسی بیان کو نمائندگی کہا جاتا ہے۔ یہ حقائق کا ایک خاص بیان یا بھروسہ، ارادہ یا توقع کا ایک بیان ہو سکتا ہے۔

جب یہ ایک حقیقت ہوتی ہے، اسکے کافی حد تک صحیح ہونے کی اُمید کی جاتی ہے۔

جب یہ بھروسہ یا اُمید کے معاملوں کا سوال ہے، یہ نیک نیتی سے کیا جانا چاہئیے۔

غلط بیانی دو قسم کی ہوتی ہے:

- ✓ **معصوم غلط بیانی کا تعلق** ان غلط بیانات سے ہے جو کسی بھی دھوکہ دہی کے ارادے کے بنا کئے جاتے ہیں جیسے ایک ایسا شخص جو کبھی کبھی سگریٹ نوشی کرتا ہے اور جسے سگریٹ نوشی کی عادت نہیں ہے، وہ درخواست فارم میں اس بات کا خلاصہ نہیں کر سکتا ہے کیونکہ اسے نہیں لگتا ہے کہ اسکا جوکھم پر کوئی اثر پڑتا ہے۔
- ✓ **دھوکہ دہی غلط بیانی** ایسے چھوٹے بیان ہیں جو بیمہ کمپنی کو دھوکا دینے کے ارادے کے ساتھ جان بوجھ کر دیئے جاتے ہیں یا سچائی پر مناسب دھیان دیئے بنا لاپرواہی سے دیئے جاتے ہیں۔جیسے ایک لگاتار سگیرٹ نوشی کرنے والا شخص (چین سموکر) جان بوجھ کر اس حقیقت کا خلاصہ نہیں کر سکتا ہے کہ وہ سگریٹ نوشی کرتا ہے۔

ایک بیمہ معاہدہ عام طور پر باطل ہو جاتا ہے جب دھوکا دینے کے ارادے سے کوئی بات چھپائی جاتی ہے یا جب کوئی دھوکہ دہی غیر ظہور یا غلط بیانی ہوتی ہے۔ انتہائی نیک نیتی کے دیگر خلاف ورزی کے معاملے میں معاہدہ کو باطل کرنے کے قابل مانا جا سکتا ہے۔

مثال کے لئے، فیملی فلوٹر پالیسی میں اپنے بچے کو کور کرنے کے وقت والدین کو یہ معلومات نہیں ہو سکتی ہے کہ ان کے بچے کو ایک پیدائشی مسئلہ ہے۔ یہاں دھوکا دینے کا کوئی ارادہ نہیں ہے۔

h) قابلِ بیمہ مفاد

'قابلِ بیمہ مفاد' کی موجودگی ہر بیمہ معاہدہ کا ایک اہم جزو ہوتا ہے اور اسے بیمہ کے لئے قانونی پیشگی مانا جاتا ہے۔ آئیے اب ہم دیکھیں کہ کیسے بیمہ ایک جوا یا دانو لگانے والے سمجھوتے سے الگ ہے۔

a) جوا اور بیمہ

پتوں کے ایک کھیل پر غور کریں جہاں شخص یا تو ہارتا یا جیتتا ہے۔ نقصان یا فائدہ صرف اسلئے ہوتا ہے کیونکہ شخص دانو لگانے میں دلچسپی رکھتا ہے۔ وہ شخص جو گیم کھیلتا ہے اسکا اس بات کے علاوہ گیم کے ساتھ آگے کوئی دوسرا فائدہ یا تعلق نہیں ہوتا ہے کہ وہ گیم جیت سکتا ہے۔

سٹے بازی یا دانو لگانا ایک قانون کی عدالت میں قانونی طور پر لاگو کرنے کے قابل نفاذ نہیں ہے اور اس طرح اس کی تقلید کرنے والے کسی بھی معاہدہ کو غیر معتبر مانا جائیگا۔ اگر کوئی شخص تاش کے پتوں کے ایک کھیل میں ہار جانے پر اپنے مکان کو گروی رکھ دیتا ہے تو دوسری پارٹی اسکی تکمیل یقینی بنانے کے لئے عدالت سے رابطہ نہیں کر سکتی ہے۔

اب ایک مکان اور اسکے جل جانے کے واقعہ پر غورکریں- وہ شخص جو اپنے مکان کا بیمہ کرتا ہے، اسکا بیمہ کے موضوع - مکان کے ساتھ ایک قانونی تعلق ہوتا ہے- وہ اسکا مالک ہے اور اگر یہ تباہ یا اس کا نقصان ہو تا ہے تو اسکے اقتصادی طور پر شکار ہونے کے امکان رہتے ہے- ملکیت کا یہ تعلق اس بات سے آزاد ہوتا ہے کہ کیا آگ لگتی ہے یا نہیں لگتی ہے اور یہی وہ تعلق ہے جو نقصان کی وجہ بنتا ہے- واقعہ [آگ یا چوری] اس بات کی پرواہ کئے بنا کہ شخص بیمہ لیتا ہے یا نہیں، ایک نقصان کی وجہ بنےگی-

تاش کے پتوں کے کھیل کے برعکس، جہاں شخص جیت یا ہار سکتا ہے، آگ کا صرف ایک نتیجہ ہو سکتا ہے - مکان کے مالک کو نقصان-

مالک یہ یقینی بنانے کے لئے بیمہ لیتا ہے کہ نقصان کے لئے کسی نہ کسی طریقے سے معاوضہ دیا جاتا ہے-
بیمہ دار شخص کا اپنے مکان یا اپنے دھن میں جو فائدہ ہوتا ہے اسے قابلِ بیمہ مفاد کہا جاتا ہے- قابلِ بیمہ مفاد کی موجودگی ایک بیمہ معاہدہ کو معتبر اور قانون کے تحت لاگو کرنے کے قابل بناتا ہے-

اہم

قابلِ بیمہ مفاد کے تین لازمی عناصر :

1- بیمہ کئے جانے کے قابل جائیداد، حقوق،فائدہ، زندگی یا ممکنہ ذمہ داری ہونی چاہئے-

2- اس طرح کی جائیداد، حقوق، فائدہ، زندگی یا ممکنہ ذمہ داری بیمہ کی موضوع ہونی چاہئے-

3- بیمہ دار شخص کا موضوع سے اس طرح ایک قانونی تعلق ہونا چاہئے کہ اسے جائیداد کے تحفظ ، حقوق، فائدہ، زندگی یا دممکنہ ذمہ داری سے آزادی سے فائدہ ملتا ہے- اسی ٹوکن سے وہ کسی بھی نقصان، نقصان ، چوٹ یا ذمہ داری کی تخلیق سے اقتصادی طور سے محروم ہونے کی صورتحال میں ہوتا ہے-

مثال

منظر نامہ 1

چندرشیکھر صاحب ایک مکان کے مالک ہے جس کے لئے انہوں نے ایک بینک سے 15 لاکھ روپے کا ایک مارگیج لون لیا ہے-

کیا مکان میں اس کا ایک قابلِ بیمہ سود ہے؟

کیا بینک کا مکان میں ایک قابلِ بیمہ سود ہے؟

ان کے پڑوسی کے بارے میں کیا کہا جا سکتا ہے؟

منظر نامہ 2

شری نیواسن صاحب کا بیوی، دو بچے اور بوڑھے والدین پر مشتمل ایک خاندان ہے -

کیا ان کے فلاح وبہبود میں اسکا ایک قابلِ بیمہ مفاد ہے؟

اگر ان میں سے کسی کو اسپتال میں بھرتی ہونا پڑتا ہے تو کیا اسے مالی نقصان کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے؟

اسکے پڑوسی کے بچوں کے بارے میں کیا کہا جا سکتا ہے؟ کیا ان میں اسکا ایک قابلِ بیمہ مفاد ہوگا؟

یہ بیمہ کے موضوع اور ایک انشورنس معاہدہ کے موضوع کے درمیان فرق کرنے کے لئے یہاں متعلقہ ہو جائے گا۔

بیمہ کی موضوع اس جائیدادسے متعلقہ ہے جس کے خلاف بیمہ کیا جا رہا ہے، جس کی اپنی ایک اندرونی قیمت ہے۔

دوسری طرف ایک بیمہ معاہدہ کی موضوع اس جائیداد میں بیمہ دار کا مالی مفاد ہوتا ہے۔یہ صرف تب ہوتا ہے جب بیمہ دار شخص کا اس جائیداد میں ایسا ایک فائدہ ہوتا ہے جس کا بیمہ کرنے کا اسے قانونی حق ہے۔ سب سے صحیح معنی میں بیمہ پالسی اپنے آپ میں جائیدادکو نہیں بلکہ جائیداد میں بیمہ دار شخص کے مالی مفاد کو کور کرتی ہے۔

مثال

اس مکان پر غورکریں جسے شری چندرشیکھر صاحب ایک بینک سے 15 لاکھ روپے کے ایک مارگیج لون کے ساتھ خریدہ ہے۔ اگر اس نے اس رقم میں سے 12 لاکھ روپے کی ادائیگی کر دی ہے تو بینک کا مفاد صرف باقی تین لاکھ روپے کی بقایا رقم کے آس پاس ہوگا۔

اس طرح ادائیگی نہیں کی گئی لون کی باقی رقم کے لئے بینک کا بھی مکان میں مالی طورسے ایک قابلِ بیمہ سود ہے اور وہ یقین کریگا کہ اسے پالسی میں شریک بیمہ دار بنایا گیا ہے۔

اگر کوئی شخص جان بوجھ کر اپنے املاک میں آگ لگا دیتا ہے اور پالیسی کے تحت نقصانوں کے خلاف دعوے وصول کرتا ہے، اس طرح کے دعوے واضح طور سے دھوکہ دہی ہیں اور ان کو مناسب طور پر مسترد کردیا جائے گا۔

b) وہ وقت جب قابلِ بیمہ مفاد موجود ہونا چاہئیے

آگ اور حادثہ بیمہ کے معاملے میں قابلِ بیمہ مفاد دونوں حالات میں، پالیسی لینے کے وقت اور نقصان کے وقت موجود ہونا چاہئیے۔

خودکی صحت اور ذاتی حادثہ بیمہ کے معاملے کے علاوہ تدبیر کنندہ کے ذریعے خاندان کا بھی بیمہ کیا جاسکتا ہے کیونکہ اگر فیملی کے ساتھ کوئی حادثہ ہوتا ہے یا ان کو اسپتال میں بھرتی ہونا پڑتا ہے تو اسے مالی نقصان اٹھانا پڑےگا۔ حالانکہ، سمندری کارگو بیمہ میں قابلِ بیمہ مفاد صرف نقصان کے وقت ہونا لازمی ہے۔

i) فوری سبب

آخری قانونی اُصول فوری سبب کا اُصول ہے جو صرف غیر زندگی کے بیمہ پر لاگو ہوتا ہے۔

غیر زندگی کا بیمہ معاہدہ صرف تبھی معاوضہ ادا کرتے ہیں جب نقصان ان بیمہ شدہ خطروں کی وجہ سے واقع ہوتے ہیں جن کے بارے میں پالیسی میں ذکر کیا گیا ہے۔نقصان یا ضرر کی اصل وجہ کا تعین کسی بھی دعوے پر غور کرنے میں ایک اہم قدم ہے۔

فوری سبب بیمہ کا ایک اہم اُصول ہے اور یہ اس بات سے متعلقہ ہے کہ حقیقت میں نقصان یا ضرر کیسے ہوا اور کیا یہ حقیقت میں ایک بیمہ شدہ سخت خطرہ کے نتیجے میں ہوا ہے۔

اس قانون کے تحت بیمہ کمپنی اس اہم وجہ کی تلاش کرتی ہے جو نقصان پیداکرنے والے واقعات کی ایک سیریز کو تحریک فراہم کرتی ہے، جو فوری طور پر نقصان کے ٹھیک پہلے کا آخری واقعہ نہیں ہو سکتا ہے یعنی یہ ایک ایسا واقعہ ہے جو نقصان کی سب سے قریبی وجہ ہے یا نقصان کی وجہ بننے کے لئے فوری ذمہ دار واقعہ ہے۔

بدقسمتی سے جب کوئی نقصان واقع ہوتا ہے، اکثر اس واقعہ تک جانے والے واقعات کی ایک سیریز ہوگی اور اسلئے کبھی کبھی سب سے قریبی یا فوری سبب کا تعین کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔

مثال کے طور پر، ایک آگ کسی پانی کے پائپ کے پھٹنے کی وجہ بن سکتی ہے۔ پرنامی نقصان پانی سے نقصان ہونے کے باوجود آگ کو ابھی بھی اس واقعہ کا فوری سبب مانا جائیگا۔

تعریف

فوری سبب کی متحرک اور موثر وجہ کے طور پر وضاحت کی جاتی ہے جو واقعات کی ایک سیریز کو تحریک فراہم کرتی ہے جس کا کسی بھی شروع کئے گئے طاقت کے مداخلت کے بنا اور ایک نئے اور آزاد ذرائع سے متحرک طور پرکام کرتے ہوئے ایک نتیجہ نکلتا ہے۔

فوری سبب کے اصول کو سمجھنے کے لئے، مندرجہ ذیل کی صورتحال پر غور کریں:

مثال

منظر نامہ 1

اجے کی کار چوری ہو گئی تھی۔ دو دن بعد پولیس کو کار ایک تباہ شدہ حالت میں ملی۔ جانچ سے پتہ چلا کہ چور نے کار کو ایک پیڑ سے ٹکرا دیا تھا۔ اجے نے کار کو ہوئی نقصان کے لئے بیمہ کمپنی کے پاس ایک دعویٰ دائر کیا۔ اجے کو یہ جان کر تعجب ہوا کہ بیمہ کمپنی نے دعوے کو خارج کر دیا۔ بیمہ کمپنی نے یہ وجہ بتائی کہ کار کو ہوا نقصان کی وجہ 'چوری' تھی اور 'چوری' اجے کے ذریعے اپنے کار کے لئے لی گئی بیمہ پالسی میں ایک خارج شدہ جوکھم تھا اور اسلئے بیمہ کمپنی دعوے کی ادائیگی کرنے کے لئے ذمہ دار نہیں ہے۔

منظر نامہ 2

پنٹو ایک گھوڑے کی سواری کرتے وقت زمین پر گر گئے تھے اور انکا پیر ٹوٹ گیا تھا، انکو اسپتال لے جائے جانے سے پہلے وہ ایک لمبے وقت تک گیلی زمین پر پڑے ہوئے تھے۔گیلی زمین پر پڑے ہونے کی وجہ سے ان کو بخار ہو گیا تھا اور یہ نمونیا میں تبدیل ہوگیا ، آخر میں اسی وجہ سے ان کی موت ہو گئی۔ حالانکہ نمونیا فوری وجہ ظاہر ہو سکتا ہے، حقیقت میں حادثہ میں گر جانا فوری سبب کے طور پر سامنے آیا اور دعوے کو ذاتی حادثہ بیمہ کے تحت منظور کیا گیا۔

کچھ ایسے نقصان ہیں جو آگ کی وجہ سے بیمہ دار شخص کو اٹھانے پڑ سکتے ہیں لیکن ان کو فوری طور پر آگ کی وجہ سے ہوا نقصان نہیں کہا جا سکتا ہے۔ ان میں سے کچھ نقصانات کی ادائیگی عملی طور پر آگ بیمہ پالسیوں کے تحت کاروبار کے ذریعے کی جاتی ہے۔

اس طرح کے نقصانوں کے مثال ہو سکتے ہیں –

- ✓ آگ بجھانے کے لئے استعمال کئے گئے پانی کی وجہ سے املاک کو نقصان
- ✓ فائر بریگیڈ کے ذریعے اپنی ذمہ داری کے عمل کی وجہ سے املاک کو نقصان

- ✓ ایک جلتی ہوئی عمارت سے جائیداد کو ایک محفوظ جگہ پر ہٹانے کے دوران اسے پہنچنے والا نقصان

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

پنٹو کو گھوڑے کی سواری کے دوران حادثہ کا شکار ہونے کے بعد گیلی زمین پر پڑے رہنے کے نتیجے میں نمونیا ہو گیا تھا۔ نمونیا کے چلتے پنٹو کی موت ہو گئی۔ موت کا فوری سبب کیا ہے؟

I. نمونیا

II. گھوڑا

III. گھوڑے کی سواری کا حادثہ

IV. بدقسمتی

خلاصہ

a) بیمہ کے پروسیس کے چارعناصر ہیں (املاک، جوکھم، جوکھم پولنگ اور ایک بیمہ معاہدہ)۔

b) جائیداد ایسی کوئی بھی چیز ہو سکتی ہے جو کچھ فائدہ فراہم کرتی ہے اور اپنے مالک کے لئے اسکی اقتصادی قیمت ہوتی ہے۔

c) ایک نقصان کے امکان جوکھم کو پیش کرتے ہے۔

d) ایسی صورتحال یا حالات جو نقصان کے امکان یا شدت میں اضافہ کرتی ہے، خطروں کے طور پر منسوب کی جاتی ہیں۔

e) وہ ریاضی اُصول جو بیمہ کو ممکن بناتا ہے، جوکھم پولنگ کے اُصول کے طور پر جانا جاتا ہے۔

f) ایک معتبر معاہدہ کے عناصروں میں پیشکش اور قبولیت، تلافی بدل، قانونی، پارٹیوں کی صلاحیت اور دونوں پارٹیوں کے درمیان سمجھوتہ شامل ہے۔

g) معاوضہ یہ یقینی بناتا ہے کہ بیمہ دار کو غیر یقینی واقعہ کے واقع ہونے پر اسکے نقصان کی حد تک معاوضہ دیا جاتا ہے۔

h) متبادل کا مطلب بیمہ کی موضوع کے تعلق میں بیمہ دار سے بیمہ کمپنی کو تمام حقوق اور علا ج کی منتقلی ہے۔

i) شراکت کے اُصول کے معنی یہ ہے کہ اگر ایک ہی اثاثہ کا بیمہ ایک سے زیادہ بیمہ کمپنی کے ساتھ کیا جاتا ہے تو ایک ساتھ سبھی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ادا کیا گیا معاوضہ اصل نقصان سے زیادہ نہیں ہو سکتا ہے۔

j) ابریما فیڈس کے اُصولوں پر سبھی بیمہ معاہدہ کی بنیاد ہوتی ہیں۔

k) 'قابلِ بیمہ مفاد' کی موجودگی ہر بیمہ معاہدہ کا ایک اہم جزو ہے اور اسے بیمہ کے لئے قانونی پیشگی شرط کے طور پر مانا جاتا ہے۔

l) فوری سبب بیمہ کا ایک اہم اُصول ہے اور اس کا تعلق اس بات سے ہے کہ نقصان یا ضرر حقیقت میں کیسے ہوا اور کیا یہ حقیقت میں ایک بیمہ شدہ جوکھم کے نتیجے میں ہے۔

اہم نقات

a) اثاثے
b) جوکھم
c) خطرہ
d) خطرے کی گرہ بندی
e) پیشکش اور قبولیت
f) قانونی
g) اتفاق رائے ایڈ آئڈم
h) یوبیریما فائڈس
i) مواد حقائق
j) قابلِ بیمہ مفاد
k) متبادل
l) شراکت
m) فوری سبب

خود کو ٹیسٹ کے جوابات

جواب 1

درست آپشنII ہے۔

چوری ہوئے سامان قانون کے اُصولوں کی خلاف ورزی کرتے ہیں اور اسلئے ایک قابلِ بیمہ جوکھم کو نہیں پیش کرتے ہیں۔

جواب 2

درست آپشنII ہے۔

زبردستی ایک معتبر معاہدہ کا عنصر نہیں ہے۔

جواب3

درست آپشنIII ہے۔

گھڑ سواری کے دوران حادثہ چیزوں کو حرکت فراہم کرتا ہے جسکے نتیجے میں پنٹو کی موت ہوئی ہے اور اسلئے یہ فوری سبب ہے۔

خود کو امتحان کے سوالات

سوال 1

اخلاقی خطرہ کا مطلب ہے:

I. ایک فرد میں بے ایمانی یا کردار نقائص

II. ایک فرد میں ایمانداری اور اقدار

III. مذہبی عقائد کا خطرہ

IV. جائیداد کے خطرے کا بیمہ کیا جائے گا

سوال 2

خطرہ طرف اشارہ کرتا ہے:

I. نامعلوم کا خوف

II. نقصان کا امکان

III. عوامی جگہ میں رکاوٹ

IV. خطرہ

سوال 3

_____ کا مطلب کسی شخص کی سرمایہ کاری کو مختلف قسم کے اثاثوں میں پھیلانا ہے۔

I. گرہ بندی

II. تنوع

III. جوا

IV. متحرک خطرہ

سوال 4

_____ایک اثاثہ کی ایک مثال نہیں ہے۔

I. ہاؤس

II. - سورج کی روشنی

III. - پلانٹ اور مشینری

IV. موٹر کار

سوال 5

خطرے کی ایک مثال نہیں ہے_____ -

I. حادثے کی وجہ سے گاڑی کو پہنچنے والے نقصان

II. بارش کے پانی کی وجہ سے کارگو کا نقصان

III. ٹوٹ پھوٹ کی وجہ گاڑی کو پہنچنے والے نقصان

IV. آگ کی وجہ سے جائیداد کو پہنچنے والے نقصان

سوال 6

زلزلہ ایک مثال ہے:

I. تباہ کن خطرہ

II. متحرک خطرہ

III. حاشیائی خطرہ

IV. - قیاس آرائی پر مبنی خطرہ

سوال 7

اس بیان کے لئے سب سے زیادہ مناسب منطقی مساوی منتخب کریں۔

بیان: انشورنس نقصان یا ضرر سے ایک اثاثہ کی حفاظت نہیں کر سکتا۔

I. یہ سچ ہے

II. غلط ہے

III. جزوی سچ

IV. ضروری سچ نہیں ہے

سوال 8

_____ کا مطلب ہے بیمہ کی موضوع کے تعلق میں بیمہ دارسے بیمہ کمپنی کو تمام حقوق اور علاج کی منتقلی -

I. شراکت

II. متبادل

III. قانونی خطرہ

IV. خطرہ گرہ بندی

سوال 9

_____ ایک ایسے حقائق کی مثال ہے جس کا خلاصہ کئے جانے کی ضرورت نہیں ہے جب تک کہ بیمہ کمپنی کے ذریعے اسکی مانگ نہ کی جائے۔

I. بیمہ کی عمر

II. آگ بجھانے کی موجودگی

III. دل کی بیماری

IV. دیگر انشورنس تفصیلات

سوال 10

_____ ایک معاہدہ کی سودے بازی کے دوران دیا گیا ایک غلط بیان ہے۔

I. غلط بیانی

II. شراکت

III. پیشکش

IV. نمائندگی

خود کو امتحان کے جوابات

جواب 1

درست آپشن I ہے۔

اخلاقی خطرہ ایک فرد کی بنیاد میں بے ایمانی یا کردار کے نقائص کا مطلب ہے۔

جواب 2

درست آپشن II ہے۔

خطرے' نقصان کے امکان کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

جواب 3

درست آپشن II ہے۔

جواب4

درست آپشن II ہے۔

تنوع کا مطلب ہے اثاثوں کی مختلف قسم میں ایک کی سرمایہ کاری کو پھیلانا ,

جواب 5

درست آپشن III ہے۔

ٹوٹ اور پھوٹ کے نتیجے میں ہونے والے نقصان کو خطرہ کے طور پر نہیں ٹریٹ کیا جاتا ہے۔

جواب 6

درست آپشن I ہے۔

زلزلے تباہ کن خطرے کی ایک مثال ہے۔

جواب 7

درست آپشن I ہے۔

بیمہ نقصان یا ضرر سے ایک اثاثہ کی حفاظت نہیں کر سکتے۔

جواب8

درست آپشن II 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۔

جواب9

درست آپشن II ہے۔

بیمہ خریدتے وقت آگ بجھانے والے کی موجودگی کا خلاصہ کیے جانے کی ضرورت نہیں ہے، جب تک کہ اس کے لیے کہا نہ جائیں

جواب10

درست آپشن I ہے۔

غلط بیانی کے ایک معاہدے کے مذاکرات کے دوران کی گئی ایک غلط بیان ہ

باب 12

دستاویزکاری

باب تعارف

بیمہ صنعت میں ہم ایک بڑی تعداد میں فارموں، دستاویزات وغیرہ کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ یہ باب ایک بیمہ معاہدہ کے مختلف دستاویزوں اور انکی اہمیت کے بارے میں بتاتا ہے۔ یہ ہر ایک فارم کی صحیح نوعیت، اسے بھرنے کے طریقے اور مخصوص معلومات مانگنے کے اسباب کی پوری معلومات دیتا ہے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. تجویز فارم
B. تجویز کی قبولیت (ہامیداری)
C. پریمیم کی رسید
D. انشورنس / پالیسی دستاویز کے کور نوٹ / سرٹیفکیٹ
E. وارنٹیاں
F. تصدیق
G. پالیسیوں کی تشریح
H. تجدید کی نوٹس

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد آپ قابل ہونگے:

a) تجویز فارم کے مندرجات کی وضاحت
b) پریمیم کی رسید کی وضاحت
c) کور نوٹوں کی تعریف اور انشورنس کے سرٹیفکیٹ کی وضاحت
d) انشورنس پالیسی دستاویز میں اصطلاحات اور جملہ بندی کی وضاحت
e) پالیسی وارنٹیز اور توثیق کی تشریح

A. تجویز فارم

بیمہ دستاویز بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کےدرمیان افہام و تفہیم اور واضح کرنے کے مقصد سے فراہم کیا جاتا ہے۔ کچھ ایسے دستاویز ہیں جو بیمہ کاروبار میں روایتی طورسے استعمال کئے جاتے ہیں۔ گاہک کے لئے قریب ترین شخص ہونے کے ناطے بیمہ ایجینٹ کو گاہک کا سامنا کرنا ہوتا ہے اور اس میں شامل دستاویزوں کے بارے میں سبھی شبہات کو دور کرنے اور ان کو بھرنے میں اسکی مدد کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ بیمہ کمپنی کو صرف گاہک کے ذریعے پیش کئے گئے دستاویزوں سے گاہک اور اسکی ضرورتوں کے بارے میں پتہ چلتا ہے۔ یہ جوکھم کو بہتر سمجھنے میں بیمہ کمپنی کی مدد کرتے ہیں۔

ایجنٹوں کو بیمہ میں شامل ہر ایک دستاویز کے مقصد اور اس میں استعمال ہونے والے دستاویزوں میں شامل معلومات کی اہمیت اور مطابقت کو سمجھنا چاہئیے۔

1. تجویز فارم

دستاویز کاری کا پہلا مرحلہ لازمی طور سے تجویز فارم ہے جس کے ذریعے سے بیمہ دار ان باتوں کی معلومات دیتا ہے:

- ✓ وہ کون ہے،
- ✓ اسے کس قسم کے بیمہ کی ضرورت ہے،
- ✓ وہ کیا بیمہ کرنا چاہتا ہے اسکی تفصیلات، اور
- ✓ کتنے وقت کی مدت کے لئے

تفصیلات کا مطلب ہے بیمہ کے موضوع کی مالی قیمت اور اس سے منسلک تمام **مواد حقائق :**

a) بیمہ کمپنی کے ذریعے جوکھم تشخیص

i. **بیمہ کے لئے "تجویز فارم" کو ایک جوکھم کے سلسلے میں بیمہ کمپنی** کو ضروری سبھی اہم معلومات پیش کرنے کے لئے تجویز کنندہ کے ذریعے بھرا جائےگا جو بیمہ کمپنی کو ذیلی باتوں کا فیصلہ لینے میں اہل بنائےگا :

- ✓ کیا اسے منظور کیا جائے یا نامنظور اور
- ✓ جوکھم منظوری کی صورتحال میں کور فراہم کرنے کے لئے شرح، اصطلاحات اور شرطوں کا تعین کرنا

تجویز فارم میں وہ معلومات شامل ہے جو بیمہ کے سلسلے میں پیش کردہ جوکھم کو منظور کرنے کے لیے بیمہ کمپنی کے لئے مفید ہے۔ انتہائی نیک نیتی کا اُصول اور اہم معلومات کے اظہار کی ذمہ داری بیمہ کے لئے تجویز فارم کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔

اہم معلومات کے اظہار کی ذمہ داری پالیسی کا آغاز ہونے سے پہلے پیدا ہوتی ہے اور معاہدہ کے اختتام کے بعد بھی جاری رہتی ہے۔ (اس اُصول کی بحث باب 2 میں تفصیل سے کی گئی ہے۔)

مثال

اگر بیمہ دار کو ایک الارم لگانے کی ضرورت تھی یا وہ اس نے کہا تھا کہ اسکے پاس اپنے سونے کے زیورات کے شوروم میں ایک خود کارطریقے سے الارم سسٹم لگا ہوا ہے تو نہ صرف اسے اسکا خلاصہ کرنے کی ضرورت ہے بلکہ اسے یہ بھی یقین کرنا ہوگا کہ یہ سسٹم پالیسی کی پوری مدت کے دوران کام کرنے کی صورتحال میں ہے۔ الارم کا موجود ہونا بیمہ کمپنی کے لئے ایک موادِ حقیقت ہے جو ان حقیقت کے بنیاد پر تجویز کو منظور کرےگی اور اس کے مطابق جوکھم کی قیمت تعین کرےگی۔

تجویز فارم عام طور پر بیمہ کمپنی کے نام، لوگو، ایڈریس اور جس بیمہ/پروڈکٹ کے لئے اسکا استعمال کیا جاتا ہے اسکی کلاس/قسم کے ساتھ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے پرنٹ کیا جاتا ہے۔ تجویز فارم میں ایک طباعت نوٹ جوڑنا

بیمہ کمپنیوں کے لئے روایتی ہے، حالانکہ اس سلسلے میں کوئی معیاری فارمیٹ یا پریکٹس نہیں ہے۔

مثال

اس قسم کے نوٹس کے کچھ مثال ہیں:

'بیمہ دار شخص کے ذریعے جوکھم کا تشخیص کرنے میں مواد حقائق کا غیر اظہار، گمرہ کُن معلومات فراہم کرانا، دھوکادہی یا غیر تعاون جاری کی گئی پالیسی کے تحت کور کو منسوخ کر دےگا'

'کمپنی جوکھم پر نہیں ہوگی جب تک کہ کمپنی تجویز کو منظور نہیں کرتی ہے اور پورے پریمیم کی ادائیگی نہیں کی جاتی ہے'۔

اہم

مواد حقائق : یہ بیمہ کمپنی کے ذریعے کور کئے جانے والے جوکھم کی ہامیداری (اَنڈر رائٹنگ) کے لئے اہم، ضروری اور متعلقہ معلومات ہیں۔ دوسرے الفاظ میں، یہ بیمہ کی موضوع کے ساتھ منسلک حقائق ہیں جو ذیلی معاملوں میں بیمہ کمپنی کے فیصلہ کو اثر انداز کر سکتے ہیں:

i. بیمہ کے لئے کسی جوکھم کو منظور یا نامنظور کرنا،
ii. وصول کئے جانے والے پریمیم کی رقم مقرر کرنا، اور
iii. ان شرطوں کے بارے میں معاہدہ میں مخصوص دفعات شامل کرنا جن کے تحت جوکھم کوکور کیا جائےگا اور کیسے کوئی نقصان قابلِ ادا ہوگا۔

تجویز فارم میں اعلان : بیمہ کمپنیاں عام طور پر بیمہ کار کے ذریعے دستخط کئے جانے والے تجویز فارم کے آخر میں ایک اعلان شامل کرتی ہیں جو یہ یقینی کرتا ہے کہ بیمہ دار نے صحیح طریقے سے فارم کو بھرا ہے اور اس میں دیئے گئے حقائق کو سمجھ لیا ہے، جس سے کہ دعوے کے وقت حقائق کی غلط بیانی کی وجہ سے اختلافات کی کوئی گنجائش نہ رہے۔ یہ بیمہ دار کی طرف سے انتہائی نیک نیتی کے اہم اُصول کو پورا کرتا ہے۔

مثال

اس طرح کے اعلان کی مثالیں ہیں:

'میں/ہم اسکے کے ذریعے اعلان کرتا/کرتے اور وارنٹی دیتا ہوں کہ اوپر کی تفصیلات سبھی قسم سے صحیح اور مکمل ہیں اور یہ کہ ایسی کوئی دیگر معلومات نہیں ہے جو بیمہ کے درخواست کرنے کے لئے متعلقہ ہے جس کا آپ کو خلاصہ نہیں کیا گیا ہے۔ '

'میں/ہم اتفاق کرتا ہوں کہ یہ تجویز اور اعلان میرے/ہمارے اور (بیمہ کار کے نام) کےدرمیان معاہدہ کی بنیاد ہونگی۔ '

b) تجویز فارم میں سوالوں کی نوعیت

ایک تجویز فارم میں سوالوں کی تعداد اور نوعیت متعلقہ بیمہ کی کلاس کے مطابق بدلتی ہے۔

i. مکان، دوکان وغیرہ جیسے نسبتا آسان/معیاری جوکھموں کے لئے عام طور پر آگ بیمہ کے تجویز فارم استعمال کئے جاتے ہیں۔ بڑےصنعتی جوکھموں کے لئے جوکھم کی منظوری سے پہلے بیمہ کمپنی کے ذریعے جوکھم کے معائنہ کا اہتمام کیا جاتا ہے۔ مخصوص معلومات اکٹھا کرنے کے لئے تجویز فارم کے علاوہ کبھی کبھی مخصوص سوالنامہ کا استعمال کیا جاتا ہے۔

آگ بیمہ تجویز فارم دیگر باتوں کے علاوہ جائیداد کی تفصیلات کی مانگ کرتا ہے جس میں ذیلی تحریری معلومات شامل ہوگی:

- ✓ باہری دیواروں اور چھت کی تعمیر، منزلوں کی تعداد
- ✓ عمارت کے ہر حصے کا کاروبار
- ✓ خطرناک اشیاء کی موجودگی
- ✓ مینیفیکچر کا عمل
- ✓ انشورنس کے لئے مجوزہ رقم
- ✓ بیمہ کے لئے پیش کردہ رقم بیمہ کی مدت وغیرہ

ii. **موٹر بیمہ کے لئے گاڑی،** اس کے آپریشنس، تعمیر اور گاڑی کی گنجائش، مالک کے ذریعے اسکا منظم کیسے کیا جاتا ہے اور متعلقہ بیمہ تاریخ کے بارے میں سوال پوچھے جاتے ہیں۔

iii. **صحت، ذاتی حادثہ** اور سفر بیمہ جیسی انفرادی لائنوں میں تجویز فارم تجویز کنندہ کے ,,صحت، زندگی اور عادتوں، پہلے سے موجود صحت مسائل، طبی تاریخ، موروثی خصوصیات، ماضی کے بیمہ تجربات وغیرہ کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لئے تیار کئے جاتے ہیں۔

iv. **دیگرمختلف بیموں میں تجویز فارم لازمی ہوتے ہیں** اور ان میں ایک اعلان کو شامل کیا جاتا ہے جو نیک نیتی کے عام قانونی ڈیوٹی کو آگے بڑھاتا ہے۔

c) تجویز کے عناصر

i. تجویز کنندہ کا مکمل نام

تجویز کنندہ واضح طورپر خود کی شناخت کرنے میں اہل ہونا چاہئے۔ بیمہ کمپنی کے لئے یہ جاننا اہم ہے کہ کس کے ساتھ معاہدہ کیا گیا ہے تاکہ پالیسی کے تحت فوائد صرف بیمہ دار شخص کو حاصل ہو سکے۔ شناخت طے کرنا ان معاملوں میں بھی اہم ہے جہاں کسی دیگر شخص نے بھی بیمہ شدہ جوکھم میں مفاد حاصل کیا ہو سکتا ہے (جیسے موت کے معاملے میں ایک رہندار، بینک یا قانونی وارث) اور اسے کوئی دعویٰ کرنا ہے۔

ii. **تجویز کنندہ کا پتہ اور رابطہ تفصیلات**

مندرجہ بالا وجہ تجویز کنندہ کا پتے اور رابطہ تفصیلات اکٹھا کرنے کے لئے بھی لاگو ہوتے ہیں۔

iii. **تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا ویوپار**

صحت اور ذاتی حادثے بیمہ جیسے کچھ معاملوں میں تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا ویوپار اہم ہیں کیونکہ انکا جوکھم پر ایک حقیقی اثر ہو سکتا ہے۔

مثال

ایک فاسٹ فوڈ ریستوران کا ڈلیوری مین، جسے اکثر اپنے گاہکوں کو کھانا دینے کے لئے ایک تیز رفتارسے موٹر بائک پر سفر کرنا ہوتا ہے، اسی ریستوران کے اکاؤنٹنٹ کے مقابلے میں کہیں زیادہ حادثات کے جوکھم کے دائرے میں ہو سکتا ہے۔

iv. **بیمہ کی موضوع کی شناخت اور تفصیلات**

تجویز کنندہ کو بیمہ کے لئے پیش کردہ موضوع کے بارے میں واضح طور پر بتانا ضروری ہے۔

مثال

تجویز کنندہ کو بتانا ضروری ہے کہ اگر یہ:

i. ایک ذاتی کار [انجن نمبر، چیسس نمبر، رجسٹریشن نمبر جیسی اسکی شناخت کے ساتھ] ہے یا
ii. ایک رہائشی مکان [اسکا مکمل پتہ اور شناختی نمبرکے ساتھ] ہے یا
iii. ایک بیرون ملک سفر [کس کے ذریعے، کب، کس ملک میں، کس مقصد کے لئے] یا
iv. شخص کی صحت [شخص کا نام، پتہ اور شناخت کے ساتھ] وغیرہ، معاملے کے بنیاد پر
v. بیمہ رقم پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کی حد کو ظاہر کرتا ہے اور اسے سبھی تجویز فارموں میں بتایا جانا چاہئیے۔

مثال

جائیداد بیمہ کے معاملے میں یہ بیمہ کے لئے پیش کردہ موضوع کی مالی قیمت ہے۔ صحت بیمہ کے معاملے میں یہ اسپتال کے علاج کا خرچ ہو سکتا ہے جبکہ ذاتی حادثہ بیمہ میں یہ کسی حادثہ کی وجہ زندگی کا نقصان، ایک اعضاءکے نقصان یا نظر کے نقصان کے لئے ایک مقررہ رقم ہو سکتی ہے۔

vi. **پچھلے اور حالیہ بیمہ**

تجویز کنندہ کو اپنے پچھلے بیموں کے بارے میں تفصیلات بیمہ کمپنی کو بتانا ضروری ہے۔ یہ اسکے بیمہ تاریخ کو سمجھنے کے لئے ہے۔ کچھ بازاروں میں ایسے سسٹمس ہوتے ہیں جسکے کے ذریعے بیمہ کمپنیاں خفیہ طریقے سے بیمہ دار کے بارے میں ڈاٹا کا اشتراک کرتی ہیں۔

تجویز کنندہ کو یہ بھی بتانا ضروری ہے کہ کیا کسی بیمہ کمپنی نے اسکے تجویز کو نامنظور کیا تھا، اس پر مخصوص شرطیں لگانے کا کام کیا تھا، تجدید کے وقت زیادہ پریمیم کی ضرورت تھی یا پالیسی کو تجدید کرنے سے منا کر دیا یا ردّ کر دیا تھا۔

کسی دیگر بیمہ کمپنی کے ساتھ موجودہ بیمہ کے تفصیلات کے ساتھ ساتھ بیمہ کمپنیوں کے ناموں کا بھی خلاصہ کیا جانا ضروری ہے۔ مخصوص طور سے جائیداد بیمہ میں یہ امکان رہتا ہے کہ بیمہ دار مختلف بیمہ کمپنیوں سے پالیسیاں لے سکتا ہے اور کوئی نقصان واقع ہونے پر ایک سے زیادہ بیمہ کمپنی سے دعویٰ کر سکتا ہے۔ یہ معلومات اس بات کو یقین کرنے کے لئے ضروری ہے کہ شراکت کے اُصول کو لاگو کیا جاتا ہے جس سے کہ بیمہ دار کو تاوان دیا جائے اور اسے ایک ہی جوکھم کے لئے کئی بیمہ پالسیوں سے فوائد /منافع حاصل نہ ہو۔

اسکے علاوہ، ذاتی حادثہ بیمہ میں بیمہ کمپنی ایک ہی بیمہ دار کے ذریعے لی گئی دیگر پی اے پالسیوں کے تحت بیمہ رقم کے بنیاد پر کوریج کی رقم (بیمہ رقم) کو محدود کرنا پسند کریگی۔

مشق

پچھلے ابواب میں بیمہ کے اُصولوں کے حوالہ کو دیکھیں اور یہ جاننے کا کوشش کریں کہ کیسے تاوان، شراکت ، انتہائی نیک نیتی، اظہار کا استعمال عملی طور پر تجویز فارم تیار کرنے میں کیا جاتا ہے۔

ایک موٹر اور آگ بیمہ تجویز فارم کا ایک ایک نمونہ ضمیمہ اے اور بی میں دیا گیا ہے۔

برائے کرم تجویز فارموں کا احتیاط سے مطالعہ کریں اور تجویز فارم کی مندرجات کے اثرات اورا بیمہ معاہدوں کے لئے انکی مطابقت کو سمجھیں۔

vii. نقصان کا تجربہ

تجویز کنندہ کو اپنے سبھی نقصانوں کے مکمل تفصیلات کا اعلان کرنے کے لئے کہا جاتا ہے چاہے ان کا بیمہ کیا گیا ہو یا نہیں۔ یہ بیمہ کی موضوع اور بیمہ دار نے ماضی میں جوکھم کو کیسے منظم کیا ہے، اسکے بارے میں بیمہ کمپنی کو معلومات دے گا۔

انڈررائٹرس ایسے جوابوں سے جوکھم کو بہتر سمجھ سکتے ہیں اور جوکھم معائنہ کا اہتمام کرنے یا دیگر معلومات اکٹھا کرنے کے بارے میں فیصلہ کر سکتے ہیں۔

viii. بیمہ دار شخص کے ذریعے اعلان

چونکہ تجویز فارم کا مقصد بیمہ کمپنیوں کو سبھی اہم معلومات فراہم کرنا ہے، اس فارم میں بیمہ دار شخص کے ذریعے یہ اعلان شامل ہوتا ہے کہ جواب حقیقی اور درست ہیں اور وہ اس بات سے اتفاق کرتے ہے کہ فارم بیمہ معاہدہ کا بنیاد ہوگا۔ کوئی بھی غلط جواب بیمہ کمپنیوں کو معاہدہ سے بچنے کا حق دیگا۔ سبھی تجویز فارموں کے لئے عام دیگر دستخط ، تاریخ اور کچھ معاملات ایجینٹ کی سفارش سے متعلقہ ہوتے ہیں۔

ix. جہاں تجویز فارم کا استعمال نہیں کیا جاتا ہے، بیمہ کمپنی زبانی طور پر یا تحریری طور سے حاصل کی گئی معلومات کو ریکارڈ کریگی اور 15 دنوں کی ایک مدت کے اندر تجویز کنندہ کے ساتھ اسکی تصدیق کرے گی اور اسکے کور نوٹ یا پالیسی میں معلومات کو شامل کرےگی۔ اس قسم کی کوئی بھی معلومات ریکارڈ نہیں کئے جانے کے سلسلے میں ثابت کرنے کی ذمہ داری بیمہ کمپنی پر ہوگی، جہاں بیمہ کمپنی یہ دعویٰ کرتی ہے کہ تجویز کنندہ نے کور فراہم کرنے کے لئے اہم کسی بھی بات پر کوئی اہم معلومات پوشیدہ رکھی ہے یا گمرہ کُن یا غلط معلومات فراہم کرائی ہے۔

اسکا مطلب ہے کہ یہاں تک کہ زبانی طور سے حاصل سبھی معلومات کو ریکارڈ کرنا بھی بیمہ کمپنی کا ذمہ داری ہے جسے فولو اپ کے طور میں ایجینٹ کو دھیان میں رکھنا پڑتا ہے۔

2. بیچوان کا کردار

بیچوان کی دونوں جماعتوں یعنی بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کی اور ایک ذمہ داری ہوتی ہے۔

ایک ایجینٹ یا بروکر جو بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کےدرمیان بیچوان کے طور پر کام کرتا ہے، اسے بیمہ دار کے ذریعے بیمہ کمپنی کو فراہم کئے گئے جوکھم کے بارے میں سبھی اہم معلومات کی یقین کرنے کی ذمہ داری ہوتی ہے۔ آئی آر ڈی اے ریگولیشن یہ فراہم کرتا ہے کہ بیچوان کی ممکنہ گاہک کے طرف ذمہ داری ہے۔

اہم

ممکنہ گاہک کے طرف ایک بیچوان کی ذمہ داری

آئی آر ڈی اے ریگولیشن کہتا ہے کہ "ایک بیمہ کمپنی یا اسکا ایجینٹ یا دیگر بیچوان ایک پیش کردہ کور کے سلسلے میں ممکنہ گاہک کو سبھی اہم معلومات فراہم کریگا جو ممکنہ گاہک کو اپنے مفاد میں سب سے اچھے کور پر فیصلہ کرنے میں اہل بنائےگا۔ "

چہاں ممکنہ گاہک بیمہ کمپنی یا اسکے ایجنٹ یا ایک بیمہ بیچوان کی صلاح پر انحصار کرتا ہے، اس طرح کے شخص کے ذریعے ممکنہ گاہک کو غیر جانبداری سے صلاح دی جانی چاہئیے۔

چہاں کسی بھی وجہ سے تجویز اور دیگر منسلک کاغذات کو ممکنہ گاہک کے ذریعے بھرا نہیں گیا ہے، تجویز فارم کے آخر میں ممکنہ گاہک سے حاصل کیا گیا ایک سرٹیفکٹ شامل کیا جا سکتا ہے کہ فارم اور دستاویزوں کی مندرجات کے بارے میں اسے پوری طرح سے سمجھا دیا گیا ہے اور یہ کہ اس نے مجوزہ معاہدہ کے اہمیت کو پوری طرح سے سمجھ لیا ہے۔"

