IC-38

ایجنٹ کارپوریٹ جامع

اظہارِ تشکر

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 کارپوریٹ
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 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	53
4	کارپوریٹ ایجنٹ ریگولیشنز	65
5	زندگی بیمہ کے قانونی اصول	89
2 سیکشن	زندگی کا بیمہ	
6	زندگی بیمہ میں کیا موجود ہے	111
7	مالی منصوبہ بندی	124
8	زندگی بیمہ کے مصنوعات - I	146
9	II- زندگی بیمہ پروڈکٹ	167
10	زندگی بیمہ کے استعمال	183
11	زندگی بیمہ میں قیمت تعین اور تشخیص	193
12	دستاویز کاری - تجویز مرحلے	215
13	دستاویز کاری - پالیسی شرط :	227
14	دستاویز کاری - پالیسی شرائط : II	236
15	ہامیداری (اَنڈرراٹنگ)	258
16	زندگی بیمہ پالیسی کے تحت ادائیگی	280
3 سیکشن	صحت کا بیمہ	
17	صحت کے بیمہ کا تعارف	296
18	بیمہ دستاویز	316
19	صحت بیمہ مصنوعات	344
20	صحت بیمہ ہامیداری	409
21	صحت کی انشورنس کے دعوے	451

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

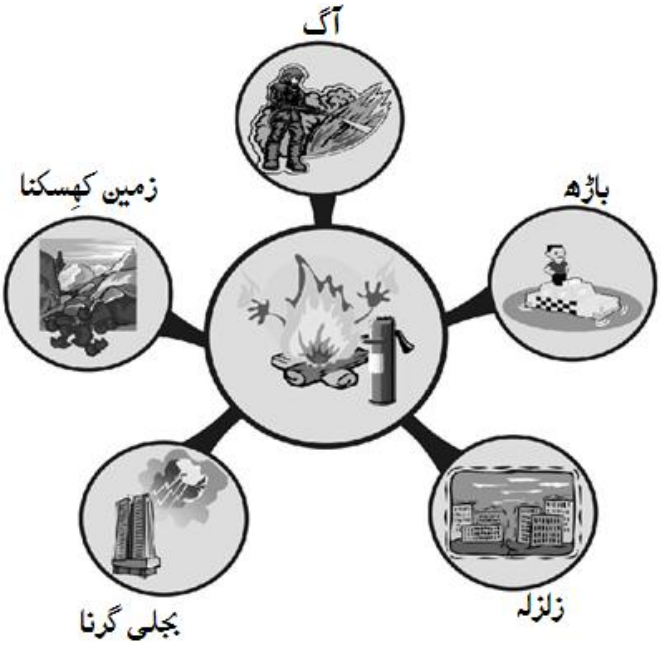
A. زندگی بیمہ - تاریخ اور ترقی
B. بیمہ کی سرگرمی
C. جوکھم مینجمنٹ کی تراکیب
D. جوکھم مینجمنٹ کے جزو کے طور پر بیمہ
E. معاشرے میں بیمہ کا کردار

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 ماال پھینك 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 ماال 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 106 کمپنیوں 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 1993میں لہوترا 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 1999 میں بیمہ ریگولیٹری اور ترقی ایکٹ (آئی آر ڈی اے) کے منظور کئے جانے کے بعد اپریل 2000میں 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

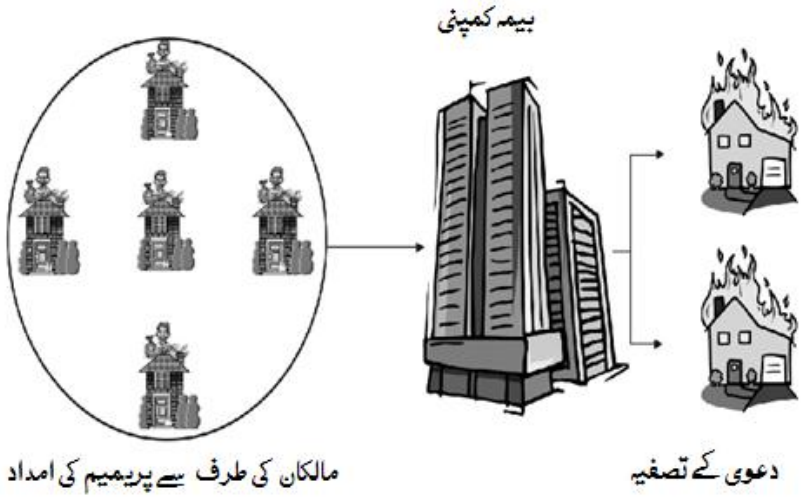
جدید کامرس کا آغاز جائیداد کی ملکیت کے اصول کی بنیاد پر کی گئی تھی .اگر کسی واقعہ کی وجہ سے جائیداد کی قیمت کم (گم یا تباہ ہو جانے پر) ہو جاتی ہے، تو جائیداد کے مالک کو اقتصادی نقصان کا سامنا کرنا پڑتا ہے .تاہم، اسی طرح کے اثاثوں کے مالکان کے چھوٹی چھوٹی امداد کی طرف سے اجتماعی فنڈ کی تعمیر کئے جانے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

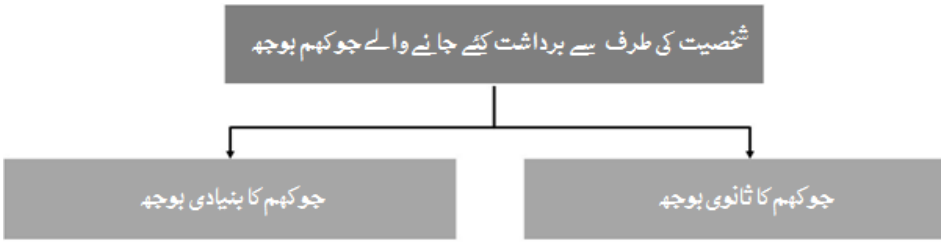
e) فنڈ جمع کرنا اور کچھ بد قسمت سے لوگوں کو معاوضہ کے عمل کو ایک ادارے کی طرف سے کیا جاتا ہے جسے بیمہ کار کہتے ہیں۔

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



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

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

D. جوکھم مینجمنٹ کا آلے کے طور پر بیمہ

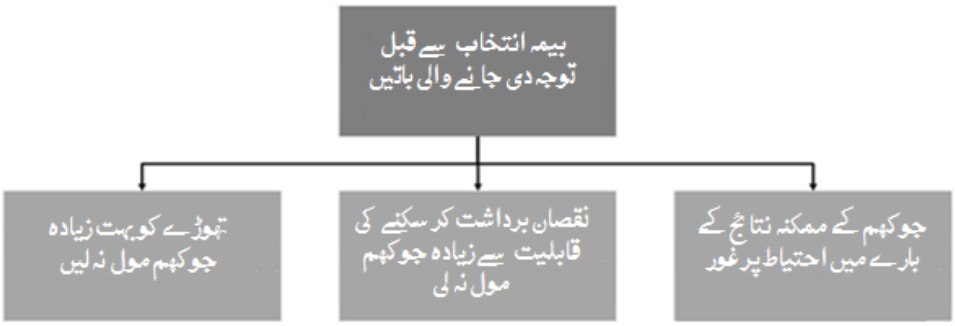
جب ہم خطرے کے متعلق بات کرتے ہیں، تو ہم اس نقصان کی بات نہیں کرتے ہیں جو ہو چکی ہے، لیکن اس نقصان کی بات کرتے ہیں، جس کے گھٹنے کا امکان ہو .لہذا یہ ایک ممکنہ نقصان ہوتا ہے- اس ممکنہ نقصان کی قیمت (جو کہ خطرے کی لاگت کے برابر ہوتی ہے) دو اجزاء پر منحصر ہوتی ہے:

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 وتتین
  - ✓ 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 جڑنے 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	یہ مستقبل میں ایک غیر متوقع حادثے کے سبب کار کو ہوئے

سکتا ہے۔	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 روی 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

اسکے تین حصے ہیں:

ممکنہ قیمت	حالیہ قیمت	تاریخی قیمت
پریمیموں کی قیمت جو گاہک کو اضافی پروڈکٹ خریدنے کے لئے راضی کر کے حاصل کی جا سکتی ہے	مستقبل کے پریمیم جس کے موجودہ کاروبار کے بنے رہنے پر حاصل ہونے کی توقع کی جاتی ہے	پریمیم اور دیگر آمدنی جو گاہک سے ماضی میں حاصل کئے گئے ہیں

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 – چہاں 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 جہاں 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 جہاں 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 جہاں 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 چاہئے۔ 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 چاہئے۔ 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 برائے 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 برائے 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 سچھانے 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 چہاں 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 چہاں 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 ریکارڈزکو 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 چاہئیے جس کے دائرہ اختیار میں بیمہ کمپنی ایک شاخ/دفتر موجود ہے، یہ مُدعی کو ہوئے نقصان کی نوعیت اور حد کے ایک تخمینہ اور مانگی گئی راحت کے ساتھ ساتھ دستاویزوں، اگر کوئی ہو، کے ذریعے حمایت کی ہونی چاہئیے۔

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 التواء 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 سمیت)

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

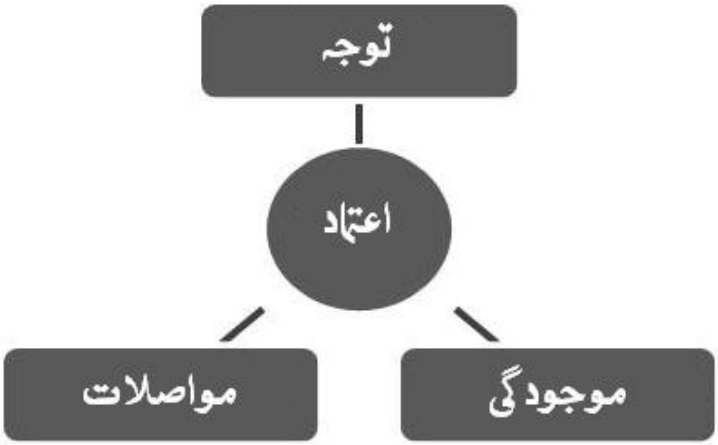
گاہک سروس مطمئن اور وفادار گاہک بنانے کے اہم عناصر میں سے ایک ہے۔ لیکن یہ کافی نہیں ہے۔ گاہک ایسے انسان ہیں جن کے ساتھ کمپنی کو ایک مضبوط تعلق بنانے کی ضرورت ہے۔

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 کیریئر میں کافی ترقی کرنے میں اہل ہوگا؟

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

اس کی سب سے اچھی مثال شاید ایک شادی کی ہے۔ شوہرکے 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۔

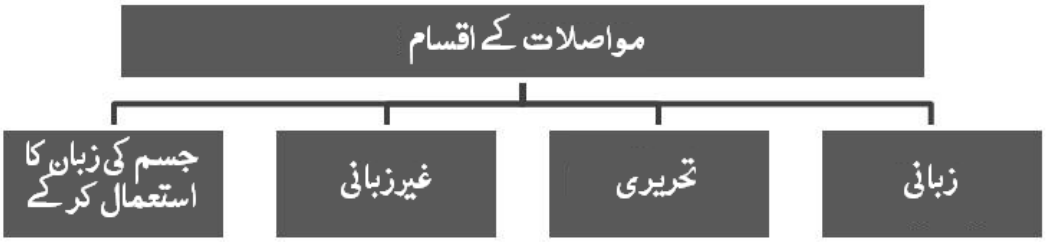
کمپنیاں گاہک تعلق مینجمنٹ پر کافی زور دیتی ہیں کیونکہ گاہک کو بنائے رکھنے کی قیمت نیا گاہک حاصل کرنے کی قیمت کے مقابلے میں کہیں کم ہوتی ہے۔ گاہک تعلق کئی ٹچ پوائنٹس میں پیدا ہوتا ہے جیسے گاہکوں کی بیمہ ضرورتوں کو سمجھنے میں، فارم پر کوریج کے حساب کو سمجھانے میں۔ اسلئے، ان میں سے ہر ایک پوائنٹ میں تعلق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

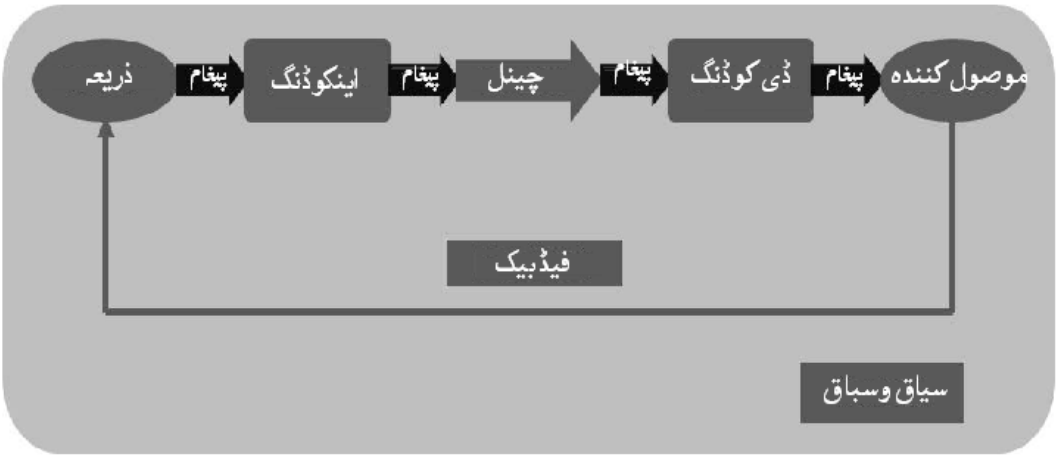
- ✓ زبانی
- ✓ تحریری
- ✓ غیر زبانی
- ✓ جسم کی زبان کا استعمال کر کے

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 بھیجے گا۔ 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 چاہئے کہ وہ کیوں مواصلات کرنے جا رہا ہے اور کیا مواصلات کرنا چاہتا ہے، اور اسے یہ اعتماد ہونا چاہئے 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 گر م 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:

- ✓ برائے 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 کہی 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 چاہئیے۔ 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) مگدازی
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. مہگدازی

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.