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

شراکت کے اُصول کی کیا اہمیت ہے؟

I. یہ یقین کرتا ہے کہ بیمہ کمپنی کے ساتھ ساتھ بیمہ دار بھی دعوے کا ایک مقررہ حصہ کی شراکت دیتا ہے۔

II. یہ یقین کرتا ہے کہ ایسے سبھی بیمہ دار جو ایک پول کا حصہ ہیں، اپنے ذریعے ادا کئے گئے پریمیم کے تناسب میں، پول کے ایک شریک کے ذریعے کئے گئے دعوے میں شراکت کرتا ہے۔

III. یہ یقین کرتا ہے کہ ایک ہی موضوع کو کور کرنے والی کئی بیمہ کمپنیاں ایک ساتھ آتی ہیں اور موضوع میں اپنے جوکھم کے تناسب میں دعویٰ رقم کی شراکت کرتی ہیں۔

IV. یہ یقین کرتا ہے کہ بیمہ دار کے ذریعے پریمیم کی شراکت سال بھر میں یکساں قسطوں میں کیا جاتا ہے۔

B. تجویز کی منظوری ہامیداری (اَنڈر رائٹنگ)

ہم نے دیکھا ہے کہ ایک مکمل بھرا ہوا تجویز فارم موٹے طور پر ذیلی تحریری معلومات دیتا ہے:

- ✓ بیمہ دار شخص کی تفصیلات
- ✓ موضوع کی تفصیلات
- ✓ ضروری کور کی قسم مثبت اور منفی دونوں طبعی خصوصیات کی تفصیلات - تعمیر کی قسم اور معیار ، عمر، آگ بجھانے

کے سامان کی موجودگی ، سیکوریٹی کے قسم وغیرہ بھی شامل ہے۔

- ✓ بیمہ اور نقصان کی گزشتہ تاریخ

بیمہ کمپنی جوکھم کی منظوری سے پہلے اس کی نوعیت اور قیمت کے بنیاد پر جوکھم سے پہلے کے معائنہ کے لئے سروے کا اہتمام بھی کر سکتی ہے۔ تجویز اور جوکھم معائنہ رپورٹ، اضافی سوالنامہ اور دیگر دستاویزوں میں دستیاب معلومات کی بنیاد پر بیمہ کمپنی اپنا فیصلہ لیتی ہے۔ پھر بیمہ کمپنی جوکھم فیکٹر کے لئے لاگو کی جانے والی شرح کے بارے میں فیصلہ کرتی ہے اور مختلف پیرامیٹرس کی بنیاد پر پریمیم کا حساب کرتی ہے جس کے بارے میں پھر بیمہ دار کو آگاہ کر دیا جاتا ہے۔

بیمہ کمپنی کے ذریعے پروپوزل کی آگے کی کارروائی تیزی سے اور قابلیت کے ساتھ پوری کی جاتی ہے اور اسکے بارے میں تمام فیصلے ایک معقول مدت کے اندر تحریری طور پر آگاہ کر دیئے جاتے ہیں۔

تعریف

ہامیداری (اَنڈر رائٹنگ) : ہدایات کے مطابق کمپنی کو 15 دنوں کے وقت کے اندر تجویز پر کارروائی کرنی ہوتی ہے۔ ایجنٹ سے ان مسائل کا دھیان رکھنے، اندرونی طور پر فولو اپ کرنے اور ضرورت پڑنے پر ممکنہ گاہک/بیمہ دار کو گاہک خدمت کے ذریعے سے معلومات فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے۔ تجویز کی جانچ پڑتال کرنے اور منظوری کے بارے میں فیصلہ لینے کی اس پورے عمل کو اَنڈررائٹنگ کے طور پرجانا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

ہدایات کے مطابق، ایک انشورنس کمپنی _____ کے اندر اندر ایک انشورنس کی تجویز پر عملدرآمد کرنے کے لئے ہے۔

I. 7 دن
II. 15 دن
III. 30دن
IV. 45 دن

C. پریمیم کی رسید

تعریف

پریمیم بیمہ کے ایک معاہدہ کے تحت بیمہ کی موضوع کا بیمہ کرنے کے لئے بیمہ دار شخص کے ذریعے بیمہ کمپنی کو ادا کیا جانے والا تلافی بدل یا رقم ہے۔

1. پریمیم کی پیشگی ادائیگی (بیمہ ایکٹ، 1938 کی دفعہ64)

بیمہ ایکٹ کے مطابق پریمیم بیمہ معاہدہ آغاز ہونے کی تاریخ سے پہلے پیشگی میں ادائیگی کی جائیگا۔ یہ ایک اہم دفعات ہے جو یقین کرتا ہے کہ صرف بیمہ کمپنی کو پریمیم حاصل ہو جانے پر ہی ایک درست بیمہ معاہدہ پورا کیا جا سکتا ہے اور بیمہ کمپنی جوکھم کو منظور کر سکتی ہے۔ یہ دفعہ بھارت میں غیر زندگی بیمہ صنعت کی ایک خاص خصوصیت ہے۔

اہم

a) بیمہ ایکٹ - ۱۹۳۸کی دفعہ ۶۴ وی بی یہ فراہم کرتی ہے کہ کوئی بھی بیمہ کمپنی کسی جوکھم کو اس وقت تک منظور نہیں کرےگی جب تک کہ پیشگی میں پریمیم حاصل نہیں ہوتا ہے یا ادائیگی کئے جانے کی گارنٹی نہیں دی جاتی ہے یا مقرر طریقے سے پیشگی میں ادائیگی نہیں کی جاتی ہے۔

b) چہاں ایک بیمہ ایجنٹ ایک بیمہ کمپنی کی جانب سے بیمہ کی پالیسی پر پریمیم جمع کرتا ہے، وہ اس طرح جمع کیا گیا پورا پریمیم اپنے کمیشن کی کٹوتی کے بنا بینک اور ڈاک تعطیلات کے دنوں کو چھوڑکر جمع کرنے کے چوبیس گھنٹے کے اندر بیمہ کمپنی کے پاس جمع کرےگا یا ڈاک کے ذریعے اسے بھیجےگا۔

c) یہ بھی فراہم کیا گیا ہے کہ جوکھم صرف نقد یا چیک کے ذریعے پریمیم ادائیگی کئے جانے کی تاریخ سے فرض جا سکتا ہے۔

d) جب پریمیم ڈاک یا منی آرڈر کے ذریعے یا ڈاک کے ذریعے بھیجے گئے چیک سے دیا جاتا ہے، تو جوکھم منی آرڈر بک کئے جانے یا چیک بھیجے جانے کی تاریخ سے فرض کیا جاتا ہے، جیسا بھی معاملہ ہو۔

e) پریمیم کی کوئی بھی واپسی جو پالیسی ردّ کئے جانے یا اسکے شرائط وضوابط میں تبدیلی کئے جانے یا دوسری صورت میں ایک بیمہ دار کو ادا کرنا ہوتا ہے، اسکی ادائیگی برائے راست بیمہ کمپنی کے ذریعے ایک کراسڈ یا آرڈر چیک سے یا ڈاک/منی آرڈر سے کی جائےگا اور بیمہ کمپنی بیمہ دار سے ایک معقول رسید حاصل کرےگی، اور اس طرح کی رقم واپسی کسی بھی صورت میں ایجنٹ کے کھاتے میں جمع نہیں کی جائیگی۔

پریمیم کے مندرجہ بالا قبل شرط ادائیگی کے اعتراضات بھی ہیں جو بیمہ قواعد 58 اور 59 میں دیئے گئے ہیں۔

2. پریمیم ادائیگی کا طریقہ کار

اہم

ایک بیمہ پالیسی لینے کے لئے تجویز کرنے والے کسی بھی شخص کے ذریعے یا پالیسی دار کے ذریعے ادا کیا جانے والا پریمیم

مندرجہ ذیل کسی ایک یا ایک سے زیادہ طریقوں میں بیمہ کمپنی کو دیا جا سکتا ہے:

a) نقدی
b) بھارت میں کسی بھی شیڈیول بینک میں جیسے چیک، ڈیمانڈ ڈرافٹ، پے آرڈر، بینکر کے چیک جیسا کوئی بھی تسلیم شدہ بینکاری قابلِ سمجھوتہ آلہ ؛
c) پوسٹل منی آرڈر ؛
d) کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ ؛
e) بینک گارنٹی یا نقدی جمع رقم ؛
f) انٹرنیٹ ؛
g) ای منتقلی
h) بینک ٹرانسفر کے ذریعے سے تجویز کنندہ یا پالیسی دار یا زندگی بیمہ دار کے قائمہ ہدایات سے ڈائریکٹ کریڈٹ ؛
i) کوئی دیگر طریقہ یا ادائیگی جو اتھارٹی کے ذریعے وقت وقت پرمنظورکیا جا سکتا ہے ؛

آئی آر ڈی اے کے ضابطے کے مطابق، اگر تجویز کنندہ /پالیسی دار نیٹ بینکنگ یا کریڈٹ/ڈیبٹ کارڈ کے ذریعے سے پریمیم ادائیگی کرنے کا آپشن چنتا ہے تو ادائیگی صرف نیٹ بینکنگ کھاتے یا ایسے تجویز کنندہ /پالیسی دار کے نام پر جاری کئے گئے کریڈٹ/ڈیبٹ کارڈ کے ذریعے سے کیا جانا چاہئے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

اگر پریمیم ادائیگی چیک کے ذریعے کی جاتی ہے تو نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہوگا؟

I. جوکھم اس تاریخ کو مانا جا سکتا ہے جب چیک بھیجا گیا ہے
II. جوکھم اس تاریخ کو مانا جا سکتا ہے جب بیمہ کمپنی کے ذریعے چیک جمع کیا جاتا ہے
III. جوکھم اس تاریخ کو مانا جا سکتا ہے جب بیمہ کمپنی کو چیک موصول ہوتا ہے
IV. جوکھم اس تاریخ کو مانا جا سکتا ہے جب تجویز کنندہ کے ذریعے چیک جاری کیا جاتا ہے

D. کور نوٹ / بیمہ سرٹیفکٹ / پالیسی دستاویز

ہامیداری (اَنڈر رائٹنگ) مکمل ہو جانے کے بعد پالیسی جاری کرنے سے پہلے کچھ وقت لگ سکتا ہے۔ پالیسی کی تیاری کو پینڈینگ رکھ کر یا جب بیمہ کے لئے مذاکرات ترقی پر ہو اور ایک عارضی بنیاد پر کور فراہم کرنا ہو یا جب لاگو اصل شرح کے تعین کے لئے احاطہ

کا معائنہ کیا جا رہا ہو، پالیسی کے تحت تحفظ کی تصدیق کرنے کے لئے ایک کور نوٹ جاری کیا جاتا ہے۔ یہ کور کی تفصیلات دیتا ہے۔ کبھی کبھی، بیمہ کمپنیاں ایک کور نوٹ کے بجائےپروویجنل بیمہ کور کی تصدیق کرنے کے لئے ایک خط جاری کرتی ہیں۔

حالانکہ کور نوٹ کو مہر نہیں لگی ہوتی ہے، کور نوٹ کی باتوں سے واضح ہو جاتا ہے کہ یہ متعلقہ بیمہ کی کلاس کے لئے بیمہ کمپنیوں کی پالیسی کے معمول کے شرائط و ضوابط کے ساتھ مشروط ہے۔ اگر جوکھم کسی وارنٹی کے ذریعے کنٹرول میں ہوتا ہے، تو کور نوٹ میں یہ ذکر ہوگا کہ بیمہ اس قسم کی وارنٹی کے تابع ہے۔ لاگو ہونے پر، کور نوٹ کو مخصوص کلاج کے مشروط بھی بنایا جاتا ہے، جیسے متفق بینک کلاج، اعلان کلاج وغیرہ۔

ایک کور نوٹ میں ذیلی تحریریں شامل ہو نگے:

a) بیمہ دار کا نام اور پتہ
b) بیمہ رقم
c) بیمہ کی مدت
d) جوکھم کور
e) شرح اور پریمیم: اگر شرح معلوم نہیں ہے، عارضی پریمیم
f) جوکھم کور کی تفصیلات شامل ہے: مثال کے طور پر، ایک آگ بیمہ کے کور نوٹ سے عمارت کی شناخت کی تفصیلات، اسکے تعمیر اور قبضے کا پتہ چلےگا۔
g) کور نوٹ کے سیریل نمبر
h) جاری کرنے کی تاریخ
i) کور نوٹ کی ویلیڈیٹی عام طور پر ایک پکھواڑے (۱۵ دن) کی مدت کے لئے اور کبھی کبھار 60 دنوں تک ہوتی ہے۔

کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پر کاروبار کے سمندری اور موٹر ورگوں میں کیا جاتا ہے۔

1. سمندری کور نوٹ

یہ عام طور پر اس وقت جاری کئے جاتے ہیں جب پالیسی جاری کرنے کے لئے ضروری تفصیلات جیسے سٹیمر کا نام، پیکیجوں کی تعداد یا صحیح قیمت وغیرہ معلوم نہ ہو۔ یہاں تک کہ برآمدات کے سلسلے میں بھی ایک کور نوٹ جاری کیا جا سکتا ہے جیسے، شپمینٹ کے لئے مال کی ایک مقررہ تعداد برآمدکے ذریعے ڈاکس کو بھیجی جاتی ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ کافی شپنگ جگہ محفوظ کرنے کی مشکلات کی وجہ واجب ویسل کے ذریعے مال کا شپمینٹ پورا نہیں ہوتا ہے۔ اسلئے، ایک مخصوص ویسل کے ذریعے بھیجی جانے والی تعداد کو جانا نہیں جا سکتا ہے۔ کچھ حالات میں ایک کور نوٹ ضروری ہو سکتا ہے جو باقاعدہ پالیسی جاری کرکے بعد میں دیا جاتا ہے جب مکمل تفصیلات فراہم ہوں اور اسکے بارے میں بیمہ کمپنی کو بتایا گیا ہو۔

سمندری کور نوٹ کی باتیں مندرجہ ذیل لائنوں کے ساتھ ہو سکتی ہیں:

i. سمندری کور نوٹ نمبر
ii. جاری کرنے کی تاریخ
iii. بیمہ دار کا نام
iv. تک درست

درخواست کے مطابق آپ کو اس طرح _____ روپے کی حد تک کمپنی کی پالیسی کی عام شرطوں کوتابع کور کیا جاتا ہے۔

a) **کلاز :** انسٹی ٹیوٹ کلاز کے مطابق جنگ ایس آرسی سی جوکھموں سمیت ادارہ کارگو کلاز اے، بی یا سی، لیکن ردّ کرنے کی 7 دنوں کی نوٹس کےتابع ۔

b) **شرائط:** پالیسی جاری کرنے کے لئے شپنگ دستاویزات حاصل ہونے پر وصولی کئے جانے والے شپمینٹ کی تفصیلات۔ اعلان سے پہلے اور / یا سٹیمر پر شپمینٹ ہونے کی صورت میں نقصان یا ضرر کے معاملے میں اجازت دی جاتی ہے کہ تشخیص کی بنیاد اشیاۂ کی اہم لاگت جوڑ اصل میں خرچ کئے گئے کی عوضی ہوگی اور جس کے لئے بیمہ دار ذمہ دار ہے۔

ان لینڈ ٹرانزٹ کے حوالے سے عام طور پر پالیسی جاری کرنے کے لئے ضروری تمام متعلقہ ڈاٹا فراہم ہوتے ہیں اور اسلئے ایک کور نوٹ کی ضرورت شاید ہی کبھی ہوتی ہے۔ حالانکہ کچھ ایسے اوقات ہوتے ہیں جب کور نوٹ جاری کئے جاتے ہیں اور بعد میں ان کو کارگو، ٹرانزٹ وغیرہ کے مکمل تفصیلات پر مشتمل پالسیوں کے ذریعے جاری کیا جاتا ہے۔

2. موٹر کور نوٹ

یہ متعلقہ کمپنیوں کے ذریعے مقررہ فارم میں جاری کئے جاتے ہیں، ایک موٹر کور نوٹ کے آپریٹو کلاج کو اس طرح پڑھا جا سکتا ہے:

"بیمہ دار جو فارم میں بیان کیا گیا، نیچے حوالہ ہے، جس نے موٹر گاڑی(یوں) کے سلسلے میں بیمہ کے لئے تجویز کیا ہے، اس میں الخط اور پریمیم کے طور پر کچھ ------- روپے کی رقم کی ادائیگی کی ہے، جوکھم کو اسکے لئے لاگو کمپنی کے معمول ------ پالیسی فارم کی شرطوں کے تحت (نیچے ذکر کسی بھی مخصوص شرط کےتابع) کور کیا جاتا ہے جب تک کہ کمپنی کے ذریعے تحریری میں اطلاع دےکر کور کوختم نہیں کیا جاتا ہے جس معاملے میں اسکے اوپر بیمہ ختم ہو جائیگا اور اس طرح کے بیمہ کے لئے قابلِ ادائیگی پریمیم کا ایک متناسب حصہ اس وقت کے لئے وصول کیا جائیگا جب کمپنی جوکھم پر رہی تھی۔ "

موٹر کور نوٹ عام طور پر مندرجہ ذیل اجزا پر مشتمل ہوتے ہیں :

a) رجسٹریشن نشان اورنمبر، یا بیمہ شدہ گاڑی کی تفصیلات / کیوبک صلاحیت / کیرینگ صلاحیت / تعمیر / تعمیر کا سال ، انجن نمبر، چیسس نمبر
b) بیمہ دار کا نام اور پتہ
c) ایکٹ کے مقصد کے لئے بیمہ پرآغاز ہونے کی موثر تاریخ اور وقت -
d) بیمہ ختم ہونے کی تاریخ
e) ڈرائیو کرنے کے مستحق شخص یا افراد کی کلاسیس
f) استعمال کے لئے حدود
g) اضافی جوکھم، اگر کوئی ہو

موٹر کور نوٹ میں اس مقصد کا سرٹیفکٹ شامل ہوتا ہے کہ یہ موٹر گاڑی ایکٹ، 1988 کے ابواب دس اور گیارہ کے دفعات کے مطابق جاری کیا گیا ہے۔

اہم
کور نوٹ کی موزونیت ایک وقت میں 15 دن کی اگلی مدت کے لئے آگے بڑھائی جا سکتی ہے، لیکن کسی بھی معاملے میں ایک کور نوٹ کی موزونیت کی کل مدت دو مہینے سے زیادہ نہیں ہوگی۔

نوٹ : کور نوٹ کی کی جملہ بندی الگ الگ بیمہ کمپنی کے معاملے میں مختلف ہو سکتی ہیں۔

کور نوٹ کے استعمال کو زیادہ تر کمپنیوں کے ذریعے حوصلہ شکنی نہیں کی جا رہی ہے۔ آج کی تکنیک فوری پالیسی دستاویز جاری کرنے کی سہولت فراہم کرتی ہے۔

3. بیمہ سرٹیفکٹ - موٹر بیمہ

بیمہ سرٹیفکٹ ان معاملوں میں بیمہ کا وجود بتاتا ہے جہاں ثبوت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ مثال کے لئے، موٹر بیمہ میں پالیسی کے اضافی موٹر گاڑی ایکٹ کی ضرورت کے مطابق بیمہ کا ایک سرٹیفکٹ جاری کیا جاتا ہے۔ **یہ سرٹیفکٹ پولیس اور رجسٹریشن اتھاریٹیز کو بیمہ کا ثبوت فراہم کراتا ہے۔** ذاتی کاروں کے لئے ایک نمونہ سرٹیفکٹ نیچے پیش کیا گیا ہے جس میں اہم خصوصیات دکھائی گئی ہیں۔

موٹر گاڑیاں ایکٹ، 1988
انشورنس سرٹیفکیٹ

تصدیق نامے کا نمبر　　پالیسی نمبر

1. مارک اور رجسٹریشن نمبر، رجسٹریشن کی جگہ، انجن نمبر / چیسی نمبر / بنائیں / مینیفیکچر کا سال۔
2. بیٹھنے کی گنجائش / نیٹ پریمیم / رجسٹریشن اتھارٹی کے نام /سی سی / باڈی کی قسم،
3. جغرافیائی علاقے - بھارت`
4. بیمہ شدہ اعلان قیمت (آئی ڈی وی)
5. بیمہ دار کا نام اور پتہ ،کاروبار یا پیشہ
6. ایکٹ کے مقصد کے لئے انشورنس کے آغاز کی مؤثر تاریخ سے -- - ---- - - پر -- - - -- - -
7. انشورنس ختم ہونے کی تاریخ: ---------- پر آدھی رات کو
8. ڈرائیو کے مستحق افراد یا افراد کی کلاسیں۔
9. مندرجہ ذیل میں سے کوئی بھی :
a) بیمہ دار :
b) دوسرا کوئی بھی شخص بیمہ دارکے حکم پر یا اس کی اجازت کے ساتھ ڈرائیونگ کررہا ہے۔

بشرطے کہ ڈرائیونگ کرنے والے شخص کے پاس واقعہ کے وقت ایک موثر ڈرائیونگ لائسینس موجود ہے اور اسے اس طرح کا لائسینس رکھنے یا حاصل کرنے کے لئے غیر اہل نہیں ٹھہرایا گیا ہے۔ بشرطے یہ بھی کہ ایک موثر سیکھنے والا لائسینس رکھنے والا شخص بھی گاڑی ڈرائیو کر سکتا ہے اور اس طرح کا شخص کو سینٹرل موٹر گاڑی قواعد 1989 کے قواعد 3 کی ضرورت کو مطمئن کرتا ہے۔

حدود استعمال کرنے کے لئے

پالیسی کے مقابلے میں کسی بھی دوسرے مقصد کے لئے استعمال کرتا ہے:

a) کرائے یا معاوضے
b) گاڑی کا سامان (- ذاتی سامان کے علاوہ)
c) منعقد دوڑ کا مقابلہ
d) ریس میکنگ
e) رفتار کی جانچ
f) قابلِ اعتماد ٹرائلز
g) موٹر ٹریڈ کے سلسلے میں کوئی بھی مقصد -

میں / ہم بذریعہ تصدیق کرتا ہوں/کرتے ہیں کہ پالیسی جس سے اس سرٹیفکیٹ کا تعلق ہے اور یہ بیمہ سرٹیفکیٹ موٹر گاڑیوں ایکٹ، 1988 کے باب دس اور باب گیارہ کے دفعات کے مطابق جاری کئے گئے ہیں۔

جانچ پڑتال کی گئی .....-
(مجاز انشورنس کمپنی)

بیمہ کا موٹر سرٹیفکٹ متعلقہ حکام کی جانچ پڑتال کے لئے ہر وقت گاڑی میں لےکر چلنا ضروری ہے۔

4. پالیسی دستاویز

پالیسی ایک باضابطہ دستاویز ہے جو بیمہ کے معاہدہ کا ایک ثبوت فراہم کرتا ہے۔ اس دستاویز پر بھارتیہ اسٹیمپ ایکٹ، 1899 کے دفعات کے مطابق مہر لگی ہونی چاہئے۔

ایک عام بیمہ پالیسی میں عام طور پر مندرجہ ذیل باتیں شامل ہوتی ہیں:

a) بیمہ دار اور بیمہ کی موضوع میں بیمہ قابل مفاد رکھنے والے کسی دیگر شخص کا/کے نام اور پتہ(تے) ؛

b) بیمہ شدہ جائیداد یا مفاد کی مکمل تفصیلات؛

c) جائیداد کا/کے مقام یا پالیسی کے تحت بیمہ شدہ مفاد اور جہاں مناسب ہو، متعلقہ بیمہ قیمتوں سمیت؛

d) بیمہ کی مدت ؛

e) بیمہ کی رقم ؛

f) کور کئے گئے جوکھم اور استثنائی صورتیں؛

g) کوئی بھی لاگو اضافی / کٹوتی؛

h) قابل ادائیگی پریمیم اور جہاں پریمیم ایڈجسمنٹ کے تابع عارضی ہے، پریمیم کے ایڈجسمنٹ کی بنیاد ؛

i) پالیسی شرائط, ضوابط اور وارنٹیاں؛

j) پالیسی کے تحت ایک دعوے کو جنم دینے کے امکان والی ایک ہنگامی واقعہ کے واقع ہونے پر بیمہ دار شخص کے ذریعے کی جانے والی کارروائی؛

k) ایک دعوے کو جنم دینے والی ایک واقعہ کے واقع ہونے پر بیمہ کی موضوع کے سلسلے میں بیمہ دار کی ذمہ داری اور ان صورتحال میں بیمہ کمپنی کے حق ؛

l) کوئی مخصوص شرط؛

m) غلط بیانی، دھوکادہی،مواد حقائق کے غیر اظہار یا بیمہ دار شخص کے غیر تعاون کے بنیاد پر پالیسی کو ردّ کرنے کے لئے دفعات ؛

n) بیمہ کمپنی کا پتہ جہاں پالیسی کے سلسلے میں سبھی مواصلات بھیجے جانے چاہئے؛

o) کسی بھی اضافی شرائط کی تفصیلات، اگر کوئی ہو؛

p) شکایت کا سراغ لگانے کا سسٹم اور محتسب کے پتے کی تفصیلات

ہر بیمہ کمپنی کو پالیسی کے متعلق پیدا ہونے والا ایک دعویٰ دائر کرنے کے سلسلے میں بیمہ دار شخص کے ذریعے مکمل کی

جانے والی ضرورتوں اور بیمہ کمپنی کو دعوے کے فوری نپٹان میں اہل بنانے کے لئے اسکے کے ذریعے پیروی کی جانے والے طریقہ کار کے بارے میں وقت وقت پر (بیمہ دار کو) مطلع کرنا اور مطلع کرتے رہنا چاہئیے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

ان میں سے کون سا بیان کور نوٹوں کے سلسلے میں صحیح ہے؟

I. کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پرزندگی بیمہ میں کیا جاتا ہے

II. کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پر عام بیمہ کے سبھی جماعتوں میں کیا جاتا ہے

III. کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پر صحت بیمہ میں کیا جاتا ہے

IV. کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پر عام بیمہ کے سمندری اور موٹر جماعتوں میں کیا جاتا ہے۔

E. وارنٹیاں

بیمہ معاہدہ میں وارنٹیوں کا استعمال ایک معاہدہ کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کو محدود کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں جوکھم کو کم کرنے کے لئے مناسب وارنٹیاں شامل کرتی ہیں۔ وارنٹی کے ساتھ بیمہ معاہدہ کا ایک پارٹی، بیمہ دار کچھ ذمہ داری اٹھاتا ہے جس پر عمل ایک مقررہ وقت مدت کے اندر کیا جانا ضروری ہے اور بیمہ کمپنی کی ذمہ داری بیمہ دار کے ذریعے ذمہ داریوں کے تعمیل پر انحصار کرتا ہے۔ وارنٹیاں جوکھم کے انتظام اور بہتر بنانے میں ایک اہم کردار ادا کرتی ہیں۔

ایک وارنٹی پالیسی میں واضح طور سے بیان کی گئی ایک شرط ہے جس کا معاہدہ کی موزونیت کے لئے پوری طرح عمل کیا جانا چاہئیے۔ وارنٹی ایک الگ دستاویز نہیں ہے۔ یہ کور نوٹ اور پالیسی دستاویز دونوں کا حصہ ہے۔ یہ معاہدہ سے پہلے کی ایک شرط ہے۔ اسے سختی سے اور پوری طرح سے سمجھنا چاہئیے اور اسکی تعمیل کی جانی چاہئیے، ان حقائق پر دھیان دیئے بنا کہ کیا یہ جوکھم کے لئے اہم ہے یا نہیں۔ اگر کسی وارنٹی کی خلاف ورزی کی جاتی ہے، تو پالیسی بیمہ کمپنیوں کے اختیارات پر نامنظور کرنے کے قابل ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ جب یہ واضح طورپرطے کیا گیا ہے کہ یہ خلاف ورزی کسی خاص نقصان کی وجہ نہیں بنا ہے یا اس میں شراکت نہیں کیا ہے۔ حالانکہ، ویوہار میں، اگر وارنٹی کی خلاف ورزی ایک خالصتا تکنیکی نوعیت ہے اور کسی بھی طرح سے نقصان میں شراکت نہیں

کرتا ہے یا اسے نہیں بڑھاتا ہے، (نقصانوں کو غیر معیاری دعویٰ مانا اور تصفیہ کیا جا سکتا ہے) بیمہ کمپنیاں اپنے قوت فیصلہ پر کمپنی کے معیار اور ہدایات کے مطابق دعووں کی کارروائی پوری کر سکتی ہیں۔

1. آگ بیمہ وارنٹیاں ذیل میں دی گئی ہیں

وارنٹی دی جاتی ہے کہ پالیسی کی چالو مدت کے دوران کوئی بھی خطرناک سامان بیمہ دار کے احاطےمیں جمع نہیں کیا جائیگا۔

خاموش جوکھم: وارنٹی دی جاتی ہے کہ 30 دن یا اس سے زیادہ کی مسلسل مدت کے لئے کوئی بھی مینو فیکچرنگ کارکردگی بیمہ شدہ احاطہ میں نہیں چلائی جاتی ہے۔

سگریٹ فلٹر مینو فیکچرنگ : وارنٹی دی جاتی ہے کہ احاطہ میں 30 سیلسیس سے کم فلیش پوائنٹ والا کوئی بھی سالوینٹ احاطہ میں استعمال/ذخیرہ نہیں کیا جاتا ہے۔

2. **سمندری بیمہ میں، ایک وارنٹی** کو مندرجہ ذیل طور پر بیان کیا گیا ہے: "ایک وعدہ وارنٹی، جس کے بارے میں کہا جائیگا، ایک ایسی وارنٹی جس کے ذریعے بیمہ دار یہ وعدہ لیتا ہے کہ کچھ مخصوص کام کیا جائیگا یا نہیں کیا جائیگا یا کہ کچھ شرط پوری کی جائیگی یا جس کے کے ذریعے وہ حقائق کی ایک خاص حالت کے وجود کو منظور کرتا یا نامنظورکرتا ہے۔ "

سمندری کارگو بیمہ میں، اس اثر کی ایک وارنٹی شامل کی جاتی ہے کہ سامان (جیسے چائے) کو ٹن لائن ڈبوں میں پیک کیا جاتا ہے۔ سمندری حل بیمہ میں یہ وارنٹی شامل کرکے کہ بیمہ شدہ ویسیل ایک مقررہ علاقہ میں صفر نہیں کرےگا، بیمہ کمپنی کو اس جوکھم کی حد کے بارے میں ایک اندازہ دیا جاتا ہے جس کے لئے اس نے کور فراہم کرنے کی اجازت دی ہے۔ اگر وارنٹی کی خلاف ورزی کی جاتی ہے، آغاز میں منظوری دیئے گئے جوکھم میں تبدیلی کی جاسکتی ہے اور بیمہ کمپنی کو خلاف ورزی کی تاریخ سے آگے کی ذمہ داری سے اپنے آپ کو آزاد کرنے کی اجازت دی جاتی ہے۔

3. چوری بیمہ میں یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ جائیداد کی نگرانی چوبیس گھنٹے ایک چوکیدار کے ذریعے کی جاتی ہے۔ پالیسی کی شرح، قواعد اور شرطیں وہی رہتی ہیں صرف اگر پالیسی کے ساتھ منسلک وارنٹیوں پر عمل کیا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 5

نیچے دیا گیا کون سا بیان ایک وارنٹی کے سلسلے میں صحیح ہے؟

I. وارنٹی ایک شرط ہے جو پالیسی میں بتائے بغیر بظاہر ہوتی ہے

II. وارنٹی ایک شرط ہے جو پالیسی میں واضح طور سے واضح ہوتی ہے

III. وارنٹی پالیسی میں واضح طور پر بیان کی گئی ایک شرط ہے اور اسکے بارے میں بیمہ دار کو الگ سے بتایا جاتا ہے اور یہ پالیسی دستاویز کا حصہ نہیں ہے۔

IV. اگر کسی وارنٹی کی خلاف ورزی کی جاتی ہے پھر بھی دعوے کی ادائیگی کی جا سکتی ہے اگر یہ جوکھم کے لئے اہم نہیں ہے

F. توثیق

کچھ سخت خطروں کو کور کرکے اور کچھ دیگر سخت خطروں کو چھوڑکر؛ ایک معیاری فارم میں پالسیاں جاری کرنا بیمہ کمپنیوں کی پریکٹس ہے۔

تعریف

اگر پالیسی جاری کرنے کے وقت اس کے کچھ شرائط و ضوابط کو ترمیم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، تو یہ کام ترامیم/تبدیلیاں ترتیب دےکر توثیق نامی ایک دستاویز کے ذریعے سے پورا کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی کے ساتھ منسلک ہوتا ہے اور اسکا حصہ بنتا ہے۔ پالیسی اور توثیق ایک ساتھ معاہدہ کا ثبوت بنتے ہیں۔ توثیق تبدیلوں/ترامیم کو ریکارڈ کرنے کے لئے پالیسی کی چالو مدت کے دوران جاری کیا جا سکتا ہے۔

جب کبھی بھی اہم معلومات میں تبدیلی ہوتی ہے، بیمہ دار شخص کو اسکے بارے میں بیمہ کمپنی کو بناتا ضروری ہوتا ہے جو اس بات پر دھیان دے گی اور اسے توثیق کے ذریعے سے بیمہ معاہدہ کے حصہ کے طور میں شامل کرےگی۔

توثیق کی ضرورت عام طور پر ایک پالیسی کے تحت مندرجہ ذیل باتوں کے سلسلے میں ہوتی ہے:

a) بیمہ رقم میں تغیرات/تبدیلیاں
b) فروخت ، رہن وغیرہ کے ذریعے سے بیمہ قابل مفاد میں تبدیلی
c) اضافی خطروں کو کور کرنے / پالیسی مدت بڑھانے کے لئے بیمہ کی تفصیل
d) جوکھم میں تبدیلی ، جیسے آگ بیمہ میں عمارت کے تعمیر یا قبضے میں تبدیلی ،

e) سی دوسرے مقام پر جائیداد کی منتقلی
f) بیمہ ردّ کرنا
g) نام یا پتہ وغیرہ میں تبدیلی

نمونہ

مثال کے مقصد سے کچھ توثیق کی نمونہ جملہ بندی نیچے پیش کی گئی ہیں:

ردّ کرنا (منسوخی)

بیمہ دار کی درخواست پر اس پالیسی کے ذریعے بیمہ کو بذریعہ سے ردّ کئے جانے کا اعلان کیا جاتا ہے۔ .....بیمہ ..... ---------- مہینوں سے زیادہ کی ایک مدت تک موثر ہونے کی وجہ سے کوئی رقم بیمہ دار کو واپس نہیں ہوتا ہے۔

اسٹاک قیمت کور میں اضافہ :

"بیمہ دار اس معلومات کے ساتھ کہ اس پالیسی کے ذریعے کور کئے گئے اسٹاک میں اضافہ ہوا ہے، بذریعہ یہ اتفاق کیاجاتا ہے کہ بیمہ رقم کو بھی اس کے مطابق .....---------- روپے میں تبدیل کیا گیا ہے جس کی بحث نیچے کی گئی ہے:

تاریخ (بیان کریں)
روپے۔
تاریخ (بیان کریں) روپے۔
تلافی بدل میں جس کا ایک اضافی پریمیم بذریعہ وصول کیا گیا ہے۔
دیگر سالانہ پریمیم .....---------- روپے
کل بیمہ اب .....-------- روپے ہو گیا ہے۔
دوسری صورت میں اس پالیسی کے اصطلاحات، دفعات اور شرائط کےتابع -

ایک سمندری پالیسی میں باہری جوکھم کو شامل کرنے کے لئے کور کی تفصیل

بیمہ دار شخص کے درخواست پر بذریعہ مندرجہ بالا پالیسی کے تحت ٹوٹ پھوٹ کے جوکھم کو شامل کرنے کے لئے اجازت دی جاتی ہے۔
تلافی بدل میں، جس کا ذیل کے مطابق .....---------- روپے پر ایک اضافی پریمیم بیمہ دار سے وصول کیا گیا ہے۔

ڈھلائی کی ترکیب میں تبدیلی

بیمہ دار اس اعلان کے ساتھ کہ اوپر کی پالیسی کے تحت کنسائنمینٹ میں سے 2 بیرل عطر سازی جس کی قیمت .....---------- روپے ہے، ڈیک پر بھیجا گیا ہے، بذریعہ اسے جہاج پر جیٹسن اور دھل جانے کے خلاف کور کے لئے اتفاق ظاہر کیا جاتا ہے۔

تلافی بدل میں، جس کا ایک اضافی پریمیم ذیل کے مطابق بیمہ دار سے وصول کیا جاتا ہے۔

اضافی پریمیم .....---------- روپے

اپنے آپ کو ٹیسٹ 6

اگر پالیسی جاری کرنے کے وقت اسکے کچھ شرائط و ضوابط کو ترمیم کرنے کی ضرورت ہے، تو یہ کام _____ کے ذریعے سے ترمیم طے کرکے پورا کیا جاتا ہے۔

I. وارنٹی

II. توثیق

III. تبدیلی

IV. ترمیم ممکن نہیں ہیں

G. پالیسیوں کی تشریح

بیمہ کے معاہدوں کو تحریری میں اظہار کیا جاتا ہے اور بیمہ پالیسی کی جملہ بندی کا مسودہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے تیار کیا جاتا ہے۔ ان پالسیوں کی تشریح تعمیر یا تشریح کے کچھ مقرر قوانین کے مطابق کی جانی چاہئے جو مختلف عدالتوں کے ذریعے طے کئے گئے ہیں۔ **تعمیر کا سب سے اہم قواعد یہ ہے کہ پارٹیوں کے ارادے برتر ہونے چاہئے اور اس ارادے کو پالیسی میں تلاش کیا جائیگا۔** اگر پالیسی ایک غیر واضح ڈھنگ سے جاری کی گئی ہے تو عدالت میں اسکی تشریح اس عام اُصول پر کہ پالیسی بیمہ کمپنی کے ذریعے تیار کی گئی تھی، بیمہ دار کی حمائت میں اور بیمہ کمپنی کے خلاف کی جائیگی۔

پالیسی کی جملہ بندی کو مندرجہ ذیل تحریری قواعد کے مطابق سمجھا گیا ہے اور تشریح کی گئی ہے:

a) ایک ایکسپریس شرط ایک بظاہر شرط کو مسترد کرتی ہے جہاں ایسا کرنے میں بے ربطیاں ہے۔

b) معیاری طباعت پالیسی فارم اور ٹائپ کئے گئے یا ہاتھ سے لکھے حصوں کےدرمیان شرطوں میں ایک تضاد کی صورت میں

ٹائپ کئے گئے یا ہاتھ سے لکھے حصہ کو خاص معاہدہ میں پارٹیوں کے ارادے کو ظاہر کرتا ہوا سمجھا جاتا ہے، اور انکے معنی حقیقی طباعت الفاظ کے معنی کو منسوخ کر دیگا۔

c) اگر کوئی توثیق معاہدہ کے دیگر حصوں کے وپریت مخالف ہے تو توثیق کے معنی دستاویز کے مطابق اہمیت ملےگی - کیونکہ یہ بعد کا دستاویز ہے۔

d) اٹیلک میں دیئے گئے کلاج عام طباعت الفاظ سے زیادہ اہم ہو نگے چہاں متضاد ہیں۔

e) پالیسی کے مارجن میں طباعت یا ٹائپ کئے گئے کلاز کو پالیسی کے درمیانی حصہ کے اندر کے لفظوں سے زیادہ اہمیت دی جائے گی۔

f) پالیسی سے منسلک یا اس میں ڈالے گئے کلاز پالیسی کے مدھیہ حصہ کے کلاز اور مارجن کے کلاز دونوں کو ردّ کرتے ہیں۔

g) طباعت شدہ الفاظ کو ٹائپ کرکے لکھے گئے الفاظ یا ایک سیاہی والے ربر اسٹیمپ سے چھاپے گئے الفاظ سے متاثر کیا جاتا ہے۔

h) دستی تحریر کو ٹائپ کئے گئے یا چھاپے گئے الفاظ پر مقدم قرار دیا جاتا ہے۔

i) آخر میں، کوئی ابہام یا وضاحت کی کمی ہونے پر گرامر اور اوقاف کے عام قواعد لاگو کئے جاتے ہیں۔

اہم

1. پالیسیوں کی تعمیر

بیمہ پالیسی ایک تجارتی معاہدہ کا ثبوت ہے اور عدالتوں کے ذریعے اپنائے گئے تعمیر اور تشریح کے قواعد دیگر معاہدوں کے مطابق بیمہ معاہدہ کے معاملے میں لاگو ہوتے ہیں۔

تعمیر کا اہم قواعد یہ ہے کہ معاہدہ کی پارٹیوں کے ارادے برتر ہونے چاہئیے، کہ ارادے پالیسی دستاویز اور تجویز فارم، اس سے منسلک کلازوں، توثیق ، وارنٹیوں وغیرہ سے اکٹھا کئے جانے چاہئیے اور معاہدہ کا ایک حصہ بننا چاہئیے۔

2. جملہ بندی کے معنی

الفاظ کو ان کے عام اور مقبول معنوں میں سمجھا جائیگا۔ **الفاظ کے لئے استعمال کئے جانے والے معنی ایسے مطلب ہیں جو عام آدمی کو آسانی سے سمجھ میں آ سکتے ہیں۔ اس طرح، "آگ" کا مطلب ہے شعلے یا حقیقی جلنا۔**

دوسری طرف ، **ایسے الفاظ جن کا عام تجارت یا کاروباری مطلب ہے، انکو اس مفہوم کے ساتھ سمجھا جائیگا جب تک کہ جملے کا سیاق وسباق کی طرف اشارہ نہیں دیتا ہے۔** جہاں الفاظ کو قانون کے ذریعے وضاحت کی جاتی ہے، اس تعریف کے مفہوم کا استعمال کیا جائیگا، جیسے تعزیرات ہند میں "چوری"۔

بیمہ پالسیوں میں استعمال کئی الفاظ پچھلے قانونی فیصلوں کا موضوع رہے ہیں اور ایک اعلی عدالت کے ایسے فیصلے ایک نچلی عدالت کے فیصلے پر لازم ہو نگے۔ تکنیکی الفاظ کا ہمیشہ اپنا تکنیکی مفہوم دیا جانا چاہئیے، جب تک کہ اسکے برعکس کوئی اشارہ نہیں دیا گیا ہے۔

H. تجدید کی نوٹس

زیادہ تر غیر زندگی بیمہ پالسیوں کا بیمہ سالانہ بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

حالانکہ بیمہ کمپنیوں کی اور سے بیمہ دار کو یہ صلاح دینے کا 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 صحت مند کاروباری عمل کے طور پربیمہ کمپنیاں پالیسی کو جدید کرنے کے لئے مدعو کرتے ہوئے پالیسی اختتام کی تاریخ سے پہلے ایک تجدید کی نوٹس جاری کرتی ہیں۔ اس نوٹس میں پالیسی کے سبھی متعلقہ تفصیلات شامل ہوتے ہیں جیسے کہ بیمہ رقم ، سالانہ پریمیم وغیرہ۔ بیمہ دار کو یہ صلاح دیتے ہوئے ایک نوٹ شامل کرنا بھی پریکٹس میں ہے کہ اسے جوکھم میں کسی بھی اہم تبدیلی کی نوٹس دینی چاہئیے۔

مثال کے لئے، موٹر تجدید کی نوٹس میں بیمہ دار کا دھیان حالیہ ضروریات کی روشنی میں بیمہ رقم (یعنی بیمہ دار کے ذریعے گاڑی کی اعلانیہ قیمت) کو ترمیم کرنے کی طرف بھی دلایا جاتا ہے۔

بیمہ دار کا دھیان اس قانونی دفعات کی طرف بھی متوجہ کیا جاتا ہے کہ کسی بھی جوکھم کو نہیں مانا جا سکتا ہے جب تک کہ پیشگی میں پریمیم کا ادائیگی نہیں کیا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 7

ان میں سے کون سا بیان تجدید کی نوٹس کے سلسلے میں درست ہے؟

I. ضابطے کے مطابق پالیسی کا وقت ختم ہونے سے 30 دن پہلے بیمہ دار شخص کو ایک تجدید کی نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری بیمہ کمپنیوں پر ہوتی ہے۔

II. ضابطے کے مطابق پالیسی کا وقت ختم ہونے سے 15 دن پہلے بیمہ دار شخص کو ایک تجدید کی نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری بیمہ کمپنیوں پر ہوتا ہے۔

III. ضابطے کے مطابق پالیسی کا وقت ختم ہونے سے 7 دن پہلے بیمہ دار شخص کو ایک تجدید کی نوٹس بھیجنے کی قانونی ذمہ داری بیمہ کمپنیوں پر ہوتا ہے۔

IV. ضابطے کے مطابق پالیسی کا وقت ختم ہونے سے پہلے بیمہ دار شخص کو ایک تجدید کی نوٹس بھیجنے کی کوئی قانونی ذمہ داری بیمہ کمپنیوں پر نہیں ہے۔

خلاصہ

a) دستاویز کاری کا پہلا مرحلہ لازمی طور سے تجویز فارموں کا ہے جس کے ذریعے سے بیمہ دار شخص اپنے بارے میں معلومات دیتا ہے۔

b) اہم معلومات کے اظہار کی ذمہ داری پالیسی آغاز ہونے سے پہلےپیدا ہوتی ہے اور یہاں تک کہ معاہدہ کے اختتام کے بعد بھی جاری رہتی ہے۔

c) بیمہ کمپنیاں عام طور پر تجویز فارم کے آخر میں ایک اعلان شامل کرتی ہیں جس پر بیمہ دار یا تجویز کنندہ کے ذریعے دستخط کیا جائیگا۔

d) ایک تجویز فارم کے عناصر میں شامل ہیں:

i. تجویز کنندہ کا پورا نام
ii. تجویز کنندہ کا پتہ اور رابطہ تفصیلات
iii. تجویز کنندہ کا پیشہ، کاروبار یا ویوپار
iv. بیمہ کی موضوع کی شناخت اور تفصیلات
v. بیمہ رقم
vi. پچھلے اور حالیہ بیمہ
vii. نقصان کا تجربہ
viii. بیمہ دار شخص کے ذریعے اعلان

e) ایک ایجنٹ جو بیچوان کے طور پر کام کرتا ہے، اس پر بیمہ دار شخص کے ذریعے بیمہ کمپنی شخص کو فراہم کئے گئے جوکھم کے بارے میں سبھی اہم معلومات بیمہ کمپنی کو یقین کرنے کی ذمہ داری ہوتی ہے۔

f) تجویز کی جانچ پڑتال کرنے اور اسکی منظوری کے بارے میں فیصلہ لینے کے عمل کو ہامیداری (اَنڈر رائٹنگ) کے طور پر جانا جاتا ہے۔

g) پریمیم بیمہ کے ایک معاہدہ کے تحت بیمہ کے موضوع کا بیمہ کرنے کے لئے بیمہ دار شخص کے ذریعے بیمہ کمپنی کو ادا کیا جانے والا تلافی بدل یا رقم ہے۔

h) پریمیم کی ادائیگی نقد، کسی بھی تسلیم شدہ بینک، پوسٹل منی آرڈر ، کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ، انٹرنیٹ، ای کی منتقلی ، ڈائریکٹ کریڈٹ یا وقت وقت پر اتھارٹی کے ذریعے منظور کسی دیگر ترکیب کے ذریعے کیا جا سکتا ہے۔

i) جب پالیسی کی تیاری زیر غور ہوتی ہے یا جب بیمہ کے لئے مذاکرات ترقی پر ہو اور عارضی بنیاد پر بیمہ کور فراہم کرنا ضروری ہو، ایک کور نوٹ جاری کیا جاتا ہے۔

j) کور نوٹوں کا استعمال اہم طور سے کاروبار کے سمندری اور موٹر ورگوں میں کیا جاتا ہے۔

k) بیمہ سرٹیفکٹ بیمہ کی وجود فراہم کرتا ہے جہاں ثبوت کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

l) پالیسی ایک باضابطہ دستاویز ہے جو بیمہ کے معاہدہ کا ایک ثبوت فراہم کراتا ہے۔

m) وارنٹی پالیسی میں واضح طور سے بیان کی گئی ایک شرط ہے جس کا معاہدہ کی موزونیت کے لئے پوری طرح سے عمل کیا جانا چاہئے۔

n) اگر پالیسی جاری کرنے کے وقت اس کے کچھ شرائط و ضوابط کو ترمیم کرنے کی ضرورت ہے تو یہ کام توثیق نامی ایک دستاویز کے ذریعے سے ترامیم/تبدیلی مقرر کرکے پورا کیا جاتا ہے۔

o) تعمیر کا سب سے اہم قواعد یہ ہے کہ پارٹیوں کے ارادے برتر ہونے چاہئے اور اس ارادے کو پالیسی میں تلاش کیا جائیگا۔

a) پالیسی فارم
b) پریمیم کی پیشگی ادائیگی
c) کور نوٹ
d) بیمہ سرٹیفکٹ
e) تجدید کی نوٹس
f) وارنٹی

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشنIII ہے۔

شراکت کا اُصول یہ یقین کرتا ہے کہ ایک ہی موضوع کو کور کرنے والی کئی بیمہ کمپنیاں ایک ساتھ آتی ہیں اور اس موضوع کے لئے اپنے جوکھم کے تناسب میں دعویٰ رقم کی شراکت کرتی ہیں۔

جواب 2

درست آپشن II ہے۔

ہدایات کے مطابق ایک بیمہ کمپنی کو 15 دنوں کے اندر بیمہ تجویز پر کارروائی پوری کرنا ضروری ہے۔

جواب 3

درست آپشنI ہے۔

اگر پریمیم کا ادائیگی چیک کے ذریعے کی جاتی ہے تو جوکھم اس تاریخ کو مانا جائیگا جب چیک کو بھیجا جاتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن IV ہے۔

کور نوٹوں کا استعمال اہم طور پرعام بیمہ کے سمندری اور موٹر ورگوں میں کیا جاتا ہے۔

جواب 5

درست آپشنII ہے۔

وارنٹی پالیسی میں واضح طور سے بیان کی گئی ایک شرط ہے۔

جواب 6

درست آپشنII ہے۔

اگر پالیسی جاری کرنے کے وقت اسکے کچھ شرائط و ضوابط کو ترمیم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تو کام توثیق کے ذریعے سے ترمیم طے کرکے پورا کیا جاتا ہے۔

جواب 7

درست آپشن IV ہے۔

ضابطے کے مطابق پالیسی کا وقت ختم ہونے سے پہلے بیمہ دار کو ایک تجدید نوٹس بھیجنے کی بیمہ کمپنیوں پر کوئی قانونی پابندی نہیں ہے۔

ذاتی امتحان سوالات

سوال 1

_____ پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کی زیادہ سے زیادہ حد ہے۔

I. بیمہ رقم

II. پریمیم

III. دستبردار قیمت

IV. نقصان کی رقم

سوال 2

_____ ایک معاہدہ کے تحت بیمہ دار شخص کے ذریعے ادائیگی کیا جانے والا تلافی بدل یا قیمت ہے۔

I. دعویٰ رقم

II. دستبرداری قیمت

III. پختگی رقم

IV. پریمیم

سوال 3

وہ دستاویز جو بیمہ کے معاہدہ کا ایک ثبوت فراہم کرتا ہے، _____ کہلاتا ہے۔

I. پالیسی

II. کور نوٹ

III. توثیق

IV. بیمہ سرٹیفکٹ

سوال 4

اظہار کی ذمہ داری پیدا ہوتی ہے

I. پالیسی آغاز ہونے سے پہلے

II. پالیسی آغاز ہونے کے بعد

III. پالیسی آغاز ہونے سے پہلے اور پالیسی کے دوران جاری رہتا ہے

IV. ایسا کوئی ذمہ داری نہیں ہے

سوال 5

مواد حقائق

I. ایک پالیسی میں شامل سبھی مندرجات کا قیمت ہے

II. جوکھم کی تشخیص کرنے کے لئے ضروری نہیں ہے

III. یہ اہم ہے کیونکہ یہ اَنڈرراٹرس کے فیصلہ کو اثر انداز کرتا ہے

IV. یہ اہم نہیں ہے کیونکہ اسکا اَنڈرراٹرس کے فیصلہ پر کوئی اثر نہیں ہوتا ہے

سوال 6

آگ بیمہ تجویز یہ جاننا چاہتا ہے

I. تعمیر کا عمل

II. ذخیرہ شدہ سامان کی تفصیلات

III. عمارت کی تعمیر

IV. اوپر کے سبھی

سوال 7

پریمیم حاصل نہیں کیا جا سکتا ہے

I. نقدی میں

II. چیک کے ذریعے

III. پرومیسری نوٹ (وعدہ خط) کے ذریعے

IV. کریڈٹ کارڈ کے ذریعے

سوال 8

موٹر بیمہ کا سرٹیفکٹ

I. لازمی نہیں ہے

II. ہمیشہ اپنے ساتھ رکھا جانا چاہئے

III. ہمیشہ کار میں رکھا جانا چاہئے

IV. بینک کے لاکر میں رکھا جانا چاہئے

سوال 9

ایک وارنٹی

I. پالیسی میں واضح طور سے بیان کی گئی ایک شرط ہے

II. پر عمل کیا جانا چاہئے

III. I اور II دونوں

IV. اوپر میں سے کوئی نہیں

سوال 10

موٹر بیمہ کے لئے تجدید نوٹس _____ کے ذریعے جاری کیا جاتا ہے

I. - پالیسی کے ختم ہونے سے پہلے بیمہ دار شخص

II. - پالیسی کے ختم ہونے سے پہلے بیمہ کمپنی

III. - پالیسی کے ختم ہونےکے بعد بیمہ دار

IV. - پالیسی کے ختم ہونے کے بعد بیمہ کمپنی

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جوابات

جواب 1

درست آپشن I ہے۔

بیمہ رقم پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کے ذمہ داری کی زیادہ سے زیادہ حد ہے۔

جواب 2

درست آپشن IV ہے۔

پریمیم ایک معاہدہ کے تحت بیمہ دار شخص کے ذریعے ادا کیا جانے والا تلافی بدل یا قیمت ہے۔

جواب 3

درست آپشنI ہے۔

وہ دستاویز جو بیمہ کے معاہدہ کا ایک ثبوت فراہم کرتا ہے، پالیسی کہلاتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن III ہے۔

اظہار کی ذمہ داری پالیسی آغاز ہونے سے پہلے پیدا ہوتی ہے اور پالیسی کے دوران جاری رہتی ہے۔

جواب 5

درست آپشن IV ہے۔

موادِ حقائق اہم ہے کیونکہ یہ اَنڈرراٸٹرس کے فیصلہ کو اثر انداز کرتا ہے۔

جواب 6

درست آپشن IV ہے۔

آگ بیمہ تجویز تعمیر کی عمل ، ذخیرہ شدہ سامان کی تفصیلات اور عمارت کے تعمیر کے بارے میں جاننا چاہتا ہے۔

جواب 7

درست آپشن V ہے۔

پریمیم پرومسری نوٹ (وعدہ فارم) کے ذریعے حاصل نہیں کیا جا سکتا ہے۔

جواب 8

درست آپشن III ہے۔

موٹر بیمہ کا سرٹیفکٹ ہمیشہ گاڑی میں رکھا جانا چاہئے۔

جواب 9

درست آپشنIII ہے۔

ایک وارنٹی پالیسی میں واضح طور سے بیان کی گئی ایک شرط ہے اور اس پر عمل کیا جانا چاہئے۔

جواب 10

درست آپشنII ہے۔

موٹر بیمہ کے لئے تجدید نوٹس پالیسی کے ختم ہونے سے پہلے بیمہ کمپنی کے ذریعے جاری کیا جاتا ہے۔

Annexure- A

MOTOR INSURANCE PROPOSAL FORM
PRIVATECAR /TWOWHEELER- PACKAGE POLICY

Proposer's Name		
Address for Correspondence	Identification of Insured	
Telephone & Fax Number		Mobile No:
E-mail Address		
Bank Account No. (SB/ Current)		PAN No:
HPA/Hypothecation		
Type of Policy Required	**Package policy**	
Period of Insurance	From Time..... Date :	To

Details of Vehicle

Regn. No.	Eng. No. & Chas. No.	Year of Make	Make& Model / Type of Body	Cubic Capacity	Seating Capacity	Colour	Fuel Used

Correct Identification of the vehicle insured

Registering Authority - Name and location:

Value of the Vehicle:

Invoice Value	Electric / Electronic Accessories	Non-Electrical Accessories	Side Car/Trailer	LPG/CNG Kit	Total Value	IDV

This is the basis for claim settlement and premium

History of the Vehicle

Previous Policy No	Type of Cover	Name of Insurer & Address	Entitlement of No Claim Bonus	Date of Policy Expiry	Claim Experience for last 3 years	Date of first Purchase & Regn.

Underwriting factors - bearing on rating

Usage of the Vehicle:

Purpose of Use	Details of Vehicle Parking	Details of Driver	Average km run in a year
Pleasure	Covered Garage	Self	
Professional	Uncovered Garage	Paid Driver	
Business/Trade	Within the Compound	Relatives	
Corporate	Roadside	Friends	

Helps insurer to understand the risk accepted

To know Risk Mitigation / Adverse Risk

Discounts & Loading:

Voluntary Excess: Do you wish to Opt for Voluntary Excess over and above the Compulsory Policy Excess	Yes/No - If yes, please specify the amount Two Wheeler - Rs.500/700/1000/1500/3000 Private
Are you a member of Automobile Association of India	Yes/No If yes, please State: 1. Name of Association 2. Membership No: Date of Expiry :
Is the vehicle fitted with the any Anti-Theft Device approved by ARAI	Yes/No If yes, attach certificate of installation issued by AASI
Whether the vehicle is driven by non-conventional source	Yes/No If yes, please specify the details
Whether the vehicle is driven by Bi--fuel kit / Fiber Glass Tank Fitted	Yes/No If yes, please specify the details
Do you wish to restrict TPPD cover to Statutory limit of Rs.6000/-only	Yes / No

Underwriting factors considered for loading and discount as per company policy

Additional covers required

Theft of Accessories (Two wheelers only)	
Legal Liability to Driver	
PA for paid driver	

Compulsory: Personal Accident Cover for Owner Driver

Personal Accident Cover for Owner Driver is compulsory. Please give details of nomination :

(a) Name of the Nominee & Age:
(b) Relationship :
(c) Name of the Appointee (If Nominee is a Minor) :
(d) Relationship to the Nominee :

Additional coverage subject to additional premium

(Note: 1. Personal Accident cover for Owner Driver is compulsory for Sum Insured of Rs.1, 00,000/- for Two Wheelers and Rs.2, 00,000/- for Private Cars.

2. Compulsory PA cover to owner driver cannot be granted where a vehicle is owned by a company, a partnership firm or a similar body corporate or where the owner-driver does not hold an effective driving license)

P.A. Cover for Named Persons

Named Occupants PA Cover for	(IMT-15)	Do you wish to include Personal Accident cover for named persons?			
		Name	CSI Opted (Rs.)	Nominee	Relationship
		1)			
		2)			
		3)			
		YES / NO, If YES, give name and Capital Sum Insured (CSI) opted for: (Note: The maximum CSI available per person is Rs.2 Lakhs in case of Private Cars and Rs.1 Lakh in the case of Motorized Two Wheelers)			

P A cover for unnamed Persons/Pillion / unnamed passengers	
Add on Cover	
Nil Depreciation	
Courtesy Car	
Medical Expenses	
Personal Effects	

Information which may have a bearing on rating, also for the purpose of some statistics

Other Details

Add on Covers continued

Whether use of vehicle is limited to own premises	Yes/No
Whether the vehicle belongs to foreign embassy	Yes/No
Whether the Car is certified as Vintage Car	Yes/No
Whether the vehicle is designed for use of blind/handicapped persons	Yes/No If yes, please specify the details of Endorsement by RTA
Whether the vehicle is used for Driving Tuitions	Yes/No
Whether extension of Geographical Area is required	Nepal, Bangladesh, Bhutan, Maldives, Pakistan, Sri Lanka.

Do you wish to have a One Page Policy? Yes / No

Based on principle of utmost good faith

DECLARATION BY THE INSURED

I/We hereby declare that the Statements made by me/us in this Proposal Form are true to the best of my/our knowledge and belief and I/We hereby agree that his declaration shall form the basis of the contract between me/us and the _____

I/We also hereby declare that any additions or alterations carried out after the submission of this Proposal Form then the same would be conveyed to the Insurers immediately.

I/we wish to confirm that there has been no accident to my/our vehicle since the last Policy Expiry Date till now. I/We confirm that I/We have remitted the premium at.....on.....

For the insurance of the above vehicle with you. It is understood and agreed that you have no liability or whatsoever nature for any Loss/Damage/Liability arising out of any accident earlier to..... (time).

I/We declare that the vehicle is in perfect state and roadworthy condition.

Place:

Date :

SIGNATURE OF THE PROPOSER

PROPOSAL FORM

(The issue of this form is not to be taken as an admission of liability)

STANDARD FIRE & SPECIAL PERILS POLICY

Acceptance of this proposal is subject to the rules & regulations of the Company. The property is not covered until the proposal is accepted and premium paid.

Agent_____ **Client Code:** ☐☐☐☐☐☐☐☐

DETAILS ABOUT PROPOSER → **Helps to identify the proposer.**

1. **Name of proposer**

Identification of the Insured

2. **Address of proposer** → **Gives the address for communication and cheque payment in case of claims**

Tel No:- ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Fax No :-** _____

(Mobile): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **(E-mail):-** _____

PUT A ☑ MARK WHEREVER APPLICABLE

All the questions to be answered completely. In case of shortage of space kindly enclose the information as an annexure:

Business of proposer

Understand the risk

3. **Which is being covered**	Details of the occupancy for rating
4. **Policy to be issued in favour of (List of all the parties who have insurable interest including the financial institutions**	
5. **The risk involved** (Location to be covered) **(Full postal address with pin code)**	Identification of the risks
6. **Period of insurance**	From ☐☐☐☐☐☐☐☐ To ☐☐☐☐☐☐☐☐
7. **Would you like to delete these perils from the basic cover? talks about coverage issue**	Conscious decision by the Insured regarding coverage required
a. **Storm , flood , tempest , inundation cyclone group of perils**	Yes ☐ No ☐
b. **Riot, Strike , Malicious Damage**	Yes ☐ No ☐
c. **Terrorism cover extension (It can be opted if RSMD is opted)**	Yes ☐ No ☐

Annexure - B

This amount is covered for EQ perils

8. Would you like to cover Plinths & Foundation along with your building?	Yes ☐ No ☐	
Any add on covers a. Architects, Surveyors, & Consulting Engineering Fees (in excess of 3% of the claim amount)	Yes ☐ No ☐	SI =
b. Debris removal (in excess of 1% of claim amount)	Yes ☐ No ☐	SI =
c. Deterioration of stocks in cold storage premises	Yes ☐ No ☐	SI =
i. Due to failure of electricity supply at terminal ends of electric services feeder due to an insured peril	Yes ☐ No ☐	SI =
ii. Due to change in temperature assuring out of loss or damage to cold storage machinery in the insured's premises due to operation of insured peril	Yes ☐ No ☐	SI =
d. Forest Fire	Yes ☐ No ☐	SI =
e. Impact damage due to insured's own vehicle, fork lifts and like & articles dropped there from	Yes ☐ No ☐	SI =
f. Spontaneous Combustion	Yes ☐ No ☐	SI =
g. Omission to Insure additions , alterations or extensions	Yes ☐ No ☐	SI =
h. Earthquake (Fire & Shock)	Yes ☐ No ☐	SI =
i. Spoilage material cover	Yes ☐ No ☐	SI =
j. Leakage and contamination cover	Yes ☐ No ☐	SI =
k. Temporary removal of stocks	Yes ☐ No ☐	SI =
l. Loss of rent	Yes ☐ No ☐	SI =
m. Additional expenses of rent for an alternate accommodation	Yes ☐ No ☐	SI =
n. Start - up expenses	Yes ☐ No ☐	SI =

Conscious decision by Insured to opt for add on covers

To choose only those relevant to the nature of the insured's Business

o. Molten material damage	Yes ☐ No ☐	SI =
9. Whether you have insured the same property with any other insurance company with identical coverage (if so, give details)	Details required for the purpose of applying Principle of contribution	
10. Whether Insurance cover was declined by any other company or imposed any special conditions (if is , give details)	Gives an insight to the underwriter about the quality of the risk	
(Details about loss experience)		
11. Premium / incurred claim details for the past Month excluding the expiring policy period	Premium	Claims
Claims experience is an important factor to rate the risk		

What is the type of Risks COVERED AT THE LOCATION?

Details about proposer's business

12. The Insured property is:	
a. Dwelling, offices, shops, hotels etc.	
b. Industrial / manufacturing risks	
c. Storage outside industrial / manufacturing risks	Occupancy of the risk is the basis of the rate
d. Tanks / gas holders outside industrial / manufacturing risks	
e. Utilities located outside Industrial / manufacturing risks	
f. Dwelling, offices, shops, hotels etc.	
13. If used as shop, please declare whether the goods handled include a any goods appearing in the list given below. If Yes, whether the value of such stocks exceeds 5% of total value of value of stocks: 1. Celluloid Goods, 2.Coir Loose, 3.Crackers & Fire Works, 4. Explosive of any kind, 5. Hay / Straw, 6. Hemp, 7. Jute Loose, 8. Matches, 9. Methylated spirit, 10. Nitro - Cellulose, 11. Oils / Ether / Industrial Solvent and other inflammable liquid flashing at and below 32 Deg. C (closed cup Test) , 12. Paints with inflammable base having flash point below 32 Deg. C (closed cup test) other than in sealed tins or drums, 13. Varnishes having a flash point below 32 Deg . C (closed cup test) other than sealed tins or drums,14.Disinfectant liquid and liquid insecticide other than in sealed tins or drums , 15.Vegetable fibers of any kind	Nature of risks to decide the basic rate. and coverage's
14. If used as warehouse / godown (located outside the factory compound) please give the list of goods stored	
15. If used an Industrial Manufacturing unit , state the details of products manufactured at the location proposed (details block plan showing various facilities to be enclosed)	
16. If used as an Industrial Manufacturing unit, please state whether the factory is working or silent?	

17. Fire Extinguishing Appliances installed	
Please tick in the space below : a. List the various blocks and indicate the type of Portable Extinguishers Protection provide for each block To know better risks feature	☐ Portable Extinguishers ☐ Trailer Pumps ☐ Fire Engine ☐ Hydrant System ☐ Sprinkler System ☐ Fixed Water Spray system Loss minimization measures. Hence, discount may be granted
b. Indicate whether annual maintenance contract for the applia-ces is in force	Yes ☐ No ☐
18. (Building / Machinery / Furniture Fixture & Fitting)	The basis proposed for insurance
a. Market Value basis	Yes ☐ No ☐
b. Reinstatement Value Basis	Yes ☐ No ☐
c. Whether escalation is required	Yes ☐ No ☐
19. Construction Details	
a. Please state material used	
i. Walls	
ii. Floor	
iii. Roof	
b. Height of the Building	Meters _____ Floors _____
c. Age of Building	Less than 5 years ☐ 5-15 years ☐ 15-25 years ☐ Above 25 years ☐

Underwriting

This will form the basis on which the sum insured will be fixed & claims will be dealt with

Note: Building having walls and/ or roofs of wooden planks/ thatched leaves and/ or grass/ hay of any kind/ bamboo/ plastic cloth/ asphalt/ Cloth/ canvas/ tarpaulin and the like are trusted as " kutcha " construction

20. Building wise values (Please include the ' Kutcha ' building also in this list give individual value in Rs . against such buildings

Description of block	Age (Yrs)	Height (mts)	Construction Pucca / Kutcha	Sum insured Rs				
				Building including plinth Rs.	Machinery Accessories Rs.	F&F ,office and other equipment Rs.	Stock & stocks -in process** Rs.	Other Property to be Insured Rs.
Total								

Details of each block will give differential rating if applicable

Note: ** Indicates those stocks which are covered on normal basis and do not fall under Serial No. A, B,C and D below

21. Special coverage for stocks only	
Please tick in the box below and give the amount to be insured against each	
A. On Floater Basis:	
Stocks at various locations (Process blocks, warehouses / go downs and/or in open etc.,) can be covered on floater basis under single Sum Insured	
Locations (Postal Address with Pin code	**Amount Rs.**
B. On Declaration Basis	
Stocks which fluctuate in value can be covered on (monthly) declaration basis.	
Locations (Postal Address with Pin code	**Amount Rs.**
Note: Minimum Sum Insured is Rs. 1 Crore, and policy not issued on short period basis. Stocks in process and stocks stored at Railway sidings cannot be covered.	
C. On Floater Declaration Basis:	
Stocks which fluctuate in value as well as stored at various locations under single Sum Insured can be covered on (monthly) floater declaration basis.	
Locations (Postal Address with Pin code	**Amount Rs.**
Note: 1. Minimum Sum insured is Rs. 2 Crores 2. Stocks in process & stocks stored at Railway sidings cannot be covered.	
D. Stocks stored in open (located outside the factory compound)	
Detail of stocks stored in open:	
Locations (Postal Address with Pin code	**Amount Rs.**
E. Tank Farm and Gas Holders (located outside the factory compound)	
Detail of stocks stored in open	
Locations (Postal Address with Pin code	**Amount Rs.**

Basis of cover opted will entail some duties to be carried out by Proposer. Basis for claim settlement

Special warranties will be applicable

Covering the risk and rating properly

Would you like to avail discounts for voluntary deductibles	Yes ☐ No ☐
If answer is yes, indicate the choice of deductible amount	Rs.

DECLARATION BY

Principle of utmost good

I/We hereby declare that the statements made by me in this Proposal Form are true to the best of my/our knowledge and belief and I/We hereby agree that this declaration shall form the basis of the contract between me/us and_____.

If additions or alterations are carried out in the risk proposed after the submission of this form, then the same would be conveyed to the insurers immediately.

Date:
Place:

Signature of Proposer & Seal of the company

Recommendations of Agent:

The following is the copy of section 41 of the Insurance Act 1938
PROHIBITION OF REBATES

1. No Person shall allow or offer to allow either directly as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown in the policy nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy except such rebates as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

2. Any person making default in complying with the provision of this section shall be punishable with a fine, which may extend to five hundred rupees.

باب 13

پریمیم کی درجہ بندی کے اصول اور عمل

باب کا تعارف

اس باب میں آپ انڈرائٹر اور شرح سازی کی بنیادی باتیں کو جانیں گے۔ آپ جوکھم کی درجہ بندی کے عمل میں خطرات سے نمٹنے کے مختلف طریقوں کے بارے میں سیکھیں گے۔ آپ مختلف اقسام کے بیمہ پالیسیوں کے لیے "بیمہ رقم" طے کرنے کا طریقہ بھی سیکھیں گے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. انڈرائٹر کی بنیادی باتیں

B. شرح سازی کی بنیادی باتیں

C. درجہ بندی عوامل

D. بیمہ کی رقم

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ ان باتوں کے قابل ہوں گے :

1. ہامیداری کی بنیادی باتوں کی وضاحت

2. شرح سازی کی بنیادی باتوں کو واضح کریں گے

3. مختلف پالیسیوں کے تحت ' بیمہ رقم' کا تعین کریں گے

A. ہامیداری مبادیات

گذشتہ ابواب میں ہم نے دیکھا ہے کہ بیمہ کے تصور گرہ بندی کے ذریعے خطرے کا انتظام شامل ہے -بیمہ کمپنیاں پریمیم کو ملا کر ایک پل بناتی ہیں جسے کئی افراد / کاروباری / تجارتی کمپنیوں / تنظیموں کی طرف سے تیار کیا جاتا ہے-

ہر ایک کی طرف سے ادا کئے جائے والے پریمیم کی رقم ایک کی شرح پر انحصار کرتی ہے جسے دو عوامل کے ذریعے سے مقرر کیا جاتا ہے-

- ✓ ایک نقصان کے واقعہ کی وجہ سے (ایک بیمہ شدہ کی وجہ سے) نقصان کی امکان- اور
- ✓ نقصان کی متوقع رقم جو نقصان کے واقعہ کی وجہ سے پیدا ہوسکتی ہے

مثال

فرض کریں کہ ایک آگ کے نتیجے میں نقصان کی اوسط رقم 100000 روپے تھی [جسے ہم L کے طور پر مطلع کرنا کرتے ہیں]

نقصان کی اوسط یا درمیانے امکان [پی سے مطلع کرنا] 100 میں 1 [یا 0-01] تھی-

تب درمیانے یا اوسط متوقع نقصان اس طرح نکالا جائے گا: L x P = 0-01 x 100000 = 1000

بیمہ کمپنی یہ کیسے یقین کر سکتا ہے کہ پول اصل میں خرچ ہوئے نقصانات کی تلافی کے لئے کافی ہے؟

جیسا کہ ہم پہلے دیکھ چکے ہیں، بیمہ کے پورے طریقہ کار میں ایک بڑی تعداد میں اعداد و شمار کے طور پر اسی طرح جوکھموں کی پولینگ کرنا شامل ہے جس سے کہ بڑی تعداد میں اصول کام کرے اور نقصانات کی تعداد (فریکوئنسی) اور نقصان کی حد (سنجیدگی) کے امکان کی پیشن گوئی کرنے کے قابل ہو جائے-

مسئلہ یہ ہے کہ تمام جوکھم ایک جیسے نہیں ہوتے ہیں- بالکل ایک جیسے [یا **'ایک جیسے'] خطرات کا ایک پول کافی چھوٹا ہو سکتا ہے-**

مثال کے طور پر، کتنے گھروں کو آپ بالکل یکساں اور بالکل ایک جیسے بیرونی ماحول میں واقع پائیں گے؟ زیادہ نہیں-

جیسے - جیسے پول کا سائز بڑھتا ہے، اس میں ان غیر مساوی خطرات کے شامل ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں، جو یکساں یا ایک جیسے خطرات کے دائرے میں آتے ہیں- یہاں بیمہ کمپنی کو ایک مشکوک کا سامنا کرنا پڑتا ہے-

ایسا پول کیسے بنایا جائے جو اتنا بڑا ہو کہ زیادہ خطرہ کے امکانات ہونے کے ساتھ - ساتھ اس کا یقین ہو جائے کہ پول کافی یک رنگ ہے اور اس میں ایک جیسے خطرے موجود ہیں؟

بیمہ کمپنیوں کو اس مسئلہ کا حل مل گیا ہے۔

وہ ایسا پول بناتی ہیں جو کافی بڑا ہوتا ہے، ساتھ ہی اس کے اندر ذیلی - پول بھی بنائے جاتے ہیں اور مختلف خطرات کو ایک یا دوسرے ذیلی - پول میں رکھا جاتا ہے۔ ذیلی- پول موجود خطرے کی ڈگری کی بنیاد پر خطرات کو مختلف اقسام میں تقسیم کر کے بنایا جاتا ہے۔

مثال

جائیداد بیمہ کے میدان میں لکڑی کے ڈھانچے میں آگ لگنے کا امکان پتھر کے ڈھانچے کے مقابلے میں بہت زیادہ ہوتی ہے؛ اس لئے لکڑی کے ڈھانچے کا بیمہ کرنے کے لئے ایک اعلی پریمیم کی ضرورت ہوتی ہے۔

یہی تصور صحت بیمہ پر بھی لاگو ہوتی ہے۔ ہائی بلڈ پریشر یا ذیابیطس سے متاثرہ شخص کو دل کا دورہ پڑنے کی زیادہ امکان رہتی ہے۔

کسی بیماری کے علاج کے اعلی طبی اخراجات کے خطرے پر غور کریں۔ ایک اچھی صحت والے شخص کے مقابلے میں ہائی بلڈ پریشر اور ذیابیطس سے متاثرہ شخص کے لئے خطرہ الگ ہوگا۔

خطرات کی درجہ بندی کرنا اور ان کی زمرہ طے کرنا شرح کے تعین کے لئے اہم ہے۔

1. ہامیداری کی بنیادی معلومات

تعریف

ہامیداری یہ تعین کرنے کا عمل ہے کہ کیا بیمہ کے لئے پیش کردہ خطرے قابل قبول ہے، اور اگر ہاں تو کن شرح، قوانین اور شرائط پر بیمہ کور کو قبول کیا جائے گا۔

تکنیکی معنی میں ہامیداری میں مندرجہ ذیل اقدامات شامل ہیں :

i. نقصان کی فرکیونسی اور شدت کے حوالے سے خطرے اور جوکھم کی تشخیص اور جائزہ

ii. پالسی کوریج اور شرائط وضوابط کی تشکیل

iii. پریمیم کی شرح کا تعین کرنا

اَنڈرراٹر سب سے پہلے یہ فیصلہ لیتا ہے کہ کیا جوکھم کو قبول کیا جائے یا نہیں۔

اگلا قدم **شرح ، شرائط و ضوابط** کو طےکرنا ہوگا جن کے تحت جوکھم کو قبول کیا جانا ہے۔

ہامیداری مہارت ایک مسلسل سیکھنےکے عمل کے ذریعے سے حاصل کی جاتی ہیں جس میں مناسب تربیت ، فیلڈ ایکسپوزر اور گہری بصیرت شامل ہے۔ایک آگ بیمہ کا اَنڈرراٹر بننے کے لئے شخص کے پاس آگ کے امکانی وجوہات ، مختلف جسمانی اشیاۂ اور املاک پر آگ کے اثرات ، ایک صنعت میں شامل عمل، اسکے جغرافیہ ، موسمی حالات وغیرہ کا اچھا علم ہوناضروری ہے۔

اسی طرح ایک سمندری بیمہ کے اَنڈرراٹر کو بندرگاہ/سڑک کے حالات ، ٹرانزٹ یا اسٹوریج میں کارگو/مال کے سامنے آنے والے مسائل ، جہازوں اور انکی سمندری سفر اہلیت وغیرہ کے بارے میں معلومات ہونی چاہئیے۔
ایک صحت اَنڈرراٹر کو بیمہ دار شخص کے جوکھم پروفائل، عمر، طبی پہلوؤں، فٹنیس کی سطح اور خاندان کی تاریخ کو سمجھنے اور جوکھم کو متاثر کرنے والے ہر ایک عنصر کے اثرات کو ماپنے کی ضرورت ہے۔

a) **ہامیداری ، ایکوئٹی اور کاروباری تحفظ پذیری**

بیمہ میں محتاط ہامیداری اور جوکھم درجہ بندی کی ضرورت اس عام حقیقت سے پیدا ہوتی ہے کہ سبھی جوکھم برابر نہیں ہوتے ہیں۔ اس طرح ہر ایک جوکھم کا مناسب طور پرتشخیص کرنا اور نقصان کے واقعہ اور شدت کی امکان کے مطابق اسکا جائزہ کیا جاناضروری ہے۔

چونکہ سبھی جوکھم برابر نہیں ہوتے ہیں، بیمہ کئے جانے والے سبھی لوگوں کو ایک جیسے پریمیم کی ادائیگی کرنے کے لئے کہنا منصفانہ نہیں ہوگا۔ **ہامیداری کا مقصد جوکھموں کی درجہ بندی کرنا ہے تاکہ ان کی خصوصیات اور پیدا ہونے والے جوکھم کی ڈگری کے بنیاد پر پریمیم کی ایک مناسب شرح لگائی جا سکے۔**

ہر ایک بیمہ کمپنی کی اپنے موجودہ پالیسی ہولڈرز کو یہ یقینی بنانے کی ایک ذمہ داری ہے کہ وہ موجودہ پالسیوں کے سبھی کنٹریکچوئل ذمہ داریوں کو پورا کرنے میں قابل ہے۔ اگر بیمہ کمپنی ایسے جوکھموں پر پالسیاں جاری کرتی ہے جوقابلِ بیمہ نہیں یا جوکھم کو کور کرنے کے لئےضروری رقم کے مقابلے میں بہت کم پریمیم وصول کرتی ہے تو اسکا نتیجہ اپنے کنٹریکچوئل ذمہ داریوں کو پورا کرنے کے لئے بیمہ کمپنی کی صلاحیت کو خطرے میں ڈالنا ہوگا۔

دوسری طرف، ایک ایسی بیمہ کمپنی جو ان جوکھموں کے لئے بہت زیادہ پریمیم وصول کرنا چاہتی ہے جو اس طرح کی اعلی شرح منصفانہ نہیں بناتی ہے، اپنے کاروبار کو غیر مسابقتی اورناقابل برداشت کے روپ میں بنالیتی ہے۔ اسلئے ایکوئٹی اور تحفظ پذیری کے مفاد میں ہامیداری عمل کا احتیاط سے عمل کرناضروری ہے۔

ہامیداری کی اہم خصوصیات اس طرح ہیں -

i. خصوصیات کے بنیاد پر جوکھم کی شناخت کرنا

ii. تجویز کار کے ذریعے پیش کردہ جوکھم کی سطح کا تعین کرنا

iii. یہ یقین کرنا کہ بیمہ کاروبار مضبوط بنیاد پر منعقد کیا جاتا ہے

مختصر میں، ہامیداری کے مقاصد کی منظوری، پریمیم کی موزونیت اور دیگر شرطوں کی سطح طے کرکے حاصل کی جاتی ہے-

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۱

بیمہ ریٹ میکینگ کو متاثر کرنے والے دو عوامل کی شناخت کریں-

I. جوکھم کی احتمال اور شدت

II. جوکھم کی نوعیت اور ماخذ

III. جوکھم کا وقت اور ماخذ

IV. جوکھم کی نوعیت اور اثرات

B. ریٹ میکینگ کی مبادیات

بیمہ، بیمہ کمپنی کو جوکھم کے منتقلی پر مبنی ہے- ایک بیمہ پالیسی خرید کر بیمہ دار اس سخت خطرہ سے پیدا ہونے والے مالی نقصان کے اثرات کو کم کرنے میں قابل ہوتا ہے جس کے خلاف املاک کا بیمہ کیا جاتا ہے-

مثال

اگر کوئی شخص کار چلاتا ہے تو یہاں ایک جوکھم یہ ہے کہ ایک حادثے میں نقصان ہو سکتاہے۔ اگر مالک کے پاس موٹر بیمہ ہے تو کار کا نقصان ہونے کی حالت میں بیمہ کمپنی اسکی مرمت کے لئے ادائیگی کرے گی۔

کمپنی کو منافع کے ایک مارجن سمیت مستقبل کے بیمہ دعووں اور اخراجات کی لاگت کو کور کرنے کے لئے ایک قیمت کی گنتی کے عمل کو اپنانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اسے ریٹ میکینگ کے طور پر جانا جاتا ہے۔

شرح بیمہ کی ایک دی گئی اکائی کی قیمت ہے۔

مثال کے طور پر ، زلزلے کوریج کے لئے ایک شرح 100۔ روپے فی ہزار کے طور پر ظاہر کیا جا سکتا ہے

نقصان کی امکانات اور اسکے ممکنہ سائز کے حساب سے شرح میں بدلاؤ ہوتا ہے۔ ہر ایک شرح موجودہ ماحول میں پچھلے رجحانات اور تبدیلیوں کو دیکھنے کے بعد طے کیا جاتا ہے، جو مستقبل کے امکانی نقصانوں کو متاثر کر سکتے ہیں۔

مثال

زلزلے بیمہ کی اوپر کی مثال پر غور کریں، ایک کنکریٹ کی ساخت کے مقابلے میں ایک اینٹ کے مکان کے لئے، اور ایک فالٹ لائن کے قریب مکان کیلئے جو نقصان کیلئے زیادہ اثر پذیر ہین، زیادہ پریمیم وصول کیا جائے گا۔

صحت بیمہ کی ایک مثال لیتے ہوئے، عددی یا فی صد تجزیے جوکھم کے ہر ایک جزو پر کیا جاتا ہے۔ عمر، نسل، کاروبار، عادات وغیرہ جیسے عوامل کی جانچ کی جاتی ہے اور قبل تعین معیار کی بنیاد پر عددی طور سے نمبر دیئے جاتے ہیں۔

یاد رکھیں کہ شرح پریمیم کے جیسے نہیں ہیں۔

شرح × بیمہ رقم = پریمیم

1. ریٹنگ کے مقاصد

ریٹ میکینگ کا بنیادی مقصد یہ یقین کرنا ہے کہ بیمہ کی قیمت بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں کی نقطہ نظر میں کافی اور مناسب ہونا چاہئیے۔

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظر سے اسکا مطلب ہے کہ مجموعی طور پر شرح دعووں، اخراجات اورٹیکس کی ادائیگی کو فراہم کرنے کے لئے کافی ہونی چاہئیے اور تباہی اور منافع کے لئے کافی مارجن چھوڑا جانا چاہئیے۔

بیمہ دار کے نقطہ نظر سے مناسب شرح کامطلب یہ ہے کہ شخص کو اخراجات ، تباہی اور منافعوں کے لئے ایک مناسب چارج کے ساتھ ساتھ شامل خطروں کو کور کرنے کے لئے ایک کافی رقم سے زیادہ کی ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہونی چاہئیے۔

آگ بیمہ پریمیم شرح کو مناسب مانا جا سکتا ہے اگر وہ سبھی اہم عوامل پر دھیان دیتے ہیں، جو جوکھم کو متاثر کرتے ہیں لیکن معمولی بنیادی عوامل کو نظر انداز کر دیتے ہیں، جو مجموعی طور پر متوقع شرح میں صرف ایک چھوٹے سے فرق کی وجہ بن سکتے ہیں۔

2. ریمیم کی شرح تعین کرنا

پریمیم کی خالص شرح پچھلے نقصان کے تجربہ کی بنیاد پر تعین کیا جاتا ہے۔ اسلئے، پچھلے نقصانوں کے بارے میں اعداد و شمار کی شرح کے حساب کےمقاصد کے لئے سب سےضروری ہیں۔

شرح طے کرنے کے لئے جوکھموں کو ایک 'ریاضی قیمت' دیناضروری ہے۔

مثال

اگر 10 سال کی مدت کے لئے موٹر سائیکلوں کی ایک بڑی تعداد کے نقصانوں کا تجربہ جمع کیا جاتا ہے، تو ہمیں گاڑیوں کو ہوئے نقصان کے نتیجے میں پیدا نقصانوں کا کل مجموعہ مل جائیگا۔ موٹر سائیکلوں کی کل قیمت کے فی صد کے طور پر نقصان کی اس رقم کو ظاہر کرکے ہم جوکھم کی 'ریاضی قیمت' طے کر سکتے ہیں۔ یہ نیچے دیئے گئے فارمولے میں ظاہر کیا جا سکتا ہے:

$$M = \frac{L}{V} \times 100$$

ایل نقصانوں کے کل مجموعہ کو ظاہر کرتا ہے اور وی سبھی موٹر سائیکلوں کے کل قیمتوں کو ظاہر کرتا ہے۔

آئیے ہم فرض کرتے ہے کہ :

- ✓ ایک موٹر سائیکل کی قیمت 50،000/- روپے ہے
- ✓ نقصان کا تجربہ : 10 سالوں میں 1000 موٹر سائیکلوں میں سے 50 موٹر سائیکل چوری ہو جاتے ہیں
- ✓ اوسطاً پانچ موٹر سائیکل ہر سال چوری کی وجہ سے کل نقصان بن جاتے ہیں

ضابطہ لاگو کرنے پر نتیجہ اس طرح ہوگا:

نقصان (50،000 روپے 2 = 5 x،50،000 روپے

قیمت (50،000 1000 x روپے) = 5،00،00،000 روپے

اس کا مطلب ہے 100 x L / V = [5،00،00،000 / 2،50،000] 0 = 100 x-5٪

اسلئے پریمیم کی شرح جو ایک موٹر سائیکل مالک ادائیگی کرتا ہے، -/ 50،000 روپے کا آدھا فی صد یعنی-/ 250 روپے فی سال ہے۔اسے 'خالص' پریمیم کہا جاتا ہے۔

250 روپے فی موٹر سائیکل کی شرح سے 2.5 لاکھ روپے جمع کئے جاتے ہیں جسے 5 گاڑیوں کے کل نقصانوں پر دعووں میں ادا کیا جاتا ہے۔

اگر اوپر نکالا گیا خالص پریمیم جمع کیا جاتا ہے تو اس سے ایک فنڈ بنےگا جو صرف نقصانوں کی ادائیگی کے لئے کافی ہوگا۔

مندرجہ بالا مثال میں ہم دیکھ سکتے ہیں کہ یہاں کوئی سرپلس نہیں ہے۔ لیکن بیمہ آپریشنس میں انتظامیہ کے اخراجات (مینجمنٹ کے اخراجات) اور کاروبار حاصل کرنے کے اخراجات (ایجنسی کمیشن) بھی شامل ہیں۔یہ غیر متوقع بھاری نقصان کے معاملے میں ایک مارجن فراہم کرنے کے لئے بھی ضروری ہے۔

آخر میں، چونکہ بیمہ کا لین دین کسی بھی دیگر کاروبار کی طرح ایک کاروباری بنیاد پر ہوتا ہے، منافع کے مارجن کے لئے انتظام کرناضروری ہے جو کاروبار میں سرمایہ کاری پر ملنے والامنافع ہے۔

اسلئے اخراجات ، ذخائر اور منافع فراہم کرنے کے لئے فی صدی کو جوڑکر 'خالص پریمیم' مناسب طور سے لگایا یا بڑھایا جاتا ہے۔

پریمیم کی حتمی شرح میں مندرجہ ذیل اجزاء مشتمل ہونگے:

- ✓ نقصانوں کی ادائیگی
- ✓ نقصان کے اخراجات ہیں (جیسے سروے فیس)
- ✓ ایجنسی کمیشن
- ✓ مینجمنٹ کے اخراجات
- ✓ غیر متوقع بھاری نقصانوں کے لئے ذخائر کا مارجن جیسے، 5 فرض کیے گئے نقصانوں کے خلاف 7 کل نقصان
- ✓ منافع کے لئے مارجن

تجربہ کی مدت کا احتیاط سے انتخاب کرناضروری ہے۔ سب سے حالیہ نقصان تجربہ کی مدت کا استعمال کیا جانا چاہئیے۔ منتخبہ مدت میں کافی نقصان تجربہ کا ڈاٹا شامل ہونا چاہئیے تاکہ نتائج اہمیت یا معتبریت ہو۔ آخر میں، جہاں کاروبار تباہ کُن نقصانات کے مشروط ہوتا ہے، تجربہ کی مدت کو اوسط تباہ کُن واقعہ کا نمائندگی کرنا چاہئیے۔

سبھی متعلقہ ریٹ میکینگ عوامل کو دھیان میں لےکر شخص یہ یقین کر سکتا ہے کہ ایک جیسی قسم اور کوالیٹی والے جوکھموں کے درمیان شرح ناکافی ، ضرورت سے زیادہ یا غیر منصفانہ طور پر امتیازی نہیں ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

خالص پریمیم کیا ہے؟

I. صرف نقصانوں کی ادائیگی کے لئے کافی پریمیم

II. معاشرے کے معمولی ارکان کے لئے لاگو پریمیم

III. انتظامی اخراجات کی لوڈینگ لگانے کے بعد پریمیم

IV. سب سے حالیہ نقصان تجربہ کی مدت سے حاصل پریمیم

C. ریٹ میکینگ کے عوامل

شرح کو طے کرنے اور ریٹ میکینگ کی منصوبہ بندی کرنے میں استعمال کئے جانے والی متعلقہ عناصر کو ریٹ میکینگ عوامل کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں جوکھم کا تعین کرنے اور وصول کی جانے والی قیمت طے کرنے کے لئے 'ریٹ میکینگ عوامل' کا استعمال کرتی ہیں۔

- ✓ بیمہ کمپنی سب سے پہلے ایک بنیادی شرح قائم کرنے کے لئے اپنی تشخیص کا استعمال کرتی ہے
- ✓ پھر بیمہ کمپنی اس شرح کو مثبت خصوصیات جیسے املاک جوکھم پر اعلی آگ تحفظ کے لئے لاگو چھوٹ کے ساتھ اور منفی خصوصیات جیسے موٹر جوکھموں پر کمزور بھروسے کا ریکارڈ رکھنے والے ڈرائیوروں کے لئے لاگو لوڈینگ کے ساتھ ایڈجسٹ کرتی ہیں

اہم

ہامیداری کے لئے معلومات کے ذرائع

کسی بھی عددی (یا اعداد و شمار) تجزیہ میں پہلا مرحلہ اعداد و شمار کا مجموعہ ہوتا ہےجوکھم کی قیمت تعین کرتے وقت ایک اَنڈرائٹر کو صحیح تشخیص کرنے میں مدد کے لئے زیادہ سے زیادہ ممکن معلومات جمع کرنا چاہئے۔