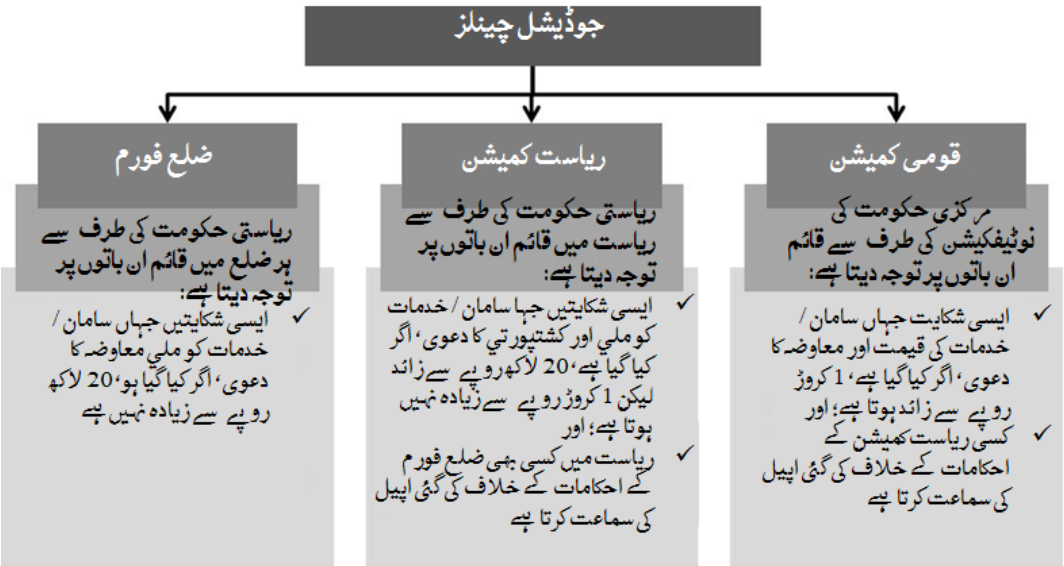
- ✓ اس کا اصل دائرہ بھی ان شکایات کی سماعت کرنا ہے جہاں سامانوں /خدمات کی قیمت اور معاوضہ، اگر کوئی دعوی کیا گیا ہے، 20لاکھ روپے سے زیادہ لیکن 100لاکھ روپے سے زیادہ نہیں رہتی ہے.
- ✓ دیگر طاقتیں اور حقوق ضلع فورم کی طرح ہی ہیں.

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 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 روکے 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 3 ماہ 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. اٹگرٹیڈ 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 ایم 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
کارپوریٹ ایجنٹ ریگولیشنز

کارپوریٹ ایجنٹ

کارپوریٹ ایجنٹ ریگولیشنز اگست 2015 ,میں ترمیم کر رہے تھے اور یہ اپریل کی پہلی تاریخ ۲۰۱۶ سے لاگو ہو گی.
مندرجہ ذیل تعریفات متعلقہ ہیں.

1. تعریفات :

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

b) "درخواست گزار "سے کا مطلب ہے -

i) کمپنی ایکٹ، 2013 (2013 کا 18) یا اس کے کسی قانون یا مروجہ کسی پیشرو کمپنی طریقہ کار کے تحت پیدا ہوتا کمپنی؛ یا

ii) تک محدود ذمہ داری شراکت داری ایکٹ، 2008کے تحت پیدا ہوتا اور رجسٹرڈ کی گئی محدود ذمہ داری شراکت داری؛

iii) کوآپریٹیو سوسائٹی ایکٹ، 1912یا کوآپریٹیو سوسائٹیو کی رجسٹریشن کے لئے کسی بھی طریقہ کار کے تحت رجسٹرڈ کوآپریٹیو کمیٹی؛ یا

iv) ایکٹ کی دفعہ 2کے سیکشن (4اے) میں وضاحت کے طور پر بینکنگ کمپنی :یا

v) بینکینگ کمپنی ایکٹ، 1949(1949 کا 10) کی دفعہ 5 کی ذیلی دفعہ (1)کے سیکشن (ڈی اے) کے تحت وضاحت کے طور پرمشابہ نیا بینک ؛ یا

vi) علاقائی دیہی بینک ایکٹ، 1976(1976کا 21) کی دفعہ 3 کے تحت قائم علاقائی دیہی بینک یا

vii) کوآپریٹیو سوسائٹی ایکٹ، 1912کے تحت شامل غیر سرکاری تنظیم یا ٹھیک ٹھیک رداتري خزانہ تنظیم، یا بھارتی ریزرو بینک کے پاس رجسٹرڈ غیر بینکاری مالیاتی کمپنی؛ یا

viii) کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے اتھارٹی کی طرف سے منظور شدہ کوئی بھی دوسرے کا اظہار.

c) "منظور ادارے "سے ایسی کوئی ادارہ کا مطلب ہے جو تعلیم اور / یا خاص طور پر وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے منظوری دے دی اور مطلع انشورنس سیلز، سروس اور مارکیٹنگ کے میدان میں تربیت میں مصروف ہو اور اس میں بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ، ممبئی شامل ہے.

d) "اختیار تصدیق کنندہ "سے ٹیلی فون کی طریقہ سے توقع یا فروخت کے مقصد کے لئے ٹیلی ماکیٹر کی طرف سے ملازم شخص کا مطلب ہے اور وہ ایک مخصوص شخص کے لئے ان ضوابط کے ضابطے (3) 7کے تحت مخصوص طور پر توقعات کو پورا کرے گا؛

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

f) "کارپوریٹ ایجنٹ "سے مندرجہ بالا سیکشن (ب) میں مخصوص کوئی بھی درخواست گزار کا مطلب ہے جو زندگی، عام اور صحت کی کسی بھی مخصوص قسم کے لئے انشورنس کاروبار کی توقع اور سروسنگ کیلئے ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری رجسٹریشن سرٹیفکیٹ منعقد کرتا ہے.

g) "کارپوریٹ ایجنٹ (زندگی) "سے وہ کارپوریٹ ایجنٹ کا مطلب ہے جو ان ضوابط میں کے طور پر مخصوص زندگی بیمہ کار کے لئے انشورنس کاروبار کی توقع اور سروسنگ کیلئے، اس کے طور پر کام کرنے کے لئے ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری جائز رجسٹریشن سرٹیفکیٹ منعقد کرتا ہے ؛

h) "کارپوریٹ ایجنٹ(عام) "سے وہ کارپوریٹ ایجنٹ کا مطلب ہے جو ان ضوابط میں کے طور پر مخصوص عام بیمہ کار کے لئے انشورنس کاروبار کی توقع اور سروسنگ کیلئے، اس کے طور پر کام کرنے کے لئے ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری جائز رجسٹریشن سرٹیفکیٹ منعقد کرتا ہے ؛

i) "کارپوریٹ ایجنٹ (صحت) "سے وہ کارپوریٹ ایجنٹ کا مطلب ہے جو ان ضوابط میں یتھاونردشٹ صحت بیمہ کار کے لئے انشورنس کاروبار کی توقع اور سروسنگ کیلئے، اس کے طور پر کام کرنے کے لئے ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری جائز رجسٹریشن سرٹیفکیٹ منعقد کرتا ہے؛

j) "کارپوریٹ ایجنٹ (جامع) "سے وہ کارپوریٹ ایجنٹ کا مطلب ہے جو زندگی بیمہ کار، عام بیمہ کار اور صحت بیمہ کار یا

مندرجہ بالا سیکشن (ایف) میں کے طور پر مخصوص دو یا تینوں کی ملاوٹ کے لئے انشورنس کاروبار کی توقع اور پروکیورمنٹ کیلئے، اس کے طور پر کام کرنے کے لئے ان ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری جائز رجسٹریشن سرٹیفکیٹ انعقاد کرتا ہے؛

k) "امتحان باڈی "ان ضوابط کے مقصد کے لئے بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ، ممبئی یا کارپوریٹ ایجنٹوں کے وزیر افسر اور مخصوص افراد کے لئے سرٹیفیکیشن امتحان کے آپریشن کیلئے اتھارٹی کی طرف سے منظوری دے دی اور مطلع کوئی دوسرے ادارہ ہے.

l) "قابل اور مناسب"(فٹ اینڈ پروپر) درخواست گزار کی رجسٹریشن کیلئے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے اس کے وزیر افسر، ڈائریکٹرز یا شراکت داروں یا کنھي دیگر ملازمین سمیت مناسب تعین کرنے کے لئے معیار ہے.

m) کارپوریٹ ایجنٹ کے "وزیر افسر "سے اس کی طرف نامزد اور اتھارٹی کی طرف سے منظوری دے دی ڈائریکٹر یا شریک یا کوئی افسر یا ملازم کا مطلب ہے، جو صرف کارپوریٹ ایجنٹ کے سرگرمیوں کی نگرانی کرنے کے لے مقرر ہو اور جس کے پاس مطلوبہ قابلیت اور عملی تربیت ہو اور جس نے ان قواعد و ضوابط کے تحت مطلوب طور پر امتحان پاس کی ہو-

n) "رجسٹریشن "سے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے ان ضوابط کے تحت جاری کیا گیا رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کا مطلب ہے.

o) "ریگولیشنز "سے بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی (کارپوریٹ ایجنٹوں کا رجسٹریشن) ضابطے، 2015 کا مطلب ہے-

p) "مخصوص شخص "سے کارپوریٹ ایجنٹ کا وہ ملازم کا مطلب ہے جو کارپوریٹ ایجنٹ کی جانب سے انشورنس کاروبار کی توقع اور پروکیورمنٹ کے لئے ذمہ دار ہے اور جس نے ان ضوابط میں مخصوص طور پر اہل، تربیت اور امتحان کی کامیابی کی توقعات کو پورا کیا ہے؛

q) "ٹیلی مارکیٹر "سے وہ ادارے کا مطلب ہے جو تجارتی پیغام بھیجنے کا کاروبار چلانے کے لئے ٹیلی کام تجارتی پیغام رسانی کلائنٹ ادھمان ضابطے، 2010کے باب IIIکے تحت بھارتی

ٹیلی کمیونیکیشن ریگولیٹری اتھارٹی کے پاس رجسٹرڈ ہو اور اتھارٹی کی طرف سے جاری سرٹیفکیٹ منعقد کرتی ہو .

r) ان ضوابط میں استعمال کیا جاتا ہے اور جانچ، لیکن وقت وقت ترمیم شدہ ایکٹ، انشورنس ریگولیٹری اور ڈیویلپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999یا ان کے تحت بنائے گئے کسی بھی ایکٹ /ہدایات پر بیان الفاظ اور توضیحات کے معنی وہی ہوں گے جو ان اعمال /ضوابط /ہدایات میں بالترتیب ان کے لئے مقرر کئے گئے ہیں.

2. ان ضوابط کی توسیع اور لاگو ہونے کی شرائط:

1) یہ قواعدوضوابط رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کی درستی کے دوران زندگی بیمہ کار، عام بیمہ کار اور صحت بیمہ کار کی انشورنس کاروبار کی توقع، قابل حصول اور سروسنگ کے مقصد کے لئے کارپوریٹ ایجنٹوں کی رجسٹریشن کے لیے مندرجہ ذیل شامل کرتے ہیں.

a) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (زندگی) زیادہ سے زیادہ تین زندگی بیمہ کار کے ساتھ ان کی انشورنس کی مصنوعات کی توقع، پروکیورمنٹ اور خدمت کرنے کے لئے بندوبست کر سکتا ہے.

b) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (عام) زیادہ سے زیادہ تین عام بیمہ کار کے ساتھ ان کی انشورنس کی مصنوعات کی توقع، پروکیور اور خدمت کرنے کے لئے بندوبست کر سکتا ہے .اس کے علاوہ، کارپوریٹ ایجنٹ (عام) عام انشورنس مصنوعات کی خوردہ انتظامات کی توقع، پروکیور اور خدمت کرے گا اور ایسے بیمہ کار کے تجارتی انتظامات کی کل بیمہ رقم تمام بیماو کے لئے مشترکہ طور پر فی خطرے پانچ کروڑ روپے سے زیادہ نہیں ہوگی.

c) ایک کارپوریٹ ایجنٹ (صحت) زیادہ سے زیادہ تین صحت بیمہ کار کے ساتھ ان کی انشورنس کی مصنوعات کی توقع، پروکیور اور خدمت کرنے کے لئے بندوبست کر سکتے ہیں.

d) کارپوریٹ ایجنٹ (جامع) کے معاملے میں سیکشن (اے) سے (سی) تک مخصوص طور پر شرائط لاگو ہوں گے-

e) انشورنس کمپنیوں کے ساتھ کی گئی انتظامات میں کوئی بھی تبدیلی صرف اتھارٹی کے سابق منظوری اور موجودہ پالیسی ہولڈرز کی سروسنگ کے لئے مناسب انتظامات سمیت ہی کی جائے گی -

3. درخواست پر غور ۔

1. اتھارٹی رجسٹریشن کی منظوری کرنے کے لیے درخواست پر غور کرتے ہوئے کارپوریٹ ایجنٹ کے تمام معملات پر غور کیا جاتا ہے۔

2. تعصب کے بغیر، اتھارٹی مندرجہ بالا خاص طور پر غور کرے گی : -

a) درخواست دہندہ ایکٹ کے دفعہ ۴۲ ڈی کے ذیلی دفعہ (۵) کے تحت بیان کردہ کسی بھی طرح نااہل ہے کیا ;

b) درخواست دہندہ جیسے، کافی تعداد میں دفتر کی جگہ، سامان اور موثر انداز میں اس کی سرگرمیوں چھٹی کرنے کی ان فہرستوں پر تربیت یافتہ افرادی قوت ضروری ہے؛

c) درخواست دہندہ راست یا براہ راست طریقہ سے متعلق کسی بھی شخص کو اتھارٹی نے گزشتہ لائسنس / رجسٹریشن دینے سے پہلے منا کیا ہے کیا۔

.وضاحت : اس ذیلی شق مقاصد کے لئے، "بالواسطہ بلاواسطہ طور پر منسلک" کا مراد کسی فرم یا کمپنی کارپوریٹ باڈی کے معاملے میں درخواست گزار کی کوئی ساتھی ادارے اسسٹنٹ ادارے، باہمی منسلک یا گروپ مخصوص کمپنی ہیں .اس طرح سے یہ واضح کیا جاتا ہے کہ ان الفاظ کے معنی وہی ہوں گے جو کمپنی ایکٹ، 2013 یا مقابلہ ایکٹ، 2002 جیسی صورتحال ہو، میں ان کے لئے مقرر کئے گئے ہیں.

d) کیا درخواست گزار کا پرنسپل آفسیر گریجویٹ ڈگری حاصل ہے اور کیا اس نے اتھارٹی کی طرف سے منظوری دے دی کورس کے مطابق ایک منظور شدہ ادارے سے کم از کم پچاس گھنٹے نظریاتی اور عملی تربیت حاصل کی ہے، اور مندرجہ بالا تربیت کی مدت کے اختتام پر امتحان باڈی کی طرف سے منعقد امتحان پاس کی ہے -

بشرطیکہ کہ چہاں درخواست گزار کا سردار افسر بھارتی انشورنس انسٹی ٹیوٹ، ممبئی کا اسوسیٹ /فیلو ہے؛ یا سی آئی آئی، لندن کا اسوسیٹ /فیلو؛ یا بھارتی بیمہ انسٹی ٹیوٹ کا اسوسی یٹ /فیلو؛ یا اس کے پاس انشورنس اور خطرے انتظام انسٹی ٹیوٹ، حیدرآباد کی وہاں نظریاتی اور عملی تربیت پچیس گھنٹے کی ہوگی۔

e) کیا گزشتہ تین سالوں کے دوران درخواست گزار کے وزیر افسر، ڈائریکٹرز اور دیگر ملازمین نے ان قواعد و ضوابط کی شیڈول III میں مخصوص طور پر طرز عمل-اخلاق کی خلاف ورزی تو نہیں کیا ہے؛

f) اگر درخواست گزار کا سردار کاروبار بیمے کے علاوہ کوئی دیگر کاروبار ہے، تو کیا وہ کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر مالی معاملات میں اپنے سرگرمیوں اور دیگر افعال کے درمیان کافی فاصلے رکھتے ہوئے آزاد برتاؤ رکھتے ہیں -

g) کیا پرنسپل آفیسر /ڈائریکٹر / شراکین /مخصوص شخص ان قوانین کا معاہدہ I میں دیئے گئے تفصیلات کے بنیاد پر قابل اور مناسب ہیں؛ اور

h) اتھارٹی کی رائے ہے کہ رجسٹریشن فراہم کرنا پالیسی ہولڈر کے مفاد میں ہوگا -

3. درخواست گزار کے مخصوص شخص مندرجہ ذیل توقعات پوری کرینگے -

a. کسی منظور شدہ بورڈ / ادارے سے کم از کم 12 ویں کلاس یا مساوی امتحان پاس کر چکے ہوں گے؛

b. (i) مخصوص شخص زندگی، عام، صحت کی مخصوص زمرے جس کے لئے رجسٹریشن کی توقع کی گئی ہے، غرض کسی منظور شدہ ادارے سے کم از کم پچاس گھنٹے کی تربیت حاصل کر چکا ہو گا اور امتحان باڈی کی طرف سے منعقد امتحان پاس کر چکا ہو گا؛

(ii) کارپوریٹ ایجنٹ (جامع) کا مخصوص شخص کسی منظور شدہ ادارے سے کم سے کم پچہتر گھنٹے کی تربیت حاصل کر چکا ہو گا اور امتحان باڈی کی طرف سے منعقد امتحان پاس کر چکا ہو گا؛

c. انشورنس کاروبار کی توقع کرنے اور پروکیور کے لئے کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے مقرر مخصوص افراد کے پاس ان ضوابط میں مخصوص طور پر اتھارٹی کی طرف سے جاری کیا گیا معتبر سرٹیفکیٹ مذکورہ سرٹیفکیٹ کارپوریٹ ایجنٹ کے درست رجسٹریشن کے تحت آؤٹ پٹ کی تاریخ سے تین سال کی مدت کے لئے درست ہوگا؛

مخصوص شخص سرٹیفکیٹ جاری کرنے کے لئے ان ضوابط کا معاہدہ 3 میں مخصوص بناوٹ میں اتھارٹی کو کارپوریٹ ایجنٹ کے پرنسپل آفیسر کے ذریعے درخواست جمع کرے گا -

d. کارپوریٹ ایجنٹ کا مخصوص شخص اگر کسی دوسرے کارپوریٹ ایجنٹ کے پاس تبدیلی کے لئے پسند کرتا ہے، تو وہ موجودہ کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے دیئے گئے اعتراض سرٹیفکیٹ (این او سی) کے ساتھ نیا کارپوریٹ ایجنٹ کے ذریعے اتھارٹی کو درخواست جمع کرانے کی طرف سے ایسا کرے گا .اگر موجودہ

کارپوریٹ ایجنٹ 30 دن کے اندر اعتراض سرٹیفکیٹ جاری نہیں کرتا، تو یہ تصور کیا جائے گا کہ مندرجہ بالا کارپوریٹ ایجنٹ کو اسکےپرورتن کے لئے اعتراض نہیں ہے .اتھارٹی کارپوریٹ ایجنٹ سے درخواست موصول ہونے کے بعد مذکورہ تبدیلی کو وضاحت کرتے ہوئے کارپوریٹ ایجنٹ کا نام بدل کر نظر ثانی سرٹیفکیٹ جاری کرے گا.

e. مخصوص شخص اور / یا اہم انشورنس ایگزیکٹیو جو تعلیم یافتہ ہیں اور انشورنس ریگولیٹری اورترقی اتھارٹی (کارپوریٹ ایجنٹوں کا لائسنس) قوانین، 2002 کے تحت لائسنس یافتہ کسی کارپوریٹ ایجنٹ کے پاس پہلے سے کام کر رہے ہیں، ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹوں کے پاس کام کرنا جاری رکھ سکتے ہیں .تاہم، اس طرح مخصوص افراد اور / یا اہم انشورنس ایگزیکٹیو کی تفصیلات مخصوص انداز میں اتھارٹی کو رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے درخواست جمع کرتے وقت یا ان کی رجسٹریشن کی تاریخ سے چھ ماہ کے اندر پیش کیا جائے گا- اتھارٹی مذکورہ تفصیلات کی وصولی کے بعد ایسے مخصوص افراد اور / یا اہم انشورنس ایگزیکٹیو کو مندرجہ بالا ذیلی قوانین (سی) کے تحت مخصوص طور پر سرٹیفکیٹ جاری کرے گا-

4. رجسٹریشن کی تجدید (1) - کارپوریٹ ایجنٹ رجسٹریشن کے ختم ہونے سے تیس دن کے اندر رجسٹریشن کی تجدید کے لئے اجازت کو ضروری فیس کے ساتھ فارم اے میں درخواست دے سکتا ہے.

تاہم، شرط یہ ہوگی کہ اگر مذکورہ درخواست اتھارٹی کے پاس اس مدت کے بعد، لیکن موجودہ رجسٹریشن کی اصل ختم ہونے سے پہلے پہنچ جاتا ہے، تو اتھارٹی کو ایک سو روپے کا ایک اضافی فیس اور لاگو کر قابل ادائیگی ہوں گے.
آگے یہ بھی شرط ہوگی کہ تاخیر کی درخواست گزار کی طرف سے لکھا میں پیش شدہ کافی وجوہات کے لئے جو پیشرو شرط طرف شامل نہ کیے گئے ہوں، اجازت کی تجدید کے لئے پیش کی درخواست درخواست گزار کی طرف سات سو پچاس روپے کا ایک اضافی فیس اور لاگو ٹیکس ادا کرنے پر رجسٹریشن کے ختم ہونے کی تاریخ کے بعد قبول کر سکتا ہے.
نوٹ : کاریوریٹ ایجنٹ کو رجسٹریشن کی تجدید کے لئے رجسٹریشن کے ختم ہونے سے نوّے دن پہلے درخواست جمع کرانے کی اجازت ہیں،
(2) پرنسپل آفیسر اور مخصوص شخصیت رجسٹریشن کی تجدید کی توقع کرنے سے پہلے ایک منظور شدہ ادارے کی طرف سے دیا گیا کم از کم پچیس گھنٹے نظریاتی اور عملی تربیت مکمل کریں گے-
(3) ذیلی ریگولیشن (1) کے تحت تجدید کے لئے درخواست پر کارروائی کے ضابطے 7 کے تحت مخصوص طریقے سے ہی کی جائے گی.
(4) اتھارٹی اس بات سے مطمئن ہونے پر کہ درخواست گزار رجسٹریشن کی تجدید کے لئے مخصوص تمام شرائط کو پورا کرتا ہے،

تین سال کی مدت کے لئے فارم سی میں رجسٹریشن کی تجدید کرے گا اور درخواست گزار کو اطلاع منتقل کرے گا.

5. عمل چہاں رجسٹریشن فراہم نہیں کیا گیا ہو -

(1) چہاں ضابطے 4کے تحت رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے یا ضابطے 11کے تحت اس کی تجدید کے لئے درخواست ضابطے 7کے تحت مقرر شرائط کو پورا نہیں کرتا، وہاں اتھارٹی رجسٹریشن سرٹیفکیٹ فراہم کرنے یا اس تجدید کرنے سے انکار کر سکتا ہے. فراہم کی ہے کہ کوئی بھی درخواست اس وقت تک مسترد نہیں کیا جائے گا، جب تک درخواست گزار کو اپنی بات کہنے کے لئے مناسب موقع نہیں دیا جاتا.