معلومات کے ذرائع ہیں :

i. **تجویز فارم یا ہامیداری ڈیمو**

ii. **جوکھم سروے**

iii. **پچھلے دعووں کے تجربہ کا ڈاٹا :** انفرادی اور موٹر لائن جیسے کاروبار کے کچھ قسموں کے لئے اَنڈرائٹر اکثر مستقبل کے امکانی دعووں کے تجربہ کا ایک اشارہ دینے کے لئے اور ایک مناسب پریمیم پر پہنچنے کے لئے پچھلے دعووں کے تجربہ کے ڈاٹا کا استعمال کرتے ہیں۔

درست تشریح اور دعووں کے تجربہ کا موثر استعمال قیمت تعین کے عمل کے لئے اہم ہے۔ تباہ کن نقصان غیر متوقع اور کبھی کبھار واقع ہونے والی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اسلئے، حساب کے ایک بنیاد کے طور پر اعداد و شمار معلومات ہمیشہ دستیاب اور بامعنی نہیں ہوتی ہے۔ (جدید کمپیوٹروں کے آمد کے ساتھ قدرتی تباہ کن واقعات کے امکانی اثرات کو ماپنے کے لئے آج کل مختلف بناوٹی ماڈلوں کا استعمال کیا جاتا ہے۔)

1. **خطرہ**

بیمہ کی زبان میں خطرہ لفظ ان حالات یا خوبیاں یا خصوصیات کو ظاہر کرتا ہے جو ایک دئیے گئے سخت خطرے سے پیدا ہونے والے نقصان کے امکانات بناتے یا اضافہ کرتے ہیں۔ مختلف خطروں کا ایک مکمل علم جن کے دائرے میں املاک اور شخص آتے ہیں، ہامیداری کے لئے ضروری ہے۔

خطروں کو جسمانی اور اخلاقی کے طور پر تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ جسمانی خطرہ بیمہ کی موضوع کی اہم خصوصیات سے پیدا ہونے والے جوکھم سے مرادہے جبکہ اخلاقی خطرہ انسانی کمزوری (جیسے بےایمانی، لاپرواہی وغیرہ) سے یا عام اقتصادی اور سماجی حالات سے پیدا ہو سکتا ہے۔آپریٹنگ سطح پر، ریٹ میکینگ عمل میں جسمانی اور اخلاقی خطروں کا تشخیص کرنا شامل ہے۔

2. جسمانی خطرے (جوکھم)

جسمانی خطرے کا پتہ تجویز فارم میں دی گئی معلومات سے لگایا جا سکتا ہے۔اسے جوکھم کے سروے یا معائنہ سے بہتر جانا جا سکتا ہے۔ بیمہ کے مختلف کلاسوں میں جسمانی خطرے کے کچھ مثالیں درج ذیل ہیں۔

a) آگ

i. **تعمیر**

تعمیر دیواروں اور چھت میں استعمال کی گئی تعمیر مواد سے مُراد ہے۔ایک کنکریٹ کی عمارت ایک لکڑی کے عمارت سے بہتر ہے۔

ii. **اونچائی**

آگ بچھانے کی مشکلات کی وجہ سے منزلوں کی تعداد جتنی زیادہ ہوگی، خطرہ اتنا زیادہ ہوگا-اس کے علاوہ، منزلوں کی ایک بڑی تعداد میں اوپری منزلوں کے گرنے کا جوکھم شامل ہے جو بھاری اثرات ڈالنے والے نقصان کی وجہ بنتا ہے-

iii. **فرش کی نوعیت**

لکڑی کے فرش آگ میں گھی کا کام کرتے ہیں- اسکے علاوہ، لکڑی کے فرش آگ لگنے پر آسانی سے گر جاتے ہیں جسکی وجہ سے اوپری منزلوں سے مشینری یا سامانوں کے گرنے سے نچلی منزلوں پر املاک کو نقصان ہو سکتا ہے-

iv. **قبضے**

کسی عمارت کے قبضے اور مقصد جسکے لئے اسکا استعمال کیا جاتا ہے-قبضے سے مختلف قسم کے خطرے پیدا ہوتے ہیں-

v. **اگنیشن کا خطرہ**

ایسے عمارت جن میں بڑی مقدار میں کیمیکل کا پروڈکشن یا استعمال کیا جاتا ہے، وہاں کافی آگ بھڑکنے کا اگنیشن خطرہ شامل ہوتا ہے-ایک لکڑی کا یارڈ زیادہ آتش پذیری خطرہ پیش کرتا ہے کیونکہ ایک بار آگ شروع ہونے پر لکڑی تیزی سے جلنے لگتی ہے-مندرجات آگ لگنے کے واقعہ میں نقصان کے لئے انتہائی حساس ہو سکتا ہیں-

مثال کے طور پر ، کاغذ، کپڑے وغیرہ نہ صرف آگ سے بلکہ پانی، گرمی وغیرہ سے نقصان کے لیے بھی انتہائی حساس ہوتے ہیں-

vi. **تعمیر کا عمل**

اگر کام رات کے دوران کیا جاتا ہے تو مصنوعی روشنی کے استعمال ، مشینری کے مسلسل استعمال جو تھکاوٹ کی وجہ بنتا ہے، اور تھکان کی وجہ سے کارکنوں کی امکانی لاپرواہی کی وجہ سے خطرہ بڑھ جاتا ہے-

vii. **صورتحال**

ایک گنجان علاقے ، خطرناک ملحقہ احاطے کا جوکھم اور فائر بریگیڈ سے دوری والا مقام جسمانی خطرے کی ایک مثال ہے-

b) **سمندری**

i. **ویسل کی عمر اور حالت**

پرانے ویسل زیادہ یا خراب جوکھم ہوتے ہیں-

ii. **کیا جانے والا سمندری سفر**

سمندری سفر کا راستہ، لوڈینگ اور اَن لوڈینگ کے حالات اور بندرگاہوں پر اسٹوریج سہولیات اسکے عوامل ہیں-

iii. **اسٹاکس (مال) کی نوعیت**

زیادہ قیمت کی اشیاۂ چوری کے جوکھم کے دائرے میں آتی ہیں؛ مشینری کی ٹرانزٹ میں ٹوٹ جانے کی امکانات رہتی ہے-

iv. **پیکنگ کے طریقہ کار**

گٹھروں میں پیک کئے گئے مال کو بیگ میں رکھے مال کے مقابلے میں بہتر مانا جاتا ہے۔ پھر، ڈبل بیگ ایک بیگ سے زیادہ محفوظ ہوتے ہیں۔

استعمال کئے گئے (سیکنڈ ہینڈ) ڈرموں میں مائع کارگو خراب جسمانی خطرہ بنتے ہیں۔

c) **موٹر**

i. **گاڑی کی عمر اور حالت**

پرانےگاڑیاں زیادہ حادثات کے شکار ہوتے ہیں۔

ii. **گاڑی کی قسم**

اسپورٹس کاروں میں کافی جسمانی خطرے وغیرہ شامل ہوتے ہیں۔

d) **چوری**

i. **اسٹاکس (مال) کی نوعیت**

چھوٹے گروپ میں اعلی قیمت کی اشیاء (جیسے زیورات) اور آسانی سے ڈسپوزایبل چیزوں کو برا جوکھم مانا جاتا ہے۔

ii. **صورتحال**

گراؤنڈ فلورکے جوکھم اوپری منزل کے جوکھموں سےخراب ہوتے ہیں: الگ علاقوں میں واقع ذاتی مکانات خطرناک ہوتے ہیں۔

iii. **تعمیر سے متعلق خطرہ**

بہت سارے دروازے اور کھڑکیاں برے جسمانی خطرہ بنتی ہیں۔

e) ذاتی حادثے

i. **شخص کی عمر**

ضعیف شخص حادثے کے شکار ہوتے ہیں؛ اسکے علاوہ ایک حادثہ کی حالت میں انکو ٹھیک ہونے میں لمبا وقت لگ جائیگا۔

ii. **قبضے کی نوعیت**

جا کی، کان کنی کے انجینئرز ، دستی کارکن برےجسمانی خطرے کے مثال ہیں۔

iii. **صحت اور جسمانی حالت**

ذیابیطس میں مبتلا ایک شخص حادثاتی جسمانی چوٹ کی صورت میں سرجیکل دیر سے ہوسکتا ہے۔

f) **صحت بیمہ**

i. **شخص کی عمر**

کم عمرکے شخص اکثر بیمار پڑنے کے کم شکار ہوتے ہیں۔

ii. **شخص کی صحت حالت یعنی کیا اس وقت کسی بیماری میں مبتلا ہے**

iii. **شراب یا تمباکو کی کھپت**

iv. **پیشے کی نوعیت**

ان کارخانوں میں کام کرنا جہاں دھواں یا دھول کا ضرورت سے زیادہ جوکھم ہوتا ہے

3. ریٹنگ جسمانی خطروں سے نپٹنا

اَنڈرراٹر جسمانی خطروں سے نپٹنے کے لئے درج ذیل طریقوں کا استعمال کرتے ہیں :

- ✓ پریمیم کی لوڈنگ
- ✓ پالسی پر وارنٹیاں لاگو کرنا
- ✓ کچھ کلاز لاگو کرنا
- ✓ اضافی / کٹوتیاں لگانا
- ✓ فراہم کئے گئے کور کو محدود کرنا
- ✓ کور کو مسترد کرنا

a) پریمیم کی لوڈینگ

ایک جوکھم ایکسپوزر میں کچھ منفی خصوصیات ہو سکتی ہیں جن کے لئے اَنڈرراٹر منظوری سے پہلے ایک اضافی پریمیم لگانے کا فیصلہ کر سکتے ہیں۔

پریمیم کی لوڈینگ بڑھاکر دعووں کےاعلی امکانات یا بڑے دعووں کے واقعہ کو دھیان میں رکھا جاتا ہے۔

مثال

i. لائنرس یا دیگر گاڑیوں کے ذریعے بھیجے جانے والے مال کے لئے پریمیم کی عام شرح وصول کی جاتی ہے جو مشروع معیار کا عمل کرتے ہیں۔ حالانکہ، اگر ایک زیادہ عمر یا کم ٹن بھار والا ویسل مال کو لے جاتا ہے تو اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

ii. ذاتی حادثہ بیمہ میں اگر بیمہ دار شخص کوہ پیمائی، پہیوں پر ریسنگ، بگ گیم ہنٹنگ (شکار) وغیرہ جیسے مضر سرگرمیوں میں مصروف ہے تو اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

iii. صحت بیمہ میں اگر ہامیداری کے وقت منفی خصوصیات موجود ہیں تو یہ بھی پریمیم کی لوڈینگ بڑھائے جانے کی وجہ بن سکتا ہے۔

کبھی کبھی موٹر بیمہ یا صحت بیمہ پالسیوں کے معاملے کی طرح منفی دعووں کے تناسب کے لئے بھی پریمیم کی لوڈینگ بڑھائی جاتی ہے۔

آئی آر ڈی اے کے نئے قوانین کے مطابق ذاتی دعویٰ پر بنیاد لوڈ نگ لاگو نہیں کی جا سکتی ہے۔ لوڈنگ صرف آبجیکٹیو کرائٹریہ کی بنیاد پر مجموعی پورٹفولیو کے لئے لاگو کیا جا سکتا ہے۔

b) وارنٹیوں کا نفاذ

بیمہ کمپنیاں جسمانی خطرے کو کم کرنے کے لئے مناسب وارنٹیاں شامل کرتی ہیں۔ اسکی کچھ مثالیں ذیل میں دیئے گئے ہیں۔

مثال

i. **سمندری کارگو**

اس اثرات کے لئے ایک وارنٹی شامل کی جاتی ہے سامان (جیسے چائے) ٹن لائنوں والے ڈبوں میں پیک کئے جاتے ہیں۔

ii. **چوری**

یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ املاک کی حفاظت چوبیس گھنٹوں کے لئے ایک چوکیدار کے ذریعے کی جاتی ہے۔

iii. **آگ**

آگ بیمہ میں، یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ احاطے کو عام کام کے اوقات کے بعد استعمال نہیں کیا جائیگا۔

iv. **موٹر**

یہ وارنٹی دی جاتی ہے کہ گاڑی کو رفتار کی جانچ یا ریسنگ کے لئے استعمال نہیں کیا جائیگا۔

---

c) کچھ کلاجوں کا استعمال کرنا جو دعویٰ/نقصان کی تعداد کو کم کرینگے

مثال

سمندری کارگو : پرزوں میں چھوٹے سے نقصان کی وجہ سے مہنگی مشینری ایک تعمیری کُل نقصان بن سکتا ہے۔ایسی مشینری متبادل کلاز کے مشروط ہوتی ہے جو اَنڈرراٹر کی ذمہ داری کو صرف کسی ٹوٹے ہوئے پرزے کی منتقلی، اگریشن اور پن فٹنگ کی لاگت تک محدود کرتی ہے۔

کاسٹ پائپ، ہارڈ بورڈ کبھی کبھی کناروں پر ہی نقصان زدہ ہو جاتے ہیں۔ کاسٹ پائپ، ہارڈ بورڈ وغیرہ پر سمندری پالسیاں کاٹنے کے کلاز کے مشروط ہوتی ہیں جو یہ وارنٹی دیتی ہے کہ نقصان زدہ حصے کو کاٹ دیا جانا چاہئیے اور بقیہ حصے کا استعمال کیا جانا چاہئیے۔

کئی بار اِن لینڈ ٹرانزٹ کے لئے سمندری بیمہ کی مطالبہ بیرون ملک سے درآمد شدہ سامانوں پر کی جاتی ہے۔ بہت ممکن ہے کہ اس طرح کے سامانوں پر نقصان یا ضرر پہلے سے سمندر سفر کے دوران ہوئی ہوگی لیکن باہری جانچ سے یہ واضح نہیں ہوا ہو سکتا ہے۔

اس طرح کے جوکھم بندرگاہ میں پہونچنے پر سامانوں کے معائنہ کے مشروط قبول کئے جاتے ہیں۔ پالسی منظوری سے پہلے سروے کے مشروط ہوتی ہے۔

---

d) اضافی / کٹوتیوں کا نفاذ

جب نقصان کی تعداد الخط کٹوتی/اضافی سے زیادہ ہو جاتی ہے تو باقی رقم کی ادائیگی 'اضافی ' کلاز کے تحت کی جاتی ہے۔ حد سے کم کا نقصان قابل ادائیگی نہیں ہوتا ہے۔

ان کلاز کا مقصد چھوٹے دعووں کو ختم کرنا ہے۔ چونکہ بیمہ دار سے نقصان کے حصے کی ادائیگی کرائی جاتی ہے، اسے زیادہ احتیاط برتنے اور نقصان کی روک تھام کی کوشش کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کی جاتی ہے۔

e) کور کی پابندی

مثال

i. **موٹر** : ایک پرانے موٹر گاڑی کے تجویز کو جامع شرطوں پر قبول نہیں کیا جائیگا لیکن بیمہ کمپنیاں ایک محدود کور کی پیشکش کرینگی یعنی صرف تیسری پارٹی کے جوکھموں کے خلاف -

ii. **ذاتی حادثہ** : ایک ذاتی حادثہ کا تجویز کار جو زیادہ سے زیادہ منظوری عمر کی حد پار کر گیا ہے، اسے جامع شرطوں پر یعنی معذوری منافع سمیت کے بجائے صرف موت کے جوکھم کے لئے کور کیا جا سکتا ہے-

iii. **صحت** : کئی بار بیمہ کار کچھ سرجیکل عملوں یا حالات کے لئے کور کی حد طے کر سکتا ہے اور کور صرف ایک محدود حد تک ہوگا-جیسے موتیا بند یا آنکھ کے لینس کے طریقہ کار -

---

f) **چھوٹ**

جوکھم ساز گار ہونے پر کم شرح لگائی جاتی ہیں یا عام پریمیم میں ایک چھوٹ دی جاتی ہے-

آگ بیمہ میں جوکھم کے سدھار میں شراکت کے لئے درج ذیل خصوصیت پر غور کیا جاتا ہے-

i. احاطے کے اندر آگ بجھانے والے نظام کی تنصیب کا کام ا

ii. احاطے میں ہائڈرنٹ سسٹم قائم کرنا

iii. ہاتھ سے استعمال کئے جانے والے آلات کی تنصیب جن میں بالٹی، پورٹیبل آگ بجھانے اور مینوال فائر پمپ شامل ہیں

iv. خود کار طریقے سے آگ کے الارم کی تنصیب

مثال

موٹر بیمہ کے تحت پریمیم میں ایک چھوٹ فراہم کی جاتی ہے اگر موٹر سائیکل کو ہمیشہ ایک منسلک سائڈ کار کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ خوبی گاڑی کی زیادہ تحفظ پذیری کی وجہ سے جوکھم کے سدھار میں شراکت کرتی ہے-

سمندری بیمہ میں بیمہ کمپنی "مکمل لود" کنٹینر کے لئے پریمیم میں چھوٹ دینے پر غور کر سکتی ہیں کیونکہ یہ چوری اور کمی کی واقعات کو کم کر دیتا ہے-

ایک **گروپ ذاتی حادثہ** کور کے تحت ایک بڑے گروپ کے کوریج کے لئے چھوٹ دی جائیگی جو بیمہ کمپنی کے انتظامی کام اور اخراجات کو کم کر دیتا ہے-

---

g) کوئی دعویٰ نہیں بونس (این سی بی)

ہر ایک دعویٰ بلا تجدید سال کے لئے ایک خاص فی صد بونس کے طور پر دیا جاتا ہے جسمیں حاصل کئے جانے والے زیادہ سے زیادہ بونس کی ایک حد ہوتی ہے- اسکی اجازت صرف تجدید کے وقت کل پریمیم پر کٹوتی کے ذریعے سے دی جاتی ہے جو پورے گروپ کے لئے خرچ کئے گئے دعویٰ تناسب پر منحصر کرتا ہے-

کوئی دعویٰ نہیں بونس ہامیداری تجربہ میں سدھار کے لئے ایک طاقتور حکمت عملی ہے اور یہ ریٹنگ سسٹم کا ایک مربوط حصہ بنتا ہے- یہ بونس بیمہ دار شخص میں اخلاقی جوکھم کے عنصر کی شناخت کرتا ہے-یہ موٹر بیمہ میں بہتر ڈرائیونگ مہارت کو اپنا کر یا میڈکلیم پالسیوں میں اپنے صحت کی بہتر دیکھ بھال کرکے دعویٰ دائر نہیں کرنے کے لئے بیمہ دار کو انعام دیتاہے-

h) **غیر منظوری**

اگر شامل جسمانی خطرہ بہت خراب ہے تو جوکھم بیمہ کے لئے رد ہو جاتا ہے اور نامنظور کر دیا جاتا ہے۔ اپنے ماضی کے نقصان کے تجربہ ، خطروں کی معلومات اور مجموعی ہامیداری طریقہ کار کی بنیاد پر بیمہ کمپنیوں نے بیمہ کے ہر ایک طبقے میں انکار کئے جانے والے جوکھموں کی ایک فہرست تیار کی ہے۔

4. اخلاقی جوکھم

اخلاقی جوکھم درج ذیل طریقوں سے پیدا ہو سکتا ہے :

a) بےایمانی

برے اخلاقی جوکھم کا ایک بڑی مثال ایک دعویٰ حاصل کرنے کے لئے جان بوجھ کر نقصان کرنے یا بنانے کے ارادے کے ساتھ بیمہ لینے والے شخص کا ہے۔یہاں تک کہ ایک ایماندار بیمہ دار کو بھی مالی کٹھنائیوں میں ہونے پر نقصان کرنے کا لالچ دیا جا سکتا ہے۔

b) لاپرواہی

نقصان سے بچنے کی طرف لاپرواہی کا ایک مثال ہے۔ بیمہ کی موجودگی کے کارن بیمہ دار شخص بیمہ شدہ املاک کی اور ایک لاپرواہ رویہ اپنانے لگتا ہے۔

اگر بیمہ دار شخص املاک کا اسی طرح سے دھیان نہیں رکھتا ہے جیسا کہ ایک ذمّہ دار اور مناسب شخص بیمہ شدہ نہیں ہونے کی حالت میں کرتا ہے تو اخلاقی جوکھم غیر اطمینان بخش ہے۔

c) صنعتی تعلقات

مالک اور ملازم کا تعلقات میں خراب اخلاقی جوکھم کا ایک عنصر شامل ہو سکتا ہے۔

d) غلط دعوے

اس طرح کے اخلاقی جوکھم دعویٰ پیدا ہونے پر اٹھتے ہیں۔ ایک بیمہ دار شخص نے جان بوجھ کر نقصان نہیں کیا ہو سکتا ہے لیکن ایک بار نقصان واقع ہونے پر وہ معاوضہ کے اصول کے برخلاف غلط طریقہ سے معاوضہ کی اعلی رقم مانگنے کی کوشش کریگا۔

مثال

اس طرح کے اخلاقی جوکھم کی مثال ذاتی حادثہ بیمہ میں پیدا ہوتے ہیں چہاں دعویدار چوٹ کی نوعیت کے مطابق جائز کے مقابلے میں بیمہ کا زیادہ فائدہ حاصل کرنے کے لئے اپنی معذوری کی مدت کو طویل کرنے کی کوشش کرے گا۔

موٹر دعووں میں اس طرح کا جوکھم اس وقت پیدا ہوتا ہے جب بیمہ دار شخص مناسب طور پر نئے پرزوں کی منتقلی پر زور ڈالتا ہے جبکہ نقصان کو تسلی بخش ڈھنگ سے مرمت کرکے ٹھیک کیا جا سکتا ہے یا کچھ ایسے مرمت یا منتقل کرانے کی کوشش کرتا ہے جو حادثاتی نقصان سے متعلقہ نہیں ہیں۔

اخلاقی جوکھم کو شریک ادائیگی ، کٹوتی ، ذیلی حدودکا استعمال کرکے اور صحت بیمہ میں کوئی دعویٰ نہیں بونس کی طرح مراعات کی پیشکش کرکے کم کیا جا سکتا ہے۔

معلومات

i. **شریک ادائیگی**

جب کوئی بیمہ شدہ واقعہ واقع ہوتا ہے، کئی صحت پالسیوں میں بیمہ دار شخص کو بیمہ شدہ نقصان کے ایک حصے کی اشتراک کرناضروری ہوتا ہے-جیسے اگر بیمہ شدہ نقصان 20000 روپے کا ہے اور پالسی میں شریک ادائیگی کی رقم 10٪ ہے تو بیمہ دار شخص 2000 روپے کی ادائیگی کرتا ہے-

ii. **ذیلی حدود**

بیمہ کمپنی بڑھا چڑھاکر دکھائے گئے بل کی جانچ کرنے کے لئے کمرے کے اخراجات ، سرجیکل طریقہ کار یا ڈاکٹر کی فیس کے تعلق میں ہر ایک کے لئے الگ سے کل ادائیگی پر ایک حد لگا سکتی ہے-

iii. **کٹوتی**

اسے اضافی بھی کہا جاتا ہے، یہ ایک تعین رقم ہے جس کی ادائیگی پر ابتداۂ میں بیمہ کمپنی کے ذریعے دعوے کی ادائیگی کرنے سے پہلے بیمہ دار شخص کو کرناضروری ہوتا ہے، مثال کے طور پر ، اگر کسی پالیسی میں کٹوتی کی رقم 1000 روپے ہے تو بیمہ دار شخص ہر ایک بیمہ شدہ نقصان کا دعویٰ کرنے سے پہلے 1000 روپے کی ادائیگی کرتا ہے-

---

چہاں بیمہ دار شخص پر اخلاقی جوکھم شبہ ہوتا ہے، ایجینٹ کو اس طرح کی تجویز بیمہ کمپنی کے پاس نہیں لانا چاہئیے- اس کے علاوہ اسے اس طرح کے معاملوں کو بیمہ کمپنی کے حکام کے سامنے لانا چاہئیے-

5. **مختصر مدت کے پیمانے**

عام طور پر پریمیم شرح بارہ مہینے کی ایک مدت کے لئے بتلائے جاتے ہیں- اگر کوئی پالسی ایک چھوٹی مدت کے لئے لی جاتی ہے تو پریمیم ایک خاص پیمانے کے مطابق لگایا جاتا ہے جسے چھوٹی مدت کے پیمانے کے طور پر جانا جاتا ہے-

ایسا دیکھا جا سکتا ہے کہ اس بڑے پیمانے کے مطابق چھوٹی مدت کے بیمہ کے لئے لیا جانے والا پریمیم متناسب بنیاد پر نہیں ہے-

چھوٹی مدت کے پیمانوں کی ضرورت

a) اس طرح کی شرح اسلئے لاگو کی جاتی ہیں کیونکہ پالسی جاری کرنے میں شامل خرچ چاہے وہ 12 مہینے کی مدت کے لئے ہو یا ایک چھوٹی مدت کے لئے، تقریبا ایک ہی ہیں-

b) اس کے علاوہ، ایک سالانہ پالیسی کے لئے ایک سال کے دوران صرف ایک بار تجدید عمل کی ضرورت ہوتی ہے جبکہ چھوٹی مدت کے بیمہ میں باربار تجدید کرنا شامل ہے-اگر ایک متناسب پریمیم کی اجازت دی جاتی ہے تو بیمہ دار شخص کی طرف سے چھوٹی مدت کی پالسیوں کا آپشن لینے کا رجحان ہوگا اور اس سے موثر طریقے سے قسطوں میں پریمیموں کی ادائیگی کی جا سکتی ہے-

c) اس کے علاوہ، کچھ بیمہ کردار میں موسمی ہوتے ہیں اور اس موسم کے دوران جوکھم زیادہ ہوتا ہے-کبھی کبھی بیمہ اس طرح کی مدت کے دوران لیا جاتا ہے جب جوکھم سب سے زیادہ ہوتا ہے اور اس سے بیمہ کمپنیوں کے خلاف انتخاب ہوتا ہے- چھوٹی مدت کے پیمانے بیمہ کمپنیوں کے خلاف اس طرح کے انتخاب کو روکنے کے لئے تیار کئے گئے ہیں- یہ اس وقت بھی لاگو

ہوتے ہیں جب بیمہ دار شخص کے ذریعے سالانہ بیمہ کو ردّ کر دیا جاتا ہے۔

6. کم از کم پریمیم

ہر ایک پالیسی کے تحت کم از کم پریمیم وصول کرنا مشق ہے تاکہ پالسی جاری کرنے کے انتظامی اخراجات کو کور کیا جا سکے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

جب کسی اخلاقی جوکھم کا پتہ لگتا ہے، ایک ایجنٹ سے کیا توقع کی جاتی ہے؟

I. پہلے کی طرح بیمہ جاری رکھنا

II. اس کے بارے میں بیمہ کمپنی کو اطلاع کرنا

III. دعووں میں ایک حصہ مانگنا

IV. آنکھیں موند لینا

D. بیمہ رقم

یہ پالیسی شرط کے مطابق ایک بیمہ کمپنی کے ذریعے معاوضہ کی جانے والی زیادہ سے زیادہ رقم ہے۔ ایک بیمہ دار کو معاوضہ کی حد منتخب کرنے میں بہت محتاط رہنا چاہئے کیونکہ یہ دعوے کے وقت معاوضہ کی جانے والی زیادہ سے زیادہ رقم ہے۔

بیمہ رقم ہمیشہ بیمہ دار شخص کے ذریعے طے کی جاتی ہے اور یہ پالیسی کے تحت ذمہ داری کی حد ہے۔ یہ ایک ایسی رقم جس پر پالیسی کے تحت پریمیم پر پہنچنے کے لئے شرح لاگو کیا جاتا ہے۔

اسے املاک کے اصل قیمت کا نمائندہ ہونا چاہئے۔ اگر بیمہ ضرورت سے زیادہ ہوتا ہے تو بیمہ دار کو کوئی فائدہ نہیں ملتا ہے اور بیمہ کے کم ہونے کے معاملے میں دعویٰ متناسب روپ میں کم ہو جاتا ہے۔

1. بیمہ رقم طے کرنا

کاروبار کے ہر ایک طبقے کے تحت بیمہ دار شخص کو درج ذیل باتوں کی صلاح دی جانی چاہئے جن کو بیمہ رقم طے کرتے وقت دھیان میں رکھا جانا چاہئے۔

a) **ذاتی حادثہ بیمہ :** ایک کمپنی کے ذریعے پیش کردہ بیمہ رقم ایک مقررہ رقم ہو سکتی ہے یا یہ بیمہ دار شخص کی آمدنی پر مبنی ہو سکتی ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیاں ایک خاص معذوری کے لئے بیمہ دار شخص کی ماہانہ آمدنی کے 60 گنا یا 100 گنا کے برابر فائدہ دے سکتی ہیں۔ زیادہ سے زیادہ رقم پر ایک اوپری حد یا 'کیپ' ہو سکتا ہے۔ الگ الگ کمپنی کے معاوضے(معاوضہ) میں اختلاف ہو سکتا ہے۔ گروپ ذاتی حادثہ پالیسیوں میں بیمہ رقم ہر ایک بیمہ شدہ شخص کے لئے الگ سے طے کی جا سکتی ہے یا اسے بیمہ شدہ شخص کو قابل ادائیگی بھتوں سے منسلک کیاجا سکتا ہے۔

b) **صحت بیمہ :** بیمہ رقم ایک مقررہ شرینی کے اندر دستیاب ہے۔یہ عمر پر بھی منحصر کرتی ہے۔فرض کیجیے کہ ہم 25-40 سال کے عمر کے گروپ کی بات کرتے ہیں، تو بیمہ کمپنی 10 لاکھ روپے یا اس سے زیادہ کی بیمہ رقم کی پیشکش کر سکتی ہے اور 3 مہینے سے 5 سال کے عمر کے گروپ کے لئے یہ رقم 2 لاکھ یا اسکے آس پاس ہو سکتی ہے۔

c) **موٹر بیمہ :** موٹر بیمہ کے معاملے میں بیمہ رقم بیمہ دار شخص کا اعلان قیمت [آئی ڈی وی] ہے۔یہ گاڑی کی قیمت ہے جو آئی آر ڈی اے کے قوانین میں تعین قیمت ڈپریسیشن اس فی صد کے ساتھ گاڑی کے متعلق میں موجودہ تعمیرکے درج فروخت کی قیمت کو ایڈجسٹ کرکے نکالا جاتا ہے۔ مینفیکچر کے درج فروخت قیمت میں رجسٹریشن اور بیمہ کو چھوڑکر مقامی چارج / ٹیکس شامل ہو نگے۔

آئی ڈی وی = (مینفیکچر کی لسٹ کی گئی فروخت قیمت - قیمت ہراس) + (سامان جو لسٹ کی گئی فروخت قیمت قیمت ہراس میں شامل نہیں ہیں) اور اس میں رجسٹریشن اور بیمہ کے اخراجات شامل نہیں ہے۔

گاڑیوں کی آئی ڈی وی جو متروک یا 5 سال سے زیادہ پرانی ہے، اس کا شمار بیمہ کمپنی اور بیمہ دار شخص کے درمیان آپسی سمتی سے کی جاتی ہے۔ فرسودگی کے بجائے، پرانے کاروں کی آئی ڈی وی سرویرس، کار ڈیلروں وغیرہ کے ذریعے کئے گئے گاڑی کی حالت کے جائزہ سے نکالی جاتی ہے۔

آئی ڈی وی گاڑی کے چوری ہونے یا کل نقصان کا سامنا کرنے کے معاملے میں دی جانے والے معاوضہ کی رقم ہے۔ کار کی بازار قیمت کے آس پاس آئی ڈی وی حاصل کرنے کی سفارش کی جاتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں بیمہ دار شخص کے لئے آئی ڈی وی کو کم کرنے کے لئے 5٪ سے 10٪ کی ایک حد دیتی ہے۔کم آئی ڈی وی کا مطلب کم پریمیم ہوگا۔

d) آگ بیمہ

آگ بیمہ میں بیمہ رقم عمارتوں/پلانٹ اور مشینری اور فکسچرس کے لئے بازار قیمت یا بحالی قیمت کے بنیاد پر طے کی جا سکتی ہے۔ مندرجات کو انکے بازار قیمت کی بنیاد پر کور کیا جاتا ہے جو سامان کی لاگت کم فرسودگی ہے۔

e) اسٹاک (ذخیرہ) کا بیمہ

اسٹاک (ذخیرہ) کے معاملے میں بیمہ رقم کے لئے انکی بازار قیمت ہے۔ بیمہ شدہ شخص کو اس قیمت پر معاوضہ کیا جائےگا جس پر نقصان کے بعد نقصان خام مال کو بدلنے کے لئے ان اسٹاکس کو بازار میں خریدا جا سکتا ہے۔

f) سمندری کارگو بیمہ

یہ ایک سمت ویلیوڈ پالیسی ہے اور بیمہ رقم معاہدہ کے وقت بیمہ کمپنی اور بیمہ دار شخص کے درمیان ہوئے قرار کے مطابق ہوتی ہے۔ عام طور پر اس میں کموڈیٹی پلس بیمہ کی لاگت مشتمل + مال ڈھلائی یعنی سی آئی ایف مولیہ کا کل یوگ شامل ہوگا۔

g) سمندری ہل بیمہ

سمندری ہل بیمہ میں بیمہ رقم معاہدہ کے شروعات میں بیمہ دار شخص اور بیمہ کمپنی کے درمیان سمت قیمت ہے۔ یہ قیمت حل/جہاز کے معائنہ کے بعد ایک ویلیوڈ جائزہ کار کے ذریعے نکالی جائےگی -

h) ذمہ داری بیمہ

ذمہ داری پالیسیوں کے معاملے میں بیمہ رقم جوکھم کی ڈگری ، جغرافیائی پھیلاؤ کی بنیاد پر صنعتی اکائیوں کی ذمہ داری جوکھم ہے۔ اضافی قانونی لاگت اور اخراجات بھی دعویٰ معاوضہ کا حصہ بن سکتے ہیں۔ بیمہ رقم مندجہ بالا معیار کی بنیاد پر بیمہ شدہ شخص کے ذریعے طے کی جاتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

ایک ڈاکٹر کے لئے ایک بیمہ منصوبہ بندی بتائیں جو اپنے خلاف لاپرواہی کے کسی بھی دعوے سے انکی حفاظت کر سکے۔

I. ذاتی حادثہ بیمہ

II. ذمہ داری بیمہ

III. سمندری ہل بیمہ

IV. صحت بیمہ

خلاصہ

a) جوکھم کو تقسیم کرنے اور انکے زمرے طے کرنے کا عمل ریٹ میکینگ کے لئے اہم ہے۔
b) ہامیداری یہ طے کرنے کا عمل ہے کہ کیا ایک پیش کردہ جوکھم قابلِ قبول ہے، اور اگر ہاں تو کن شرح ، شرائط و ضوابط پر بیمہ کور کو قبول کیا جائیگا۔
c) شرح بیمہ کی ایک دی گئی اکائی کی قیمت ہے۔
d) ریٹ میکینگ کا بنیادی مقصد یہ یقین کرنا ہے کہ بیمہ کی قیمت کافی اور مناسب ہونا چاہئیے۔
e) 'خالص پریمیم' کو اخراجات ، ذخائر اور منافعوں کو فراہم کرنے کے لئے فی صد کو جوڑکر مناسب ڈھنگ سے لوڈ کیا یا بڑھایا جاتا ہے۔
f) بیمہ کی زبان میں خطرہ لفظ ان حالات یا خوبیاں یا خصوصیات کو ظاہر کرتاہے جو ایک دئیے گئے سخت خطرہ سے پیدا ہونے والے نقصان کی امکانات بناتے یا بڑھاتے ہیں۔
g) اضافی /کٹوتی کلاز لگانے کا مقصد چھوٹے دعووں کو ختم کرنا ہے۔
h) کوئی دعویٰ نہیں بونس ہامیداری تجربہ میں سدھار کے لئے ایک طاقتور حکمت عملی ہے اور یہ ریٹ میکینگ سسٹم کا ایک مربوط حصہ بنتی ہے۔
i) بیمہ رقم وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو پالیسی کی شرط کے مطابق ایک بیمہ کمپنی معاوضہ کریگی۔

اہم اصطلاحات

a) ہامیداری
b) ریٹ میکینگ
c) جسمانی خطرہ
d) اخلاقی خطرہ
e) معاوضہ
f) فائدہ
g) پریمیم کی لوڈنگ
h) وارنٹی
i) کٹوتی
j) اضافی

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشن I ہے۔

جوکھم کے امکانات اور شدت بیمہ کے ریٹ میکینگ کو متاثر کرتے ہیں۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

خالص پریمیم نقصانوں کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے، حالانکہ یہ انتظامی اخراجات یا فائدہ پر دھیان نہیں دیتا ہے۔

جواب 3

درست آپشن II ہے۔

ایک بیمہ ایجنٹ کو کسی بھی اخلاقی جوکھم کا پتہ لگنے پر بیمہ کمپنی کو رپورٹ کرنا چاہئے۔

جواب 4

درست آپشن II ہے۔

ذمہ داری بیمہ میں لاپرواہی کے دعووں کے خلاف ڈاکٹر کا بیمہ کیا جا سکتا ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

_____ طے کرتا ہے کہ جوکھم کو قبول کیا جائے یا قبول نہیں کیا جائے۔

I. بیمہ دار

II. اَنڈرائٹر

III. ایجینٹ

IV. سروئے

سوال 2

_____ بیمہ کی ایک دی گئی ایک اکائی کی قیمت ہے۔

I. شرح

II. پریمیم

III. بیمہ رقم

IV. بونس

سوال 3

_____ وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو ایک بیمہ کمپنی ایک دعویٰ کرنے والے کسی شخص کو معاوضہ کریگی۔

I. بیمہ رقم

II. پریمیم

III. رائڈر

IV. فائدہ

سوال 4

_____ اَنڈرائٹر کے لئے معلومات کا ایک ماخذ نہیں ہے۔

I. ایک تجویز کار کا سالانہ اکاؤنٹ

II. املاک کی منظوری سے پہلے جوکھم سروے

III. تجویز فارم

IV. بیمہ کمپنی رجسٹریشن سرٹیفکیٹ

سوال 5

خطرے ہیں :

I. نقصانوں کا اثرات بڑھانے والے عوامل

II. نقصانوں کی فرکیونسی بڑھانے والے عوامل

III. نقصانوں کا اثرات اور شدت بڑھانے والے عوامل

IV. نقصانوں کا اثرات اور شدت کم کرنے والے عوامل

سوال 6

ان میں سے کون سا بیان صحیح ہے؟

جسمانی خطرے:

I. ریٹ میکینگ کے لئے اہم نہیں ہیں

II. پتہ نہیں لگایا جا سکتا ہے

III. بیلینس شیٹ سے گنتی کی جا سکتی ہے

IV. ایک تجویز فارم میں دی گئی معلومات سے پتہ لگایا جا سکتا ہے

سوال 7

موٹر بیمہ کی وارنٹیوں میں سے ایک ہے:

I. گاڑی کو ہر دن دھویا جانا چاہئے

II. گاڑی کو رفتار جانچ کے لئے استعمال نہیں کیا جانا چاہئے

III. گاڑی کو نجی استعمال کے سامان لے جانے کے لئے استعمال نہیں کیا جانا چاہئے

IV. گاڑی کو ہر دن 200 کلو میٹر سے زیادہ نہیں چلایا جانا چاہئے

سوال 8

کٹوتی کلاز کا مقصد ہے:

I. دعویٰ ادائیگی سے بچنا

II. چھوٹے دعووں کی ادائیگی کو ختم کرنا

III. پالیسی ہولڈر کو پریشان کرنا

IV. پریمیم بڑھانا

سوال 9

احاطے میں سپرنکلر سسٹم کی تشکیل :

I. جوکھم کو بڑھاتا ہے

II. جوکھم کو کم کرتا ہے

III. جوکھم کو نہ تو بڑھاتا ہے اور نہ کم کرتا ہے

IV. ہوڈنگ (گاڑی کی چھتری) کے جوکھم کو بڑھاتا ہے

سوال 10

موٹر بیمہ میں بیمہ شدہ شخص کے اعلان قیمت میں شامل ہے:

I. رجسٹریشن

II. ڈیلوپر کی لاگت قیمت

III. ڈیلوپر فروخت ہ قیمت

IV. من مانے قیمت کا جزو

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جواب

جواب 1

درست آپشن II ہے۔

اَنڈرائٹر یہ طے کرتا ہے کہ کیا جوکھم کو قبول کیا جائے یا قبول نہیں کیا جائے۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

شرح بیمہ کا ایک دی گئی اکائی کی قیمت ہے۔

جواب 3

درست آپشن I ہے۔

بیمہ رقم وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جو ایک بیمہ کمپنی ایک دعویٰ کرنے والے کسی شخص کو معاوضہ کریگی۔

جواب 4

درست آپشن IV ہے۔

بیمہ کمپنی کا رجسٹریشن سرٹیفکیٹ اَنڈرائٹر کے لئے معلومات کا ایک ماخذ نہیں ہے۔

جواب 5

درست آپشن III ہے۔

خطرے نقصان کا اثرات اور شدت بڑھانے والے عنصر ہیں۔

جواب 6

درست آپشن IV ہے۔

جسمانی خطروں کا پتہ ایک تجویز فارم میں دی گئی معلومات سے لگایا جا سکتا ہے۔

جواب 7

درست آپشن II ہے۔

موٹر بیمہ کی وارنٹیوں میں سے ایک یہ ہے کہ گاڑی کو رفتار جانچ کے لئے استعمال نہیں کیا جانا چاہئے۔

جواب 8

درست آپشن II ہے۔

کٹوتی کلاز کا مقصد چھوٹے دعووں کو ختم کرنا ہے۔

جواب 9

درست آپشنII ہے۔

احاطے میں سپرنکلر سسٹم قائم کرنے سے آگ کا جوکھم کم ہو جاتا ہے۔

جواب 10

درست آپشن III ہے۔

موٹر بیمہ میں بیمہ شدہ شخص کے اعلان قیمت میںڈیلوپر فروخت قیمت شامل ہوتی ہے۔

باب 14
ذاتی اور خردہ بیمہ

باب تعارف

پچھلے ابواب میں ہم نے عام بیمہ سے متعلقہ مختلف تصورات اور اُصولوں کو جانا ہے۔ عام بیمہ پروڈکٹس کو مختلف بازاروں میں الگ الگ طریقے سے درجہ بند کیا جاتا ہے۔ کچھ ان کو جائیداد ، مصیبت اور ذمہ داری کے طور پر درجہ بند ی کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان کو آگ، سمندری، موٹر اور متفرق انجن کے طور پر درجہ بند کیا جاتا ہے۔ اس باب میں ذاتی حادثہ ، صحت ، سفر ،گھر اور دکاندار جیسے عام پروڈکٹس کی بحث کی گئی ہے جو اس طرح کے خردہ گاہکوں کے ذریعے خریدے جاتے ہیں۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. اہل خانہ کا بیمہ
B. دکاندار کا بیمہ
C. موٹر بیمہ

اس باب کامطالعہ کرنے کے بعد آپ ان باتوں میں اہل ہو نگے:

1. اہل خانہ کے بیمہ کے بارے میں سمجھانا
2. دوکان بیمہ کور تیار کرنا
3. موٹر بیمہ پر بحث کرنا

A. اہل خانہ کا بیمہ

a. خردہ بیمہ پروڈکٹ

کچھ ایسے بیمہ پروڈکٹ ہیں جو بعض مفادات کو کور کرنے کے لیے افراد کے لئے خریدے جاتے ہیں۔ حالانکہ اس قسم کے بیموں کے لئے چھوٹے تجارتی یا کاروباری مفادات ہو سکتے ہیں، یہ عام طور پر افراد کو فروخت کیے جاتے ہیں۔ کچھ بازاروں میں ان کو 'چھوٹی ٹکٹ' والی پالیسیاں یا 'خردہ پالیسیاں' یا 'خردہ پروڈکٹ ' کہتے ہیں۔گھر، موٹر کاروں، دوپہیہ گاڑیوں، چھوٹے کاروباروں جیسے دکانوں وغیرہ کے لئے بیمہ اس زمرےکے تحت آتے ہیں۔ ان پروڈکٹس کو عام طور پر ایک ہی ایجنٹ/تقسیم چینل کے ذریعے فروخت کیا جاتا ہے جو بیمہ کے ذاتی

لائنوں کے ساتھ کام کرتے ہیں کیونکہ خریدار بھی لازمی طور سے ایک ہی صارفین طبقہ سے آتے ہیں۔

b. اہل خانہ کا بیمہ

a) ہمیں اہل خانہ کے بیمہ کی ضرورت کیوں ہوتی ہے؟

اہم

'نامی سخت خطرات کی بیمہ پالیسی '

i. ایک اہل خانہ کی بیمہ پالیسی صرف پالیسی میں نامی خطروں یا واقعات سے بیمہ دار کی جائیداد کو ہوئے نقصانوں کے خرچوں پر کوریج فراہم کرتی ہے۔کور کئے گئے خطروں کے بارے میں واضح طور سے بتایا جائیگا۔

ii. نامی جوکھم پالیسیاں ایک جامع کوریج یا وسیع پالیسیوں کے لئے ایک کم مہنگے متبادل کے طور پر خریدی جاسکتی ہیں، یہ ایسی پالیسیاں ہیں جو زیادہ تر خطروں کے لئے کوریج دستیاب کراتی ہیں۔

'تمام جوکھم'

i. "تمام جوکھم" کا مطلب ہے ایسا کوئی بھی جوکھم جسے معاہدہ خاص طور سے باہر نہیں رکھتا ہے، خود کار طریقے سے کور کیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر ، اگر تمام جوکھم اہل خانہ پالیسی سیلاب کے کوریج کو واضح طور سے باہر نہیں رکھتی ہے تو گھر کو سیلاب سے نقصان ہونے کی حالت میں کور کیا جائیگا۔

ii. بیمہ کوریج کی ایک قسم جو صرف ایسے جوکھموں کو باہر کر سکتی ہے جن کا معاہدہ میں خاص طور سے ذکر کیا گیا ہے۔ جسے باہر رکھا گیا ہے اسکے بارے میں واضح طور سے بتایا جائیگا۔

iii. تمام جوکھم بیمہ واضح طور سے دستیاب کوریج کا سب سے جامع قسم ہے۔ اسلئے اسکی قیمت دیگر قسم کی پالیسیوں کے مقابلے میں تناسب کے طور سے زیادہ رکھی جاتی ہے اور اس قسم کے بیمہ کی قیمت کو ایک دعوے کے امکانات کے خلاف ماپا جانا چاہئیے۔