(2) رجسٹریشن سرٹیفکیٹ فراہم کرنے یا اس کا تجدید کرنے کے لئے مسترد کی اطلاع اتھارٹی کی طرف سے درخواست گزار کو ایسی مسترد سے تیس دن کے اندر انہوں نے کی وجہ بتاتے ہوئے دی جائے گی جن کی بنیاد پر درخواست کو رد کیا گیا ہے-

(3) اتھارٹی کے فیصلے سے مطمئن کوئی بھی درخواست گزار مندرجہ بالا ذیلی ضابطے (2)کے تحت اتھارٹی کی طرف سے جاری حکم کی طرف آپ کی طرف سے حاصل کرنے کی تاریخ سے پینتالیس دن کی مدت کے اندر سیکورٹیز اپیل ٹریبونل کو اپیل، ایسے اپیل کے لئے مقرر طریقہ کے مطابق کر سکتے ہیں-

6. رجسٹریشن پیش کرنے سے مسترد کا اثر - کوئی بھی درخواست گزار، جس کا ضابطے 4 کے تحت رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے یا ضابطے 11 کے تحت اس کا تجدید کے لئے درخواست اتھارٹی کی طرف سے مسترد کیا گیا ہے، ضابطے 12 (2) کے تحت معلومات موصول ہونے کی تاریخ کو اور اس تاریخ سے کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنا ختم کرے گا- تاہم، وہ پہلے سے اپنے کی طرف سے بنایا سوداو کے سلسلے میں خدمات فراہم کرنے کے لئے مسلسل پابند رہے گا .اس قسم کی سروس ان موجودہ سوداو کے ختم ہونے کی مدت تک جاری رہے گی، جو ختم کی گئی ہوں، یا چھ ماہ کی مدت کے لئے، جو بھی پہلے ہو، جس وقت کے اندر وہ متعلقہ بیمہ کار کے ساتھ مناسب بندو بست کریں گے -

7. کارپوریٹ ایجنٹ کو رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے شرائط:

ضابطے 9کے تحت پیش کیا گیا رجسٹریشن یا ضابطے 11کے تحت پیش کیا گیا تجدید انیباتو کے ساتھ ساتھ مندرجہ ذیل شرائط کے تحت ہو گا :

i) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹ کو صرف مندرجہ بالا ضابطے (3) میں مخصوص طور پر انشورنس کاروبار کی توقع اور خدمت کرنے کے لئے صرف اجازت دے گا ;

ii) کارپوریٹ ایجنٹ ایکٹ، انشورنس ریگولیٹری اور ڈیویلپمنٹ اتھارٹی ایکٹ، 1999اور ان کے تحت اتھارٹی کی طرف سے وقت وقت پر جاری کئے گئے ضوابط، کتابچہ، ہدایات

اورکسی بھی دوسرے ہدایات کی دفعات کے ساتھ عمل کرے گا ؛

iii) کارپوریٹ ایجنٹ، اگر ان کی طرف سے اتھارٹی کو سابق میں پیش کوئی بھی اطلاع یا تفصیل کسی اہم تفصیلات کے سلسلے میں غیر حقیقی یا گمراہ کن پایا جاتا ہے یا پہلے سے ہی پیش کی معلومات میں کوئی اہم تبدیلی ہوتی ہے تو اتھارٹی کو فوری طور پر تحریری طور پر مطلع کرے گا ؛

iv) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے صارفین کی شکایات کا سراغ لگانا ایسی شکایت کی وصولی سے 14 دن کے اندر کرنے کے لئے کافی اقدامات اٹھائے گا اور اتھارٹی کی طرف سے مخصوص شدہ جانے والے فارمیٹ اور طریقہ کار میں ایسے گاہکوں سے حاصل شکایات کی تعداد، شکل اور دیگر تفصیلات کے بارے میں اتھارٹی کو مطلع کرے گا ؛

v) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے وسائل اور اپنے طرف مخصوص افراد کی تعداد کے مطابق مناسب تعداد میں انشورنس پالیسیوں کی توقع اور پروکیور کرے گا ؛

vi) کارپوریٹ ایجنٹ اتھارٹی کی طرف سے مخصوص بناوٹ میں ریکارڈ کی بحالی کرے گا جن میں پالیسی - وار اور مخصوص شخصیت - وار تفصیل موجود ہوں گے جن میں کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے مطلوب ہر پالیسی مخصوص شخص کے ساتھ منسلک کیا گیا ہو، صرف ان کی مصنوعات کو چھوڑ کر جو سادہ ہوں، جن فروخت کاؤنٹر پر کیا گیا ہو اور اتھارٹی کی طرف سے مخصوص طور پر منظور ہوں .کارپوریٹ ایجنٹ ایسی پرالیا قائم کرے گا جن اتھارٹی کی طرف سے ایسے ریکارڈ اور تفصیلات تک باقاعدگی سے رسائی ہو سکے ؛

vii) کارپوریٹ ایجنٹ کسی بھی صورت میں انشورنس مصنوعات کی توقع کے لئے کثیر سطحی مارکیٹنگ نہیں کرے گا ؛

viii) کارپوریٹ ایجنٹ اپنے ڈائریکٹرز، وزیر افسر اور مخصوص افراد کے لئے لاگو طرز عمل-اخلاق کی عمل یقینی کرے گا ؛

ix) کارپوریٹ ایجنٹ ریگولیشن 31میں مخصوص طور پر اپنے کارپوریٹ ایجنسی کاروبار کے لئے مختلف اکاؤنٹس کے کتابوں کو علیحدہ رکھے گے ؛

8. فیس ادا اور فیس ادا نہ کرنے کے نتائج -

(1) ہر کارپوریٹ ایجنٹ رجسٹریشن کے لئے درخواست کرتے وقت اور اس کا تجدید کرتے وقت - / 10،000 روپے کا واپس نہ پزیر درخواست فیس اور لاگو ٹیکس ادا کرے گا .مذکورہ فیس حیدرآباد میں قابل ادائیگی بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی کے نام اھرت وصول کرنے والے اکاؤنٹ پیئی ڈرافٹ یا بھارتی انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی کو منظور شدہ الیکٹرانک فنڈ ٹرانسفر طرف سے قابل ادائیگی گے .مذکورہ فیس حیدرآباد میں قابل ادائیگی 'انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی'کے نام وصول کرنے والے اکاؤنٹ پیئی ڈرافٹ کی طرف سے قابل ادائیگی گے- درخواست فیس کے بغیر کسی بھی درخواست کے سلسلے میں کارروائی نہیں کی جائے گی-

(2) اتھارٹی سے رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے معلومات حاصل ہونے پر درخواست گزار ایسی معلومات کی وصولی سے 15 دن کے اندر / 25،000 روپے کی فیس اور لاگو ٹیکس ادا کرے گا . مذکورہ فیس کی وصولی پر اور رجسٹریشن فراہم کرنے کے لئے شتو کے ساتھ عمل کرنے کے بعد اتھارٹی اس زمرے کے تحت، جس کے لئے درخواست کیا گیا ہو، کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لئے رجسٹریشن فراہم کرے گا -

(3) تجدید کے لئے درخواست کرنے کا خواہاں کارپوریٹ ایجنٹ - / 25،000 روپے کی فیس اور لاگو ٹیکس کی ادائیگی کے ساتھ مقرر بناوٹ میں تجدید کے لئے درخواست پیش کرے گی -

9. معاوضہ

(1) کارپوریٹ ایجنٹ کو معاوضے کی ادائیگی یا کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے معاوضے کی وصولی کو وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے اس مقصد کے لئے مطلع ضوابط کی طرف سے کنٹرول کیا جائے گا.

(2) جن کارپوریٹ ایجنٹوں کو آئی آرڈی اے آئی (کارپوریٹ ایجنٹوں کا لاسینسینگ) ریگولیشنس، 2002 کے تحت لائسنس فراہم کیا گیا ہے، انہیں ان ضوابط کے تحت ان کی طرف سے کسی ذریعہ سے پیدا ہونے والی اور وصول کاروبار کیلئے معاوضے حاصل کرنے کی اجازت دی جا سکتی ہے بشرطیکہ کہ وہ ان قوانین کے ریگولیشنس 24 (2) میں مخصوص طور پر اپنے صارفین کی خدمت کرنا مسلسل جاری رکھیں .اگر ایسے کارپوریٹ ایجنٹ ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کئے جانے کے خواہش مند ہیں تو وہ ریگولیشن 31 میں مخصوص طور پر آپ حساب بھیو میں پرانی سوداو اور نئی سوداو کے تحت حاصل پارشرمک کو الگ الگ ظاہر کریں گے.

10. مفادات کے تصادم -

انشورنس کاروبار کی توقع اور پروکیورکرتے وقت کارپوریٹ ایجنٹ مندرجہ ذیل پر عمل کریں گے:

(i)کارپوریٹ ایجنٹ، جس کی سہبددھتا (ٹاي اپ) کاروبار کی کسی خاص نظام میں ایک سے زیادہ بیماکرتاو کے ساتھ ہو، ممکنہ گاہکوں کو ان بیماکرتاو کی فہرست ظاہر کرے گا جن کے ساتھ مصنوعات کی تقسیم کے لئے ان کی شریعت ہے اور انہیں بیمارکشا توسیع، پالیسی کی مدت، قابل ادائیگی پریمیم، پریمیم کی شرائط اور

کوئی بھی دیگر معلومات جو ان کے پاس دستیاب تمام اتپادوکے سلسلے میں کلائنٹ چاہیں، دستیاب کرائے گا ۔اس کے علاوہ، اگر ممکنہ گاہک جاننا چاہے، تو مجوزہ انشورنس کی مصنوعات کے سلسلے میں کمیشن کی قدر ظاہر کرے گا۔

(ii)جہاں بیمے کا فروخت ہونے والی ایک سردار پیشہ ورانہ مصنوعات کے ساتھ ایک کےذیلی مصنوعات کے طور پر کیا جاتا ہے، وہاں کارپوریٹ ایجنٹ یا اس کا حصہ دار یا اس کے اتحادی وزیر پیشہ ورانہ مصنوعات کے خریدار کو اس بات کے لئے مجبور نہیں کریں گے کہ وہ ضروری طور پر انشورنس کی مصنوعات کی خرید ان کے ذریعے سے کرے ۔کارپوریٹ ایجنٹ کا سردار افسر یا سی ایف او (یا اس کا مساوی) یہ ثابت کرتے ہوئے نصف بنیاد پر شیڈول VIII میں دیے گئے بناوٹ میں اے سرٹیفکیٹ اتھارٹی کے پاس داخل کرے گا کہ کسی بھی ممکنہ گاہک کو کسی انشورنس کی مصنوعات کی جبرا فروخت نہیں کی گئی ہے۔

(iii)کوئی بھی بیماکرتا کارپوریٹ ایجنٹ سے ہر گاہک بیمہ اس کے پاس کرنے کی توقع نہیں کرے گا۔

11. اتھارٹی کی انکشاف

(1) کارپوریٹ ایجنٹ بننے کا خواہش مند درخواست گزار راؤنڈ رابن دائر کرنے کے وقت کی درخواست کے سلسلے میں وچارارتھ مم آہنگ تمام حقیقت اتھارٹی کو خود ہی ظاہر کرے گا ۔درخواست دائر کرنے کے بعد یا درخواست پر کارروائی کے دوران ان کی درخواست پر وچارکیے جانے کے لئے دستیاب کرائی گئی معلومات میں کوئی تبدیلی ہونے کی صورت میں اتھارٹی کے وچارارتھ درخواست گزار کی طرف رضاکارانہ طور پر اتھارٹی کو ایسے تبدیلی کا انکشاف کیا جائے گا۔

(2) اسی طرح، کارپوریٹ ایجنٹ جو اتھارٹی کی طرف سے جاری جائز رجسٹریشن منعقد کرتا ہے، رجسٹریشن کے پیداوار کے بعد جن اہم حقائق کی بنیاد پر اسے رجسٹریشن پیش کیا گیا ہے، ان میں کسی بھی تبدیلی کا رضاکارانہ طور پر انکشاف اتھارٹی کو ایک مناسب وقت میں، لیکن ایسے تبدیلی کے واقع ہو جانے سے 30 دن کے اندر کرے گا ۔ایسی اطلاع کی وصولی پر اتھارٹی کوئی بھی وضاحت مانگ سکتا ہے یا اس کی طرف سے ضروری سمجھے جانے والے ندےش جاری کر سکتا ہے-

(3) کارپوریٹ ایجنٹ دیگر ریگولیٹری یا سرکاری اداروں کی طرف سے ان کے خلاف شروع کی گئی کارروائی کا انکشاف اتھارٹی کو ایک مناسب وقت میں، لیکن ایسی کاروائی کے آغاز سے 30 دن کے اندر کرے گا ۔اس طرح کے دیگر اداروں کی طرف سے کی گئی کسی بھی کارروائی یا جاری کئے گئے کسی بھی ندےش کا بھی انکشاف اتھارٹی کی اوپر مقرر وقت حدود کے اندر کیا جائے گا۔

(4) اتھارٹی کارپوریٹ ایجنٹ سے توقع کر سکتا ہے کہ وہ ایسی معلومات یا ووري پیش کرے جو مناسب سمجھی جائے گی۔

(5) کارپوریٹ ایجنٹ اتھارٹی کو ایسے دفاتر کی تفصیلات جن انشورنس مصنوعات کی تقسیم کرنے کا وہ پیش کرتے ہیں اور مخصوص افراد کی تفصیلات اتھارٹی کی طرف سے جاری کی گئی ان کی سند تعداد بھی شامل ظاہر کرے گا ۔اس کے علاوہ، کارپوریٹ جیٹ کی

طرف سے کسی بھی دفتر کو شروع کرنے یا ختم کرنے کی معلومات اتھارٹی کو دی جائے گی - اتھارٹی آپ کی طرف سے مناسب سمجھی جانے والی اضافی معلومات مانگ سکتا ہے.

(6) اپ مقرر شرائط پر عمل نہ کرنے پر انضباطی کارروائی ضروری ہوگی، جیسے رجسٹریشن کی معطلی یا نرسن، اقتصادی سزا نافذ کرنا یا اتھارٹی کی طرف سے ضروری سمجھی جانے والی کوئی بھی دوسرے کارروائی.