ایک گھر ایسی جگہ ہے جہاں خوابوں کی تعمیر ہوتی ہے اور یادوں کو سنجویا جاتا ہے۔ ایک گھر کا مالک بننا ہم میں سے زیادہ تر لوگوں کا ایک لمبے وقت سے سنجویا گیا خواب ہے اور یہ سب سے اہم مالی فیصلوں میں سے ایک ہے۔ ہم میں سے زیادہ تر لوگ جو کوئی گھر خریدنے کا فیصلہ کرتے ہیں، ایک گھر قرض کے آپشن کو منتخب کرتے ہیں۔ ایک گھر قرض ہماری زندگی کے سب سے لمبے وقت تک چلنے والے لونس میں سے ایک ہے جس کے لئے ایک طویل مدتی عزم کی ضرورت ہوتی ہے۔ لون حاصل کرنے کے لئے ہمیں بینکوں کو دینے اور لون محفوظ کرنے کے لیے بیمہ لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔

اس طرح کے گھر کے علاوہ گھر کے مندرجات بھی اہم ہیں۔ گھر میں الگ الگ فرنیچر اور مہنگے گھریلو آلات جیسے ٹی وی، فریج، واشنگ مشین وغیرہ شامل ہو نگے۔ اس میں کچھ سونے یا چاندی کے زیورات اور پینٹنگز جیسے آرٹ ورک بھی موجود ہونگے۔ یہ سبھی آگ، زلزلے، سیلاب وغیرہ سے تباہ ہو سکتے ہیں یا ان کو چرایا بھی جا سکتا ہے۔ ان سبھی جائیداد وں کو خاندان کی بچت کا استعمال کرکے اعلی اقدار میں خریدی جاتی ہے، انکا نقصان مالی مشکلات کا سبب بن جائے گا۔ اہل خانہ کا بیمہ ایک جامع پالیسی ہے جو سبھی اوپر کے حالات کا حل چاہتی ہے۔

b) اہل خانہ کی بیمہ پالیسیوں میں کیا کور کیا جاتا ہے؟

معلومات

پیکیج یا چھتری پالیسیاں

i. پیکیج یا چھتری کور ایک ہی دستاویز میں کوروں کا ایک اتصال دیتا ہے۔

ii. مثال کے طور پر ، اہل خانہ کی پالیسی ، دکاندار کی پالیسی ، آفس پیکیج پالیسی وغیرہ جیسے کور ہیں جو ایک پالیسی کے تحت عمارتوں، مندرجات وغیرہ سمیت مختلف قسم کے جسمانی اثاثوں کو کور کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

iii. اس طرح کی پالیسیوں میں کچھ ذاتی لائن یا ذمہ داری کور بھی شامل ہو سکتے ہیں۔

iv. پیکیج کوروں میں سبھی طبقات کے لئے عام شرائط و ضوابط کے ساتھ ساتھ پالیسی کے مخصوص طبقات کے لئے مخصوص شرائط بھی شامل ہوتے ہیں۔

اہل خانہ کا بیمہ آگ، فسادات، پائپوں کے پھٹنے، زلزلے وغیرہ کے خلاف مکان کی ساخت اور اسکے مواد کو کور کرتا ہے۔ ساخت کے علاوہ یہ چوری، سیندھماری وغیرہ کے خلاف چیزوں کو بھی کور کرتا ہے۔

پہنے ہوئے یا بند تجوری میں رکھے جواہرات کا بھی بیمہ اہل خانہ بیمہ کے تحت کیا جا سکتا ہے۔قدیم چیزوں اور فن کے کام کے لئے بھی کور فراہم کیا جاتا ہے۔

اہل خانہ بیمہ ذاتی سامان کے نقصان، گھریلو اور الیکٹرانک آلات ، الیکٹریکل اور میکانی ناکامی کے لئے بھی کوریج فراہم کرتا ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیاں پیڈل سائیکل، ذاتی حادثہ اور ملازمین کے معاوضہ کے لئے بھی کوریج فراہم کرتی ہیں۔

معلومات عام طور پر کور کئے جانے والے نقصانوں میں آگ، آسمانی بجلی، دھماکے اور ہوائی جہاز کے گرنے / نقصان کے اثر (جسے عام طور پر ایف ایل ای ایکس اے کے طور پر جانا جاتا ہے)؛ طوفان، آندھی، اور سیلاب (جسے عام طور پر ایس ٹی ایف آئی کے طور پر جانا جاتا ہے)؛ اور چوری شامل ہیں۔کوریج الگ الگ کمپنی اور الگ الگ پالیسی میں مختلف ہوتا ہے۔ زیادہ آمدنی والے افراد (ایچ این آئی) کے اضافہ کے ساتھ جو مہنگے مکانوں کے مالک ہوتے ہیں اس بیمہ کی ضرورت بڑھتی جا رہی ہے۔

نوٹ

حالانکہ پلیٹ گلاس اور ٹیلیویزن بیمہ کو اس بیمہ کے تحت کور کیا گیا ہے، اسے بیمہ دار کی خواہش پر الگ سے بھی لیا جا سکتا ہے۔ دہشت گردی کو عام طور پر باہر رکھا گیا ہے لیکن یہ ایک توسیع کے طور پر دیا جا سکتا ہے۔ جنگ اور اسی طرح کے سخت خطرات ، قیمت اس، ٹوٹ پھوٹ، نتیجے میں نقصان اور نیوکلئیر جوکھموں کو باہر رکھا گیا ہے۔

---

c) بیمہ رقم اور پریمیم

اہم

شخص بیمہ رقم کیسے طے کرتا ہے؟

i. عام طور پر بیمہ رقم طے کرنے کے دو طریقے ہیں۔ ایک بازارکی قیمت (ایم وی) اور دوسری بحالی قیمت (آرآئی وی)۔ایم وی کے معاملے میں ایک نقصان کی حالت میں فرسودگی جائیداد پر اسکی عمر کے بنیاد پر لگایا جاتا ہے۔ اس طریقہ کار میں بیمہ دار کو جائیداد کو بدلنے کے لئے کافی رقم کی ادائیگی نہیں کی جاتی ہے

ii. آرآئی وی طریقہ کار میں بیمہ کمپنی بیمہ رقم کی زیادہ سے زیادہ حد کے مشروط متبادل قیمت کی ادائیگی کریگی۔اس طریقہ کار میں کوئی فرسودگی نہیں لگایا جاتا ہے۔ ایک شرط یہ ہے کہ دعویٰ حاصل کرنے کے لئے نقصان شدہ اثاثہ کی مرمت/تبدیل کی جانی چاہئیے۔ یہ دھیان دیا جا سکتا ہے کہ آرآئی وی طریقہ کار صرف طے شدہ اثاثوں کے لئے اجازت ہے، اسٹاک یا عمل میں اسٹاکس جیسی دیگر اثاثوں کے لئے نہیں۔

زیادہ تر پالیسیاں مکان کے تعمیرِ نو کی قیمت کے لئے (بازار کی قیمت کے لئے نہیں) مکان کی ساخت کا بیمہ کیا جاتا ہے۔ تعمیرِ نو کی قیمت مکان کو نقصان ہونے پر اسکے تعمیرِ نو کے لئے خرچ کی گئی قیمت ہے۔ دوسری طرف بازار کی قیمت مانگ، سپلائے جیسے فیکٹرس پر منحصر کرتی ہے۔

بیمہ رقم کا شمار عام طور پر بیمہ دار کے مکان کے تعمیر کے علاقے کو فی مربع فٹ تعمیر کی شرح سے ضرب کرکے کی جاتی ہے۔ مکان کی مندرجات - فرنیچر، ٹکاؤ سامان، کپڑے، برتن وغیرہ کی قیمت یعنی بازارکی قیمت کی بنیاد پر یعنی فرسودگی کے بعد اسی طرح کی اشیاۂ کے موجودہ بازار کی قیمت کی بنیاد پر طے کی جاتی ہے۔

پریمیم بیمہ شدہ قیمت اور لئے گئے کوریج پر انحصار کرے گا۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۱

ذیل میں دیا گیا کون سا بیان اہل خانہ کی بیمہ پالیسی کے حوالے سے درست ہے؟

I. ایک نامی جوکھم پالیسی ایک جامع کوریج پالیسی کے کم مہنگے متبادل کے طور پر خریدی جا سکتی ہے جو زیادہ تر سخت خطرات کے لئے کوریج دستیاب کراتی ہے۔

II. ایک جامع پالیسی جو زیادہ تر سخت خطرات کے لئے کوریج دستیاب کراتی ہے؛ اسے ایک نامی سخت خطرہ پالیسی کے ایک کم مہنگے متبادل کے طور پر خریدا جا سکتا ہے۔

III. ایک نامی جوکھم پالیسی یا جامع پالیسی ایک ہی قیمت پر آتی ہے۔

IV. ایک اہل خانہ کی پالیسی کے تعلق میں صرف ایک نامی جوکھم پالیسی خریدی جا سکتی ہے اور جامع پالیسیاں دستیاب نہیں ہیں۔

B. دکاندار کا بیمہ

تجارت (ٹریڈنگ) ایک اقتصادی سرگرمی ہے اور ہر تاجر اپنے کاروباری منصوبے کو منافع بخش بنانا چاہےگا۔ دکانیں ہمارے ملک میں کئی لوگوں کے لئے آمدنی کے ذرائع ہیں۔ یہ نہ صرف آمدنی فراہم کرتی ہے بلکہ ایک اثاثہ بھی ہے۔ دکان

مالک کاروبار سے متعلقہ ان سبھی پریشانیوں سے آزاد ہونا چاہتا ہے جو اسکے کاروبار کو متاثر کر سکتے ہے۔ایک بدقسمتی واقعہ کاروبار کے مالی معاملات یا کاروباری کاروائیوں کو سنگین طور سے متاثر کر سکتا ہے اور دیوالیہ پن یا بند کرنے پر لے جا سکتا ہے۔ ایک دکان کا مالک ایک کارپوریٹ ہاؤس نہیں ہے جس کے پاس کاروبار کو پھر سے شروع کرنے کے لئے بڑے ذخائر ہوتے ہیں ایک حادثہ اسکی دکان کے بند ہونے کا سبب بن سکتا ہے اور شاید اس کے خاندان کو برباد کر سکتا ہے۔بینک لون بھی ادا کرنے کے لئے ہو سکتے ہیں۔

یہ امکان ہمیشہ رہتا ہے کہ دکان مالک کی سرگرمیوں کی وجہ سے عوام کے ایک رکن کی جائیداد کو ایک ذاتی چوٹ یا نقصان کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے اور عدالت ہرجانے کی ادائیگی کرنے کے لئے دکان مالک کو ذمہ دار مانتی ہے۔اس طرح کے حالات ایک دکاندار کو برباد بھی کر سکتے ہیں۔ اسلئے، روزی کے اس ذریعہ کو محفوظ کرنا بہت ضروری ہے۔

دکاندار بیمہ پالیسیاں کاروباری دکان /خردہ کاروبار کے اس طرح کے کئی پہلوؤں کو کور کرنے کے لئے تیار کی گئی ہیں۔ ایسی پالیسیاں بھی ہیں جو کئی قسم کے دکانوں کے مخصوص مفادات کو کور کرنے کے لئے کسٹمائزڈ کی گئی ہیں جیسے قدیم اشیاء کی دکان ، نائی کی دکان ، بیوٹی پارلر، کتابوں کی دکان ، ڈپارٹمنٹ اسٹور، ڈرائی کلینر، تحفے کی دکان ، فارمیسی، اسٹیشنری کی دکان ، کھلونے کی دکان ، ملبوسات کی دکان وغیرہ

1. دکاندار کا بیمہ کیا کور کرتا ہے؟

پالیسی کو خردہ کاروبار کے مخصوص علاقوں کی حفاظت سے متعلقہ کور فراہم کرنے کے مطابق تیار کیا جا سکتا ہے۔یہ عام طور پر آگ، زلزلے، سیلاب یا بد نیتی پر مبنی نقصان اور چوری کی وجہ سے دکان کی ساخت اور مندرجات کے نقصان کو کور کرتی ہے۔ دکان بیمہ میں کاروبار میں رکاوٹ سے تحفظ کو بھی شامل کر سکتے ہیں۔ یہ ایک غیر قابل قیاس دعوے کی حالت میں کسی بھی کھوئی ہوئی آمدنی یا اضافی خرچ کو کور کرےگی۔ کوریج کو بیمہ دار کے ذریعے اسکی سرگرمیوں کے رینج کی بنیاد پر منتخب کیا جا سکتا ہے۔

اضافی کور جو بیمہ دار کے ذریعے منتخب کیا جا سکتا ہے، الگ الگ کمپنی کے لئے الگ الگ ہو سکتا ہے اور اسے غیر زندگی بیمہ کمپنیوں کی متعلقہ ویب سائٹوں سے تصدیق کیا جا سکتا ہے۔

یہ اس طرح ہو سکتے ہیں :

i. **چوری اور سیندھماری:** سیندھماری، چوری اور آفس کے مواد کی چوری کے لئے کور

ii. **مشینری کی خرابی:** بجلی میکانی/آلات کی خرابی کے لئے کور

iii. **الیکٹرانک آلات اور سامان:**

- ✓ الیکٹرانک آلات کے لئے تمام جوکھم کور فراہم کرتا ہے
- ✓ الیکٹرانک تنصیبات کے نقصان کے لئے کور

iv. **منی بیمہ :** کسی حادثہ کی وجہ سے پیسے کے نقصان کے خلاف کوریج فراہم کرتا ہے جب یہ مندرجہ ذیل حالت میں ہوتا ہے :

- ✓ بینک سے کاروباری احاطہ اور اسکے برعکس لانا اور لیجانا
- ✓ کاروباری احاطہ میں ایک تجوری

- ✓ کاروبار احاطہ میں ایک صندوق (باکس/دراز/کاؤنٹر)

v. **سامان (بیگیج) :** آفیشیل مقاصد کے لئے سفر کرتے وقت سامان کے نقصان کے لئے معاوضہ

vi. **فکسڈ پلیٹ گلاس اور سینٹری فٹنگس مندرجہ ذیل کو ہونے والے نقصان یا احتمال نقصان کو کور کرتا ہے:**

- ✓ فکسڈ پلیٹ گلاس
- ✓ سینیٹری فٹنگس
- ✓ نیان سائن/گلو سائن/ہورڈنگ

vii. **ذاتی حادثہ**

viii. **ملازمین کے کفر/بےایمانی:** ملازمین کے بےایمان اعمال کی وجہ سے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے

ix. قانونی ذمہ داری :

- ✓ ملازمت کے دوران یا اس سے پیدا ہونے والے حادثے کے لئے معاوضہ
- ✓ تیسری پارٹی کو قانونی ذمہ داری کے لئے کور فراہم کرتا ہے

آگ / چوری / سامان / پلیٹ گلاس / ایمانداری کی ضمانت / کامگار معاوضہ اور پبلک ذمہ داری پالیسیاں (اگلے باب میں بحث کی گئی ہے) بھی الگ سے لی جا سکتی ہے۔

دہشت گردی کور کو بھی بڑھایا جا سکتا ہے۔ اخراج عام طور پر اہل خانہ کے بیمہ کے جیسے ہی ہوتے ہیں۔

2. بیمہ رقم اور پریمیم

صنعتی اکائیاں یا دفاتر کے اکاؤنٹس کی کتابوں کو بنائے رکھیں گے جن میں جائیداد وں کے قیمت کو دکھایا جائیگا، لہذا، بیمہ رقم تک پہنچنا مشکل نہیں ہو سکتا ہے۔ دکان اور گھر کے معاملے میں ایسا ہمیشہ ممکن نہیں ہو سکتا ہے۔

جیسا کہ اہل خانہ بیمہ کے تحت پہلے ہی کہا گیا ہے، عام طور پر بیمہ رقم طے کرنے کے دو طریقے ہیں ، بازار کی قیمت اور بحالی/متبادل قیمت ۔

پیسے، سامان، ذاتی حادثہ جیسے اضافی کوریج کے لئے پریمیم بیمہ رقم اور انتخاب کیے گئے کور پر انحصار کریں گی۔

تعریف

کچھ اہم تعریفیں

a) **چوری** کا مطلب بیمہ شدہ احاطہ سے سامان چوری کرنے کے ارادے کے ساتھ جارحانہ اور پتہ لگانے کے قابل ذرائع کے ذریعے اس میں غیر متوقع اور غیر تصدیق داخلہ یا نکاس ہے۔

b) **سیندھماری** اس وقت ہوئی کہی جاتی ہے جب کوئی جرم کرنے کے مقصد سے کسی گھر میں ارتکاب کرکے داخلہ کیا گیا ہے۔

c) **ڈکیتی** کا مطلب بیمہ دار اور/یا بیمہ دار کےملازمین کے خلاف جارحانہ اور تشدد کے ذرائع کا استعمال کرکے بیمہ دار کے احاطے میں سامانوں کی چوری کرنا ہے۔

d) **تجوری** کا مطلب بیمہ دار کے احاطےمیں ایک مضبوط کیبنیٹ جسے قیمتی اشیاۂ کی حفاظت اور محفوظ ذخیرہ کے لئے ڈیزائن کیا گیا ہے اور جس کی رسائی کو محدود کیا گیا ہے۔

e) **چوری** سبھی جرائم کے لئے ایک عام اصطلاح ہے جس میں کوئی شخص اجازت یا رضا مندی کے بغیر جان بوجھ کر اور دھوکہ دہی سے دوسرے شخص کی جائیداد کو لیتا ہے اور اسے لینے والے کے استعمال کے مطابق تبدیل کرنے یا ممکنہ طور پر فروخت کرنے کا ارادہ کرتا ہے۔چوری 'لارسنی' کے مترادف ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

دُکاندار پالیسی کے تحت بیمہ دار ایک اضافی 'فکسڈ پلیٹ گلاس اور سینیٹری فٹنگس' کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔یہ مندرجہ ذیل میں سے کس کے نقصان کے حادثاتی نقصان کو کور کرےگا ؟

I. فکسڈ پلیٹ گلاس

II. سینیٹری فٹنگس

III. نیان سائن

IV. اوپر کے سبھی

---

c. موٹر بیمہ

ایک ایسی حالت کے بارے میں سوچیں جہاں آپ نے اپنی بچت کا استعمال کرکے ایک نئی کار خریدی اور اسے ایک ڈرائیو کے لئے لیا۔ اچانک ایک کتا آپکے راستے میں آ جاتا ہے اور اسے ٹھوکر لگنے سے بچانے کے لئے آپ تیزی سے موڑ لیتے ہیں،اور آپ ڈیوائڈر پر چڑھ جاتے ہیں اور دوسری کار کو ٹھوکر مار دیتے ہیں اوراس طرح دوسرے شخص کو چوٹ پہنچا دیتے ہیں۔ اس طرح ایک ہی واقعہ کے نتیجے میں آپکی کار، سرکاری املاک اور دوسری کار کو نقصان پہنچتا ہے اور دوسرا شخص زخمی بھی ہوجاتا ہے۔

اس منظر نامے میں، اگر آپکے پاس ایک کار بیمہ نہیں ہے تو آپ کو اپنی کار کی خرید کی لاگت کے مقابلے میں کہیں زیادہ قیمت کی ادائیگی کرنا پڑتی ہے۔

- ✓ کیا آپکے پاس ادا کرنے لائق اتنا زیادہ پیسہ ہے؟
- ✓ کیا دوسری پارٹی کا بیمہ آپکے اعمال کے لئے ادائیگی کریگا ؟
- ✓ کیا ہوگا اگر اسکے پاس بیمہ نہیں ہے؟

یہی وجہ ہے کہ ملک کے قوانین میں کار بیمہ رکھنا لازمی ہیں۔ جہاں موٹر بیمہ ان واقعات کو واقع ہونے سے نہیں روکتا ہے، یہ آپکے لئے ایک مالی تحفظ فراہم کرتا ہے۔

ایک حادثہ کے علاوہ کار چوری بھی ہو سکتی ہے، حادثہ سے نقصان یا آگ سے تباہ ہو سکتی ہے اور آپ کو مالی طور سے نقصان اٹھانا پڑےگا۔

موٹر بیمہ ایک گاڑی کے مالک کے ذریعے لیا جانا چاہئے جس کی گاڑی بھارت میں ریجنل ٹرانسپورٹ اتھارٹی کے ساتھ اسکے اپنے نام سے رجسٹرڈ ہے۔

اہم

لازمی تیسری پارٹی بیمہ

موٹر گاڑی ایکٹ ، 1988 کے مطابق عوام کی سڑکوں پر چلنے والے گاڑیوں کے ہر مالک کے لئے اس رقم کو کور کرنے کے لئے بیمہ پالیسی لینا لازمی ہے جس کی حادثہ میں موت ، جسمانی چوٹ یا جائیداد کو نقصان کے نتیجے میں تیسری پارٹی کو نقصان کے طور پر ادائیگی کرنے کے لئے مالک ذمہ دار بنتا ہے۔ اس طرح کے بیمہ کے ایک ثبوت کے طور پر ایک بیمہ کا سرٹیفکیٹ گاڑی میں رکھ کر چلنا چاہئے۔

1. **موٹر بیمہ کوریج**

ملک میں گاڑیوں کی ایک بڑی آبادی ہے۔ کئی نئی گاڑیاں ہر دن سڑکوں پر آتی رہتی ہیں۔ ان میں سے کئی گاڑیاں کافی مہنگی بھی ہوتی ہیں۔ لوگ کہتے ہیں کہ بھارت میں گاڑي پرانی نہیں ہوتی ہیں بلکہ صرف ایک ہاتھ سے دوسرے ہاتھ میں جاتی رہتی ہیں۔ اس کا مطلب ہے کہ پرانی گاڑیاں لگاتار سڑکوں پر بنی رہتی ہیں اور نئی گاڑیاں شامل ہوتی جاتی ہیں۔ سڑکوں کا علاقہ (ڈرائیونگ کے لئے جگہ) گاڑیوں کی تعداد کے مطابق نہیں بڑھ رہا ہے۔ سڑک پر چلنے والے لوگوں کی تعداد بھی بڑھتی جا رہی ہے۔ پولیس اور اسپتال کے اعداد و شمار کہتے ہیں کہ ملک میں سڑک حادثات کی تعداد بڑھتی جا رہی ہے۔ قانون کی عدالتوں کے ذریعے حادثہ کے شکار لوگوں کو دیئے جانے والے معاوضوں کی رقم میں اضافہ ہو رہا ہے۔ یہاں تک کہ گاڑي مرمت کے اخراجات بھی بڑھتے جا رہے ہیں۔ **یہ سبھی ملک میں موٹر بیمہ کی اہمیت کو ظاہر کرتے ہیں۔**

موٹر بیمہ حادثات اور کچھ دیگر وجوہات کی وجہ سے گاڑیوں کو ہوئے نقصانوں اور انکے ضرر کو کور کرتا ہے۔ موٹر بیمہ حادثہ کے متاثرین کو انکی گاڑیوں کی وجہ سے ہونے والے نقصان کا معاوضہ دینے کے لئے گاڑی مالکان کی قانونی ذمہ داری کو بھی کور کرتا ہے۔

کیا آپ کو لگتا ہے کہ ملک میں تمام گاڑیاں بیمہ شدہ ہیں؟

موٹر بیمہ عوام کی سڑکوں پر چلنے والے تمام گاڑیوں کو کور کرتا ہے جیسے:

- ✓ اسکوٹر اور موٹر سائیکل
- ✓ نجی گاڑیاں
- ✓ سبھی قسم کے تجارتی گاڑیاں: مال گاڑي اور مسافری گاڑیاں

- ✓ مختلف قسم کی گاڑیاں جیسے کرین
- ✓ موٹر ٹریڈ (شوروم اور گیراج کی گاڑیاں)

معلومات

'تیسری پارٹی بیمہ'

ایک دیگر پارٹی کی قانونی کارروائی کے خلاف تحفظ کے لئے خریدی گئی ایک بیمہ پالیسی - تیسری پارٹی بیمہ بیمہ دار کی کارروائی سے پیدا ذمہ داری کے لئے دیگر پارٹی کے دعوے (تیسری پارٹی) کے خلاف تحفظ کے لئے ایک بیمہ کمپنی (دوسری پارٹی) سے بیمہ دار (پہلی پارٹی) کے ذریعے خریدا جاتا ہے۔

تیسری پارٹی کے بیمہ کو 'ذمہ داری بیمہ' بھی کہا جاتا ہے۔

بازار میں مقبول دو اہم اقسام کے کوروں کی بحث نیچے کی گئی ہے:

a) **صرف ایکٹ [ذمہ داری] پالیسی :** موٹر گاڑي ایکٹ کے مطابق عوامی جگہ پر چلنے والے کسی بھی گاڑی کے لئے تیسری پارٹی کی ذمہ داریوں کا بیمہ کرنا لازمی ہے۔

یہ پالیسی صرف مندرجہ ذیل کے معاوضہ کی ادائیگی کرنے کے لئے گاڑی مالک کی قانونی ذمہ داری کو کور کرتی ہے :

- ✓ تیسری پارٹی کو جسمانی چوٹ یا موت
- ✓ تیسری پارٹی کی جائیداد کا نقصان

موت یا چوٹ اور نقصان کے تعلق میں ایک لامحدود رقم کے لئے ذمہ داری کو کور کیا جاتا ہے۔

ایک موٹر حادثہ کی وجہ سے موت یا چوٹ کے معاملے میں تیسری پارٹی کے متاثرین کو معاوضہ کرنے کے لئے دعوے موٹر حادثہ دعویٰ ٹریبونل (ایم اے سی ٹی) میں مدعی کی طرف سے دائر کئے جائینگے:

b) **پیکیج پالیسی /جامع پالیسی :** (خود کا نقصان + تیسری پارٹی کی ذمہ داری)

مندرجہ بالا کے علاوہ مخصوص سخت خطرات کے ذریعے بیمہ شدہ گاڑی کو ہونے والے نقصان یا ضرر (جن کو موٹر گاڑیوں کو اپنے نقصان کے طور پر جانا جاتا ہے) کو بھی اعلان قیمت (جسے آئی ڈی وی کہا جاتا ہے - اسکی بحث پہلے ہی باب 5 میں کی گئی ہے) اور پالیسی میں دیگر شرائط وضوابط کے مشروط کور کیا جاتا ہے۔ آگ، چوری، فسادات اور ہڑتال، زلزلے، سیلاب، حادثہ وغیرہ ان میں سے کچھ سخت خطرات ہیں۔

کچھ بیمہ کمپنیاں حادثہ جگہ سے ورکشاپ تک گاڑی کو اٹھاکر لے جانے کے لئے بھی ادائیگی کرتی ہیں۔ صرف ایکٹ (ذمہ داری) پالیسی کے تحت فراہم کئے گئے لازمی کور کے علاوہ صرف آگ اور/یا صرف چوری کے جوکھم کو کور کرنے والا ایک محدود کور بھی دستیاب ہے۔

یہ پالیسی گاڑی میں لگائے گئے آلات کو ہونے والے نقصان یا ضررکو، مسافروں کے لئے نجی کار پالیسیوں کے تحت ذاتی حادثہ کور، ادا کئے گئے ڈرائیور، ملازمین کے لئے قانونی ذمہ داری اور تجارتی گاڑیوں میں کرایہ نہیں دینے والے مسافروں کو بھی کور کر سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں مفت ہنگامی

خدمات یا خرابی کے معاملے میں متبادل کار کے استعمال کی سہولت بھی فراہم کرتی ہیں۔

2. اخراج

ان پالیسیوں کے تحت کچھ اہم اخراج ٹوٹ پھوٹ، خرابی، نتیجے میں نقصان اور غلط ڈرائیونگ لائسنس کے ساتھ یا شراب کے اثر میں ڈرائیونگ کی وجہ سے ہونے والے نقصان ہیں۔ 'استعمال کی حد ؤں' کے مطابق گاڑی کا استعمال نہیں کرنے (جیسے نجی کار کو ایک ٹیکسی کے طور پر استعمال کیا جانا) کو کور نہیں کیا جاتا ہے۔

3. بیمہ رقم اور پریمیم

ایک موٹر پالیسی میں گاڑی کی بیمہ رقم کو بیمہ دار شخص کے اعلان قیمت (آئی ڈی وی) کے طور پر جانا جاتا ہے۔

گاڑی کی چوری یا کسی حادثہ میں مرمت کے باہر کل نقصان کے معاملے میں دعویٰ رقم آئی ڈی وی کے بنیاد پر مقرر کی جائےگی۔ گاڑی کی آئی ڈی وی بیمہ/تجدید کے آغاز میں بیمہ کے لئے تجویز گاڑی کے برانڈ اور ماڈل کے ڈیولپر/ڈیلر کے درج فروخت قیمت کی بنیاد پر طے کی جاتی ہے اور شیڈول کے مطابق فرسودگی کے لئے ایڈجسٹ کیا جاتا ہے۔

5 سال سے زیادہ کی عمر والے گاڑیوں کی اور گاڑی کے متروک ماڈلوں (مینوفیکچررز نے تخلیق کرنے کے لئے بند کر دیا ہے وہ ماڈل) کی آئی ڈی وی بیمہ کمپنیوں اور بیمہ دار کے درمیان ایک سمجھ کی بنیاد پر مقرر کی جاتی ہے۔

شرح / پریمیم کے حساب کتاب بیمہ دار شخص کے اعلان قیمت ، کیوبک صلاحیت ، جغرافیائی زون، گاڑی کی عمر وغیرہ جیسے فیکٹرس پر منحصر کرتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۳

موٹر بیمہ کس کے نام پر لیا جانا چاہئیے؟

I. اس گاڑی کے مالک کے نام پر جس کا نام نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی کے پاس رجسٹرڈ ہے
II. اگر وہ شخص جو گاڑی کو چلائیگا، مالک سے الگ ہے تو اس شخص کے نام پر جو گاڑی کو چلائیگا، یہ نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی سے منظوری کے مشروط ہے
III. نقل و حمل کے علاقائی اتھارٹی سے منظوری کے مشروط گاڑی مالک سمیت گاڑی مالک کے خاندان کے کسی بھی اراکین کے نام پر
IV. اگر وہ شخص جو گاڑی کو چلائیگا، مالک سے الگ ہے تو بنیادی پالیسی گاڑی مالک کے نام پر ہونی چاہئیے اور ایڈ آن کور اس شخص کے نام پر ہونا چاہئیے جو گاڑی کو چلائیگا

خلاصہ

a) اہل خانہ بیمہ آگ، فسادات پائپوں کے پھٹنے، زلزلے وغیرہ کے خلاف مکان کی ساخت اور اسکے سامانوں کو کور کرتا ہے۔ ساخت کے علاوہ یہ چوری، سیندھماری، لارسنی وغیرہ کے خلاف سامانوں کو کور کرتا ہے۔

b) مالک مکان بیمہ آگ، فساد، پائپ کے پھٹنے، زلزلے وغیرہ کے خلاف مکان کی ساخت اور اس کے سامانوں کو کور کرتا ہے۔ ساخت کے علاوہ یہ چوری، نقب زنی، لارسنی وغیرہ کے خلاف سامانوں کو کور کرتا ہیں۔

c) پیکیج یا چھتری کور ایک ہی دستاویز کے تحت کوروں کا ایک مجموعہ دستیاب کراتا ہے۔

d) ایک اہل خانہ بیمہ پالیسی کے لئے عام طور پر بیمہ رقم طے کرنے کے دو طریقے ہیں: بازار قیمت (ایم وی) اور بحالی قیمت (آرآئی وی)۔

e) دُکاندار کا بیمہ عام طور پر آگ، زلزلے، سیلاب یا بد نیتی پر مبنی نقصان اور چوری کی وجہ سے دکان کی ساخت اور مندرجات کو پہنچنے والے نقصان کو کور کرتا ہے۔دکان بیمہ میں کاروبار میں رکاوٹ کے تحفظ کو بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔

f) موٹر بیمہ حادثات اور کچھ دیگر وجوہات سے گاڑیوں کے نقصان اور انکے ضرر کو کور کرتا ہے۔موٹر بیمہ گاڑی مالکوں کے گاڑیوں کی وجہ سے ہوئے حادثات کے متاثرین کو معاوضہ کرنے کے لئے انکی قانونی ذمہ داری کو بھی کور کرتا ہے۔

اہم اصطلاحات

a) اہل خانہ کا بیمہ

b) دُکاندار کا بیمہ

c) موٹر بیمہ

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جوابات

جواب ۱

درست آپشن I ہے۔

ایک نامی جوکھم پالیسی ایک جامع کوریج پالیسی سے ایک کم مہنگے آپشن کے طور پر خریدی جا سکتی ہے جو زیادہ تر سخت خطرات کے لئے کوریج فراہم کرتی ہے۔

جواب ۲

درست آپشن IV ہے۔

دُکاندار پالیسی کے تحت بیمہ دار ایک اضافی 'فکسڈ پلیٹ گلاس اور سینٹری فٹنگس' کور کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔ یہ فکسڈ پلیٹ گلاس، سینیٹری فٹنگس اور نیون سائن کو ہوئے نقصان کے حادثاتی نقصان کو کور کریگی۔

جواب ۳

درست آپشن I ہے۔

موٹر بیمہ اس گاڑی مالک کے نام پر لیا جانا چاہئے جس کا نام نقل وحمل کے علاقائی اتھارٹی کے ساتھ رجسٹرڈ ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال ۱

اہل خانہ کے بیمہ میں

I. سونے اور چاندی کے زیورات کو کور کیا جاتا ہے

II. شخص کے دکان کی مندرجات کو کور کیا جاتا ہے

III. خاندان کے ذریعے خریدی گئی کاروں کو کور کیا جاتا ہے

IV. ڈاک سے بھیجے گئے پارسل کو ٹرانزٹ کے دوران کور کیا جاتا ہے

سوال ۲

اہل خانہ کا بیمہ _____ کو کور کرتا ہے

I. صرف مکان کی ڈھانچہ

II. صرف مکان کی اشیاۂ

III. ساخت اور اشیاۂ دونوں

IV. ساخت اور اشیاۂ دونوں، صرف تبھی جب بیمہ دار گھر میں نہیں ہے

سوال ۳

دُکاندار کے بیمہ میں ان میں سے کس کو کور نہیں کیا جاتا ہے؟

I. مشینری کی خرابی

II. بدنیتی پر مبنی نقصان

III. کاروبار میں رکاوٹ

IV. بیمہ دار شخص کے ذریعے جان بوجھ کر نقصان

سوال ۴

دُکاندار کے بیمہ میں ان میں سے کسے عام طور پر کور نہیں کیا جاتا ہے

I. کاروباری احاطہ میں دراز/کاؤنٹر کا پیسہ

II. بینک سے کاروباری احاطہ تک پیسے کا ٹرانزٹ

III. کاروباری احاطہ میں تجوری میں رکھا پیسہ

IV. کاروباری احاطہ میں گاہک کے ذریعے لے جائے گئے پیسے

سوال ۵

دکان بیمہ _____ کو کور کرتا ہے

I. ملازمین کی بے ایمان کارروائیاں

II. بیمہ دار کے بے ایمان کارروائیاں

III. گاہکوں کے بے ایمان کارروائیاں

IV. ساہوکاروں کے بے ایمان کارروائیاں

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جوابات

جواب ۱

درست آپشن I ہے۔

اہل خانہ بیمہ میں سونے اور چاندی میں آبھوشنوں کو کور کیا جاتا ہے۔

جواب ۲

درست آپشن III ہے۔

اہل خانہ بیمہ سنرچنا اور سامگری دونوں کو کور کرتا ہے۔

جواب ۳

درست آپشن IV ہے۔

دُکاندار کے بیمہ میں بیمہ دار شخص کے ذریعے جان بوجھ کر کئے گئے ودھونش کو کور نہیں کیا جاتا ہے۔

جواب ۴

درست آپشن IV ہے۔

دُکاندار کے بیمہ میں گاہک کے ذریعے تجارتی احاطہ میں لے جائے جانے والے پیسے کو عام طور پر کور نہیں کیا جاتا ہے۔

جواب ۵

درست آپشن I ہے۔

دکان بیمہ ملازمین کے بےایمان اعمال کو کور کرتا ہے۔

باب 15
تجارتی بیمہ

باب تعارف

پچھلے باب میں ہم نے بیمہ پروڈکٹس کے مختلف قسموں پر غور کیا جو افراد اورگھریلو چیزوں کے سامنے آنے والے جوکھموں کو کور کرتے ہیں۔ گاہکوں کا ایک دوسرا سیٹ بھی ہے جن کو تحفظ کی دوسری ضروریات ہیں۔ یہ تجارتی یا صنعتی ادارہ یا کمپنیاں ہیں جو مختلف قسم کی چیزوں اور خدمات میں مصروف ہیں یا ان کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ اس باب میں ہم اس طبقہ کے سامنے آنے والے جوکھموں کو کور کرنے کے لئے بیمہ دستیاب پروڈکٹس پر غور کرینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. جائیداد /آگ بیمہ
B. کاروباری رکاوٹ بیمہ
C. چوری بیمہ
D. رقم بیمہ
E. مخلص گارنٹی بیمہ
F. بینکران معاوضہ بیمہ
G. جوہری بلاک پالیسی
H. انجینئرنگ بیمہ
I. صنعتی تمام جوکھم بیمہ
J. سمندری بیمہ
K. ذمہ داری پالیسیاں

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

1. جائیداد /آگ بیمہ کی سفارش کرنا
2. نتیجہ کے طور نقصان (آگ) بیمہ کی وضاحت کرنا
3. چوری بیمہ کور ڈیزائن کرنا
4. رقم بیمہ کی تشریح کرنا
5. مخلص گارنٹی بیمہ کی تشریح کرنا
6. بینکروں کے معاوضہ بیمہ کی وضاحت کرنا
7. جوہری بلاک پالیسی کی تجویز کرنا
8. انجینئرنگ بیمہ کا اندازہ لگانا
9. صنعتی تمام جوکھم بیمہ کی تعریف کرنا
10. سمندری بیمہ کو خلاصہ کرنا
11. ذمہ داری بیمہ کا اندازہ لگانا

A. جائیداد /آگ بیمہ

تجارتی اداروں کو بنیادی طور پر دو قسموں میں تقسیم کیا جاتا ہے:

- ✓ چھوٹی اور درمیانی فرم [ایس ایم ای ایس] اور
- ✓ بڑے تجارتی فرم

تاریخی اعتبار سے عام بیمہ سیکٹر کافی حد تک ان گاہکوں کی ضرورتوں کو پورا کرتے ہوئے ڈیلوپ ہوا ہے۔

تجارتی اداروں کو عام بیمہ پروڈکٹ فروخت کرنے کے لئے بیمہ پروڈکٹس کو ان کی ضرورتوں کے ساتھ احتیاط سے ملان کرنے کی مانگ کی جاتی ہے۔ ایجنٹوں کو دستیاب پروڈکٹس کی ایک مناسب سمجھ ہونی چاہئے۔ آئیے ہم ان میں کچھ عام بیمہ پروڈکٹس پر مختصر طور پر غور کریں۔

جائیداد /آگ بیمہ

آگ بیمہ پالیسی تجارتی اداروں کے ساتھ ساتھ جائیداد کے مالکوں، ٹرسٹ میں یا کمیشن میں جائیداد رکھنے والوں کے لئے اور ان افراد /مالیاتی اداروں کے لئے بھی موزوں ہے جن کی جائیداد میں مالیاتی دلچسپی ہوتی ہے۔ مہیا کار/گاہک کے احاطوں میں رکھے اسٹاک، مرمت کے لئے احاطہ سے عارضی طور پر ہٹائی گئی مشینری سمیت ایک مخصوص احاطہ میں واقع سبھی منقولہ اور جنگم جائیداد وں جیسے عمارت ، پلانٹ اور مشینری، فرنیچر، فکسچر، پھٹنگس اور دیگر چیزوں ، اسٹاک اور عمل میں اسٹاک کا بیمہ کیا جا سکتا ہے۔ کاروباری کو ان کی عام حالت میں واپس لانے کے آرڈر میں نقصان شدہ جائیداد کی تعمیرِنو اور تجدید کے لئے مالیاتی راحت ضروری ہے۔ یہیں پر آگ بیمہ اپنا کردار ادا کرتا ہے۔

1. آگ پالیسی کیا کور کرتی ہے ؟

آگ پالیسی کے ذریعے کور کئے جانے والے کچھ جوکھموں کی بحث نیچے کی گئی ہے :

تجارتی جوکھموں کے لئے آگ پالیسی ان جوکھموں کو کور کرتی ہے :

- ✓ آگ
- ✓ آسمانی بجلی
- ✓ دھماکے/ اندرونی دھماکے
- ✓ فسادات، ہڑتال اور بد نیتی پر مبنی نقصان
- ✓ اثر نقصان
- ✓ ہوائی جہاز کے نقصان
- ✓ طوفان، آندھی، بھنور، ٹافوں، ہریکین، ٹورناڈو، باڑھ اور سیلاب
- ✓ زلزلہ
- ✓ چٹان کھسکنے سمیت دھنسنا اور بھوسکھلن پانی کے ٹینکوں، آلات اور پائپوں کا پھٹنا اور پانی برباد ہونا
- ✓ میزائل ٹیسٹنگ
- ✓ خود کار اسپرینکل انسٹالیشن سے لیکیج
- ✓ چھاڑیوں کی آگ

دو ایسی اہم خصوصیات ہیں جو تجارتی بیمہ کو انفرادی اور خوردہ لائنوں سے الگ کرتی ہیں۔

a) فرموں یا تجارتی اداروں کی بیمہ ضرورتیں افراد کی ضرورتوں کے مقابلے میں زیادہ بڑی ہوتی ہیں۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ ایک تجارتی فرم کی جائیداد وں کی قیمت ایک فرد کی جائیداد وں کے مقابلے میں زیادہ بڑی ہوتی ہے۔ ان کے نقصان یا ضرر سے کمپنی کے وجود اور مستقبل میں بنے رہنے اور آگے بڑھنے پر منفی اثر پڑ سکتا ہے۔

b) تجارتی فرم کے بیمہ کے لئے مانگ کو اکثر قانونی یا دیگر ضروریات کے ذریعے لازمی یا ضروری بنا دیا جاتا ہے۔ مثال کے لئے، جب پلانٹس اور جائیداد وں کو ایک بینک لون کے ذریعے سے سیٹ اپ کیا جاتا ہے تو ان کا بیمہ کرنا لون کی ایک شرط ہو سکتی ہے۔ بھارت میں کئی کارپوریٹ فرم پیشہ ورانہ طریقے سے چلائی جانے والی کمپنیاں ہیں اور ان میں سے کئی کثیر القومی کمپنیاں ہیں۔

ان کو اپنی جائیداد وں کی حفاظت کرنے کے لئے مناسب جوکھم مینجمنٹ حکمت عملی کو اپنانے اور بیمہ لینے سمیت مجموعی طور پر معیار کو بنائے رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

اوپر کے جوکھموں سے پیدا ہونے والے کسی بھی نقصان کو کچھ اخراج کے تابع پالیسی کے ذریعے کور کیا جاتا ہے۔

2. اخراج کیا ہیں؟

اخراج اس طرح ہیں :

a) متوقع سخت خطروں کی وجہ سے ہونے والے نقصان جیسے -

i. جنگ اورجنگ جیسی سرگرمیاں
ii. جوہری خطرے
iii. آیونائزیشن اور تابکاری
iv. آلودگی اور نجاست سے متعلقہ نقصان

b) ایسے سخت خطرات جو عام بیمہ میں دیگر پالیسیوں کے ذریعے کور کی جاتی ہیں ۔

i. مشینری کی خرابی
ii. کاروبار میں رکاوٹ

ایڈ اون کور

حالانکہ زلزلہ ، آگ اور چھٹکا؛ بیمہ شدہ جوکھم کے نتیجے میں بجلی کی ناکامی کے بعد کولڈ اسٹوریج میں رکھے مال کی خرابی، ملبے کو ہٹانے میں شامل اضافی خرچ، معمار ، پالیسی کے ذریعے کور کی گئی رقم کے اضافی پر کنسلٹینگ انجینئر کی فیس، جنگل کی آگ، اچانک دھن اور اپنے خود کی گاڑیوں کی وجہ سے اثر نقصان جیسی کچھ سخت خطروں کو اضافی پریمیم کے ادائیگی سے کور کیا جا سکتا ہے۔

3. آگ پالیسی کے مُتغیرات

آگ پالیسیاں عام طور پر 12 مہینے کی مدت کے لئے جاری کی جاتی ہیں۔ صرف مکانوں کے لئے بیمہ کمپنیاں طویل مدتی پالیسیاں یعنی 12 مہینے سے زیادہ کی مدت والی پالیسیاں دستیاب کراتی ہیں۔ کچھ معاملوں میں چھوٹی مدت کی پالیسیاں بھی جاری کی جاتی ہیں جن کے لئے چھوٹی مدت کے پیمانے لاگو کئے جاتے ہیں۔

4. بازار قیمت یا بحالی قیمت پالیسیاں

ایک نقصان کی صورت میں بیمہ کمپنی عام طور پر بازار کی قیمت [جو بے قدر قیمت ہے] کی ادائیگی کرےگی- حالانکہ بحالی قیمت پالیسی کے تحت بیمہ کمپنیاں نقصان شدہ جائیداد کےیکساں ایک نئی جائیداد کے تبدیلی کی لاگت کی ادائیگی کرتی ہیں- بیمہ رقم نئے تبدیل قیمت کی عکاسی کرنے کے لئے ضروری ہے، نہ کہ بازار قیمت کے لئے جیسا کہ عام آگ پالیسی کے تحت ہوتا ہے-

بحالی قیمت پالیسیاں عمارتوں ، پلانٹ ، مشینری اور فرنیچر، فکسچر، فٹنگس کو کور کرنے کے لئے جاری کی جاتی ہیں- بحالی قیمت پالیسیاں ایسے اسٹاکس کو کور کرنے کے لئے جاری نہیں کی جاتی ہیں جن کو بازار قیمت بنیاد پر کور کیا جاتا ہے-

5. اعلان پالیسی

گودام میں جمع اسٹاک کو اعلان پالیسی کے ذریعے کور کیا جا سکتا ہے کیوں اس طرح کے اسٹاک مقدار میں اتار چڑھاؤ سے مشروط ہوتے ہیں- بیمہ رقم وہ سب سے زیادہ قیمت ہونی چاہئیے جسے پالیسی مدت کے دوران گودام میں ذخیرہ کرنے کی متوقع کی جاتی ہے- اس قیمت پر ایک عارضی پریمیم وصول کیا جاتا ہے- بیمہ دار کو پالیسی کی چالو مدت کے دوران اتفاق وقفے پر اپنے اسٹاکس کی قیمت اعلان کرنا ضروری ہوتا ہے- یہ پالیسی مدت کے آخر میں پریمیم کے ساتھ تطبیق پذیر ہے-

6. فلوٹر پالیسیاں

ایک دوسری قسم کی پالیسی فلوٹر پالیسی ہے- ان پالیسیوں کو ایک بیمہ رقم کے تحت مختلف مخصوص مقاموں پر محفوظ سامانوں کے اسٹاک کے لئے جاری کیا جا سکتا ہے- غیر مخصوص مقاموں کو کور نہیں کیا جاتا ہے- پریمیم کی شرح 10٪ کی ایک لوڈینگ کے ساتھ کسی ایک مقام پر بیمہ دار کےا سٹاک کے لئے لاگو سب سے زیادہ شرح ہے- ان کو فلوٹر پالیسی بھی کہتے ہیں کیونکہ بیمہ رقم کئی مقاموں پر گھومتی رہتی ہے-

پریمیم کی شرح ان باتوں پر منحصر کرتی ہے:

a) قبضہ کی قسم – صنعتی یا دوسری صورت کی قسم
b) ایک صنعتی احاطہ میں واقع سبھی جائیداد وں پر بنائے گئے پروڈکٹ (دوں) کی بنیاد پر ایک شرح سے چارج لیا جائیگا-
c) صنعتی احاطوں کے باہر واقع سہولیات کا اندازہ الگ الگ مقام پر قبضہ کی نوعیت کی بنیاد پر کیا جائیگا-

d) ذخیرہ علاقوں کا اندازہ وہاں رکھے خطرناک نوعیت کے سامانوں کے بنیاد پر کیا جائیگا۔
e) "ایڈ آن" کوروں کو شامل کرنے کے لئے اضافی پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔
f) پریمیم میں رعایت ماضی کے دعویٰ تاریخ اور احاطہ میں دستیاب آگ تحفظ سہولیات کے بنیاد پر دی جاتی ہے۔
g) پریمیم میں کمی کے لئے فرد فسادات، ہڑتال، بدنیتی پر مبنی نقصان کے کوروں اور سیلاب گروپ سخت خطروں میں سے بھی آپشن منتخب کر سکتے ہے۔

شرح پیٹرن پھر الگ الگ بیمہ کمپنی کے لئے الگ الگ ہو سکتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

تجارتی جوکھموں کے لئے آگ پالیسی _____ کے جوکھموں کو کور کرتی ہے۔

I. دھماکہ
II. اندرونی دھماکے
III. اوپر کے دونوں
IV. اوپر میں سے کوئی نہیں

B. کاروباری رکاوٹ بیمہ

بیمہ کے اس قسم کو نتیجے میں نقصان بیمہ یا منافع کا نقصان بیمہ کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔

آگ بیمہ، بیمہ شدہ جوکھموں سے مندرجات یا جائیداد کو نقصان یا عمارت ، پلانٹ ، مشینری فکسچروں، فٹنگس ، فروخت کے مال وغیرہ کو ہوئے نقصان کے خلاف معاوضہ فراہم کرتا ہے۔ اسکے نتائج بیمہ دار کے کاروبار میں کل یا جزوی رکاوٹ ہو سکتے ہے جسکے چلتے رکاوٹ کی مدت کے دوران مختلف قسم کے معاشی نقصان ہوتے ہیں۔

1. کاروباری رکاوٹ پالیسی کے تحت کوریج

نتائجی نقصان (سی ایل) پالیسی [کاروباری رکاوٹ (بی آئی)] مجموعی منافع کے نقصان کے لئے معاوضہ فراہم کرتا ہے – جسمیں آخری نقصان کو جلد سے جلد کم کرنے کے لئے، کاروبار کو واپس عام حالت میں لانے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے خرچ کی گئی کام کی بڑھی ہوئی لاگت کے ساتھ ساتھ خالص منافع اور اسٹانڈینگ چارجس بھی شامل ہے۔ کور کی گئی سخت خطرات اور شرطیں آگ پالیسی کے تحت کور کی گئی سخت خطروں اور شرطوں کے یکساں ہیں۔

مثال

اگر کسی زلزلہ کے نتیجے میں کار مینیو فیکچررس کے پلانٹ کو نقصان پہنچتا ہے تو پروڈکشن کے نقصان کے چلتے مینیو فیکچررس کو آمدنی کا نقصان ہوگا۔ خرچ

کئے گئے اضافی بیمہ شدہ اخراجات کے ساتھ ساتھ آمدنی کے اس نقصان کا بیمہ کیا جا سکتا ہے بشرطیکہ یہ ایک بیمہ شدہ جوکھم کے نتیجے میں ہوا ہے۔

یہ پالیسی صرف معیاری آگ اور مخصوص جوکھم پالیسی کے اختلاط میں لی جا سکتی ہے کیونکہ اس پالیسی کے تحت دعوے صرف تبھی قابلِ قبول ہوتے ہیں جب معیاری آگ اور مخصوص جوکھم پالیسی کے تحت ایک دعویٰ کیا گیا ہو۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

ایک کاروباری رکاوٹ بیمہ پالیسی صرف _____ کے ساتھ اختلاط میں لی جا سکتی ہے۔

I. معیاری آگ اور مخصوص جوکھم پالیسی
II. معیاری آگ اور سمندری پالیسی
III. معیاری اور مخصوص جوکھم پالیسی
IV. معیاری انجینئرنگ اور سمندری پالیسی

C. چوری بیمہ

یہ پالیسی تجارتی احاطے جیسے کارخانوں، دکانوں، دفاتر، وئیرہاؤس اور گوداموں کے لئے جس اسٹاک، اشیاء، فرنیچر، فکسچر، ایک بند تجوری میں رکھی نقد شامل ہو سکتی ہے جسے چرایا جا سکتا ہے۔ احاطہ کا دائرہ پالیسی میں واضح طور پر بیان ہوتا ہے۔

1. چوری بیمہ کے تحت کور کئے گئے جوکھم

a) اصل جبراً اور تشدد طریقے سے احاطہ میں داخل کرنے کے بعد جائیداد کا نقصان یا احاطہ سے اصل، جبراً اور تشدد اکزٹ یا لوٹ کے بعد نقصان۔

b) چوروں سے بیمہ شدہ جائیداد یا احاطہ کو نقصان۔ بیمہ شدہ جائیداد کو صرف تبھی کور کیا جاتا ہے جب اسکا نقصان بیمہ شدہ احاطہ سے ہوتا ہے، کسی دیگر احاطہ سے نہیں۔

2. (A) نقدی کور

چوری کور کا ایک اہم حصہ نقدی کور ہے۔ یہ صرف تبھی کام کرتا ہے جب نقدی ایک محفوظ تجوری میں محفوظ ہوتی ہے اور ایک منظوری کے ساتھ بلگری پروف ڈیزائن کی ہوتی ہے۔ نقدی کور فراہم کرنے کے لئے لاگو عام شرطیں نیچے دی گئی ہیں:

a) نقدی تجوری والی حقیقی کلید کا استعمال کرتے ہوئے اس سے کی جانے والی نقدی کی چوری کو صرف اس صورت میں احاطہ کرتا ہے جہاں اس طرح کی کلید تشدد سے یا تشدد کی دھمکی سے یا بلپریوگ کے ذریعے حاصل کی گئی ہے۔ اسے یہ عام طور پر "چابی کلاز "کے طور پر جانا جاتا ہے۔

b) تجوری میں نقدی کی مقدار کی ایک پوری فہرست کو تجوری کے علاوہ کسی دوسرے مقام پر محفوظ کرکے رکھا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنی کی ذمہ داری اس طرح کے ریکارڈ سے اصل میں دکھائی گئی رقم تک محدود ہوتی ہے۔

(B) پہلا بیمہ نقصان

ایسے معاملوں میں، جو اعلی بلک میں کم قیمت کا ہوتا ہے (جیسے گٹہر میں کپاس، اناج، چینی وغیرہ)، ایک ہی موقع پر پورے اسٹاک کو کھونے کے جوکھم کو ریموٹ مانا جاتا ہے۔ وہ قیمت جس کی چوری کی جا سکتی ہے، اسکا پتہ ممکنہ زائد از زائد نقصان کے طور پر لگایا جاتا ہے اور پریمیم جوکھم کے دائرے میں آنے والے پورے اسٹاک کو کور کرتے ہوئے زائد ممکنہ نقصان کے لئے وصول کیا جاتا ہے۔ فرض کیا جاتا ہے کہ اسکے بعد دوسری چوری فورا نہیں ہو سکتی ہے یا بیمہ دار اسکی باز گردی کو روکنے کے لئے اضافی تحفظ طریقے کر سکتا ہے۔

(C) اعلان کور اور فلوٹر کور آگ بیمہ کی مانند اسٹاک کے سلسلے میں بھی ممکن ہے۔

3. اخراج

یہ پالیسی ملازمین، خاندان کے افراد یا احاطہ میں قانونی طور پر رہنے والے دیگر افراد کے ذریعے چوری کو کور نہیں کرتی ہے، یہ لارسنی یا عام چوری کو بھی کور نہیں کرتی ہے۔ یہ ان نقصانوں کو بھی باہر رکھتا ہے جن کو ایک آگ یا پلیٹ گلاس پالیسی کے ذریعے کور کیا جاتا ہے۔

4. اکسٹینشن

اضافی پریمیم پر فسادات، ہڑتال اور دہشت گردی کے جوکھموں کو کور کرنے کے لئے پالیسی کو بڑھایا جا سکتا ہے۔

5. پریمیم

چوری پالیسی کے لئے پریمیم کی شرح بیمہ شدہ جائیداد کی نوعیت ، خود بیمہ دار کے اخلاقی جوکھم، احاطہ اور مقام کی تعمیر ، تحفظ اقدامات(جیسے چوکیدار، چوری الارم)، پچھلے دعووں کے تجربہ وغیرہ پر انحصار کرتی ہیں۔ تجویز فارم میں دی گئی معلومات کے علاوہ اعلی قیمت کی چیزیں شامل ہوتی ہیں، بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ایک قبل از منظوری معائنہ کیا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

چوری پالیسی کے لئے پریمیم _____ پر انحصار کرتا ہے۔

I. بیمہ شدہ پالیسی کی نوعیت

II. خود بیمہ دار کا اخلاقی جوکھم

III. احاطہ کی تعمیر اور مقام

IV. اوپر کے سبھی

D. رقم بیمہ

نقدی کا لین دین کسی بھی کاروبار کا ایک مربوط حصہ ہے۔ اس پالیسی کا مقصد رقم کے نقصان کے خلاف بینکوں اور صنعتی تجارتی اداروں کی حفاظت کرنا ہے۔ رقم احاطہ کے ساتھ ساتھ باہر بھی جوکھم پر ہوتا ہے۔ اسے پیسے نکالنے، جمع کرنے، ادائیگی یا جمع کرنے کے وقت غیر قانونی طریقے سے اڑا لیا جا سکتا ہے۔

1. رقم بیمہ کا کوریج

رقم بیمہ پالیسی ان نقصانوں کو کور کرنے کے لئے بنائی گئی ہے جو نقدی ، چیک / پوسٹل آرڈر / ڈاک ٹکٹ کے لین دین کے وقت ہو سکتے ہیں۔ یہ پالیسی عام طور پر دو سیکشنس کے تحت کور فراہم کرتی ہے -

a) ٹرانزٹ سیکشن

یہ ڈکیتی یا چوری یا اسی طرح کی کارروائی کے نتیجے میں نقدی کے نقصان کو کور کرتا ہے، جب اسے بیمہ دار یا اسکے مجوزہ ملازمین کے ذریعے باہر لے جایا جاتا ہے۔

ٹرانزٹ سیکشن دو رقموں کو مخصوص کرتا ہے:

i. فی نقل و حمل کی حد :یہ وہ زیادہ سے زیادہ رقم ہے جس کا ہر نقصان کے سلسلے میں بیمہ کار کو ادا کرنا ضروری ہو سکتا ہے۔

ii. پالیسی کی مدت کے دوران ٹرانزٹ میں تخمینہ رقم : یہ اس رقم کو پیش کرتا ہے جسمیں پریمیم کی رقم پر پہنچنے کے لئے پریمیم کی شرح کو لاگو کیا جائیگا۔

پالیسیاں اعلان کی بنیاد پر جاری کیا جا سکتا ہے یہں۔ اس لئے انشورنس والوں ٹرانزٹ میں متوقع رقم پر ایک عارضی پریمیم وصول کرتے ہیں اور اس پریمیم کو بیمہ دار کے اعلان کے مطابق پالیسی کی مدت کے دوران راستے میں اصل رقم کی بنیاد پر پالیسی کے اختتام کے وقت کو ایڈجسٹ کیا جاتا ہے۔

b) احاطہ سیکشن

یہ سیکشن چوری، سیندھماری، لوٹ وغیرہ کی وجہ سے فرد کے احاطہ / بند تجوری سے نقدی کے غائب ہونے کو کور کرتا ہے۔ پالیسی کی دیگر خصوصیات عام طور پر چوری بیمہ (تجارتی احاطہ کا) کی سہولیات کے یکساں ہوتی ہیں جس کی بحث اوپر سیکھنے کے ماحاصل Cکے تحت کی گئی ہے۔

2. اہم اخراج

ان میں شامل ہیں :

a) غلطی یا بھول کی وجہ سے کمی،

b) رقم کا نقصان جسے مجوزہ فرد کے علاوہ دوسرے کو سونپ دیا گیا ہے اور

c) فسادات، ہڑتال اور دہشت گردی : اسے ایک اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے ایک اکسٹینشن کے طور پر کور کیا جا سکتا ہے۔

3. اکسٹینشنس

اضافی پریمیم کے ادائیگی پر مندرجہ ذیل باتوں کو کور کرنے کے لئے پالیسی کو بڑھایا جا سکتا ہے:

a) نقدی لے جا رہے افراد کی بےایمانی،

b) فسادات، ہڑتال اور دہشت گردی کے جوکھم

c) فراہمی جوکھم، جو ملازمین کو اجرت ادائیگی کے دوران ہوا نقصان ہے

4. پریمیم

پریمیم کی شرح کا تعین بیمہ دار ، کسی ایک وقت میں کمپنی کی نقدی لے جانے کی ذمہ داری سواری سہولت کا موڈ، شامل دوری، اپنائے گئے تحفظ اقدامات وغیرہ کے بنیاد پر طے کیا جاتا ہے۔ پریمیم پالیسی کے خاتمہ کے 30 دنوں کے اندر کی گئی اعلان کی بنیاد پر سال بھر میں لے جائی گئی اصل نقدی کے مطابق تطبیق پذیر ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

ان میں سے کسے ایک رقم بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے؟

I. غلطی یا بھول کی وجہ کمی

II. چوری کے وجہ فرد کے احاطہ سے نقدی غائب ہونا

III. رقم کا نقصان جسے مجوزہ فرد کے علاوہ دوسرے کو سونپا گیا ہے

IV. فسادات، ہڑتال اور دہشت گردی

E. مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ

کمپنیوں کو اپنے ملازمین کی دھوکہ دہی یا بےایمانی جیسے سفید کالر جرائم کی وجہ سے مالیاتی نقصان بھگتنا پڑتا ہے۔ مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ جعل سازی، غبن، چوری، ہیراپھیری اور غلطی کے ذریعے اپنے ملازمین کی دھوکادہی یا بےایمانی کی وجہ سے آجروں کو ہونے والے مالی نقصان کے خلاف ان کو معاوضہ دینا ہے۔

1. مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ کے تحت کوریج

کور ایک براہ راست معاشی نقصان کے خلاف دیا جاتا ہے اور اس میں نتیجہ میں نقصان شامل نہیں ہے۔

a) نقصان رقم ، سیکوریٹیز یا سامان کے تعلق میں ہونا چاہئیے۔

b) ایکٹ مخصوص فرائض کے دوران کیا گیا ہونا چاہئیے۔

c) نقصان کا پتہ پالیسی کے اختتام یا ملازم کی موت، ریٹائرمنٹ، پدتیاگ یا برخاستگی کے 12 مہینوں کے اندر لگایا جانا چاہئیے، جو بھی پہلے ہو۔

d) ایک دوبارہ کام پر رکھے گئے بےایمان ملازم کے تعلق میں کوئی کور فراہم نہیں کیا جاتا ہے۔

2. مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی پالیسی کی قسمیں

مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی پالیسیاں مختلف اقسام کی ہوتی ہیں جن کا تبادلہ خیال نیچے کیا گیا ہے:

a) انفرادی پالیسی

اس قسم کی پالیسی کا استعمال وہاں کیا جاتا ہے جہاں صرف ایک فرد کو ضمانت دی جانی ہو- ملازم کا نام، عہدہ اور ضمانت کی رقم مخصوص کی جانی چاہئے-

b) اجتماعی پالیسی

اس پالیسی میں ہر ایک ملازم کے فرائض پر ایک نوٹ اور الگ انفرادی بیمہ رقموں کے ساتھ ساتھ ان ملازمین کے ناموں کی فہرست بنانے کا ایک شیڈیول شامل ہے جن پر گارنٹی لاگو ہوتی ہے-

c) فلوٹنگ پالیسی یا فلوٹر

اس پالیسی میں کور کئے جانے والے افراد کے ناموں اور فرائض کو ایک شیڈیول میں ڈالا جاتا ہے، لیکن گارنٹی کی انفرادی رقموں کے بجائے گارنٹی کی ایک معینہ رقم پورے گروپ پر "گھومتی رہتی" ہے- اسلئے کسی بھی ایک ملازم کے تعلق میں دعویٰ عارضی گارنٹی کو کم کرتا ہے جب تک کہ ایک اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے بنیادی رقم کو بحال نہیں کیا جاتا ہے-

d) عہدہ (پوزیشن) پالیسی

یہ ایک اجتماعی پالیسی کے یکساں ہے جس میں فرق یہ ہے کہ صرف شیڈول ان" حالات "کی فہرست ہے جس کی ضمانت ایک مخصوص رقم کے لئے دی جائے گی اور نام کا ذکر نہیں کیا جاتا ہے-

e) بلینکیٹ پالیسی

یہ پالیسی نام یا عہدہ دکھائے بنا پورے اسٹاف کو کور کرتی ہے- بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ملازمین کے بارے میں کوئی پوچھ تاچھ نہیں کی جاتی ہے- اس طرح کی پالیسیاں ملازمین کی ایک بڑی تعداد رکھنے والے آجر کے لئے ہی موزوں ہیں اور تنظیم کے ملازمین کے گذشتہ کے بارے میں مناسب پوچھ تاچھ کرتا ہے- آجر جو حوالہ جات لیتا ہے، ایک دعوے کی حالت میں بیمہ کمپنیوں کے لئے دستیاب ہونا چاہئے- پالیسی صرف شہرت کی حاصل بڑی کمپنیوں کو فراہم کی جاتی ہے-

3. پریمیم

پریمیم کی شرح کاروباری پیشہ کے قسم، ملازم کے عہدے، جانچ اور نگرانی کے سسٹم پر انحصار کرتی ہے-

اپنے آپ کو ٹیسٹ 5

فڈیلیٹی گارنٹی بیمہ _____ کو معاوضہ کرتی ہے۔

I. آجروں کو ان کے ملازمین کی دھوکہ دہی یا بے ایمانی کے وجہ سے ان کو ہوئے مالی نقصان کے خلاف

II. ملازمین کو ان کے آجر کی دھوکہ دہی یا بے ایمانی کے وجہ سے ان کو ہوئے مالی نقصان کے خلاف

III. ملازمین اور آجروں کو تیسری پارٹی کی دھوکا دہی یا بے ایمانی کے وجہ سے ان کو ہوئے مالی نقصان کے خلاف

IV. شئیر ہولڈرز کو کمپنی کے مالی نقصان کی دھوکا دہی یا بے ایمانی کے وجہ سے ان کو ہوئے مالی نقصان کے خلاف

F. بینکاران کا معاوضہ بیمہ

یہ جامع کور بینکوں، این بی ایف سی دیگر اداروں کے لئے تیار کیا گیا تھا، جو پیسے اور سیکوریٹیز کے تعلق میں ان کے سامنے آنے والے مخصوص جوکھموں پر غور کرتے ہوئے رقم کو شامل کرنے والی سرگرمیوں میں مصروف ہوتے ہیں۔

1. بینکران معاوضہ بیمہ کے تحت کوریج

بینکر کی ضرورت کی بنیاد پر اس پالیسی کے مختلف تغیرات ہیں۔

a) آگ، چوری، فسادات اور ہڑتال کے وجہ سے احاطہ کے اندر رکھے رقم سیکوریٹیز کا نقصان یا ضرر ہونا۔

b) جب جائیداد کو مجوزہ ملازمین کے ہاتھوں میں احاطہ کے باہر لے جایا جاتا ہے، ملازمین کی لاپرواہی سمیت چاہے کسی بھی وجہ سے ہوا نقصان۔

c) چیک، ڈرافٹ، فیکس ڈپازٹ کی رسید وغیرہ کی جعل سازی یا تبدیلی

d) رقم /سیکوریٹیز کے حوالہ جات میں یا وعدہ سامان کے تعلق میں ملازمین کی بے ایمانی۔

e) رجسٹرڈ ڈاک پارسل سے ڈسپیچ -

f) تشخیص کار کی بے ایمانی۔

g) بینک کے ایجنٹ جیسے 'جنتا ایجنٹ'، 'چھوٹی بچت منصوبہ بندی ایجنٹ' کے ہاتھوں کھویا ہوا رقم -

یہ کور دریافت کی بنیاد پر جاری کیا جاتا ہے، اس کا مطلب ہے کہ پالیسی ایک مدت پر ردعمل کرے گی جس کے دوران کسی نقصان کا پتہ چلتا ہے اور لازمی طورسے وہ مدت نہیں جب یہ واقع ہوا تھا۔ لیکن اس وقت ایک کور وجود میں رہا ہونا چاہئے جب نقصان اصل میں واقع ہوا تھا۔

روایتی طورسے صرف تلاش کی تاریخ سے 2 سال کی مدت کے اندر ہوئے نقصان قابلِ ادائیگی ہوتے ہیں، جو نقصان واقع ہونے کی تاریخ سے پہلے کی کسی تاریخ سے کور جاری رہنے کے تابع ہے۔

2. اہم اخراج

ان میں شامل ہیں:

a) تجارت نقصانات

b) لاپرواہی

c) سافٹ ویئر سے متعلق جرائم اور

d) شراکت دار / ڈائریکٹرز کی بددیانتی

3. بیمہ رقم

بینک کو بیمہ رقم طےکرنی ہوتی ہے جو عام طور پر پہلے 5 سیکشنس میں گھومتی رہتی ہے۔ اسے 'بنیادی بیمہ رقم ' کہا جاتا ہے۔ سیکشن (1) اور (2) کے لئے اضافی بیمہ رقم خریدی جا سکتی ہے اگر بنیادی بیمہ رقم مناسب نہیں ہے۔ یہ پالیسی ایک اضافی پریمیم کے ادائیگی سے بیمہ رقم کے ایک لازمی اور خود کار بحالی کی اجازت دیتی ہے۔

4. شرح (ریٹنگ)

پریمیم کا حساب کتاب ان باتوں پر بنیاد ہے :

a) بنیادی بیمہ رقم

b) اضافی بیمہ رقم

c) ملازمین کی تعداد

d) شاخاؤں کی تعداد

اپنے آپ کو ٹیسٹ 6

ان میں سے کسے ایک بینکران کی معاوضہ بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جا سکتا ہے؟

I. آگ کے وجہ سے احاطہ میں رکھی رقم سیکوریٹیز کو نقصان یا ضرر ہونا

.II چیکوں کی جعل سازی یا تبدیلی

.III رقم کے حوالہ جات میں ملازمین کی بےایمانی

.IV اوپر کے سبھی

G. جوہری بلاک پالیسی

حالیہ برسوں میں بھارت زیورات ، مخصوص طور سے ہیروں کے لئے عالمی تجارت کے ایک اہم مرکز کے طور پر ابھرا ہے۔ در آمد شدہ خام ہیرے کو کاٹا، پالش کیا اور برآمد کیا جاتا ہے۔ یہ ایک جوہری کے تمام جوکھموں کا خیال رکھتی ہے جس کے کاروبار میں چھوٹے بلک میں اعلی قیمت کی اشیاۂ کی فروخت شامل ہے جیسے زیورات، سونے اور چاندی کی چیزیں، ہیرے اور بہ قیمت پتھر، کلائی گھڑیاں وغیرہ ۔ اس تجارت میں بڑی مقدار میں ان قیمتی اشیاۂ کی اسٹاکینگ اور ان کو الگ الگ احاطوں کے درمیان مقام منتقل کرنا شامل ہے۔

1. جوہری بلاک پالیسی کا کوریج

جوہری بلاک پالیسی اس طرح کے جوکھموں کو کور کرتی ہے۔ اسے چار سیکشنس میں تقسیم کیا گیا ہے۔ سیکشن 1 کے تحت کوریج لازمی ہے۔ بیمہ دار اپنے اختیار پر دیگر سیکشنس کا فائدہ اٹھا سکتا ہے۔ یہ ایک پیکیج پالیسی ہے۔

a) **سیکشن I:** آگ، دھماکے ،بجلی کی چوری ، برگلری، سیندھماری، چوری، لوٹ کھسوٹ ، ڈکیتی، فسادات ، ہڑتال اور بد نیتی پر منبی نقصان اور دہشت گردی کے نتیجے میں بیمہ شدہ احاطہ میں رکھی جائیداد کو ہوئے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے۔

b) **سیکشن II:** بیمہ دار اور دیگر مخصوص افراد کے قبضے میں رہنے کے دوران بیمہ شدہ جائیداد کو ہوئے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے۔

c) **سیکشن III :** اس طرح کی جائیداد کے رجسٹرڈ بیمہ دار پارسل ڈاک، ائر فریٹ وغیرہ کے ذریعے ٹرانزٹ میں رہنے کے دوران ان کو ہوئے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے۔

d) **سیکشن IV :** سیکشن ۱ میں مخصوص جوکھموں کے خلاف احاطہ میں موجود تجارت اور دفتری فرنیچر اور فٹنگ کے لئے کور فراہم کرتا ہے۔

پریمیم کے حساب کے لئے ہر ایک سیکشن کو الگ سے ریٹ کیا گیا ہے۔

2. اہم اخراج ہیں :

a) ایجنٹوں، کاٹنے والوں، سناروں کی بےایمانی

b) عوامی نمائش کے دوران رکھی جائیداد

c) ذاتی مقصد کے لئے پہنتے/لے جاتے وقت کھو جانا

d) کاروباری کے گھنٹوں کے باہر تجوری میں نہیں رکھی گئی جائیداد

e) رات میں ڈسپلے ونڈوز میں رکھی جائیداد

f) ملازمین یا بیمہ شدہ خاندان کے ارکان کے کُفر کی وجہ سے ہوئے نقصان کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔

مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی کور بھی مکمل تحفظ کے لئے بیمہ دار فرد کے ذریعے لیا جانا چاہئیے۔

3. **پریمیم**

جوکھموں کا اندازہ ہر ایک معاملے کی قابلیت کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ ہر ایک سیکشن کے لئے الگ پریمیم شرح لاگو ہوتی ہیں چہاں مخصوص چوکیدار، کلوز سرکٹ ٹی وی / الارم سسٹم، مخصوص سٹرانگ روم اور کسی بھی دیگر تحفظ ڈیوائس وغیرہ کے لئے رعایت دی جاتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 7

ایک جوہری بلاک پالیسی کے معاملے میں رجسٹرڈ پارسل سے ٹرانزٹ کے دوران بیمہ شدہ جائیداد کو ہوئے نقصان کو _____ کے تحت کور کیا جائیگا۔

I. سیکشن I

II. سیکشن II

III. سیکشن III

IV. سیکشن IV

H. انجینئرنگ بیمہ

انجینئرنگ بیمہ عام بیمہ کی ایک شاخ ہے جو آگ بیمہ کی ترقی کے متوازی ترقی یافتہ ہوا ہے۔ اسکی بنیاد صنعت کی ترقی میں دیکھی جا سکتی ہے جس نے پلانٹ اور مشینری کے لئے ایک الگ کور کی ضرورت پر روشنی ڈالی تھی۔ **تمام جوکھم** کور کا تصور بھی انجینئرنگ پروجیکٹس کے تعلق میں ڈیلوپ ہوئی تھی - جو مخصوص طورسے باہر رکھے گئے کسی بھی وجہ سے ہونے والے نقصان کو کور کرتا ہے۔ پروڈکٹ مختلف اقدامات کو کور کرتے تھے – تعمیر سے لےکر ٹیسٹنگ اور پلانٹ کے آپریشنل ہونے تک۔ بڑی اور چھوٹی دونوں طرح کی صنعتی اکائیاں اس بیمہ کے لئے گاہک ہیں۔ اس میں الیکٹرانک ڈیوائس والی اکائیاں اور بڑے پروجیکٹس پر کام کرنے والے ٹھیکیدار بھی شامل ہیں۔

انجینئرنگ بیمہ پالیسیوں کے قسم

آئیے ہم اس قسم کے بیمہ کے تحت آنے والی اہم پالیسیوں پر مختصر طور پر غور کریں۔

1. ٹھیکیدار تمام جوکھم (سی اے آر) پالیسی

اسے چھوٹے عمارتوں سے لےکر بڑے پیمانے کے ڈیمس، عمارتوں، پُلوں، سرنگوں وغیرہ سول انجینئرنگ پروجیکٹس میں مصروف ٹھیکیداروں اور پرنسپلوں کے مفادات کی حفاظت کرنے کے لئے بنایا گیا ہے۔ پالیسی ایک "تمام جوکھم" کور فراہم کرتی ہے - اس طرح یہ کنسٹرکشن سائٹ پر بیمہ کردہ جائیداد کو ہونے والے کسی بھی اچانک اور غیر متوقع نقصان یا ضرر کے خلاف معاوضہ فراہم کرتی ہے۔ اسے تیسری پارٹی کی ذمہ داری اور دیگر جوکھموں کو کور کرنے کے لئے بڑھایا جا سکتا ہے۔ پریمیم منصوبے کی فیس ، منصوبے کی لاگت ،منصوبے کی نوعیت ، ، منصوبے کی مدت ، جغرافیائی محل وقوع اور جانچ کی مدت پر انحصار کرتا ہے۔

2. ٹھیکیدار پلانٹ اور مشینری (سی پی ایم) پالیسی

تعمیر کے کاروبار میں شامل ٹھیکیداروں کے لئے، کرینوں، کھدائی کرنے والے جیسے سبھی قسم کی مشینری کو مندرجہ ذیل سمیت کسی بھی وجہ سے غیر متوقع اور اچانک جسمانی نقصان یا ضررسے کور کرنے کے لئے موزوں :

a) سیندھماری، چوری، آر ایس ایم ڈی ٹی

b) آگ اور بجلی، باہری دھماکے، زلزلہ اور دیگر آسمانی آفات سے متعلقہ سخت خطرات

c) کام کی وجہ سے ناقص مین ہینڈلینگ ، گرنے یا گرانے، زائل ہونا، ٹکر اور اثر کے وجہ سے کام کرتے وقت حادثاتی نقصان ؛ تیسری پارٹی کے نقصان کے لئے بڑھایا جا سکتا ہے۔

پریمیم سامان کی قسم اور جس پر یہ چلتا ہے کے مقام پر انحصار کرتا ہے۔

کور سامان کے کام پر یا آرام کی حالت میں ہونے یا صفائی یا اوورہالنگ یا اسکے بعد دوبارہ جمع کرنے کے لئے ختم کئے جاتے وقت کام کرتا رہتا ہے۔ یہ کور سامان کے ٹھیکیدار کے اپنے احاطہ میں پڑے ہونے کی حالت میں بھی لاگو ہوتا ہے۔

3. ایستادگی تمام جوکھم (ئی اے آر) پالیسی

اس پالیسی کو ذخیرہ سہ تعمیر (اسٹوریج کم اریکشن) (ایس سی ئی) پالیسی کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔ یہ کسی پروجیکٹ کے پرنسپل یا ٹھیکیداروں کے لئے مناسب ہے جہاں پلانٹ اور مشینری نصب کی جاتی ہے اور یہ

مختلف بیرونی خطرات کے دائرے میں ہوتی ہے - یہ ایک جامع بیمہ پالیسی ہے جو منصوبے سائٹ پر سامانوں کو اتارے جانے کے وقت سے کسی بھی قسم کی ہنگامی مصارف کو کور کرتی ہے اور مکمل منصوبے مدت کے دوران جاری ہے جب تک کہ منصوبے کے تجزیہ ، سند یاب اور سونپے جانے کا کام پورا نہیں ہو جاتا ہے۔

قابلِ مواخذ پریمیم منصوبے کی نوعیت ، لاگت، منصوبے کی مدت ، جغرافیائی محل وقوع اور جانچ کی مدت پر انحصار کرتا ہے۔

ضروری ہونے پر منصوبے سائٹ پر سپرد کئے جانے تک ٹرانزٹ فیس کے دوران سامانوں اور چیزوں کو کوریج فراہم کرنے کے لئے ایستادگی (تعمیر) پالیسی کے ساتھ ساتھ ایک سمندری کور جاری کیا جا سکتا ہے۔

4. مشینری کی خرابی پالیسی (ایم بی)

یہ پالیسی ہر ایسے صنعت کے لئے موزوں ہے جو مشینوں پر کام کرتی ہے اور جسکے لئے پلانٹ اور مشینری کی خرابی کے گمبھیر نتائج ہوتے ہیں۔ یہ پالیسی جنریٹر، ٹرانسفارمر جیسی مشینوں اور دیگر الیکٹریکل، یامیکانیکل یا لفٹینگ سامانوں کو کور کرتی ہے۔

یہ پالیسی بیمہ شدہ جائیداد کو کسی بھی وجہ سے (مستثنی جوکھموں کے تابع) سے الیکٹریکل، یامیکانیکل خرابی کے چلتے ہونے والے غیر متوقع اور اچانک جسمانی نقصان کو کور کرتی ہے:

a) جب یہ کام پر یا آرام کی حالت میں ہوتی ہے۔

b) صفائی یا اوورہالنگ کے لئے ختم کئے جاتے وقت

c) صفائی یا اوورہالنگ آپریشنس کے دوران اور اسکے بعد ری اسمبلی کے دوران۔

d) احاطہ کے اندر مقام منتقل کئے جاتے وقت

پریمیم انفرادی مشینری کی دوبارہ قیام / متبادل قیمت پر وصول کیا جاتا ہے۔ ایک پورے مشین کا بیمہ کیا جانا چاہئے۔ محصولات مشین کی قسم، جس صنعت میں اسکا استعمال کیا جاتا ہے اور اسکی قیمت پر انحصار کرتی ہیں۔ رعایت کی پیشکش اسٹینڈ بائی سہولیات ، دستیاب سپیئرس اور دعووں کے تجربہ جیسے فیکٹرس کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔

5. بائلر اور دباو پلانٹ پالیسی

یہ پالیسی مندرجہ ذیل کے خلاف بائلر اور دباؤ ویسل کو کور کرتی ہے:

a) بائلر اور/ یا دیگر دباؤ پلانٹ اور بیمہ دار کے آس پاس کی جائیداد کو آگ کے علاوہ دیگر قسم کی نقصان ؛ اور

b) اس طرح کے بائلر اور/یا دباو پلانٹ کےاندرونی دباو کی وجہ سے ہونے والے دھماکے یا خاتمے کی وجہ سے تیسری پارٹی کے فرد کو جسمانی چوٹ یا جائیداد کو نقصان کے معاملے میں بیمہ دار کی قانونی ذمہ داری ۔

چونکہ آگ پالیسی اور بائلر بیمہ پالیسی مناسب کور کے لئے باہمی خصوصی ہیں، دونوں پالیسیاں لینا ضروری ہے۔ سبھی انجینئرنگ پالیسیوں کے تحت بیمہ رقم حالیہ بحالی قیمت ہونی چاہئے۔

6. **مشینری منافع کا نقصان (ایم ایل او پی) پالیسی**

یہ پالیسی صنعتوں کے لئے موزوں ہے جہاں مشینری کی خرابی یا بائلر دھماکے کے نتیجے میں رکاوٹ یا تاخیر کے نتیجہ میں نقصان کی وجہ بنتی ہے۔

جہاں خرابی یا نقصان اور بحالی کے درمیان کا وقت وقفہ بڑا ہوتا ہے، یہ پالیسی کاروبار میں کمی اور کام کی لاگت میں اضافہ کی وجہ سے درمیان کی مدت کے دوران منافع کے نقصان کے لئے معاوضہ کرتی ہے۔ کاروباری رکاوٹ پالیسی کے شرائط و ضوابط اور کوریج ایک آگ پالیسی کے نقصان کے بعد کاروباری رکاوٹ پالیسی کے یکساں ہے، جس پر بحث اس باب میں پہلے کی گئی ہے۔

7. اسٹاک کی خرابی پالیسی

یہ پالیسی کولڈ اسٹوریج (انفرادی یا ایک کو آپریٹیو سوسائٹی) کے مالک کے لئے یا خراب ہونے والی اشیاء کے ذخیرہ کے لئے کولڈ اسٹوریج کو پٹے یا کرائے پر لینے والے فرد کے لئے موزوں ہے۔ یہ کور ریفریجریشن پلانٹ اور مشینری کی خرابی کے بعد اور درجہ حرارت میں اضافہ اور کولڈ اسٹوریج کے کمروں میں ریفریجنٹس کے اچانک اور غیر متوقع طورسے نکلنے کی وجہ سے مال کے خراب ہونے اور آلودگی کے جوکھم کے خلاف ہے۔

8. الیکٹرانک سامان پالیسی

یہ پالیسی مختلف قسم کے الیکٹرانک سامانوں کو کور کرتی ہے جن میں سی پی یو، کی بورڈ، مانیٹر، پرنٹر، یوپی ایس، سسٹم سافٹ وئیر وغیرہ سمیت مکمل کمپیوٹر سسٹم شامل ہے۔ اس میں ایئر کنڈیشنگ، ہیٹنگ اور پاور کنورجن جیسے امدادی سامان کو بھی کور کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی آگ پالیسی ، مشینری بیمہ پالیسی اور چوری بیمہ پالیسی کا ایک اختلاط ہے۔ پالیسی ناقص ڈیزائن (جو ایک وارنٹی کے تحت کور نہیں کیا جاتا ہے)، قدرتی مظاہر کے اثرات ، وولٹیج میں اتار چڑھاؤ کے وجہ سے ناقص طریقے سے کام کاج کرنے، اثر چھٹکے وغیرہ ، چوری، سیندھماری اور برگلری جیسی اتفاقی واقعہ کو بھی کور کرتی ہے۔

یہ پالیسی ہر ایک معاملے میں ذمہ داری یا دینداری کے بنیاد پر مالک، پٹادہندہ یا کرایہ دار کے لئے دستیاب ہے۔ عام طور پر اس کے تین سیکشن ہوتے ہیں جو مختلف قسم کے نقصانوں کو کور کرتے ہیں:

a) **سیکشن 1:** سامانوں کا نقصان اور ضرر

b) **سیکشن 2:** کمپیوٹر کے باہری ہارڈ ڈسک جیسے باہری ڈاٹا میڈیا کو نقصان اور ضرر

c) **سیکشن 3:** کام کی بڑھی ہوئی لاگت - 12، 26، 40 یا 52 ہفتے تک مقام عوضی سامان پر لگاتار ڈاٹا پروسیسنگ کا یقین کرنے کے لئے۔

9. پیشگی منافع کا نقصان کور (اے ایل او پی) یا ابتداء میں تاخیر پالیسی (ڈی ایس یو)

یہ منصوبے کے دوران حادثاتی نقصان کی وجہ سے ایک منصوبے کے تاخیر ہونے کے مالیاتی نتائج کو کور کرتی ہے۔ یہ متوقع آمدنی سے محروم بیمہ دار کے لئے اور مالی اداروں کے لئے منصوبے میں ان کی دلچسپی کی حد تک موزوں ہے۔ اسے منصوبے کی اصل شروعات سے پہلے ایم سی ی/ ای اے آر/سی اے آر پالیسی کے ایک توسیع کے طور پر جاری کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی معیادی لون پر سود، ڈبینچر، مزدوری اور تنخواجات وغیرہ جیسے جاری اخراجات کے طور پر مالی نقصانوں اور اس متوقع خالص منافع پر نقصان کو بھی کور کرتی ہے جو معینہ تاریخ کو کاروبار شروع ہونے کی حالت میں اس نے حاصل کیا ہوتا۔

پریمیم کی درجہ بندی مختلف اہم عوامل پر اور دستیاب دوبارہ بیمہ کی حمایت پر انحصار کرتا ہے۔ تخمینہ مجموعی منافع یا کاروبار اور معاوضہ کی مدت بھی قابلِ ادائیگی پریمیم طے کرنے میں اہم عوامل ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 8

ابتداء میں تاخیر پالیسی کو _____ کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔

I. مشینری منافع کا نقصان کور

II. پیشگی منافع کا نقصان کور

III. ٹھیکیدار تمام جوکھم کور

IV. ٹھیکیدار پلانٹ اور مشینری کور

I. صنعتی تمام جوکھم بیمہ

صنعتی تمام جوکھم پالیسی صنعتی جائیداد وں - تعمیر اور ذخیرہ دونوں سہولیات کو ایک پالیسی کے تحت بھارت میں کہیں بھی کور کرنے کے لئے ڈیزائن کی گئی تھی۔ یہ سامان کے نقصان اور کاروبارمیں رکاوٹ کے خلاف معاوضہ فراہم کرتی ہے۔

عام طور پر یہ پالیسی مندرجہ ذیل باتوں کے لئے کور فراہم کرتی ہے:

i. آگ اور آگ بیمہ کی مشق کے مطابق مخصوص سخت خطرات ،

ii. چوری (لارسنی کو چھوڑکر)

iii. مشینری کی خرابی / بائلر دھماکے / الیکٹرانک سامان

iv. اوپر کے سخت خطروں کے واقع ہونے کے بعد کاروبار میں رکاوٹ

(نوٹ: اوپر (سی) کے تحت سخت خطروں کے بعد کاروبار میں رکاوٹ کو عام طور پر پیکیج کور میں شامل نہیں کیا جاتا ہے لیکن یہ آپشنل کور کے طور پر دستیاب ہے)

- ✓ یہ پالیسی انفرادی آپریشنل پالیسیوں کے ذریعے فراہم کئے جانے والے کور کے مقابلے میں کور کی سب سے جامع رینج دستیاب کراتی ہے۔
- ✓ پالیسی کے لئے پریمیم کی محصولات منتخب کیے گئے کور، دعووں کے تجربہ اور منتخب شدہ قابلِ منہائی ، ایم ایل او پی کے لئے جوکھم تشخیص رپورٹ وغیرہ پر انحصار کرتی ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 9

ان میں سے کونسے صنعتی تمام جوکھم بیمہ کے تحت کور نہیں کیا جاتا ہے؟

I. آگ اور آگ بیمہ مشق کے مطابق مخصوص سخت خطرات

II. چوری (لارسنی)

III. مشینری کی خرابی

IV. الیکٹرانک سامان

J. سمندری بیمہ

سمندری بیمہ کو دو قسموں میں درجہ بند کیا گیا ہے: سمندری کارگو اور سمندری حل

1. سمندری کارگو بیمہ

حالانکہ 'سمندری (مرین)' لفظ سمندر کے (مرین) حادثات کی وجہ سے ہونے والے نقصان کو واضح کرسکتی ہے، **سمندری کارگو بیمہ** میں کئی دیگر باتیں شامل ہیں۔ یہ ملک کے اندر اور بیرون ملک میں ریل، سڑک، سمندر، ہوا یا رجسٹرڈ ڈاک کے ذریعے ٹرانزٹ کے دوران سامانوں کے نقصان یا ضرر کے تعلق میں معاوضہ فراہم کرتا ہے۔ سامانوں کی قسم میں ہیرے سے لےکر گھریلو سامان، بلک اشیاء جیسے سیمنٹ، اناج، پروجیکٹس کے لئے زیادہ چوتی کارگو وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔

کارگو بیمہ ملکی تجارت اور بین اقوامی تجارت میں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ فروخت کے زیادہ تر معاہدوں کی ضرورت ہوتی ہے کہ سامانوں کو نقصان یا ضرر کے خلاف ، بیچنے والے یا خریدار کے ذریعے کور کیا جانا چاہئے۔ **بیمہ کو کون متاثر کرتا ہے:** سامان [کنسائنمینٹ] کا بیچنے والے یا خریدار فروخت کے معاہدے کی بنیاد پر کارگو کا بیمہ کروا سکتا ہے۔

سمندری بیمہ معاہدے میں بین اقوامی سطح پر لاگو ہونے والے شرائط کی ضرورت ہوتی ہے۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ یہ ایسے سامانوں کو کور کرتا ہے جو کسی بھی ملک کی سرحدوں سے دور ٹرانزٹ میں ہیں۔ کور بین اقوامی کنوینشنس اور پالیسی سے منسلک کچھ کلازوں کے مطابق تابع ہیں۔

چہاں بنیادی پالیسی دستاویز میں عام شرطیں شامل ہوتی ہیں، کور کا دائرہ اور مستثنات اور مخصوص اخراج الگ کلازوں سے چڑے ہوتے ہیں جن کو انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاز (آئی سی سی) کے طور پر جانا جاتا ہے۔ یہ انسٹی ٹیوٹ آف لندن انڈرائٹرس کے ذریعے تیار کئے جاتے ہیں۔

a) **سمندری کارگو بیمہ کے تحت کوریج**

کارگو پالیسیاں لازمی طورسے سفر پالیسیاں ہیں یعنی یہ موضوع (سبجیکٹ میٹر) کو ایک مقام سے دوسرے مقام پر لے جانے کو کور کرتی ہیں۔ حالانکہ، بیمہ دار کو ہمیشہ اپنے کنٹرول کی سبھی حالتوں میں مناسب احتیاط کے ساتھ کام کرنے کی ضرورت ہے۔ اس پالیسی کی خصوصیات ہے کہ یہ ایک متفق قیمت پالیسی ہے۔ قیمت بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان اتفاق سے طے کی جاتی ہے اور بعد میں دوبارہ اندازہ کے مشروط نہیں ہے جب