12. مصنوعات کی تقسیم کے لئے بیمہ کاروں کے ساتھ اہتمام

a) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹوں کو بیمہ کار کے ساتھ ان کی مصنوعات کی تقسیم کے لئے بندوبست کرنا پڑے گا .ان انتظامات کا انکشاف اتھارٹی کو ایسی منتظمین سے 30 دن کے اندر کرنا ہوگا .ایسا نظام کی کم از کم مدت ایک سال کے لئے ہو جائے گا؛

b) اس طرح منتظمین کرتے وقت، نہ تو کوئی کارپوریٹ ایجنٹ کلام دے گا اور نہ ہی کوئی بیمہ کار کارپوریٹ ایجنٹ کو اس بات کے لئے مجبور کرے گا کہ وہ ایک خاص بیمہ کار کی مصنوعات کا ہی تقسیم کریں-

c) انتظامات کے سلسلے میں ایسے رزق ہوں گے جن میں پالیسی ہولڈرز کے فی کارپوریٹ ایجنٹوں کے فرض اور ذمہ داری، بیمہ کار اور کارپوریٹ ایجنٹوں کے فرض اور ذمہ داری، انتظامات کو ختم کرنے کے لئے شرائط شامل ہوں گی؛

d) پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے خلاف کوئی بھی انتظام نہیں کیا جائے گا؛

e) اگر کوئی کارپوریٹ ایجنٹ کسی بیمہ کار کے ساتھ نظام کو ختم کرنا چاہتا ہے، تو وہ شریعت کے اختتام کی وجہ سے بیمہ کار اور اتھارٹی کو مطلع کرنے کے بعد ایسا کر سکتا ہے . اس طرح کے معاملات میں وہ اس بات کا یقین کرے گا کہ مطلوب اور بیمہ کار کے پاس رکھی گئی پالیسیوں کی سروسنگ پالیسیوں کے اختتام تک یا چھ ماہ کی مدت کے لئے، جو بھی پہلے ہو، کی جائے جس وقت کے اندر وہ متعلقہ بیمہ کار کے ساتھ مناسب بندوبست کریں گے؛

f) اگر کوئی بیمہ کار کسی کارپوریٹ ایجنٹ کے ساتھ نظام کو ختم کرنا چاہتا ہے تو وہ شریعت کے اختتام کی وجہ سے کارپوریٹ ایجنٹ اور اتھارٹی کو مطلع کرنے کے بعد ایسا کر سکتے ہیں .اس طرح کے معاملات میں متعلقہ بیمہ کار کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے حاصل کی گئی پالیسیوں کی سروسنگ کی ذمہ داری لے گا- ایسے تمام معاملات میں بیمہ کار متعلقہ پالیسی

ہولڈر کو سروسنگ کی انتظامات میں شدہ تبدیلیوں کی اطلاع دے گا؛

g) ان ادائیگیو کو چھوڑ کر جو متعلقہ ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے اجازت یافتہ ہیں، اپنا کارپوریٹ ایجنٹ بننے کے لئے کوئی دستخط فیس(سائننگ فی) یا دیگر کوئی الزامات، چاہے کسی بھی نام سے نامزد ہوں، نہ تو کوئی بیمہ کار ادا کرے گا اور نہ ہی کوئی کارپوریٹ ایجنٹ حاصل کرے گا؛

h) کوئی بھی بیمہ کار کارپوریٹ ایجنٹوں کے وزیر افسر، مخصوص افراد اور دیگر ملازمین کو براہ راست طور پر کچھ ہی ترغیبات (نقد یا غیر نقد) ادا نہیں کرے گا ؛

i) اتھارٹی، کسی بھی وقت، ترسیل کی انتظامات کو ختم کرنے کے لئے اس وجہ سے ریکارڈ کرتے ہوئے کہ کسی بھی بیمہ کار یا کارپوریٹ ایجنٹ کو ہدایت سکتا ہے.

13. پالیسی ہولڈرز کی خدمت

1) ان ضوابط کے تحت رجسٹرڈ کارپوریٹ ایجنٹ کا فرض ہوگا کہ وہ معاہدے کی پوری مدت کے دوران اپنے پالیسی ہولڈرز کی خدمت کرے .سروسنگ کے تحت ایکٹ کی دفعہ 64 وی بی کے تحت مطلوب پریمیم کی ادائیگی میں مدد کرنا، دعوی کرنے کی حالت میں ضروری مدد اور رہنمائی فراہم کرنا، انشورنس معاہدے کی مدت کے دوران پیدا ہونے والے مسائل کے سلسلے میں دیگر تمام خدمات اور رہنمائی فراہم کرنا شامل ہے -

2) آئی آر ڈی اے (کارپوریٹ ایجنٹوں کا لاسینسنیگ) ریگولیشنس، 2002 کے تحت لائسنس یافتہ کار پوریٹ ایجنٹوں کے معاملے میں وہ ان ضوابط کے ریگولیشن 1 (3) کے ساتھ عمل کریں گے .تاہم، ویس ضابطے کے ذیلی سیکشن (1) کے تحت کی گئی توقع ذیل کے طور اپنے موجودہ پالیسی ہولڈر کے کی خدمت کرنا ایسی پالیسیوں کی مدت کی ختم ہونے تک یا چھ ماہ کی مدت کے لئے، جو بھی پہلے ہو، جاری رکھیں گے جس وقت کی میعاد کے اندر ظاہرمعاہدے سروسنگ کے لئے متعلقہ بیمہ کار کے ساتھ مناسب منتظمین کریں گے- مذکورہ انتظامات کے ساتھ ایسی معاہدے کی تفصیلات اتھارٹی کی ایسی منتظمین کے تیس دن کے اندر ظاہر کیا جائے گا-

14. دور دراز مارکیٹنگ (ٹیلی-مارکیٹنگ) طریقہ کار کی طرف بیمہ کا سیلز اور کارپوریٹ ایجنٹ کے فاصلے مارکیٹنگ کی سرگرمیاں-

1) کارپوریٹ ایجنٹ جو انشورنس مصنوعات کی مارکیٹنگ کے مقصد کے لئے دور مارکیٹنگ والوں)ٹےلیمارکےٹر (کی خدمات لینا یا دور دراز مارکیٹنگ سرگرمی کرنا چاہتا ہے، شیڈول میں مقرر کے طور پر انو ممالک کی پیروی کرے گا

2) مندرجہ بالا ذیلی ضابطے(1) پر منفی اثرات کے بغیر کارپوریٹ ایجنٹ کو دور مارکیٹنگ والوں (ٹیلی مارکیٹنگ کرنے) کی خدمات لینے کے لئے مندرجہ ذیل اضافی شرائط پر عمل کرنا ہو گا :

a. کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے مقرر دور مارکیٹنگ والوں اس موضوع میں بھارتی ٹیلی کمیونیکیشن ریگولیٹری اتھارٹی کی طرف سے جاری کئے گئے مختلف کتابچہ اور / یا ہدایات یا کسی بھی دوسرے ندیش کی پیروی کریں گے؛

b. انشورنس ثالثی کے لئے دور ستھوپن سرگرمی کے لئے پسند کرتا -کارپوریٹ ایجنٹ ان ضوابط کا معاہدہ 4 میں اتھارٹی کی طرف سے مخصوص فارم میں اتھارٹی کے سابق منظوری کی توقع کرے گا ؛

c.

d. اس کے علاوہ، کارپوریٹ ایجنٹ ان ضوابط کا معاہدہ 5 میں مخصوص فارم میں ٹیلی مارکیٹر کی طرف سے مقرر /مقرر کرنے کی تجویز منظور توثیق کار کے نام اتھارٹی کے پاس داخل کرے گا .اتھارٹی اس کی تصدیق کرنے کے بعد اختیار توثیق کا ایک سرٹیفکیٹ جاری کرے گا؛

e. اگر کوئی اختیار توثیق کار کسی دوسرے ٹیلی مارکیٹر کے پاس تبدیل کرنا چاہتا ہے جو خود بھی انشورنس ثالثی میں لگا ہے، تو وہ پہلے کے دوروپن والوں سے کوئی اعتراض نہیں سرٹیفکیٹ حاصل کریں اور متحمل یا سرٹیفکیٹ جاری کرنے کے لئے اتھارٹی کو پیش کرے گی - اگر موجودہ ٹیلی مارکیٹر اس کے لئے درخواست کی تاریخ سے 30 دن کے اندرکوئی اعتراض نہیں سرٹیفکیٹ (این او سی) جاری نہیں کرتا، تو یہ تصور کیا جائے گا کہ مذکورہ ٹیلی مارکیٹر کو ان کی تبدیلی کے لئے اعتراض نہیں ہے؛

f. اختیار توثیق کار کو ہٹانے یا بڑھانے کے لئے درخواست متعلقہ کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے وزیر افسر کے ذریعے پیش کیا جائے گا؛

g. اگر کارپوریٹ ایجنٹ بھارتی ٹیلی کمیونیکیشن ریگولیٹری اتھارٹی (ٹی آر اے آئی) کے پاس ٹیلی مارکیٹر کے طور پر رجسٹریشن کرواتا ہے تو مذکورہ کارپوریٹ ایجنٹ صرف ان بیمہ کار کے لئے ٹیلی مارکیٹر کے طور پر کام کرے گا جن کے ساتھ اس کا بندوبست ہیں؛

h. کوئی بھی کارپوریٹ ایجنٹ یا اس کا ٹیلی مارکیٹر کسی شخص کو آؤٹ باؤنڈ کال نہیں کرے گا، جب تک کہ اس نے اس ارادے کی پوچھ گچھ کرنے کی طرف انشورنس پالیسی خریدنے میں دلچسپی نہیں دکھائی ہو .وہ ایسے افراد اور کی گئی پوچھ گچھ کا ڈیٹا بیس اتھارٹی یا اس کی طرف سے اختیار کسی شخص کی طرف سے توثیق اور جانچ پڑتال کے لئے بنائے رکھیں گے؛

i. ٹیلی مارکیٹر مستقبل گاہک کو مندرجہ ذیل معلومات ظاہر کرےگا-

a) اس کارپوریٹ ایجنٹ کا نام جس کا وہ نمائندگی کرتے ہیں؛

b) کارپوریٹ ایجنٹ کی رجسٹریشن تعداد؛

c) ٹیلی مارکیٹر اور / یا کارپوریٹ ایجنٹ کی رابطہ کی تعداد اگر گاہک واپس فون کرنا یا ٹیلی سیلس سے متعلق معلومات کی تصدیق کرنا چاہتا ہو.

d) ٹیلی کال کرنے والے افراد (اختیار شدہ) کا نام اور شناختی نمبر؛

j. ٹیلی ماکیٹر کو مقرر کرنے والا کارپوریٹ ایجنٹ ٹیلی مارکیٹر کے ساتھ ایک معاہدے کرے گا اور مذکورہ عہد نامہ میں مکمل تفصیلات دستیاب ہوگا، جیسے ڈیٹا بیس کا منبع، فرض اور ذمہ داری، ادائیگی کی تفصیلات ، معاہدہ کی مدت، ایکٹ، ریگولیشنس، ہدایات ، کتابچہ، اتھارٹی کے ذریعہ جاری کی ہدایات کے لئے طرز عمل-اخلاق کی خلاف ورزی ہونے کی صورت میں کی جانے والی کارروائیاں .جب بھی ضروری ہو تب یہ قرار توثیقی غرض اتھارٹی یا اتھارٹی کی طرف سے اختیار کسی شخص کے لئے دستیاب کرائے جائیں گے؛

k. ہر ٹیلی مارکیٹر اور اختیار تصدیق کار ان ضوابط کی شیڈولIII میں مخصوص طور پر کارپوریٹ ایجنٹوں کے لئے لاگو طرز عمل -اخلاق کی پیروی کریں گے؛

l. اتھارٹی کو یہ حق ہوگا کہ وہ ٹیلی مارکیٹر کے احاطے یا کسی دیگر کیمپس، جو ریکارڈ /دستاویزات کی توثیق کے لئے اجازت ضروری سمجھتا ہو، کا معائنہ کرے اور کسی بھی دستاویز / ریکارڈ کی مانگ کرے، ٹیلی مارکیڑ کے کسی بھی ملازم کے بیان کو ریکارڈ کرے یا اپنے صوابدید کسی بھی دستاویزات / ریکارڈ کی کاپیاں بنائے؛

m. ٹیلی مارکیٹر کو اس موضوع میں وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے مقرر کی جانے والی کسی دیگر شرائط پر عمل کرنا ہوگا.

3) ٹیلی مارکیٹر تین سے زیادہ بیمہ کار یا انشورنس سے متعلق اداروں کے ساتھ کام نہیں کرے گا.

15. کارپوریٹ ایجنٹ کے ضابطہ اخلاق

1) ہر کارپوریٹ ایجنٹ ان ضوابط کی شیڈول III میں مخصوص طور پر ضابطہ اخلاق پر عمل کریں گے۔

2) کارپوریٹ ایجنٹ ان ضوابط کے تحت مخصوص ضابطہ - اخلاق کی خلاف ورزی سمیت اس کے ہیڈ افسر، مخصوص افراد اور دیگر ملازمین کے تمام افعال اور غلطیوں کے لئے ذمہ دار ہو گا اور ایکٹ کی دفعہ 102کی دفعات کے تحت معنی سزا کے لئے ذمہ دار ہوں گے جو ایک کروڑ روپے تک وسیع ہو سکتا ہے۔

16. ریکارڈ کی بحالی

کارپوریٹ ایجنٹ الیکٹرونک طور پر ریکارڈ سمیت، مندرجہ ذیل ریکارڈ کی بحالی کرے گا اور اتھارٹی کی طرف سے جب بھی توقع کی جائے گی تب انہیں فراہم کرے گا -

i) کلائنٹ کے اپنے کلائنٹ کو جانیے (کے وائی سی) ریکارڈ، جیسا کہ متعلقہ اتھارٹی کے ہدایات اور پیسوں کی تحقیق لانڈرنگ ایکٹ کی دفعات کے تحت واجب ہے؛

ii) کارپوریٹ ایجنٹ کے مخصوص شخص کی طرف سے دستخط اے سی آر سمیت، گاہکوں کی طرف باضابطہ اور بیمہ کار کو پیش تجویز فارم کی فی کاپی؛

iii) ایک رجسٹر جس میں گاہکوں کی فہرست، پالیسی کی تفصیلات جیسے پالیسی کی قسم، پریمیم رقم، پالیسی جاری کرنے کی تاریخ، حاصل چارج یا فیس موجود ہو؛

iv) ایک رجسٹر جس میں شکایات کی تفصیلات موجود ہو جس کے تحت شکایت والوں کا نام، شکایت کی شکل، جاری / مطلوب پالیسی

کا ووٹوں کی دوبارہ گنتی اور اس پر کی گئی کارروائی شامل ہو؛

v) ایک رجسٹر جس میں نام، پتہ، ٹیلی فون نمبر، تصویر گراف، منصوبہ بندی کے آغاز کی تاریخ، سروس چھوڑنے کی تاریخ، اگر کوئی ہو تو، مخصوص شخص کو ادا کیا گیا ماہانہ معاوضہ؛

vi) اجازت کے ساتھ ضابطے شدہ خط و کتابت کی کاپیاں؛

vii) وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے مخصوص کیا جانے والا کوئی دیگر ریکارڈ۔

17. اکاؤنٹ، ریکارڈز، وغیرہ کی کتابوں کی بحالی -

1) کارپوریٹ ایجنٹ جس کا شامل کرنے صرف انشورنس ثالثی کے مقاصد کے لئے ہی کیا گیا ہے، ہر مالی سال کے لئے مندرجہ ذیل حساب بھی تیار کرےگا -

i) ہر اکاؤنٹنگ مدت ختم ہونے پر موجود صورت حال کے مطابق بیلنس شیٹ اور اسٹیٹمینٹ کی تفصیلات ؛

ii) اس مدت کے لئے فوائد اور نقصان اکاؤنٹ؛

iii) نقد / فنڈ بہاؤ کی تفصیلات؛

iv) وقت وقت پر اتھارٹی کی طرف سے مطلوب کئے جانے والے اضافی تفصیلات.

نوٹ ۱ : اس ضابطے کے مقصد کے لئے، مالی سال 12 ماہ کا (یا چہاں کاروبار 1 اپریل کے بعد شروع کیا جاتا ہے وہاں کم) ہوگا جو سال کے اپریل کے پہلے دن شروع ہوگا اور مندرجہ ذیل سال کے مارچ کے 31 وے دن ختم ہوگا، اور اکاؤنٹس کو بحال اضافہ پذیری کی بنیاد پر کیا جائے گا.

نوٹ ۲ : اُن کی مالی تفصیلات کی ایک شیڈول ہوگی جس کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے بیمہ کاروں اور بیمہ کار کی گروپ کمپنیوں سے حاصل تمام آمدنی کا بیمہ کار- وار تفصیلات اور ساتھ ہی، کسی بھی بیمہ کار سے کارپوریٹ ایجنٹ کی گروپ کمپنیوں کی طرف سے حاصل ادائیگیوں کی تفصیلات اور /یا اتحادی اداروں کی طرف سے حاصل ادائیگیوں کی تفصیلات اور اس کا بیان کرنے فراہم کی جائے گی -

a) ذیلی ضابطے (1) میں بتائے گئے مطابق مالی بیانات کی حساب تجربہ فی اس پر حساب آڈیٹر کی رپورٹس مفاد ہر سال 30 ستمبر سے پہلے اتھارٹی کو پیش کی جائے گی اور اس کے ساتھ کاروبار کو منظم، مضامین کی صورت حال وغیرہ پر لےکھا – ممتحن کی ابھیکتیا یا تبصرے، اگر کوئی ہوں، دی جائیں گی

اور ایسی تبصرے پر مناسب وضاحت اتھارٹی کے پاس داخل شدہ ایسے مضامین کے ساتھ دیا جائے گا.

b) حساب آڈیٹر کی رپورٹ کی تاریخ سے نوے دن کے اندر حساب آڈیٹر کی رپورٹ میں بتائی گئی کوتاہیوں کو بہتر بنانے کے لئے ضروری اقدامات اٹھائے جائیں گے اور اتھارٹی کو مطلع شدہ جائیں گے.

c) تمام حساب بھیو، تفصیلات، دستاویزات وغیرہ کی بحالی کارپوریٹ ایجنٹ کے ہیڈ آفس یا اتھارٹی کی طرف سے نامودشٹ اور مطلع ایسے دیگر برانچ آفس میں کیا جائے گا اور یہ تمام کام کے دنوں میں معائنہ کے لئے اس مقصد کیلئے اتھارٹی کے ایسے اختیار حکام کے لئے دستیاب ہوں گے .

d) اس ضابطے میں متعین اور کارپوریٹ ایجنٹ کی طرف سے برقرار رکھا تمام بھیا، دستاویزات، تفصیلات، معاہدوں نوٹ وغیرہ ان کے متعلقہ سال کے ختم ہونے سے دس سال کی کم از کم مدت کے لئے رکھے جائیں گے .تاہم، ان معاملات سے متعلق دستاویزات چہاں دعوے مطلع شدہ ہوں اور ان کا نمٹا ننیایالیو کے فیصلے کے لئے زیر التواء ہو، وہاں یہ واجب ہے کہ مذکورہ دستاویز عدالت کی طرف سے معاملات کا اختیار ہونے تک رکھےجاے.

2) ان کارپوریٹ ایجنٹوں کے معاملات میں جن کا سردار کاروبار کی انشورنس ثالثی کے علاوہ کوئی دیگر کاروبار ہے، وہ انشورنس ثالثی کے لئے حاصل آمدنی اور بیماکرتاو سے حاصل دیگر ایک نوشتہ پر مشتمل طبقہ-وارسوچنا-نظام بنائے رکھیں گے.

3) ہر بیماکرتا جو کارپوریٹ ایجنٹ کی خدمات لیتا ہے، ایسے تمام کارپوریٹ ایجنٹوں کے لئے شیڈول .V اے میں دیے گئے بناوٹ میں الگ الگ سرٹیفکیٹ اتھارٹی کے پاس داخل کرے گا جس پر عیسوی او اور سی ایف او کے دستخط ہونے چاہئے . کارپوریٹ ایجنٹ کے وزیر افسر اور سی ایف اے (یا اس کے مساوی) سے ایک ایسا ہی سرٹیفکیٹ شیڈول .V بی میں دیے گئے طور پر بیماکرتا سے حاصل کمیشن / پارشرمک کو مخصوص کرتے ہوئے اتھارٹی کے پاس داخل کیا جائے گا.

18. عام

1) ان ضوابط کی اونچا معلومات کی تاریخ سے ان ضوابط کے ضابطے (3) 1میں یتھا مخصوص صورتوں کے علاوہ کوئی بھی شخص کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر کام نہیں کر سکتا، جب تک کہ ان

ضوابط کے تحت اتھارٹی کی طرف سے اس کی رجسٹریشن فراہم نہیں کیا جاتا .

2) کارپوریٹ ایجنٹ اور بیماکرتا یا کسی دوسرے شخص کے درمیان کارپوریٹ ایجنٹ کے طور پر اس کی تقرری کی مدت کے دوران یا دیگر اقسام سے پیدا ہونے والا کوئی بھی تنازعہ اس طرح متاثر شخص کی طرف اتھارٹی کے پاس بھیجا جا سکتا ہے؛ اور مذکورہ شکایت یا نمائندگی کی وصولی پر اتھارٹی شکایت چیک کر سکتا ہے اور اگر ضروری پایا جاتا ہے تو ان ضوابط کی شرائط کے مطابق جانچ پڑتال یا معائنہ یا ریسرچ منعقد کرنے کے لئے مارچ ہو سکتا ہے.

طرز عمل-اخلاق

I. عام طرز عمل-اخلاق

1. ہر کارپوریٹ ایجنٹ کاروباری طرز عمل کے تسلیم شدہ معیارات کی پیروی کرے گا اور policyholders کے مفاد مےپنا فرض-عمل کرے گا .اس طرح کرتے وقت-

a) گاہکوں کے ساتھ اپنے رویے کو ہر وقت حتمی ہم آہنگی اور سنجیدگی کے ساتھ کام کرے گا؛

b) احتیاط اور کرمٹھتا کے ساتھ کام کرے گا؛

c) یہ یقینی بنائے گا کہ کسٹمر کارپوریٹ ایجنٹ کے ساتھ اپنے تعلقات کو سمجھتا ہے اور اس کو یہ معلوم ہے کہ کارپورےٹےجےٹ کس کی جانب سے کام کر رہا ہے؛

d) ممکنہ گاہکوں کی طرف سے دی گئی تمام معلومات کو اپنے لئے اور اس بیماکرتا / ان بیماکرتاو کے لےجسکو / جنہیں کاروبار کی تجویز کیا جا رہا ہے، مکمل طور رازدارانہ سمجھے گا؛

e) ان کے قبضے میں واقع خفیہ دستاویزات کی حفاظت بنائے رکھنے کے لئے مناسب قدم اٹھائے گا؛

f) کمپنی کا کوئی ڈائریکٹر یا فرم کا کوئی شریک یا اہم ایگزیکٹیو یا وزیر افسر اتھواونردشٹ شخص کسی دوسرے کارپوریٹ ایجنٹ کے پاس اسی صورت حال کو منعقد نہیں کرے گا؛

2. ہر کارپوریٹ ایجنٹ

a) اس کے ہیڈ افسر اور ہر مخصوص شخص کی بھول-چوک پر مشتمل تمام افعال کے لئے ذمہ دار ہو جائے گا؛

b) اس بات کا یقین کرے گا کہ وزیر افسر اور تمام مخصوص شخص جن انشورنس کی مصنوعات کی مارکیٹنگ کرتے ہیں ان میں مناسب طریقے سے تربیت، کشلتاپور اور جنانسپنن ہوں.

c) اس بات کا یقین کرے گا کہ وزیر افسر اور مخصوص شخصیت ممکنہ گاہک کو پالیسی کے فوائد اور پالیسی کےترگت دستیاب پرتپھلو کے سلسلے میں کوئی غلط تفصیل نہ دیں؛

d) اس بات کا یقین کرے گا کہ کسی بھی ممکنہ گاہک کو کوئی انشورنس کی مصنوعات خریدنے کے لئے مجبور نہیں کیا جائے گا؛

e) انشورنس کی مصنوعات کے سلسلے میں بیمہ شخص کو فروخت سے پہلے اور فروخت کے بعد کافی طور پر مشورہ دے گا؛

f) دعوی پیدا ہونے کی صورت میں تمام وپچارکتاوں اور پرلےکھیکر کو پورا کرنے میں بیمہ شخص کو ہر سبھوسھایتا اور تعاون فراہم کرے گا؛

g) اس حقیقت کی مناسب تشہیر کرے گا کہ کارپوریٹ ایجنٹ خطرے نشان نہیں کرتا یا بیماکرتا کے طور پر کام نہیکرتا

h) بیمہ کار کے ساتھ ایسے معاہدے کرے گا جن میں دونوں کے فرض اور ذمہ داری وضاحت ہوں.