تک دھوکا دہی کا شبہ نہیں ہوتا ہے۔ دوسری منفرد خصوصیات یہ ہے کہ پالیسی آزادانہ طورسے قابلِ تفویض ہے۔

کور عام طور پر سامانوں کی پالیسی میں نامی مقام پر گودام سے نکلنے کے وقت سے شروع ہوتا ہے اور پالیسی میں نام منزل مقصود پر ختم ہوتا ہے جو فروخت کے معاہدے کی شرطوں پر انحصار کرتا ہے۔

لاگو شرائط و ضوابط ان میں سے کسی ایک کے ذریعے تابع ہوتی ہیں؛

i. اِن لینڈ ٹرانزٹ کے لئے اِن لینڈ ٹرانزٹ کلاز (آئی ٹی سی) اے، بی یا سی

ii. سمندر کے ذریعے سفر کے لئے انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاز (آئی سی سی) اے، بی یا سی

iii. انسٹی ٹیوٹ کارگو (ہوائی) کلاز - ہوائی نقل و حمل کے لئے اے

انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاز سی کم سے کم کور فراہم کرتا ہے جو مندرجہ ذیل کی وجہ سے کارگو کے ساتھ وہائکل یا ویسل کے حادثہ کی وجہ سے ہونے والا نقصان یا ضرر ہے:

i. آگ یا دھماکے

ii. گاڑی کا پٹری سے اتر جانا یا پلٹنا

iii. ویسل کی اسٹرینڈنگ، گراؤنڈنگ یا ڈوبنا (جہازکے معاملے میں)

iv. ایک باہری چیز کے ساتھ ٹکراو

انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاج بی کلاج سی کے مقابلے میں زیادہ جامع ہے۔ سی میں کور کئے گئے خطروں کے علاوہ یہ مندرجہ ذیل کی وجہ سے ہونے والے نقصان یا ضرر کو بھی کور کرتا ہے:

i. زلزلہ ، جوالا مکھی دھماکے اور آسمانی بجلی جیسے خدا کے ایکٹ (اے او جی) کے جوکھم

ii. اِن لینڈ ٹرانزٹ میں پلوں کا خاتمہ

iii. سمندر ٹرانزٹ کے معاملے میں جہاز پر سامان کے دھل جانے یا پھینک دیئے جانے سے نقصان

iv. جہاز میں پانی کا داخل

انسٹی ٹیوٹ کارگو کلاز ایک جامع کور ہے کیونکہ یہ بی اور سی کی سبھی سخت خطروں اور کچھ معینہ اخراج کو چھوڑکر کسی بھی دیگر جوکھم کے وجہ سے ہونے والے نقصان یا ضرر کو کور کرتا ہے جیسے:

i. بیمہ دار کے جان بوجھ کر اخلاق کی وجہ سے نقصان یا ضرر

ii. عام لیکیجٔ، ٹوٹنے، ٹوٹ پھوٹ یا وزن/مقدار میں عام نقصان

iii. پیکنگ میں کوتاہی

iv. موروثی نائب

v. تاخیر

vi. مالکوں کے دوالیہ پن کی وجہ سے نقصان

vii. جوہری خطرے

یہ اخراج اِن لینڈ ، ہوا اور سمندر کے سبھی کلاجوں کے لئے عام ہیں۔ کوئلہ، بلک تیل اور چائے وغیرہ جیسی مخصوص اشیاۂ کے تجارت کے لئے الگ کلاج بھی ہیں۔ سمندری کور کو جنگ، حملے، فسادات، سول ہنگامیں اور دہشت گردی کو کور کرنے کے لئے اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے بڑھایا جا سکتا ہے۔ سمندری اور اویشین پالیسیاں بیمہ کی ایک صرف ایک شاخ ہیں جو جنگ کے خطروں کے خلاف کور فراہم کرتی ہیں۔

اہم

معیاری پالیسی فارم کے تحت اور پالیسی سے جڑے مختلف کلازوں کے تحت ایک سمندری پالیسی کے تحت کور کئے گئے جوکھم بنیادی طور پر تین کیٹگری میں آتے ہیں:

i. سمندری خطرے،

ii. باہری خطرے اور

iii. جنگ، ہڑتال، فسادات ، سول ہنگامہ اور دہشت گردی کے جوکھم۔

b) سمندری پالیسیوں کے مختلف اقسام

i. مخصوص پالیسی

یہ پالیسی ایک اکیلے شپمینٹ کو کور کرتی ہے۔ یہ مخصوص سفر یا ٹرانزٹ کے لئے درست ہے۔ باقاعدگی سے درآمد اور برآمد تجارت میں مصروف تاجر اور جو اِن لینڈ ٹرانزٹ کے ذریعے باقاعدگی سے کنسائنمینٹ بھیج رہے ہیں، ان کے لئے آپن پالیسی جیسی خصوصی انتظامات کے تحت بیمہ کی بندوبست کرنا موزوں ہوگا۔

ii. جامع (آپن) پالیسی

ملک کے اندر مال کی ڈھلائی کو ایک جامع پالیسی کے تحت کور کیا جا سکتا ہے۔ یہ پالیسی ایک سال کے لئے معتبر ہے اور اس مدت کے دوران سبھی کنسائنمینٹ کا اعلان ایک پکھواڑہ ، ماہانہ یا سہ ماہی بنیاد پر ان کے درمیان ہوئی سہمتی کے مطابق بیمہ دار کے ذریعے بیمہ کمپنی کو کیا جانا ضروری ہے۔

iii. آپن کور

مسلسل تجارت کرنے والے بڑے برآمد کنندگان اور درآمد کے لئے ایک آپن کور جاری کیا جاتا ہے۔ یہ سمندری ڈسپیچ کے ایک سال کے لین دین کے لئے کور کی شرطیں اور پریمیم کی محصولات طے کرتا ہے۔ جامع (اوپن) کور ایک پالیسی نہیں ہے اور اس پر مہر نہیں لگی ہوتی ہے۔ ہر ایک اعلان کے تعلق میں مناسب قیمت کے لئے ضروری ٹکٹ لگا ہوا ایک بیمہ سرٹیفکیٹ جاری کیا جاتا ہے۔

iv. ڈیوٹی اور بڑھتی ہوئی قیمت کا بیمہ

یہ پالیسیاں اضافی بیمہ فراہم کرتی ہیں اگر کارگو کی قیمت بڑھتی ہے کسٹمس ڈیوٹی کے ادائیگی کی وجہ سے یا مال کے اترنے کی تاریخ کو

ڈیسٹینیشن پر اسکے بازار قیمت میں اضافہ کی وجہ سے کارگو کی قیمت بڑھ جاتی ہے۔

v. **ابتداۂ ہونے میں تاخیر**

کئی بیمہ دار اس کور کو منتخب کر رہے ہیں۔ نئی منصوبے کے معاملے میں ٹرانزٹ کے دوران سامان کو کسی بھی نقصان یا ضرر میں نئے سامان کے لئے آرڈر دینا شامل ہو سکتا ہے جو منصوبے کے پورا ہونے میں تاخیر کی وجہ بنتا ہے اور اس سے منافع کا نقصان ہوتا ہے۔ ایسے مالی انسٹی ٹیوٹ جو اپنی ڈیبیٹ سروسینگ کے لئے منصوبے کو وقت پر پورا کرنے میں دلچسپی رکھتے ہیں، وہ اس جوکھم کو ایک بیمہ معاہدے کے ذریعے کور کیا جانا پسند کرینگے اور سمندری (کارگو) بیمہ پالیسی کو سمندری تاخیر یا صرف تاخیر سے منصوبے شروع ہونے کی وجہ سے نتیجہ میں نقصان کے خلاف بڑھایا جا سکتا ہے۔

پریمیم: شرح مال کی نوعیت ، نقل بار برداری کے موڈ، پیکیج کی قسم، سمندری سفر کے راستے اور ماضی کے دعویٰ تجربہ پر انحصار کرتا ہے۔ حالانکہ ایس آر سی سی اور جنگ جوکھم (بیرون ملک کارگو کے لئے) جیسے توسیع کور میں جوکھم خصوصی ریگولیشنس کے ذریعے تابع ہوتے ہیں اورجمع کیا گیا پریمیم مرکزی حکومت کو کریڈٹ کیا جائیگا۔

2. **سمندری ہُل بیمہ**

'ہُل' لفظ ایک جہاز یا دیگر ابی نقل وحمل ویسل کی باڈی سے مراد ہے۔

سمندری حل بیمہ مختلف ملکوں میں لاگو بین اقوامی کلازوں کے مطابق کیا جاتا ہے۔ سمندری حل کور لازمی طورسے دو قسم کے ہوتے ہیں:

a) ایک مخصوص سمندری سفر کو کور کرنے والا: یہاں استعمال کئے جانے والے کلازوں کے سیٹ کو انسٹی ٹیوٹ سمندری سفر کلاز کہا جاتا ہے۔

b) ایک وقت مدت کو کور کرنے والا: عام طور پر ایک سال ۔ یہاں استعمال کئے گئے کلازوں کے سیٹ کو انسٹی ٹیوٹ (وقت) کلاز کہا جاتا ہے۔

معلومات

ہل بیمہ میں مندرجہ ذیل بیمہ بھی شامل ہیں:

i. چھوٹا سمندری جہاز، بڑی نوکا (لانچ)، مسافری جہاز وغیرہ جیسے اِن لینڈ جہاز
ii. ڈریڈجرس ویسل (مشینی یا غیرمشینی)
iii. مچھلی پکڑنے والے ویسل (مشینی یا غیرمشینی)
iv. سیلینگ ویسل (مشینی یا غیرمشینی)
v. جیٹیج اور وہاروس
vi. تعمیر کے کورس میں جہاز

جہاز کے مالک کا نہ صرف جہاز میں بلکہ بیمہ کی مدت کے دوران حاصل ہونے والے مال کرایے میں بھی قابلِ بیمہ مفاد ہوتا ہے۔ مال ڈھلائی کے علاوہ شرائط اور اسٹور سمیت ویسل کی فٹنگ میں اسکے کے ذریعے خرچ کی گئی رقم میں بھی جہاز کے مالک کا قابلِ بیمہ مفاد ہوتا ہے۔ **ان اخراجات کو زرعی قرض کہا جاتا ہے اور ان کا بیمہ ایک وقت مدت کے لئے ہُل پالیسی کے ساتھ جما کیا جاتا ہے۔**

اہم

ہوا بازی بیمہ: ایک جامع پالیسی ان ہوائی جہازوں کے لئے بھی دستیاب ہے جو ہوائی جہاز کے آپریشن سے پیدا ہونے والی تیسری پارٹی اور مسافروں کی قانونی ذمہ داری کو کور کرتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 10

بیمہ کی کون سی شاخ جنگ کے خطروں کے خلاف کور فراہم کرتی ہے؟

I. سمندری پالیسیاں
II. ہوائی جہاز پالیسیاں
III. اوپر کے دونوں
IV. اوپر میں سے کوئی نہیں

K. ذمہ داری پالیسیاں

حادثات سے پوری طرح سے بچا نہیں جا سکتا ہے چاہے فرد کتنا ہی محتاط کیوں نہ ہو۔ اسکے نتیجے میں اپنے آپ کو چوٹ لگ سکتی ہے اور کسی کی جائیداد کو نقصان پہنچ سکتا ہے اور اسکے ساتھ ساتھ تیسری پارٹیوں کو چوٹ لگ سکتی ہے اور ان کی جائیداد کو نقصان ہو سکتا ہے۔ اس قسم کے متاثر لوگ ایسے نقصان کے لئے معاوضہ کا دعویٰ کرینگے۔

ایک ذمہ داری بنانے اور فروخت کے درمیان کسی پروڈکٹ میں ایک عیب سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، جیسے کہ چاکلیٹ یا دوائیں صارفین کو نقصان پہنچاتی ہیں۔ اسی طرح، ذمہ داری کسی مریض کے غلط تشخیص/علاج سے یا ایک وکیل کے ذریعے اپنے گاہک کے معاملے کو غلط طریقے سے تصفیہ کرنےکی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

ایسے سبھی معاملوں میں، چہاں ایک تیسری پارٹی ، صارفین یا مریض مبینہ طور پر غلط ایکٹ کے لئے معاوضے کا مطالبہ کرےگا، یہ دعویداروں کے ذریعے دائر کئے گئے مقدموں کی حفاظت کرنے میں شامل معاوضے کی ادائیگی کے لئے یا اخراجات کو پورا کرنے کی ایک ضرورت میں اضافہ کرےگا۔ دوسرے لفظوں میں، ادائیگی کرنے کی ذمہ داری سے ایک مالی نقصان پیدا ہوتا ہے۔ اس طرح کی ذمہ داری کی موجودگی اور ادائیگی کی جانے والے معاوضے کی رقم ایک سویل کورٹ کے ذریعے معینہ کی جائیگی جو مبینہ لاپرواہی/دھوکہ دہی کے پہلو میں جائےگا۔ ذمہ داری بیمہ پالیسیاں ایسے واجبات کا کوریج فراہم کرتی ہیں۔

آئیے ہم کچھ ذمہ داری پالیسیوں پر نظر ڈالتے ہیں۔

قانونی ذمہ داری

کچھ ایسے قانون یا قوانین ہیں جو معاوضے کے ادائیگی کی بندوبست کرتے ہیں۔ یہ قانون اس طرح ہیں:

- ✓ عوامی ذمہ داری بیمہ ایکٹ ، 1991 اور
- ✓ 2010 میں ترمیم شدہ ملازم معاوضہ ایکٹ ، 1923

بیمہ پالیسیاں ایسی ذمہ داریوں کے سلسلے میں تحفظ کے لئے دستیاب ہیں۔ آئیے ہم ان میں سے کچھ کو دیکھیں۔

1. **لازمی عوامی ذمہ داری پالیسی**

عوامی ذمہ داری بیمہ ایکٹ ، 1991 ان لوگوں پر کوئی عیب نہیں کی بنیاد پر ذمہ داری عائد کرتا ہے جو خطرناک مادوں کا کام کاج کرتے ہیں اور اس طرح کے آپریشن کے دوران کسی تیسری پارٹی کو چوٹ لگ جاتی ہے یا اس کی جائیداد ضرر ہو جاتی ہے۔ خطرناک مادوں کے ناموں اور ہر ایک کی مقدار کو اس 'ایکٹ ' میں فہرست کیا گیا ہے۔

فی فرد قابلِ ادائیگی معاوضے کی رقم مندرجہ ذیل کے مطابق مقرر ہوتی ہے۔

قابلِ ادائیگی معاوضہ (معاوضہ)

مہلک حادثے	25،000 روپے -
مستقل مکمل معذوری	25،000 روپے -
مستقل جزوی معذوری کے	% کے بنیاد پر 25،000 روپے - کا %
عارضی جزوی معذوری	1000 روپے - فی ماہ، زائد از زائد 3 مہینے
اصل طبی اخراجات	زائد از زائد 12،500 روپے - تک
جائیداد کو اصل نقصان	6000 روپے - تک

پریمیم اے او اے (کوئی ایک حادثے) حد اور گاہک کے کاروبار پر مبنی ہوتا ہے۔ اس پالیسی کی ایک خاص خصوصیات یہ ہے کہ اس میں بیمہ دار فرد کو ماحولیاتی ریلیف فنڈ میں لازمی شراکت کے طور پر پریمیم کے برابر رقم کی ادائیگی کرنی پڑتی ہے۔ اگر تیسری پارٹی کی ایک بڑی تعداد متاثر ہوتی ہے اور قابلِ ادائیگی راحت کی کل رقم اے۔ او اے حد سے زیادہ ہو جاتی ہے تو باقی رقم کی ادائیگی فنڈ سے کی جائے گی۔

2. عوامی ذمہ داری پالیسی (صنعتی /غیر صنعتی جوکھم)

اس قسم کی پالیسی تیسری پارٹی کو ذاتی چوٹ یا املاک کی تباہی [ٹی پی پی آئی یا ٹی پی پی ڈی] کی وجہ سے ہونے والی بیمہ دار کی غلطی/لاپرواہی سے پیدا ذمہ داری کو کور کرتی ہے۔

صنعتی جوکھموں اور غیر صنعتی جوکھموں کو کور کرنے والی الگ الگ پالیسیاں ہیں، جیسے ہوٹلوں، سنیما ہالوں، آڈیوٹوریم، رہائشی احاطوں ، دفاتر، اسٹیڈیموں، گوداموں اور دکانوں کو متاثر کرنے والے جوکھم۔ یہ ٹی پی پی آئی یا ٹی پی پی ڈی کے تعلق میں بھارتیہ قانون کے مطابق مدعی کی لاگتوں، فیس اور خرچ سمیت معاوضے کی ادائیگی کرنے کے قانونی ذمہ داری کو کور کرتی ہیں۔

یہ پالیسی ان باتوں کو کور نہیں کرتی ہے:

a) پروڈکٹس کی ذمہ داری

b) آلودگی کی ذمہ داری

c) نقل و حمل اور

d) مزدور/ملازمین کو چوٹ لگنا

3. **پروڈکٹ ذمہ داری پالیسی**

پروڈکٹ ذمہ داری بیمہ کی مانگ آج بنائے اور عوام کو بیچے جانے والے پروڈکٹس کی وسیع اقسام (جیسے ڈبابند کھانے کی چیزیں، ہوا آمیز پانی، دوائیں اور انجیکشن، بجلی کے سامان ، میکانکی سامان ، کیمیکل وغیرہ) کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہے۔ اگر پروڈکٹ میں کوئی عیب موت ، جسمانی چوٹ یا بیماری یا تیسری پارٹی کے املاک کو بھی نقصان کی وجہ سے بنتا ہے تو اسکے وجہ سے ایک دعویٰ پیدا ہو سکتا ہے۔ پروڈکٹ ذمہ داری پالیسیاں بیمہ دار کی اس ذمہ داری کو کور کرتی ہیں۔

کور برآمد کے ساتھ ساتھ گھریلو فروخت کے لئے بھی دستیاب ہے۔

4. لفٹ (تیسری پارٹی) ذمہ داری بیمہ

یہ پالیسی لفٹوں کے استعمال اور آپریشن سے پیدا ہونے والی ذمہ داریوں کے سلسلہ میں عمارتوں کے مالکان کو معاوضہ فراہم کرتی ہے۔ یہ مندرجہ ذیل باتوں کے لئے قانونی ذمہ داریوں کو کور کرتی ہے:

a) کسی بھی فرد کی موت /جسمانی چوٹ (بیمہ شدہ فرد کے ملازمین کو چھوڑکر)

b) جائیداد کو نقصان (بیمہ دار کی اپنی یا ملازم کی جائیداد کو چھوڑکر)

پریمیم کی محصولات معاوضہ کی حد ، کسی ایک فرد ، کسی ایک حادثے اور کسی ایک سال پر منحصر کرتی ہیں۔

5. تجارتی ذمہ داری

تجارتی معاوضہ پیشہ ورانہ لوگوں کو ان کے تجارتی فرائض کی کارکردگی میں لاپرواہی سے پیدا ہونے والے نقصانوں کی بھرپائی کرنے کے لئے ان کی قانونی ذمہ داری کے خلاف بیمہ تحفظ فراہم کرنے کے لئے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ اس طرح کے کور ڈاکٹروں، اسپتالوں، انجینیروں، معمار وں، چارٹرڈ اکاؤنٹینٹ، مالی مشیر، وکلاء، بیمہ بروکرز کے لئے دستیاب ہیں۔

6. ڈائریکٹرس اور افسران کی ذمہ داری پالیسی

کسی کمپنی کے ڈائریکٹرز اور افسران کے اعتماد اور ذمہ داری کے عہدوں پر فائز ہوتے ہیں۔ وہ کمپنی کے معاملوں کی نگرانی اور انتظام میں انکے کے ذریعے کئے گئے غلط طریقے کے کارروائیوں کے لئے شئردارکوں، ملازمین ، لینداروں اور کمپنی کے دیگر اسٹیک ہولڈرز کو ہرجانہ ادا کرنے کے لئے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کی ذمہ داری کو کور کرنے کے لئے ایک پالیسی تیار کی گئی ہے اور یہ کمپنی کے نام اسکے سبھی ڈائریکٹرز کو کور کرنے کے لئے جاری کی جاتی ہے۔

7. ملازم معاوضہ بیمہ

یہ پالیسی بیمہ دار کو اپنے ان ملازمین کو معاوضے کی ادائیگی کرنے کی اس کی قانونی ذمہ داری کے سلسلے میں معاوضہ فراہم کرتی ہے، جو اپنے ملازمت پر یا اسکے دوران پیدا ہونے والی بیماری یا حادثے سے جسمانی چوٹ کا سامنا کرتے ہیں۔ اسے مزدور معاوضہ بیمہ بھی کہا جاتا ہے۔

بیمہ کے دو اقسام بازار میں مقبول ہیں:

a) **ٹیبل اے:** ملازم معاوضہ ایکٹ ، 1923 (مزدور معاوضہ ایکٹ ، 1923)، موٹر حادثہ ایکٹ ، 1855 اور عام قانون کے تحت ملازمین کو حادثات کی قانونی ذمہ داری کے خلاف معاوضہ -

b) **ٹیبل بی:** موٹر حادثہ ایکٹ ، 1855 اور عام قانون کے تحت قانونی ذمہ داری کے خلاف معاوضہ -

پریمیم کی شرح تجویز فارم میں اعلان ملازمین کے تخمینہ اجرت پر لاگو ہوتی ہے اور پریمیم کو پالیسی کی ختم پر بیمہ شدہ فرد کے ذریعے اعلان اصل اجرت کے بنیاد پر اطلاق کیا جاتا ہے-

مندرجہ ذیل باتوں کو کور کرنے کے لئے پالیسی کی توسیع کی جا سکتی ہے :

i. مخصوص رقموں تک ملازم کے چوٹوں کے علاج کے لئے بیمہ شدہ فرد کے ذریعے خرچ کئے گئے طبی اور اسپتال سے متعلقہ اخراجات

ii. ایکٹ میں درج پیشہ ورانہ بیماریوں کے لئے ذمہ داری ١

iii. ٹھیکیداروں کے ملازمین کی طرف ذمہ داری

اپنے آپ کو ٹیسٹ 11

عوامی ذمہ داری بیمہ ایکٹ ، 1991 کے تحت اصل طبی اخراجات کے لئے قابلِ ادائیگی معاوضہ کتنا ہے؟

I. 6،250 روپے-

II. 500،12 روپے-

III. 25،000 روپے-

IV. 50،000 روپے-

خلاصہ

a) آگ بیمہ پالیسی تجارتی اداروں کے ساتھ ساتھ جائیداد کے مالکان اور جائیداد میں مالی مفاد رکھنے والے افراد /مالیاتی اداروں کے لئے موزوں ہے-

b) آگ پالیسی کے مختلف اقسام میں شامل ہیں:

- ✓ بازار قیمت بحالی قیمت پالیسیاں
- ✓ دوبارہ قیام قیمت پالیسیاں
- ✓ اعلان پالیسی
- ✓ فلوٹر پالیسی

c) نتیجہ میں نقصان (سی ایل) پالیسی یا کاروباری رکاوٹ (بی آئی) پالیسی مجموعی منافع کے نقصان کے لئے معاوضہ فراہم کرتی ہے - جسمیں مالی نقصان کو کم کرنے کے لئے کاروبار کو جلد سے جلد حالات معمول پر لانے کے

لیے بیمہ دار کے ذریعے خرچ کی گئی کام کاج کی بڑھی ہوئی لاگت کے ساتھ ساتھ خالص منافع اور مستقل قیمت شامل ہیں۔

d) سینڈھماری پالیسی کارخانوں، دکانوں، دفاتر، گوداموں اور ویر ہاؤس جیسے تجارتی احاطوں کے لئے ہے جن میں اسٹاک، سامان، فرنیچر، فکسچر اور ایک بند تجوری میں رکھی نقدی شامل ہو سکتی ہے جسے چرایا جا سکتا ہے۔

e) رقم بیمہ پالیسی ان نقصانوں کو کور کرنے کے لئے بنائی گئی ہے جو نقدی ، چیک/پوسٹل آرڈر/ڈاک ٹکٹوں کا لین دین کرتے وقت واقع ہو سکتے ہیں۔

f) رقم بیمہ پالیسی دو سیکشنس کے تحت کور فراہم کرتی ہے: ٹرانزٹ سیکشن اور احاطہ سیکشن -

g) مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ آجر ؤں کو انکے ملازمین کی جعل سازی ، غبن، چوری، ہیراپھیری اور غلطی کے ذریعے دھوکہ دہی یا بےایمانی کی وجہ سے ان کو ہوئے مالی نقصان کے خلاف معاوضہ کرتی ہے۔

h) مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی پالیسی کے قسموں میں شامل ہیں: انفرادی پالیسی ، مجموعی ، فلوٹنگ پالیسی ، عہدہ پالیسی اور بلانکیٹ پالیسی -

i) بینکروں کی معاوضہ پالیسی ان بینکوں، این بی ایف سی ایس اور دیگر اداروں کے لئے تیار کیا گیا ایک جامع کور ہے، جو پیسے اور سیکوریٹیز کے تعلق میں ان کے سامنے آنے والے مخصوص جوکھموں پر غور کرتے ہوئے پیسے کو شامل کرنے والی کارکردگیوں میں مصروف ہوتے ہیں۔

j) انجینئرنگ بیمہ کے تحت آنے والی اہم پالیسیوں میں شامل ہیں:

- ✓ ٹھیکیدار تمام جوکھم پالیسی
- ✓ ٹھیکیدار پلانٹ اور مشینری پالیسی
- ✓ ایستادگی/تعمیر تمام جوکھم پالیسی
- ✓ مشینری کی خرابی پالیسی
- ✓ بائلر اور دباو پلانٹ پالیسی
- ✓ مشینری منافع کا نقصان پالیسی
- ✓ اسٹاک کی خرابی پالیسی
- ✓ الیکٹرانک سامان پالیسی
- ✓ پیشگی منافع کا نقصان کور

k) صنعتی تمام جوکھم پالیسی صنعتی جائیداد وں - ایک پالیسی کے تحت بھارت میں کہیں بھی مینوفیکچرینگ اور ذخیرہ دونوں سہولیات کو کور کرنے کے لئے ڈیزائن کی گئی تھی۔

l) سمندری بیمہ کو سمندری کارگو اور سمندری حل بیمہ میں درجہ بند کیا گیا ہے۔

m) کارگو پالیسیاں بنیادی طورپر سفر پالیسیاں ہیں یعنی یہ موضوع کو ایک مقام سے دوسرے مقام پر تبدیل کرنے کو کور کرتی ہیں۔

n) سمندری پالیسیوں کے مختلف قسموں میں شامل ہیں:

- ✓ مخصوص پالیسی
- ✓ آپن پالیسی
- ✓ آپن کور
- ✓ ڈیوٹی اور اضافی ویلیو بیمہ

✓ ابتداء میں تاخیر

o) سمندری حل کور لازمی طورسے دو قسم کے ہوتے ہیں: ایک مخصوص سفر کو کور کرنے والی اور ایک وقت مدت کو کور کرنے والی۔

p) ایک عوامی ذمہ داری پالیسی تیسری پارٹی کو انفرادی چوٹ یا جائیداد کے تباہی کی وجہ سے بننے والی بیمہ دار کی غلطی/لاپرواہی سے پیدا ذمہ داری کو کور کرتی ہے۔

q) پروڈکٹ ذمہ داری پالیسیاں پروڈکٹ میں عیب سے متعلقہ بیمہ دار کی ذمہ داری کو کور کرتی ہے، جس کی وجہ سے موت ، جسمانی چوٹ یا بیماری یا یہاں تک کہ تیسری پارٹي کی جائیداد کو نقصان بھی پہنچتا ہے۔

r) تجارتی معاوضہ پیشہ ورانہ لوگوں کو ان کے تجارتی فرائض کو انجام دینے میں لاپرواہی سے پیدا ہونے والا ہرجانہ ادا کرنے کی ان کی قانونی ذمہ داری کے خلاف بیمہ تحفظ فراہم کرنے کے لئے تیار کی گئی ہے۔

اہم اصطلاحات
a) جائیداد کا آگ بیمہ
b) سیندھماری بیمہ
c) رقم بیمہ
d) مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ
e) بینکران معاوضہ بیمہ
f) جوہری بلاک پالیسی
g) انجینئرنگ بیمہ
h) صنعتی تمام جوکھم بیمہ
i) سمندری بیمہ
j) حل بیمہ
k) ذمہ داری پالیسی

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جوابات

جواب 1

درست آپشنIII ہے۔

تجارتی جوکھموں کے لئے آگ پالیسی دھماکے اور اندرونی دھماکے کے خطروں کو کور کرتی ہے۔

جواب 2

درست آپشنI ہے۔

ایک کاروباری رکاوٹ بیمہ پالیسی صرف معیاری آگ اور مخصوص جوکھم پالیسی کے اختلاط میں لی جاسکتی ہے۔

جواب 3

درست آپشنIV ہے۔

سیندھماری پالیسی کے لئے پریمیم کئی چیزوں کی نوعیت پر انحصار کرتا ہے جیسے بیمہ شدہ جائیداد ، خود بیمہ دار کا اخلاقی جوکھم، احاطہ کا تعمیر

اور مقام ، حفاظتی اقدامات (جیسے چوکیدار، چوری کا الارم)، پچھلے دعووں کا تجربہ وغیرہ -

جواب 4

درست آپشنII ہے-

سیندھماری کی وجہ سے کسی فرد کے احاطہ سے نقدی کے غائب ہونے کو ایک رقم بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے- فسادات، ہڑتال اور دہشت گردی کو ایک اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے ایک توسیع کے طور پر کور کیا جا سکتا ہے-

جواب 5

درست آپشنI ہے-

ایک مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ پالیسی آجر ؤں کو انکے ملازمین دھوکہ دہی یا بےایمانی کے وجہ سے ان کو ہونے والے مالی نقصان کے خلاف معاوضہ کرتی ہے-

جواب 6

درست آپشنIV ہے-

ایک بینکر کی معاوضہ بیمہ پالیسی پیسے کے تعلق میں آگ، جعل سازی یا چیک کی تبدیلی ، ملازمین کی بےایمانی کے وجہ سے احاطہ کے اندر رکھی رقم سیکوریٹیز کے نقصان یا ضرر کو کور کر سکتی ہے-

جواب 7

درست آپشنIII ہے-

ایک جوہری بلاک پالیسی کے معاملے میں بیمہ شدہ جائیداد کے رجسٹرڈ پارسل کے ذریعے ٹرانزٹ میں ہونے کے دوران اسکو ہوئی نقصان کو سیکشن ۳کے تحت کور کیا جائیگا-

جواب 8

درست آپشنII ہے-

ابتداۂ میں تاخیر پالیسی کو پیشگی منافع کا نقصان کور کے طور پر بھی جانا جاتا ہے-

جواب 9

درست آپشنII ہے-

چوری (لارسنی) کو صنعتی تمام جوکھم بیمہ کے تحت کور نہیں کیا جاتا ہے-

جواب 10

درست آپشنIII ہے-

سمندری اور ہوائی جہاز بیمہ کی صرف ایک شاخ ہے جو جنگ کے خطروں کے خلاف کور فراہم کرتی ہے-

جواب 11

درست آپشن II ہے-

عوامی ذمہ داری بیمہ ایکٹ ، 1991 کے تحت اصل طبی اخراجات کے لئے قابلِ ادائیگی معاوضہ 12،500 روپے ہے۔

ذاتی امتحان سوالات

سوال 1

انجینئرنگ بیمہ میں سی اے آر کا مطلب ہے

I. موٹر کار

II. ٹھیکیدار تمام جوکھم

III. کمپنی کا تمام جوکھم

IV. کمپنیوں کی تمام ضروریات

سوال 2

ایک آجر _____ کے ذریعے اپنے ملازمین کے بےایمان کاکردگیوں سے خود کا بیمہ کرتا ہے۔

I. ملازم معاوضہ پالیسی

II. عوامی ذمہ داری بیمہ پالیسی

III. مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی بیمہ پالیسی

IV. اعلان پالیسی

سوال 3

_____ جہاز کی باڈی کو پیش کرتا ہے۔

I. ہل

II. کارگو

III. سمندری ڈکیتی (پائریسی)

IV. بوجھ گرانا (جیٹسن)

سوال 4

_____ وہ پالیسی ہے جو ہوائی جہاز کے نقصان یا ضرر کو کور کرتی ہے۔

I. قانونی ذمہ داری

II. جائیداد بیمہ

III. ہوائی جہاز بیمہ

IV. رقم بیمہ

سوال 5

آگ بیمہ پالیسی _____ کے وجہ سے ایڈ آن کور کے طور پر بھی جائیداد کی نقصان کو کور نہیں کرتی ہے۔

I. باڑھ

II. زلزلہ

III. آگ

IV. جنگ کے وجہ سے بمباری

سوال 6

نتیجہ میں نقصان (آگ پالیسی) کو کور کرتا ہے:

I. کارخانے کو ہوئے نقصان کی وجہ سے منافع کا نقصان

II. خیر سگالی کا نقصان

III. مشینری میں سامان کا ٹوٹنا پھوٹنا

IV. غیر ملکی کرنسی کے اتار چڑھاؤ کی وجہ سے نقصان

سوال 7

سیندھماری میں پریمیم _____ پر منحصر کرتا ہے:

I. حفاظتی اقدامات

II. احاطہ کا مقام

III. جائیداد کی نوعیت

IV. اوپر کے سبھی

سوال 8

ٹھیکیدار تمام جوکھم پالیسی _____ کی ایک تبدیلی ہے:

I. آگ بیمہ

II. زندگی بیمہ

III. انجینئرنگ بیمہ

IV. سمندری بیمہ

سوال 9

ملازم معاوضہ پالیسی _____ کی ایک قسم ہے

I. ذمہ داری بیمہ

II. آگ بیمہ

III. سمندری کارگو بیمہ

IV. انجینئرنگ بیمہ

سوال 10

رقم بیمہ پالیسی _____ کو کور کرتی ہے:

I. نقدی باقی

II. میچوئل فنڈ میں سرمایہ کاری رقم

III. بچت بینک میں پڑی رقم

IV. ڈاک گھر میں جمع رقم

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جوابات

جواب 1

درست آپشنII ہے۔

انجینئرنگ بیمہ میں سی اے آر کا مطلب ٹھیکیدار تمام جوکھم ہے۔

جواب 2

درست آپشنIII ہے۔

ایک آجر فڈیلیٹی گارنٹی بیمہ پالیسی کے ذریعے اپنے ملازمین کے بےایمان کارکردگیوں سے بچنے کے لئے اپنا بیمہ کرتا ہے۔

جواب 3

درست آپشن I ہے۔

ہل چہاز کی باڈی کو پیش کرتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن III ہے۔

ہوائی چہاز بیمہ وہ پالیسی ہے جو ہوائی چہاز کو ہونے والے نقصان یا ضرر کو کور کرتی ہے۔

جواب 5

درست آپشن IV ہے۔

آگ بیمہ پالیسی بمباری یا جنگ کی وجہ سے ایک ایڈ آن کور کے طور پر بھی جائیداد کی نقصان کو کور نہیں کرتی ہے۔

جواب 6

درست آپشن I ہے۔

نتیجہ میں نقصان (آگ پالیسی) کارخانے کو ہوئے نقصان کی وجہ سے منافع کے نقصان کو کور نہیں کرتا ہے۔

جواب 7

صحیح وکلپ IV ہے۔

درست آپشن III ہے۔

سیندھماری میں پریمیم حفاظتی اقدامات، احاطہ کے مقام ، جائیداد کی نوعیت وغیرہ پر منحصر کرتا ہے۔

جواب 8

درست آپشن III ہے۔

ٹھیکیدار تمام جوکھم پالیسی انجینئرنگ بیمہ کی ایک تبدیلی ہے۔

جواب 9

درست آپشن I ہے۔

ملازم معاوضہ پالیسی ذمہ داری بیمہ کا ایک قسم ہے۔

جواب 10

درست آپشن I ہے۔

رقم بیمہ پالیسی نقدی باقی (ہاتھ میں نقدی) کو کور کرتی ہے۔

باب 16
دعوی کا طریقہ کار

باب تعارف

کسی بھی بیمہ معاہدے کے بنیاد میں شروعات میں کیا گیا وعدہ یعنی ایک نقصان کی حالت میں بیمہ دار کو معاوضہ کرنا ہوتا ہے۔ یہ باب نقصان واقع ہونے کے وقت سے اس میں شامل طریقہ کار اور ملوث دستاویزات کے بارے میں مذاکرات کرتا ہے جو دعووں کے تصفیہ کے مکمل طریقہ کار کو سمجھنے میں آسان بناتا ہے۔ یہ بیمہ دار یا بیمہ کمپنی کے ذریعے اختلاف دعووں سے نپٹنے کی وضاحت بھی کرتا ہے ۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. دعویٰ تصفیہ کا طریقہ کار

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

1. دعویٰ تصفیہ کے افعال کی اہمیت کو سمجھانا
2. نقصان کی معلومات دینے کے طریقہ کار کی وضاحت کرنا
3. دعوے کی تحقیقات اور تشخیص کا اندازہ کرنا
4. سروئیرس اور نقصان تشخیص کار کی اہمیت کو سمجھنا
5. دعویٰ فارم کی مندرجات کی وضاحت کرنا
6. دعووں کے ایڈجسمنٹ اور تصفیہ کی وضاحت کرنا

A. دعویٰ تصفیہ کا طریقہ کار

1. دعووں کے تصفیہ کی اہمیت

ایک بیمہ کمپنی کا سب سے اہم کام ایک نقصان واقعہ ہونے پر پالیسی دار کے دعووں کا تصفیہ کرنا ہے۔ بیمہ کمپنی پالیسی دار کو ادائیگی کرنے یا کسی تیسری پارٹی کے ذریعے بیمہ دار کے خلاف کئے گئے دعووں کی ادائیگی کرنے فوری طور پر ، منصفانہ سروس فراہم کرکے اس وعدے کو پورا کرتی ہے۔

بیمہ کی مارکیٹنگ بیمہ شدہ جوکھموں کی وجہ سے نقصانوں پر معاوضہ فراہم کرنے کے لئے ایک مالیاتی نظام کے طور پر کی جاتی ہے۔ اگر یہ بیمہ اور دعویٰ تصفیہ طریقہ کار نہیں ہوتا ، تو ایک بدقسمتی حادثے/ واقعہ کے بعد معمول کی حالت میں واپس لوٹنا سست، غیر فعال اور مشکل ہو سکتا ہے۔

ایک غیر زندگی بیمہ کمپنی کے اپنے بورڈ پر ایک پیغام تھا "ادائیگی کریں اگر آپ کر سکتے ہیں؛ رد کریں اگر آپ کو کرنا چاہئے"۔ یہی بیمہ کے اعلی کاروبار کا اصل مفہوم ہے۔

پیشہ ورانہ طریقے سے دعووں کے تصفیہ کو ایک بیمہ کمپنی کے لئے سب سے بڑا اشتہار مانا جاتا ہے۔

a) **عجلت**

چاہے بیمہ دار ایک کارپوریٹ گاہک ہو یا کوئی فرد یا چاہے نقصان کی سائز بڑی ہو یا چھوٹی، دعووں کا فوری تصفیہ بہت اہم ہے۔ یہ سمجھا جانا چاہئے کہ بیمہ دار کو نقصان کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو سکے، بیمہ معاوضہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

اگر اسے فورا پیسہ مل جاتا ہے تو یہ اسکے لئے زیادہ سے زیادہ استعمال کی ہے۔ جب بیمہ دار کو سب سے زیادہ ضرورت ہوتی ہے - نقصان کے بعد جتنی جلدی ممکن ہو سکے، دعویٰ رقم کا ادائیگی کرنا بیمہ کمپنی کا فرض ہے۔

b) پیشہ ورانہ

بیمہ حکام ہر ایک دعوے پر اسکی قابلیت کے مطابق غور کرتے ہیں اور ان سبھی دستاویزوں کی تحقیقات کئے بنا جو مندرجہ ذیل سوالوں کے جواب دیگا، دعوے کو ردکرنے کے لئے منفی یا پہلے سے سوچے ہوئے تصورات لاگو نہیں کرتے ہیں۔

i. کیا نقصان اصل میں ہوا تھا؟

ii. اگر ہاں، تو کیا نقصان کرنے والا واقعہ اصل میں نقصان کے وجہ بنا تھا؟

iii. اس واقعہ سے ہونے والے نقصان کی حد -

iv. نقصان کی وجہ کیا تھی؟

v. کیا نقصان کو پالیسی کے تحت کور کیا گیا تھا؟

vi. کیا دعویٰ معاہدے /پالیسی کی شرطوں کے مطابق قابلِ ادائیگی ہے؟

vii. اگر ہاں، تو قابلِ ادائیگی رقم کتنی ہے؟

ان سبھی سوالوں کے جواب بیمہ کمپنی کو جاننا ضروری ہے۔

دعووں کی کارروائی کرنے میں ایک اہم سرگرمی ہے۔ تمام دعوؤں کے فارمس، طریقہ کار اور عمل کو کمپنی کے ذریعے یہ یقین کرنے کے لئے احتیاط سے ڈیزائن کیا گیا ہے کہ پالیسی کے تحت 'قابلِ ادائیگی ' سبھی دعووں کی فورا ادائیگی کی جاتی ہے اور جو قابلِ ادائیگی نہیں ہیں، ان کی ادائیگی نہیں کی جاتی ہے۔

ایجنٹ کو، بیمہ دار کی معلومات میں کمپنی کے نمائندے ہونے کے ناطے یہ یقین کرنا چاہئے کہ سبھی متعلقہ فارم کو صحیح معلومات کے ساتھ ٹھیک سے بھرا جاتا ہے، نقصان کا ثبوت بننے والے سبھی دستاویزوں کو منسلک کیا جاتا ہے اور سبھی مشروع طریقہ کار کا بر وقت عمل کیا جاتا ہے اور کمپنی کو باقاعدہ طور پر پیش کیا جاتا ہے۔ نقصان کے وقت ایجینٹ کے کردار کی بحث پہلے ہو چکی ہے۔

2. اطلاع یا نقصان کا نوٹس

پالیسی کی شرطوں میں یہ مہیا کیا ہے کہ نقصان کے بارے میں فوری طور پر بیمہ کمپنی کو مطلع کیا جائیگا۔ ایک فوری معلومات کا مقصد بیمہ کمپنی کو نقصان

کے ابتدائی مراحل میں اسکی جانچ کرنے کی اجازت دینا ہے۔ تاخیر ہونے سے نقصان سے متعلقہ اہم معلومات غائب ہو سکتی ہیں۔ یہ نقصان کم سے کم کرنے اور سالویج کی حفاظت کے لئے قدم اٹھانے کے اقدامات سمجھانے میں بیمہ کمپنی کو اہل بنائیگا۔ نقصان کی معلومات معقول طور پر جتنی جلدی ممکن ہو، دی جانی چاہئیے۔

یہ ابتدائی چیک/جانچ پڑتال کے بعد دعوے کو ایک نمبر الاٹ کیا جاتا ہے اور پالیسی نمبر، بیمہ دار فرد کے نام، نقصان کی رقم کا اندازہ، نقصان کی تاریخ جیسی تفصیلات کے ساتھ دعویٰ رجسٹر میں درج کیا جاتا ہے، اب دعویٰ کارروائی کے لئے تیار ہے۔

کچھ قسم کی پالیسیوں کے تحت (جیسے سیندھماری) پولیس افسران کو بھی معلومات دی جانی چاہئیے۔ کارگو ریل ٹرانزٹ پالیسیوں کے تحت معلومات ریلوے کو دی جانی چاہئیے۔

3. تفتیش اور تشخیص

a) عمومی جائزہ

بیمہ دار فرد سے دعویٰ فارم حاصل ہونے پر بیمہ کمپنی نقصان کی تفتیش اور تشخیص کے بارے میں فیصلہ لیتی ہے۔ اگر دعویٰ رقم چھوٹی ہے، تو وجہ اور نقصان کی حد کا معینہ کرنے کے لئے بیمہ کمپنی کے ایک افسرکے ذریعے جانچ کی جاتی ہے۔

دیگر دعووں کی **تحقیقات** کا کام آزادانہ لائسینس یافتہ پیشہ ورانہ سرویئرس کو سُپرد کیا جاتا ہے جو نقصان کی تشخیص میں ماہر ہوتے ہیں۔ آزادانہ سرویئرس کے ذریعے نقصان کی تشخیص اس اُصول پر بنیاد ہے کہ چونکہ بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں پارٹیاں دلچسپی رکھتے ہیں، کسی بھی تنازعہ کی حالت میں ایک آزادانہ پیشہ ورانہ فرد کی غیر جانبدار رائے دونوں پارٹیوں اور قانون کی ایک عدالت کو قابلِ قبول ہونی چاہئیے۔

b) دعووں کی تشخیص

آگ کے معاملے میں دعوے کی تشخیص ایک پولیس رپورٹ، وجہ نامعلوم ہونے پر تفتیش کاروں کی رپورٹ اور ایک سروےرپورٹ کی بنیاد پر کی جاتی ہے۔ ذاتی حادثے دعووں کے لئے بیمہ دار کو حادثہ کی وجہ سے یا بیماری کی نوعیت ، جیسا بھی معاملہ ہو، اور معذوری کی مدت مخصوص کرتے ہوئے علاج کرنے والے ڈاکٹر کی ایک رپورٹ پیش کرنے کی ضرورت ہے۔

ضوابط پالیسی کے تحت بیمہ کمپنیاں ایک آزاد طبی امتحان کا بندوبست کرنے کا حق محفوظ رکھتے ہیں۔ "ورک مینس معاوضہ " دعووں کے حمایت میں طبی ثبوت کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ لائیواسٹاک اور مویشیوں کے دعووں کا اندازہ ایک ویٹرنری ڈاکٹر کی رپورٹ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔

معلومات

نقصان یا ضرر کی معلومات حاصل ہونے پر بیمہ کمپنیاں یہ جانچ کرتی ہیں کہ کیا :