II. فروخت وسطی طرز عمل-اخلاق

3. ہر کارپوریٹ ایجنٹ یا وزیر افسر یا مخصوص شخص اس کے نیچے مخصوص طرز عمل-اخلاق کی بھی عمل کرے گا:

i) ہر کارپوریٹ ایجنٹ / وزیر افسر /مخصوص شخص

a) مانگ کئے جانے پر ممکنہ گاہک کو اپنا تعارف دے گا اور اپنا رجسٹریشن / سرٹیفکیٹ ظاہر کرے گا؛

b) جن بیماکرتاو کے ساتھ ان بندوبست ان کی طرف سے فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس مصنوعات کے سلسلے میں مطلوب معلومات کا پھیلاؤ کرے گا اور کسی مخصوص انشورنس کی منصوبہ بندی کی سفارش کرتے وقت ممکنہ گاہک کی ضروریات کی توجہ رکھے گا؛

c) اگر ممکنہ گاہکوں کی طرف سے پوچھا گیا ہو تو فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس کی مصنوعات کے سلسلے میں کمیشن کے مان ظاہر کرے گا؛

d) فروخت کے لئے مجوزہ انشورنس کی مصنوعات کے لئے بیمہ کار کی طرف کیے جانے والے پریمیم کی وضاحت کرے گا؛

e) ممکنہ گاہک کو بیمہ کار سے تجویز فارم میں مطلوب معلوماتی شکل، اور کسی انشورنس معاہدے کی خریداری میں اہم معلومات کے انکشاف کی اہمیت کو بھی واضح کرےگا

f) بیمہ کار کو پیش ہر پیشکش کے ساتھ ایک خفیہ رپورٹ کے طور پر ممکنہ گاہک کی کسی بھی منفی عادت یا آمدنی سے متعلق عدم مطابقت کے بارے میں مطلع کرے گا اور ممکنہ گاہکوں کے بارے میں تمام مناسب پوچھ گچھ کرنے کی طرف سے تجویز کی منظوری کے سلسلے میں بیمہ کار کے خطرے -کن فیصلے کو منفی طور پر متاثر کرنے والے کسی بھی اہم حقیقت سے بیمہ کار کو آگاہ کرے گا؛

g) بیمہ کار طرف تجویز کی منظوری یا مسترد کرنے کے بارے میں ممکنہ گاہک کو تیاری سے مطلع کرے گا؛

h) بیمہ کار کے پاس تجویز فارم داخل کرتے وقت ضرورت دستاویزات اور پیشکش کو مکمل کرنے کے لئے بیمہ کاروں کے بعد میں مانگے جانے والے دیگر دستاویزات حاصل کرے گا؛

ii) کوئی بھی کارپوریٹ ایجنٹ / وزیر افسر /مخصوص فرد -

a) ایک درست رجسٹریشن / سرٹیفکیٹ انعقاد کئے بغیر انشورنس کاروبار کی توقع یا پروکیور نہیں کرے گا؛

b) تحریک فارم میں کسی اہم حقیقت کو چھوڑنے کے لئے ممکنہ گاہکوں کی حوصلہ افزائی نہیں کرے گا؛

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

d) ممکنہ گاہک کے ساتھ بدمزاج انداز میں برتاؤ نہیں کریں گے؛

e) کسی دوسرے مخصوص شخص یا کسی انشورنس انٹرمیڈیٹ کی طرف سے پیش شدہ کسی تجویز کے سلسلے میں مداخلت نہیں کرے گا؛

f) بیمہ کار کی طرف سے تجویز کی شرح، فوائد، حالات کو چھوڑ کر مختلف شرح، فوائد، حالات کی پیشکش نہیں کرے گا؛

g) پالیسی ہولڈر کو موجودہ پالیسی کو ختم کرنے اور اس کے ختم ہونے کی تاریخ سے تین سال کے اندر اس نئی پیشکش تیار کرنے کے لئے مجبور نہیں کرے گا؛

h) کوئی بھی کارپوریٹ ایجنٹ کسی ایک شخص یا ایک تنظیم یا تنظیموں کے کسی ایک گروپ سے انشورنس کے کاروبار کی پورٹ فولیو نہیں رکھے گا، جس کے تحت پریمیم کسی بھی سال میں حاصل کل پریمیم کے پچاس فیصد سے زیادہ ہو؛

i) اتھارٹی کے سابق- منظوری کے بغیر کسی انشورنس کمپنی کے ڈائریکٹر نہیں بنے گا یا ڈائریکٹر کے طور پر نہیں رہے گا؛

j) کسی بھی طرح منی لانڈرنگ کی سرگرمیوں میں ملوث نہیں رہے گا؛

k) خود یا گمراہ کن کال یا فرضی کالز کی طرف سے کال سینٹروں کے ذریعے کاروبار حاصل کرنے میں ملوث نہیں رہے گا؛

l) انشورنس مصنوعات کی توقع اور پروکیورینگ کے لئے کثیر سطحی دوپن نہیں کرے گا؛

m) کاروبار کی وصولی کے لئے غیر ترتیب یافتہ اور غیر اجازت یافتہ افراد کو مقرر نہیں کرے گا؛

n) رجسٹریشن سرٹیفکیٹ کے مطابق انشورنس مصنوعات کی توقع اور سروسنگ کو چھوڑ کر انشورنس مشورہ کام یا دعوی مشورہ کام یا کوئی بھی دیگر انشورنس سے متعلق خدمات دستیاب نہیں کرائے گا

o) انشورنس کی مصنوعات کی تقسیم کو آگے بڑھانے میں ممکنہ پالیسی ہولڈرز کے رابطہ کی تفصیلات کی وضاحت کرنے، متوقع، ترجیح بنائیں، مطلع کریں، تعارف دے، حاصل کرنے یا فراہم کرنے کے لئے مخصوص شخص کو چھوڑ کر کسی بھی دوسرے شخص کو مقرر نہیں کرے گا، حوصلہ افزائی نہیں کرے گا، ایسے کسی بھی شخص کے ساتھ معاہدے نہیں کرے گا یا کسی بھی قسم کا انتظام نہیں کرے گا؛

p) کسی بھی شخص یا ادارے کی فروخت، تعارف، ترجیح بنائیں، ہدایت یا پروکیورمنٹ کے مقصد کے لئے کسی بھی نام سے کسی بھی فیس، کمیشن، حوصلہ افزائی کی ادائیگی نہیں کرے گا یا ایسے کسی ادائیگی کی اجازت دیے گا-

III. ضابطہ اخلاق پوسٹ سیل

4. ہر کارپوریٹ ایجنٹ

a) ہر انفرادی پالیسی ہولڈر کی نامزدگی یا کام یا ایڈریس میں تبدیلی کو لاگو کرنے یا جیسی صورت حال ہو، اختیارات کا استعمال کرنے کے لئے مطلع کریں گے اور جہاں بھی ضرورت ہو وہاں اس مقصد کے لئے ضروری مدد فراہم کرے گا؛

b) آپ ذریعے پہلے سے ہی حاصل انشورنس کے کاروبار کو محفوظ رکھنے کے نقطہ نظر سے زبانی طور پر اور تحریری طور پر پالیسی ہولڈر کو اطلاع دینے کی طرف سے مقرر وقت کے اندر پالیسی ہولڈر کے طرف پریمیمز کا ترسیل یقینی بنانے کے لئے ہر ممکن کوشش کرے گا ؛

c) اس بات کا یقین کرے گا کہ اس کا گاہک بیمے کے ختم ہونے کی تاریخ سے آگاہ ہے، بھلے ہی وہ گاہک کو اضافی انشورنس حفاظت مجوزہ کرنے کا انتخاب نہیں کرتا ہو ؛

d) اس بات کا یقین کرے گا کہ تجدید نوٹس میں پالیسی کو متاثر کرنے والے تبدیلیوں کو جو پالیسی کے شروع اور گزشتہ تجدید کی تاریخ کے بعد واقع ہوئے ہوں، مطلع کرنے کی ضرورت سمیت، انکشاف کے فرض کے بارے میں انتباہ موجود ہوگی؛

e) اس بات کا یقین کرے گا کہ تجدید نوٹس میں تجدید کے مقصد کے لئے بیمہ کار کو دی جانے والی تمام معلومات کا ریکارڈ (حروف کی نقول بھی شامل ہے) رکھنے کی ضرورت فطری ہوگی ؛

f) اس بات کا یقین کرے گا کہ کسٹمر بیماکرتا سے تجدید کی دعوت ختم ہونے کی تاریخ سے کافی پہلے حاصل کرتا ہے ؛

g) بیمہ کار طرف دعووں کے تصفیہ کے لئے توقعات پر عمل کرنے کے پالیسی ہولڈر کے یا دعویداروں یا فائدہ اٹھانے والوں کو ضروری مدد فراہم کرے گا؛

h) اپنے گاہکوں کو فور طور پر دعووں کی اطلاع دینے اور تمام اہم حقیقت ظاہر کرنے اور نتیجہ واقعات کی اطلاع جلد از جلد دینے کے ان کے ذمہ داری کو واضح کرے گا؛

i) گاہک کو صحیح، مناسب اور مکمل انکشاف کرنے کے لئے مطلع کرے گا جہاں اسے یقین ہو کہ گاہک نے ایسا نہیں کیا .اگر اضافی انکشاف نہیں کیا جاتا تو وہ کلائنٹ کے لئے آگے اور کام کرنے سے انکار کرنے کے لئے غور کرے گا؛

j) دعوے سے متعلق کسی بھی ضرورت کے بارے میں کلائنٹ کو فوری طور پر مطلع کریں گے؛

k) دعوے کے سلسلے میں یا ایسی کسی واقعہ کے تعلق سے جو دعوے تیار کر سکتی ہو، کسٹمر سے حاصل معلومات بلا تاخیر، لیکن کسی بھی صورت حال میں تین کاروباری دنوں کے اندر آگے کرے گا؛

l) دعوے کے سلسلے میں بیمہ کار کے فیصلے یا دوسری صورت میں صورت حال کی اطلاع گاہک کو بلا تاخیر گا .اور دعوے کی پیروی کرنےمے گاہک کو ہر طرح سے مناسب مدد فراہم کرے گا؛

m) کسی انشورنس معاہدے کے تحت فائدہ اٹھانے والی آمدنی کا حصہ نہیں مانگے گا یا حاصل نہیں کرے گا؛

n) اس بات کا یقین کرے گا کہ ہدایات کاغذات، پالیسیوں اور تجدید دستاویزات میں شکایات پرکام کرنے کی کارروائی کے طریقوں کی تفصیلات موجود گے ؛

o) شکایات کو فون کی طرف سے یا تحریری طور پر قبول کرے گا؛

p) شکایت کی وصولی-معلومات خط و کتابت کی وصولی سے چودہ دن کے اندر دے گا، شکایت سے متعلق عملے ممبر کوشکایت کی اطلاع دے گا اور اس پر کارروائی کرنے کی ٹائم ٹیبل مطلع کرے گا؛

q) اس بات کا یقین کرے گا کہ خطوط وغیرہ کے جوابات بھیجے جائیں گے اور شکایت کنندہ کو مطلع کرے گا کہ شمال سے غیر مطمئن ہونے کی صورت میں وہ کیا کر سکتا ہے؛

r) اس بات کا یقین کرے گا کہ شکایات پر کارروائی مناسب طور پر سینئر سطح پر کی جائے گی؛

s) ریکارڈنگ اور نگرانی شکایات کے لئے ایک نظام قائم کرے گا.

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 ہوتاہے، 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.

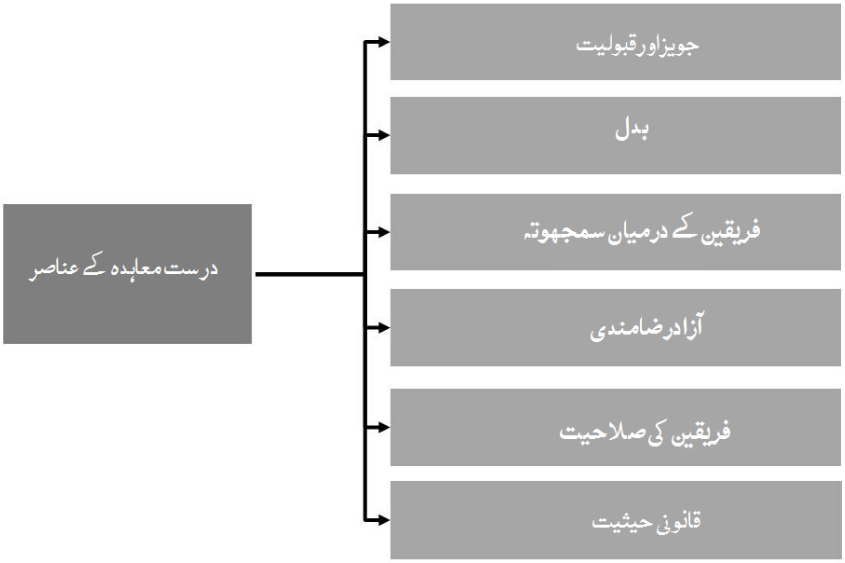
اہم

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 گئی 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 دھڑی** 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 -

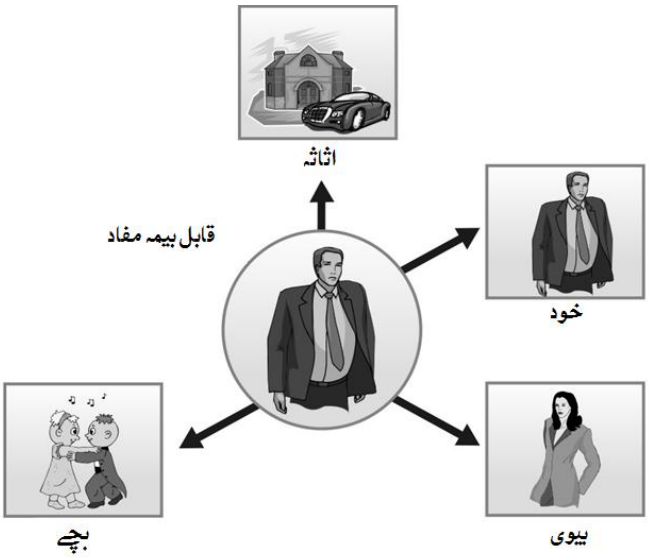
- ✓ کیا ان کا ان کی بھلائی میں کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟
- ✓ اگر ان میں سے کوئی ہسپتال میں داخل ہو جاتا ہے تو کیا ان کو مالی نقصان ہوسکتا ہے؟
- ✓ کوئی قابل بیمہ مفاد ہے؟