1. بیمہ پالیسی نقصان یا ضرر کی واقعہ کی تاریخ کو متاثر(ان فورس) ہے

2. نقصان یا ضرر ایک بیمہ شدہ جوکھم کے وجہ سے ہوا ہے

3. نقصان سے متاثر جائیداد (بیمہ کا موضوع) وہی جائیداد ہے جو پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ہے

4. نقصان کی نوٹس تاخیر کے بنا حاصل ہوئی ہے

موت اور انفرادی چوٹوں کو شامل کرنے والے موٹر تیسری پارٹی کے دعووں کا اندازہ ڈاکٹر کی رپورٹ کی بنیاد پر کیا جاتا ہے- ان دعووں کو موٹر حادثے دعویٰ ٹریبیونل کے ذریعے نپٹایا جاتا ہے اور ادائیگی کی جانے والی رقم مدعی کی عمر اور آمدنی جیسے فیکٹرس کے ذریعے طے کی جاتی ہے-

تیسری پارٹی کی جائیداد کے نقصان سے متعلقہ دعووں کی تشخیص ایک سروے رپورٹ کے بنیاد پر ہوتی ہے-

- ✓ موٹر خود نقصان دعوے کی تشخیص سروے کی رپورٹ کی بنیاد پر کی جاتی ہے-
- ✓ تیسری پارٹی کا نقصان شامل ہونے پر پولیس رپورٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے-

معلومات

تفتیش نقصان کی تشخیص سے الگ ہے- تفتیش یہ یقین کرنے کے لئے کی جاتی ہے کہ ایک درست دعویٰ کیا گیا ہے اور قابلِ بیمہ منافع کی عدم موجودگی، مواد حقائق کو دبانا یا غلط بیانی کرنا، جان بوجھ کر نقصان کرنا وغیرہ جیسے اہم تفصیلات اور شکوک و شبہات کی تصدیق کرنے کے امکان سے انکار کیا جاتا ہے-

صحت بیمہ دعووں کا اندازہ اندرونی طورسے یا غیر زندگی بیمہ کمپنیوں کی طرف سے تیسری پارٹی کے بندوبست کرنے والوں (ٹی پی اے یس) کے ذریعے کیا جاتا ہے- تشخیص طبی رپورٹ اور ماہرین کی رائے پر بنیاد ہوتا ہے-

بیمہ سرویئرس تفتیش کا کام بھی کرتے ہیں- یہ ایک سرویئر کو جلد سے جلد کام پورا کرنے میں مدد کرتا ہے- اسلئے، دعوے کی معلومات حاصل ہونے کے بعد جتنی جلدی ہو سکے، سرویئر کو مقرر کرنا پریکٹس ہے-

4. سرویئرس اور نقصان مشخص

a) **سرویئرس**

سرویئرس آئی آر ڈی اے آئی کے ذریعے لائسینس یافتہ پیشہ ورافراد ہیں- وہ مخصوص علاقوں میں نقصانات کا جائزہ اور معائنہ کرنے میں ماہرہوتے ہیں- سرویئرس کو عام طور پر بیمہ کمپنی کے ذریعے اپنے کام میں شامل کر کے فیس کی ادائیگی کی جاتی ہے- سرویئرس اور نقصان تشخیص کار کو ایک دعوے کے وقت عام طور پر عام بیمہ کمپنیوں کے ذریعے کام پر رکھا جاتا ہے- وہ سوالیہ جائیداد کا معائنہ، جانچ پڑتال اور نقصان کی وجوہات اور حالات کی تصدیق کرتے ہیں- وہ نقصان کی مقدار کا اندازہ بھی لگاتے ہیں اور بیمہ کمپنی کو رپورٹ پیش کرتے ہیں-

وہ آگے کے نقصان کو روکنے کے لئے مناسب اقدامات کے سلسلے میں بیمہ کمپنیوں کو صلاح بھی دیتے ہیں- سرویئرس بیمہ ایکٹ 1938، بیمہ قاعدہ 1939 اور آئی آر ڈی اے آئی کے ذریعے جاری مخصوص ریگولیشنس کے شرائط سے تابع ہوتے ہیں- برآمد کے لئے 'سفر پالیسی ' یا 'سمندری آپن کور' کے

معاملے میں ملک کے باہر کئے گئے دعووں کا اندازہ پالیسی میں نامی بیرون ملک دعویٰ تصفیہ ایجنٹوں کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

یہ ایجینٹ نقصان کی تشخیص اور ادائیگی کر سکتے ہیں جس کو واپس بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ان کے تصفیہ فیس کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ متبادل طور پر ، دعویٰ سے متعلقہ سبھی کاغذات کو بیمہ دعویٰ تصفیہ ایجنٹوں کے ذریعے جمع کیا جاتا ہے اور ان کے اندازہ کے ساتھ بیمہ کمپنیوں کو پیش کیا جاتا ہے۔

اہم

بیمہ ایکٹ کی دفعہ 64 یوایم

چہاں بیمہ کی کسی بھی پالیسی پر قیمت میں بیس ہزار روپے سے کم کے ایک دعوی کے معاملے میں دعوی کی رقم کے غیرمتناسب اخراجات کو خرچ کئے بنا ایک تسلیم شدہ سرویئرس یا نقصان مشخص مقرر کرنا ایک بیمہ کمپنی کے لئے قابل عمل نہیں ہے، بیمہ کمپنی اس طرح کے نقصان کے سروے کے لئے کسی بھی دیگر فرد (ایک سرویئرس یا نقصان مشخص کے طور پر مقرر ہونے کے تعلق میں اس وقت ناقابل اعلان نہیں کیا گیا ایک فرد) کو مقرر کر سکتی ہے اور جو وہ ٹھیک سمجھے، اس قسم کے مقرر فرد کو ایسے مناسب فیس یا معاوضہ کی ادائیگی کر سکتی ہے۔

5. دعویٰ فارم

دعویٰ فارم کی مندرجات بیمہ کے ہر ایک طبقہ کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ عام دعویٰ فارم نقصان کے صورتحال جیسے کہ نقصان کی تاریخ، وقت ، نقصان کی وجہ سے ، نقصان کی حد وغیرہ کے بارے میں پوری معلومات حاصل کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے۔ دیگر سوال ایک سے دوسرے بیمہ طبقہ میں مختلف ہو سکتے ہیں۔

مثال

ایک آگ دعویٰ فارم میں مانگی گئی معلومات کی ایک مثال یہاں نیچے دی گئی ہے:

i. بیمہ دار کا نام، پالیسی نمبر اور پتہ

ii. آگ لگنے کی تاریخ، وقت ، سبب اور حالات

iii. ضرر جائیداد کی تفصیلات

iv. آگ لگنے کے وقت جائیداد کی مناسب قیمت - چہاں بیمہ کئی آئٹموں سے ملکر بنا ہوتا ہے جسکے تحت دعویٰ کیا جاتا ہے۔ [دعویٰ بنیادی فرسودگی، ٹوٹ پھوٹ کے لئے بھتاکے دینے کے بعد واقعہ کے مقام اور وقت پر جائیداد کے اصل قیمت کی بنیاد پر کیا جانا چاہئے (جب تک کہ عمارت ، پلانٹ اور مشینری کے تعلق میں پالیسی "بحالی قیمت " بنیاد پر نہیں ہے)۔ اس میں منافع شامل نہیں ہوگا]

v. سالویج قیمت کی کٹوتی کے بعد دعویٰ رقم

vi. احاطہ کی صورتحال اور قبضہ جسمیں آگ لگنے کا واقعہ ہوا ہے

vii. صلاحیت جس میں بیمہ دار دعویٰ کرتا ہے، چاہے وہ مالک، رہن یا اسی طرح کے طور پر ہو

viii. کیا کسی بھی دیگر فرد کو ضرر جائیداد میں دلچسپی ہے

ix. کیا ایسی جائیداد پر کوئی دیگر بیمہ متاثر ہے، اگر ہاں، تو اس سے متعلقہ تفصیلات

اس کے بعد فارم میں بیان کی سچائی اور درستی کا اعلان کیا جاتا ہے اور بیمہ دار کی دستخط کرکے تاریخ لکھی جاتی ہے۔

ایک بیمہ کمپنی کے آگ دعویٰ فارم کا ایک نمونہ اس باب میں "نمائش 1" کے طور پر دیا گیا ہے۔

بیمہ کمپنی کے ذریعے دعویٰ فارم جاری کرنے کا یہ مطلب نہیں ہے کہ دعوے کی ذمہ داری کو بیمہ کمپنیوں کے ذریعے تسلیم کر لیا گیا ہے۔ دعویٰ فارم 'منفی اثر ڈالے بنا' تبصرے کے ساتھ جاری کئے جاتے ہیں۔

a) حمایت دستاویز

دعویٰ فارم کے علاوہ مدعی کے ذریعے کچھ دستاویز پیش کیا جانا یا دعوے کو ثابت کرنے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ذریعے محفوظ کیا جانا ضروری ہے۔

i. آگ کے دعووں کے لئے فائر بریگیڈ کی ایک رپورٹ کی ضرورت ہوگی۔

ii. طوفان سے نقصان کے لئے محکمہ موسمیات کے دفتر سے ایک رپورٹ مانگی جا سکتی ہے

iii. چوری دعووں میں پولیس کی ایک رپورٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

iv. مہلک حادثے دعووں کے لئے کورونر اور پولیس کی رپورٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

v. موٹر دعووں کے لئے بیمہ کمپنی ڈرائیونگ لائسینس، رجسٹریشن کتاب، پولیس رپورٹ وغیرہ کی جانچ پڑتال کرنا پسند کریگی۔

vi. سمندری کارگو دعووں میں دستاویزوں کی نوعیت نقصان کے قسم یعنی کل نقصان، مخصوص اوسط، اِن لینڈ یا بیرون ممالک ٹرانزٹ دعوے وغیرہ کے مطابق بدلتی رہتی ہے۔

6. نقصان کی تشخیص اور دعویٰ تصفیہ

دعویٰ تشخیص یہ معینہ کرنے کا طریقہ کار ہے کہ کیا بیمہ شدہ فرد کو ہوا نقصان بیمہ شدہ جوکھم کی وجہ سے ہوا ہے اور وارنٹی کا کوئی خلاف ورزی نہیں ہوئی ہے۔

دعووں کی تصفیہ عدل اور مساوات کے تحفظات پر بنیاد ہونا چاہئیے۔ ایک غیر زندگی بیمہ کمپنی کے لئے دعووں کا فوری تصفیہ اسکی خدمات کے لئے کارکردگی کا معیاری ہے۔ ہر ایک کمپنی کے پاس دعووں پر کارروائی میں لگنے والے وقت کے بارے میں اندرونی ہدایات ہوتے ہیں جن پر عمل کرنا اسکے ملازمین کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

اسے عام طور پر "ٹرن اراؤنڈ وقت " (ٹی اے ٹی) لفظ سے جانا جاتا ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیوں نے بیمہ دار کے لئے وقت وقت پر آن لائن دعویٰ کی حیثیت کی جانچ پڑتال کرنے کی سہولت دستیاب کرائی ہے۔ کچھ غیر زندگی بیمہ کمپنیوں نے بھی دعووں کی کارروائی تیزی سے پوری کرنے کے لئے دعویٰ مرکز کا سیٹ اپ کیا ہے۔

ایک بیمہ دعویٰ کے اہم پہلو

i. پہلا پہلو یہ طے کرنے کا ہے کہ کیا نقصان پالیسی کے دائرے کے اندر ہے۔ فوری سبب کے قانونی نظریے یہ طے کرنے کے لئے ہدایات فراہم کرتے ہے کہ کیا نقصان ایک بیمہ شدہ جوکھم یا ایک خارج جوکھم کی وجہ سے ہوا ہے۔ نقصان پالیسی کے دائرے کے اندر ہے، یہ ثابت کرنے کی ذمہ داری بیمہ دار پر ہوتی ہے۔ حالانکہ نقصان ایک خارج جوکھم کی وجہ سے ہوا ہے تو اسے ثابت کرنے کی ذمہ داری بیمہ کمپنی پر ہے۔

ii. دوسرا پہلو یہ طے کرنے کا ہے کہ کیا بیمہ دار نے پالیسی کی شرطوں، مخصوص طورسے ان شرطوں پر عمل کیا ہے جو 'ذمہ داری ' سے پہلے آتے ہیں۔

iii. تیسرا پہلو وارنٹی کےتعمیل کے تعلق میں ہے۔ سروے رپورٹ سے یہ پتہ چل جائیگا کہ کیا وارنٹیوں پر عمل کیا گیا ہے یا نہیں۔

iv. چوتھا پہلو پالیسی کی چالو مدت کے دوران تجویز کنندہ کے ذریعے انتہائی نیک نیتی پر عمل کرنے سے متعلقہ ہے۔

v. ایک نقصان کے واقعہ پر بیمہ دار سے اس قسم کا برتاؤ کرنے کی توقع کی جاتی ہے جیسے کہ وہ بیمہ شدہ ہے۔ دوسرے لفظوں میں، نقصان کو کم کرنے کے اقدامات کرنا اسکا ایک فرض ہے۔

vi. چھٹے پہلو قابلِ ادائیگی رقم کی درجہ بندی سے متعلقہ ہے۔ قابلِ ادائیگی نقصان کی رقم بیمہ رقم کے ساتھ مشروط ہے۔ حالانکہ قابلِ ادائیگی رقم مندرجہ ذیل باتوں پر انحصار بھی کریگی:

- ✓ متاثر جائیداد میں بیمہ دار کے قابلِ بیمہ منافع کی حد ۔
- ✓ سالویج کی قیمت
- ✓ اَنڈر انشورنس کی استعمال
- ✓ شراکت اور مُتبادل کی شرطوں کی استعمال

---

a) دعوے کی زمرہ جات

بیمہ پالیسیوں سے متعلقہ دعوے مندرجہ ذیل زمرہ جات میں آتے ہیں:

i. معیاری دعوے

یہ ایسے دعوے ہیں جو واضح طور پر پالیسی کے شرائط و ضوابط کے اندر آتے ہیں۔ دعوے کی تشخیص دائرے اور منتخبہ بیمہ رقم اور بیمہ کی مختلف زمرہ جات کے لئے معینہ معاوضہ کے دیگر طریقوں کو دھیان میں رکھتے ہوئے کیا جاتا ہے۔

بیمہ کمپنی کے ذریعے قابلِ ادائیگی دعویٰ رقم میں لی گئی پالیسی کی بنیاد پر نقصان کے وقت قیمت ، قابلِ بیمہ منافع ، سالویج کی امکان، آمدنی کے نقصان ، استعمال کے نقصان، بنیادی فرسودگی، بحالی قیمت جیسے مختلف فیکٹرس کو دھیان میں رکھا جاتا ہے۔

ii. غیر معیاری دعوے

یہ ایسے دعوے ہیں جہاں بیمہ دار نے کسی شرط یا وارنٹی کی خلاف ورزی کی ہو سکتی ہے۔ ان دعووں کا تصفیہ غیر زندگی بیمہ کمپنیوں کے ذریعے بنائے گئے قواعد و ضوابط کے مشروط مانا جاتا ہے۔

iii. اوسط یا اوسط کلاز کی شرط

یہ کچھ پالیسیوں میں ایک شرط ہے جو بیمہ دار کو اپنی جائیداد کے اصل قیمت سے کم بیمہ رقم پر اسکا بیمہ کرنے کے لئے، جسے اَنڈر انشورنس کے طور پر جانا جاتا ہے، بیمہ دار کو سزا دیتی ہے۔ ایک دعوے کی حالت میں بیمہ دار کو اَنڈر انشورنس کی رقم کے مطابق اسکے اصل نقصان سے تناسب میں گھٹائی گئی ایک رقم حاصل ہوتی ہے۔

iv. گاڈ ایکٹ کے جوکھم – تباہ کُن نقصانات

طوفان، سائکلون، باڑھ، سیلاب اور زلزلہ جیسی قدرتی سخت خطروں کو "گاڈ ایکٹ " کے جوکھموں کے طور پر جانا جاتا ہے۔ ان خطروں سے متاثر سیکٹر میں بیمہ کمپنی کی کئی پالیسیوں کو نقصان ہو سکتا ہے۔

ایسے بڑے اور تباہ کُن نقصانوں میں سرویئرس کو ایک ابتدائی تشخیص اور نقصان میں کمی کی کوششوں کے لئے فورا نقصان کے مقام پر جانے کے لئے کہا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ بیمہ کمپنیوں کے افسران نقصان مقام کا دورہ کرتے ہیں، خاص طور پر جب اس میں شامل رقم بہت بڑی ہو۔ اس دورے کا مقصد نقصان کی نوعیت اور زائد از زائد حد کے بارے میں ایک فوری تشخیص حاصل کرنا ہوتا ہے۔

ابتدائی رپورٹ بھی پیش کی جاتی ہے اگر سرویئرس کو تشخیص کے تعلق میں کچھ مسائل کا سامنا کرنا پڑتا ہے اور وہ بیمہ کمپنیوں سے رہنمائی اور ہدایات کی مانگ کر سکتے ہیں، جب ضروری ہونے پر ان کو بیمہ دار کے ساتھ مدعوں پر بحث کرنے کا ایک موقع دیا جاتا ہے۔

v. آن اکاؤنٹ ادائیگی

ابتدائی رپورٹوں کے علاوہ وقت وقت پر عبوری رپورٹ بھی پیش کئے جاتے ہیں جہاں ایک لمبی مدت میں مرمت اور/یا بحالی کا کام کیا جاتا ہے۔ عبوری رپورٹ سے بھی بیمہ کمپنی کو نقصان کی تشخیص کی ترقی کا ایک اندازہ ملتا ہے۔ یہ بیمہ دار کی خواہش پر دعوے کی "آن اکاؤنٹ ادائیگی" کی سفارش میں بھی مدد کرتا ہے۔ یہ عام طور پر اس وقت ہوتا ہے جب نقصان بڑا ہو اور تشخیص مکمل ہونے میں کچھ وقت لگ سکتا ہے۔

اگر دعویٰ صحیح پایا جاتا ہے تو مدعی کو ادائیگی کی جاتی ہے اور کمپنی کے ریکارڈ میں اندراجات کیے جاتے ہیں۔ سہ بیمہ کمپنیوں اور پنربیما کمپنیوں سے موزوں وصولی کی جاتی ہیں، اگر کوئی ہو۔ کچھ معاملوں میں بیمہ دار وہ فرد نہیں ہو سکتا ہے جسے پیسے کی ادائیگی کی جائےگی۔

مثال

اگر ایک آگ پالیسی کے تحت بیمہ شدہ جائیداد کسی بینک کے پاس گروی رکھی ہے تو "متفق بینک کلاز" کے مطابق دعویٰ رقم کی ادائیگی بینک کو کی جائےگی۔ اسی طرح کرایہ خرید سمجھوتے کے تابع گاڑیوں پر "کل نقصان" کے لئے دعووں کی ادائیگی سرمایہ کار (فائنینسروں) کو کیا جاتا ہے۔

سمندری کارگو دعووں کی ادائیگی اس مدعی کو کی جاتی ہے جو نقصان کے وقت قانونی طورسے اپنے پارٹی میں توثیق سمندری پالیسی پیش کرتا ہے۔

b) ڈسچارج واؤچر

دعوے کا تصفیہ صرف پالیسی کے تحت ایک ڈسچارج حاصل کرنے کے بعد ہی کیا جاتا ہے۔ چوٹوں کے لئے دعووں کی ڈسچارج رسید (ذاتی حادثے بیمہ کے تحت) کا ایک نمونہ مندرجہ ذیل طرز پر لکھا جاتا ہے: (الگ الگ کمپنی کے لئے مختلف ہو سکتا ہے)۔

بیمہ دار کا نام

دعویٰ نمبر پالیسی نمبر۔

کمپنی لمٹیڈ سے حاصل

_____ کو یا کے تعلق میں ہوئی حادثے کی وجہ سے مجھے/ہمیں لگی چوٹوں کے معاملے میں مجھے/ہمیں قابلِ ادائیگی معاوضہ کے مکمل اور فائنل تصفیہ میں _____ روپے کی رقم کے لئے میں/ہم یہ ڈسچارج رسید اس دعوے کے سلسلے میں برائے راست یا غیربرائے راست طورسے پیدا ہونے والے میرے/ہمارے حال یا مستقبل کے سبھی دعووں کے مکمل اور فائنل تصفیہ کے طور پر کمپنی کو دیتا ہوں۔

تاریخ (دستخط)

تیسری پارٹی کی ذمہ داری دعووں کے لئے ڈسچارج رسید کے الفاظ مندرجہ ذیل طرز پر ہو سکتے ہیں:

میں (مدعی کا نام)، _____ کا، بذریعہ _____ روپے کی رقم کا حاصل تسلیم کرتا ہوں، یہ رقم _____ (بیمہ دار کا نام) کے ذریعے تاریخ _____ کو یا لگ بھگ _____ بجے میرے ساتھ واقع ہوئے حادثے کے ذریعےسے لگی جسمانی چوٹ اور دیگر نقصانوں کے لئے میرے ذریعے ان پر کئے گئے دعوے کے تعلق میں ادائیگی کی گئی ہے اور میں اتفاق کرتا ہوں کہ یہ رقم کہے گئے واقعہ اور نقصان کے تعلق میں کہا گیا _____ (یا کسی دیگر فرد) کی طرف سے ذمہ داری کے انکار کے ساتھ ادائیگی کی گئی ہے جو ابھی یا اسکے بعد تیار ہو سکتے ہیں یا اس آشیہ کے لئے کہ کہا گیا اور دیگر سبھی افراد کو پوری طرح سے اورفائل طور پر کہا گیا واقعہ سے پیدا ہونے والے ہر نوعیت اور قسم کے اگلے اور دیگر دعووں سے، چاہے جو بھی ہو، میرے ذریعے یا میری اور سے آزاد کیا جاتا ہے۔

تاریخ دستخط گواہ کے دستخط

(نوٹ: یہ الفاظ معیاری نہیں ہیں لیکن صرف مثال کے طور پر دیئے گئے ہیں اور مختلف ہو سکتے ہیں)۔

c) تصفیہ کے بعد کی کارروائی

اَنڈرراٹنگ کے تعلق میں دعوے کے تصفیہ کے بعد کی جانے والی کارروائی کاروبار کے ایک طبقہ سے دوسرے طبقہ میں مختلف ہوتی ہے۔

مثال

ایک آگ پالیسی کے تحت بیمہ رقم ادا کی گئی دعویٰ رقم کی حد تک کم ہو جاتی ہے۔ حالانکہ، اسے پرو-راٹا پریمیم کی ادائیگی پر بحال کیا جا سکتا ہے جو ادائیگی کی جانے والی دعویٰ رقم سے کاٹ لی جاتی ہے۔

ایک ذاتی حادثے پالیسی کے تحت کیپیٹل بیمہ رقم کی ادائیگی پر پالیسی منسوخ ہو جاتی ہے۔

اسی طرح، انفرادی مخلص (فڈیلیٹی) گارنٹی پالیسی کے تحت ایک دعوے کی ادائیگی پالیسی کو خود کار طریقے سے ختم کر دیتی ہے۔

d) **سالویج**

سالویج عام طور پر ضرر جائیداد کو پیش کرتا ہے۔ نقصان کی ادائیگی کرنے پر سالویج بیمہ کمپنیوں کا ہو جاتا ہے۔

مثال

جب موٹر دعووں کا تصفیہ کل نقصان کی بنیاد پر کیا جاتا ہے تو ضرر گاڑی کو بیمہ کمپنیوں کے ذریعے لیا جاتا ہے۔ سالویج آگ بیمہ دعووں، سمندری کارگو دعووں وغیرہ میں بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

سالویج کو اس مقصد کے لئے کمپنیوں کے ذریعے معینہ طریقہ کار کے مطابق نپٹایا جاتا ہے۔ نقصان کی تشخیص کرنے والے سرویئرس تصفیہ کے طریقوں کی بھی سفارش کرتے ہیں۔

e) وصولی

دعووں کے تصفیہ کے بعد، بیمہ معاہدوں کے لئے لاگو مُتبادل حقوق کے تحت بیمہ کمپنیاں بیمہ دار کے حقوق اور علاجوں کی حقدار ہو جاتی ہیں اور ان کو متعلقہ لاگو قوانین کے تحت نقصان کے لئے ذمہ دار ایک تیسری پارٹی سے ادائیگی کئے گئے نقصان کی وصولی کا حق مل جاتا ہے۔ اس طرح، بیمہ کمپنیاں شپنگ کمپنیوں، ریلوے، سڑک پر مال گاڑیوں، ائیر لائنوں، پورٹ ٹرسٹ افسران وغیرہ سے نقصان کی وصولی کر سکتی ہیں۔

مثال

مال (کنسائنمینٹ) کی سپردگی نہیں ہونے کے معاملے میں کیریئرز نقصان کے لئے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ اسی طرح، پورٹ ٹرسٹ ان سامانوں کے لئے ذمہ دار ہوتے ہے جن کو محفوظ طور سےاتارا گیا تھا لیکن بعد میں لاپتہ ہو گیا۔ اس مقصد کے لئے دعوے کے تصفیہ سے پہلے ودوت مہر لگا کر ایک مُتبادل کا خط بیمہ دار سے حاصل کیا جاتا ہے۔

7. دعووں سے متعلق تنازعہ

سب سے بہترین کوششوں کے باوجود دعوے کی ادائیگی میں تاخیر یا عدم ادائیگی (رد) کے کئی اسباب ہو سکتے ہیں، یا تو نقصان کی معلومات ملنے میں تاخیر یا گاہکوں کے ذریعے دستاویز پیش نہیں کرنا۔

ان کے علاوہ کچھ سب سے عام وجوہات اس طرح ہیں:

- ✓ موادِ حقائق کا خلاصہ نہیں کرنا
- ✓ کوریج کی کمی
- ✓ خارج خطروں کی وجہ سے ہوا نقصان
- ✓ مناسب بیمہ رقم کی کمی
- ✓ وارنٹی کی خلاف ورزی
- ✓ اَنڈر انشورنس ، فرسودگی وغیرہ کی وجہ سے مقدار کے سلسلے میں مسائل

یہ تمام وجوہات اس وقت بیمہ دار کو کافی تکلیف دے سکتی ہیں جب وہ پہلے سے نقصان کی وجہ سے پیدا ہونے والی مالی مشکلات سے دوچار ہے۔ اسکے مصائب کو کم کرنے کے لئے شکایت ازالہ اور تنازعہ کو سنبھالنے کے طریقہ کار بھی پالیسی میں معینہ کی گئی ہیں۔ آگ یا جائیداد کی پالیسیوں میں "ثالثی" کی شرط بھی چڑی ہوتی ہے۔

a) **ثالثی**

ثالثی معاہدوں سے پیدا ہونے والے تنازعات کو سنبھالنے کا ایک طریقہ ہے۔ ثالثی ، ثالثی اور سمادھان ایکٹ ، 1996 کے شرائط کے مطابق کی جاتی ہے۔ اسکے تحت ایک معاہدہ لاگو کرنے یا ایک تنازعہ نپٹانے کا معمول کا طریقہ قانون کی ایک عدالت میں جانا ہوگا۔ حالانکہ اس طرح کی قانونی چارہ جوئی میں کافی تاخیر اور خرچ شامل ہے۔ ثالثی ایکٹ پارٹیوں کو ثالثی کی زیادہ آرام دہ اور پرسکون، کفایتی اور نجی طریقہ کار کے لئے ایک معاہدے کے تحت تنازعات کو پیش کرنے کی اجازت دیتا ہے۔

ثالثی تنازعہ کے پارٹیوں کے ذریعے خود منتخب کیے گئے ایک اکیلے ثالث کے ذریعے یا ایک سے زیادہ ثالث کے ذریعے کی جا سکتی ہے۔ ایک اکیلے ثالث کے معاملے میں پارٹیوں کا اس فرد کے بارے میں سہمت ہونا ضروری ہے۔ کئی تجارتی بیمہ پالیسیوں میں ایک ثالثی کلاز شامل ہوتا ہے جس میں یہ کہا جاتا ہے کہ تنازعہ ثالثی کے تابع ہو نگے۔ آگ اور زیادہ تر متفرق پالیسیوں میں بھی ایک ثالثی کلاز شامل ہو سکتا ہے جس میں یہ بیان ہوتا ہے کہ اگر پالیسی کے تحت ذمہ داری کمپنی کے ذریعے منظور کی جاتی ہے اور ادائیگی کی جانے والی مقدار کے بارے میں کوئی فرق ہوتا ہے تو اس طرح کے فرق کو ثالثی کرنے کے لئے بھیجا جانا چاہئیے۔ عام طور پر ثالث کا فیصلہ فائنل مانا جاتا ہے اور دونوں پارٹیوں پر لازمی سمجھا جاتا ہے۔

شرط کی باتیں الگ الگ پالیسی میں الگ الگ ہوتی ہیں۔ عام طور پر یہ مندرجہ ذیل کے مطابق ہوتی ہے:

i. تنازعہ پارٹیوں کے ذریعے مقرر کئے جانے والے ایک اکیلے ثالث کے فیصلہ کے لئے اسے پیش کیا جاتا ہے یا ان کے درمیان کسی اسہمتی ہونے پر ایک اکیلے ثالث کے مقررکے بعد دو ثالث کے فیصلہ کے لئے ان کے پاس بھیجا جاتا ہے جن میں سے ہر ایک کو مقرر پارٹیوں کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

ii. یہ دو ثالث ایک امپایر مقرر کرینگے جو میٹنگ کی صدارت کرتا ہے۔ ان میٹنگس کے دوران قانون کی ایک عدالت کے یکساں طریقہ کار اپنایا جاتا ہے۔ ضروری ہونے پر، ہر پارٹی ایک وکیل کی مدد سے اپنے معاملے کو سامنے رکھتی ہے اور گواہوں سے پوچھ تاچھ جانچ کی جاتی ہے۔

iii. اگر دو ثالث کسی فیصلے سے سہمت نہیں ہوتے ہیں تو بات امپایر کے سامنے رکھی جاتی ہے جو اپنا فیصلہ سناتا ہے۔

iv. لاگتوں کا فیصلہ ثالث /ثالثوں یا فیصلہ کرنے والے امپایر کے صوابدید پر دیا جاتا ہے۔

ذمہ داری کے سوال سے متعلقہ تنازعات قانونی چارہ جوئی کے ذریعے سے حل کیا جاتا ہے ۔

مثال

اگر بیمہ کمپنیاں یہ دعویٰ کرتی ہیں کہ نقصان قابلِ ادائیگی نہیں ہے کیونکہ یہ پالیسی کے تحت کور نہیں کیا گیا ہے، تو معاملے کا فیصلہ قانون کی ایک عدالت کے ذریعے کیا جائیگا۔ پھر، اگر بیمہ کمپنیاں اس بنیاد پر دعوے کی ادائیگی کرنے سے انکارکر دیتی ہے کہ پالیسی باطل ہے کیونکہ اسے موادِ حقائق کے جعلی غیر انکشاف (انتہائی نیک نیتی' کے قانونی فرض کی خلاف ورزی) کے ذریعےسے حاصل کیا گیا تھا، تو اس معاملے کو قانونی چارہ جوئی کے ذریعے سے حل کیا جانا چاہئیے۔

نوٹ: سمندری کارگو پالیسیوں میں ثالثی کی کوئی شرط نہیں ہے۔

8. دیگر تنازعات کے حل کے طریقہ کار

آئی آر ڈی اے آئی کے ضابطے کے مطابق سبھی پالیسیوں میں بیمہ دار کے لئے دستیاب شکایات کے ازالہ کے بارے میں ذکر ہونا چاہئیے، اگر بیمہ دار کسی بھی وجہ سے بیمہ کمپنی کی خدمت سے غیر مطمئن ہے۔

کاروبارکے انفرادی لائنوں کے تحت دعووں کے معاملے میں ایک غیر مطمئن بیمہ دار محتسب (اومبڈسمین) سے رابطہ کر سکتا ہے جن کے دفتر کی تفصیلات پالیسی میں دستیاب کرائی گئی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

ان میں سے کون سی کارکردگی کو دعووں کے پیشہ ورانہ تصفیہ کے تحت درجہ بندی نہیں کی جائےگی؟

I. نقصان کے وجہ سے متعلقہ معلومات کی مانگ کرنا

II. ایک تعصب کے ساتھ دعوے کو دیکھنا

III. یہ پتہ لگانا کہ کیا نقصان ایک بیمہ شدہ جوکھم کا نتیجہ تھا

IV. دعوے کے تحت قابلِ ادائیگی رقم کی مقدار کا معینہ کرنا

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

راج ایک کار حادثے میں شامل رہا ہے۔ اسکی کار کا بیمہ ایک موٹر بیمہ پالیسی کے تحت کیا گیا ہے۔ ان میں سے راج کے کرنے کے لئے سب سے مناسب بات کون سی ہے؟

I. جیسے ہی مناسب ہو جتنی جلدی ممکن ہو، نقصان کے بارے میں بیمہ کمپنی کو مطلع کرنا

II. بیمہ تجدید کے وقت بیمہ کمپنی کو مطلع کرنا

III. کار کو اور زیادہ ضرر کرنا تاکہ ایک بڑا معاوضہ حاصل کیا جا سکے

IV. نقصان کو نظر انداز کرنا

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

دعووں کی تحقیقات اور دعووں کی تفتیش کا آپس میں موازنہ

I. دعووں کی تحقیق اور تشخیص دونوں ایک ہی چیز ہے

II. ۲۔ تحقیق میں دعوے کی درستی طے کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جبکہ تشخیص کا تعلق نقصان کی وجہ اور زیادہ تر حد سے ہے۔

III. تشخیص میں دعوے کی درستی طے کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جبکہ تحقیق کا تعلق نقصان کی وجہ اور زیادہ تر حد سے ہے۔

IV. تحقیق دعوے کی ادائیگی کرنے سے پہلے کی جاتی ہے اور تشخیص دعوے کی ادائیگی کرنے کے بعد کی جاتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 4

سرویئرس کے لئے لائسینسنگ اتھارٹی کون ہے؟

I. بھارتیہ سرویئرس ایسوسی ایشن

II. سرویئرس ریگولیٹری اینڈ ڈیلوپمنٹ اتھارٹی

III. بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیلوپمنٹ اتھارٹی

IV. حکومت ہند

اپنے آپ کو ٹیسٹ 5

ایک سائکلون سے نقصان کے دعوے کی جانچ کرتے وقت ان میں سے کون سے دستاویز ات کی درخواست کرنے کے امکان سب سے زیادہ ہے؟

I. کورونر کی رپورٹ

II. فائر بریگیڈ کی رپورٹ

III. پولیس کی رپورٹ

IV. محکمہ موسمیات کی رپورٹ

اپنے آپ کو ٹیسٹ 6

کون سے اُصول کے تحت بیمہ کمپنی ایک پالیسی کے تحت ادائیگی کئے گئے نقصان کی وصولی ایک تیسری پارٹی سے کرنے کے لئے بیمہ دار فرد کے حقوق کو تسلیم کرسکتی ہے؟

I. شراکت

II. ڈسچارج

III. فرسودگی

IV. معاوضہ (معاوضہ)

اپنے آپ کو ٹیسٹ 7

اگر بیمہ کمپنی یہ فیصلہ لیتی ہے کہ ایک مخصوص نقصان قابلِ ادائیگی نہیں ہے کیونکہ اسے پالیسی کے تحت کور نہیں کیا گیا ہے تو اس طرح کے معاملے پر فیصلہ کون لیتا ہے؟

I. بیمہ کمپنی کا حتمی فیصلہ ہے

II. امپایر

III. ثالث

IV. عدالت

خلاصہ

a) پیشہ ورانہ طریقے سے دعوے کے تصفیہ کو ایک بیمہ کمپنی کے لئے سب سے بڑا اشتہار مانا جاتا ہے۔

b) پالیسی کی شرطوں میں یہ اُصول ہوتا ہے کہ نقصان کی معلومات فورا بیمہ کمپنی کو دی جائیگی۔

c) اگر دعویٰ رقم چھوٹی ہے تو نقصان کی وجہ اور حد معینہ کرنے کے لئے جانچ بیمہ کمپنی کے ایک ڈائریکٹر کے ذریعے کی جاتی ہے۔ لیکن دیگر دعووں کے لئے اسے آزادانہ لائسینس یافتہ پیشہ ورانہ سرویئرس کو سُپرد کیا جاتا ہے جو نقصان کے اندازہ میں ماہرین ہوتے ہیں۔

d) عام دعویٰ فارم نقصان کی تاریخ، وقت ، نقصان کی وجہ ، نقصان کی حد جیسی نقصان کے حالات کے بارے میں پوری معلومات حاصل کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے۔

e) دعوی اندازہ یہ تعین کرنے کے عمل ہے کہ کیا بیمادھارک کو ہونے والا نقصان بیمہ خطرے کی وجہ سے ہوا ہے، اس میں وارنٹی کا کوئی خلاف ورزی نہیں ہوئی ہے، بیمادھارک کو ہوئے نقصان کی مقدار کیا ہے اور پالیسی کے تحت انشورنس کمپنی کی ذمہ داری کیا ہے .

f) دعویٰ تشخیص یہ تعین کرنے کا طریقہ کار ہے کہ کیا بیمہ دار فرد کو ہوا نقصان بیمہ شدہ جوکھم کی وجہ سے ہوا ہے اور اس میں وارنٹی کی کوئی خلاف ورزی نہیں کی گئی ہے۔

g) دعوے کا تصفیہ صرف پالیسی کے تحت ایک ڈسچارج حاصل کرنے کے بعد کیا جاتا ہے۔

h) ثالثی معاہدوں سے پیدا ہونے والے تنازعات تصفیہ کا ایک طریقہ ہے۔

اہم اصطلاحات

a) نقصان کی معلومات\
b) تفتیش اور تشخیص
c) سرویئرس اور نقصان جائزہ
d) دعویٰ فارم
e) ایڈجسمنٹ اور تصفیہ
f) دعویٰ تصفیہ میں تنازعہ
g) ثالثی

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشن I I ہے۔

دعووں کے پیشہ ورانہ تصفیہ میں کسی دعوے کو تعصب کے ساتھ دیکھنا شامل نہیں ہے۔

جواب 2

درست آپشنI ہے۔

ایک دعوے کے بارے میں مناسب طور پرجتنی جلدی ممکن ہو، مطلع کیا جانا چاہئے۔

جواب 3

درست آپشنI I ہے۔

تحقیقات میں دعوے کی درستی تعین کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جبکہ تشخیص نقصان کی وجہ اور حد سے کہیں زیادہ متعلقہ ہے۔

جواب 4

درست آپشن I I I ہے۔

آئی آر ڈی اے آئی سرویئرس کے لئے لائسینسنگ اتھارٹی ہے۔

جواب 5

درست آپشنIV ہے۔

سائکلون سے نقصان کے دعوے کی جانچ کرتے ہوئے محکمہ موسمیات کی رپورٹ کی درخواست کئے جانے کی سب سے زیادہ امکان رہتا ہے۔

جواب 6

درست آپشنI I I ہے۔

فرسودگی کے اُصول کے تحت بیمہ کمپنی ایک پالیسی کے تحت ادائیگی کئے گئے نقصان کی وصولی ایک تیسری پارٹی سے کرنے کے لئے بیمہ دار فرد کے حقوق کو مان سکتی ہے۔

جواب 7

درست آپشنIV ہے۔

اگر بیمہ کمپنی یہ فیصلہ لیتی ہے کہ ایک مخصوص نقصان قابلِ ادائیگی نہیں ہے کیونکہ اسے پالیسی کے تحت کور نہیں کیا گیا ہے، تو اس طرح کے معاملوں کا فیصلہ قانون کی عدالت میں کیا جائیگا۔

ذاتی امتحان سوالات

سوال 1

نقصان کی معلومات دی جانی چاہئیے:

I. ٹھیک نقصان کے وقت پر
II. 15 دنوں کے بعد
III. مناسب طور سے جتنی جلدی ممکن ہو
IV. نقصان کے بعد کسی بھی وقت

سوال 2

نقصان کی جانچ _____ کے ذریعے کی جاتی ہے۔

I. بنا لائسینس یافتہ سرویئرس
II. لائسینس یافتہ اور تعلیم یافتہ سرویئرس
III. بیمہ دار کے نمائندہ
IV. انجینئرنگ کی ڈگری والے کسی بھی فرد

سوال 3

انفرادی حادثے دعووں کے لئے _____ کی رپورٹ ضروری ہے۔

I. سرویئرس
II. ڈاکٹر
III. پولیس
IV. کورونر

سوال 4

دعووں بیمہ ایکٹ کے مطابق _____ سے زیادہ کے دعووں کے لئے آزادانہ سرویئرس کی ضرورت ہوتی ہے۔

I. 40،000 روپے -
II. 15،000 روپے -
III. 20،000 روپے -
IV. 25،000 روپے -

سوال 5

سفر بیمہ پالیسیوں کے معاملے میں ملک کے باہر تعین دعووں کی تشخیص _____ کے ذریعے کی جاتی ہے۔

I. بھارتیہ سرویئرس
II. نقصان کے ملک میں مقامی سرویئرس
III. بیمہ کمپنی کے اپنے ملازم
IV. پالیسی میں نامی دعویٰ تصفیہ ایجینٹ

جواب 6

ایک آگ دعوے کے معاملے میں فائر بریگیڈ کی ایک رپورٹ:

I. ضروری نہیں ہے
II. بیمہ دار کے لئے آپشنل ہے
III. ضروری ہے
IV. پولیس رپورٹ کا حصہ ہے

سوال 7

ٹی اے ٹی کیا ہے؟

I. وقت اور باری (ٹائم اینڈ ٹرن)
II. ایک وقت تک (ٹل اے ٹائم)
III. ٹائم اینڈ ٹائڈ
IV. ٹرنئراؤنڈ وقت

سوال 8

نقصان کی ادائیگی کرنے پر، سالویج _____ کے تحت آتا ہے۔

I. سرویئرس
II. بیمہ دار
III. بیمہ کمپنی
IV. مقامی حکام

سوال 9

ثالثی _____ پوری کی جانے والے دعویٰ تصفیہ طریقہ کار ہے۔

I. قانون کی عدالت میں
II. سرویئرس کے ایک گروپ کے ذریعے
III. شامل پارٹیوں کے ذریعے منتخبہ ثالث (زبانیں) کے ذریعے
IV. بیمہ کمپنی کے ملازمین کے ذریعے من مانے ڈھنگ سے

سوال 10

سبروگیشن کے حق کے تحت بیمہ کمپنیوں کو _____ سے ادائیگی کئے گئے نقصان کی وصولی کرنے کی اجازت دی جاتی ہے۔

I. صرف شپنگ کمپنیوں سے
II. صرف ریلوے اور سڑک کیرئیرز
III. صرف ایرلائنس اور پورٹ ٹرسٹ
IV. شپنگ کمپنیوں اور ریلوے اور سڑک کیرئیرز اور ائیرلائنس اور پورٹ ٹرسٹس

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جواب

جواب 1

درست آپشنIII ہے۔

نقصان کی معلومات مناسب طورسے جتنی جلدی ممکن ہو، دی جانی چاہئیے۔

جواب 2

درست آپشنII ہے۔

نقصان کی جانچ لائسینس یافتہ اور تعلیم یافتہ سرویئرس کے ذریعے کی جاتی ہے۔

جواب 3

درست آپشنII ہے۔

انفرادی حادثے بیمہ کے لئے ایک ڈاکٹر کی رپورٹ ضروری ہے۔

جواب 4

درست آپشنIII ہے۔

بیمہ ایکٹ کے مطابق 20000 روپے سے زیادہ کے دعووں کے لئے آزادانہ سرویئرس کی ضرورت ہوتی ہے۔

جواب 5

صحیح وکلپ IV ہے۔

درست آپشنIII ہے۔

سفر بیمہ پالیسیوں کے معاملے میں ملک کے باہر تعین دعووں کی تشخیص پالیسی میں نامی دعویٰ تصفیہ ایجینٹ کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

جواب 6

درست آپشنIII ہے۔

ایک آگ بیمہ دعوے کے معاملے میں فائر بریگیڈ کی ایک رپورٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔

جواب 7

درست آپشنIV ہے۔

ٹی سے ٹی ٹرنئراؤنڈ وقت ہے۔

جواب 8

درست آپشنIII ہے۔

نقصان کی ادائیگی کرنے پر سالویج بیمہ کمپنی کے تحت آتا ہے۔

جواب 9

درست آپشنIII ہے۔

ثالثی شامل پارٹیوں کے ذریعے منتخب کیے گئے ثالث (زبانیں) کے ذریعے پوری کی جانے والی ایک دعویٰ تصفیہ کی طریقہ کار ہے۔

جواب 10

درست آپشنIV ہے۔

سبروگیشن کے حق کے تحت بیمہ کمپنیوں کو۔ شپنگ کمپنیوں اور ریلوے اور سڑک کیرئیرز اور ائیرلائنس اور پورٹ ٹرسٹس سے ادائیگی کئے گئے نقصان کی وصولی کرنے کی اجازت دی جاتی ہے۔

Fire Insurance Claim form

1. Name and Address of Insured:

Identification of Insured

2. Please give following details pertaining to all the policies involved in fire accident:

Policy Number	Risk Covered	Location	Sum Insured	Estimated amount of loss
(i)				
(ii)				

To ascertain total S.I. & contribution of each policy

Loss should occur during the currency of policy

3. Period of Insurance:

4. Date and Time of Loss:

Proximate cause should be covered under

5. Nature and Cause of Loss
(Please describe the circumstances leading to the loss)

Contribution condition

6. Give details of insurance with any other insurance company on the risk involved in fire/accident

7. If insured is not sole owner, the nature of his/their interest in the property and details of other interests

Insured is covered to the extent of his insurable interest

8. Whether loss intimated to
(1) Police
(2) Fire Brigade

Additional documents corroborating the loss

9. Was any claim reported in the past on the same property during current policy period.
If so, give details regarding:

(a) Cause
(b) Date of incident
(c) Claim
(d) Policy Issuing Office
(e) Amount of claim paid/Outstanding Rs.

Additional information for verification

I hereby declare that the particulars furnished above are true and correct to the best of my knowledge.

PLACE:

DATE: Signature of Insured

To be filled in by Dev. Officer/Br./D.O.

Fire Claim No. _____

Branch/ D.O. Code NO.	R.O. Code No.	Dev. Officer's Code No.	Agency Code No.	Premium Payment Particulars		
				Receipt No BG/ CD No	Date of Payment	Amount Rs.