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 -

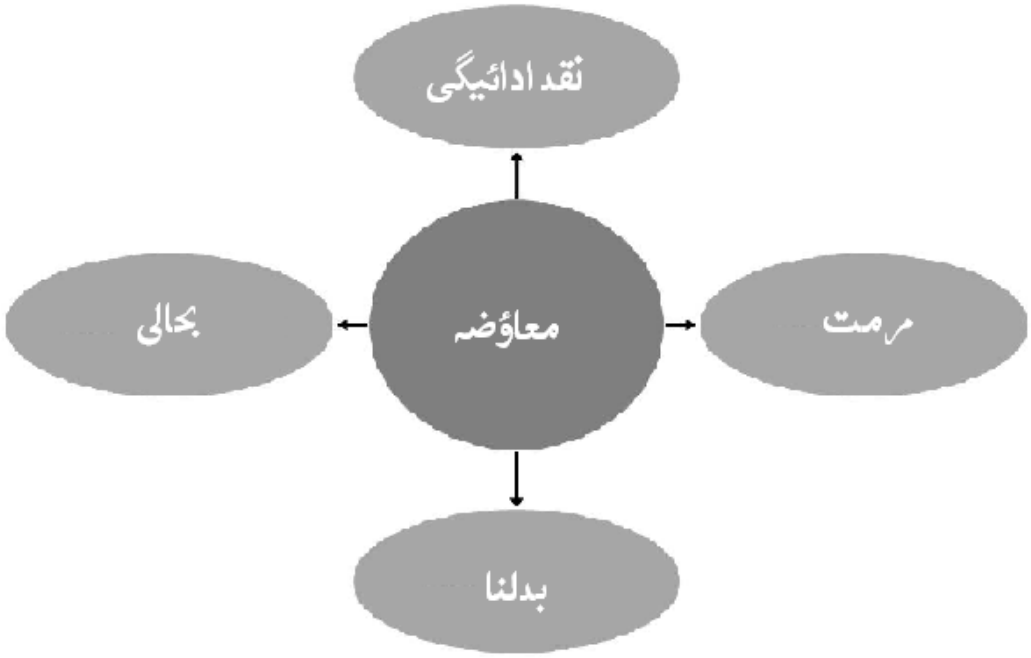
---

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 گھٹاؤ 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-

f) 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۔

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 كے ارادے سے بنائے گئے ہیں-

I. غلط بیانی
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

سیکشن 2
زندگی کا بیمہ

باب 6

زندگی بیمہ میں کیا موجود ہے

باب کا تعارف

بیمہ میں چار پہلو شامل ہیں

- ✓ اثاثہ
- ✓ بیمہ دار جوکھم
- ✓ گرہ بندی کے اصول
- ✓ معاہدے

آئیے ہم، زندگی بیمہ کی خصوصیات کی جانچ کرتے ہیں .اس باب میں زندگی کے بیمہ کی مندرجہ بالا مختلف اجزاء پر مختصر بحث کی جائے گی.

مطالعہ کا نتیجہ

A. زندگی کے بیمہ کا کاروبار -اجزاء، انسانی زندگی کی قیمت،باہمی عمل

A. زندگی کے بیمہ کا کاروبار - اجزاء، انسانی زندگی کی قیمت،باہمی عمل

1. انسانی زندگی کی قدر(ایچ ایل وی)

ہم پہلے ہی یہ معلومات حاصل کر چکے ہیں کہ اثاثہ ایک قسم کی جائیداد ہوتی ہے جس کی قیمت بڑھتی ہے یا اس سے منافع حاصل ہوتا ہے .زیادہ تر جائیداد کے معاملے میں قیمت کی پیمائش جوں کی توں مالیاتی طور پر کی جاتی ہے .اسی طرح، قیمت میں ہوئے نقصان کی مقدار کو بھی ناپا جا سکتا ہے.

مثال

کسی گاڑی کے حادثے کا شکار ہو جانے پر نقصان کی مقدار کا اندازہ روپے 50,000کے طور پر کیا جا سکتا ہے .بیمہ کار گاڑی کے مالک کو اس نقصان کی تلافی کرتا ہے-

شخص کی موت پر ہم نقصان کی مقدار کا اندازہ کیسے کرتے ہیں؟

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

ایک ایجنٹ کو، کسی گاہک سے گفتگو کے دوران مذکورہ بالا سوال کا جواب دینا پڑتا ہے .اس بنا پر ایجنٹ یہ فیصلہ لیتا ہے کہ گاہک کو کتنی بیمہ کی سفارش کی جائے .اصل میں زندگی کے بیمہ ایجنٹ کے لئے یہ ایسا پہلا سبق ہے جسے اسے ضرور سیکھنا چاہئے.

خوش قسمتی سے، ہمارے پاس ایک ایسا ناپنے کا آلہ ہے جسے پروفیسر ہیوبنر نے تقریبا 70سال قبل تیار کیا تھا .یہ ناپنے کا آلہ جسے **ہیومن لائف ویلیو** (ایچ ایل وی) کہتے ہیں، کا استعمال دنیا بھر میں کیا جاتا ہے.

ایچ ایل وی تصور، انسان کی زندگی کو ایک ایسی جائیداد یا اثاثہ کے طور پر مانتی ہے جس کے ذریعہ آمدنی حاصل کی جاتی ہے .لہذا یہ شخص خاص کی مستقبل میں ضرورت خالص آمدنی کے حصول کی بنیاد پر انسانی زندگی کی قیمت کی پیمائش کرتی ہے- خالص حصول کا مطلب، شخصیت کی طرف سے مستقبل میں ہر سال حاصل کی جانے والی متوقع رقم ہوتی ہے، جس میں سے اس کی طرف سے خود پر خرچ کی گئی رقم کو کم کر دیا جاتا ہے .اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ واحد کمانے والے کی اچانک موت سے خاندان کا اقتصادی نقصان کیا ہوگا؟ مناسب شرح سود کا استعمال کرتے ہوئے چھوٹ سمیت حصول کو سرمایہ داری دی جاتی ہے.

ایچ ایل وی کی پیمائش کے لئے ایک سادہ بنیادی اصول یا طریقہ دستیاب ہے .**یہ پیمائش میں، خاندان کی ضرورت سالانہ آمدنی کو، واحد کمانے والے کے زندہ نہ رہنے کی صورت میں بھی، اس کی طرف سے حاصل کی جا سکنے والی شرح سود سے تقسیم کیا جاتا ہے.**

مسٹر راجن ہر سال 1,20,000 روپے کماتے ہیں اور خود پر / 24000 -روپے خرچ کرتے ہیں .

ان کی اچانک موت ہو جانے پر خاندان کو ہر سال 96,000 روپے کی خالص حصول نقصان ہوگا .

فرض کریں کہ سود کی شرح 8%ہے (جسے 0.08 کے طور پر اظہار کیا گیا ہے)

ایچ یل وی Rs. 12,00,000 / 0.08 = 96000 روپے

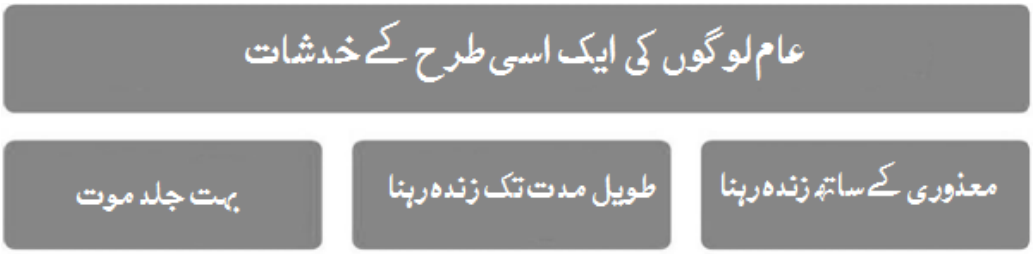
ایچ ایل وی یہ فیصلہ کرنے میں مدد کرتا ہے کہ پورے تحفظ کے لئے ہر شخص کی طرف سے کتنی رقم کا بیمہ کرانا چاہئے .یہ ہمیں زندگی کے بیمہ کی اوپری حد ہے جس کے آگے وہ قیاس آرائی پر مبنی ہو سکتی ہے، کی بھی معلومات دیتی ہے .

عام طور پر ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ بیمہ کی رقم شخص کی سالانہ آمدنی سے 10 یا 15گنا زیادہ ہونی چاہئے .مندرجہ بالا مثال میں مسٹر راجن کی طرف سے 1.2 لاکھ روپے کی کمائی پر 2 کروڑ روپے کا بیمہ مانگے جانے پر شک کی صورت پیدا ہو جائے گی .خریدے جانے والے بیمہ کی حقیقی رقم ضرور ہی شخص کی طرف سے بیمہ خریدنے کی قدرت اور خواہش پر انحصار کرے گی.

2. جوکھم

مندرجہ بالا کالم سے ہمیں یہ اطلاع ملی کہ زندگی بیمہ جوکھم کی ایسی حالات سے تحفظ فراہم کرتا ہے جو اثاثہ کے طور پر موجود انسانی زندگی کی قیمت کو تباہ یا کم کر دیتی ہیں .تین حالات ایسی ہیں جن میں اس قسم کے نقصان گھٹ سکتے ہے .یہ ایسی خوفناک حالات ہیں جن کا سامنا عام لوگوں کو کرنا پڑتا ہے.

شکل - 1 : عام لوگوں کی ایک اسی طرح کے خدشات



عام بیمہ میں مخصوص طور پر ایسی جوکھموں کو شامل کیا گیا ہے جو جائیداد کو متاثر کرتے ہیں جیسے آگ، سمندر کے بیچوں بیچ مال کے نقصان، چوری اور موٹر حادثے. اس میں، وقار اور خیرخواہی سے متعلق واقعات کو بھی شامل کیا گیا ہے .اس طبقے کے بیمہ کی ذمہ داری کو بیمہ کہتے ہیں .

آخر ایسے بھی جوکھم ہیں جو انسان کو متاثر کر سکتے ہیں .انہیں انفرادی جوکھم کہتے ہیں اور انہیں بھی عام جوکھم میں شامل کیا جا سکتا ہے-

مثال
حادثہ بیمہ جو حادثے سے ہوئے نقصان کے لیے تحفظ مہیا کرتا ہے-

a) زندگی بیمہ ، عام بیمہ سے کیسے مختلف ہے؟

عام بیمہ	زندگی کے بیمہ
معاوضہ - عام بیمہ پالیسیاں، ذاتی حادثے بیمہ کو چھوڑ کر، عمومی طور پر معاوضہ والا معاہدے ہوتے ہیں.	زندگی بیمہ پالیسیاں یقین دہانی والا معاہدہ ہوتی ہیں . معاوضہ کا مطلب ہے آگ جیسی واقعہ کے گھٹنے پر بیمہ کار، اصل نقصان کا اندازہ کرنے کے بعد صرف نقصان کی مقدار - نہ زیادہ نہ کم، کی معاوضہ رقم ادا کرتا ہے . یہ زندگی بیمہ کے معاملے میں ممکن نہیں ہے.، معاہدے کے تیار کئے جانے کے دوران ہی موت پر فراہم کی جانے والی رقم کا فیصلہ لینا پڑتا ہے .لہذا زندگی کی بیمہ پالیسیوں کو اکثر زندگی یقین دہانی معاہدہ کہا جاتا ہے . بیمہ دار شخص کی موت پر اس کے نامزد یا باوارشپن کو یقن دہانی کرائی رقم فراہم کی جاتی ہے.
غیر یقینی کیفیت : عام بیمہ معاہدے کے معاملے میں تحفظ فراہم کی جانے والی تقریب غیر یقینی ہوتی ہے .کوئی بھی یقین کے ساتھ یہ نہیں کہہ سکتا ہے کہ آگ سے گھر نقصان پہنچے گا یا گاڑی حادثے کا شکار ہو گی یا نہیں.	زندگی بیمہ کے معاملے میں، اس میں کوئی شک ہی نہیں ہے کہ موت ہوگی یا نہیں- شخص کے جنم لینے پر موت یقینی ہے- **موت کا وقت ہی غیر یقینی ہوتا ہے** .لہذا زندگی بیمہ اچانک موت سے متعلق جوکھم کے لئے تحفظ فراہم کرتا ہے.
امکان میں اضافہ : عام بیمہ میں آگ، زلزلے وغیرہ جیسے خطرات میں واقعہ کے واقع ہونے کے امکانات میں وقت کے ساتھ ساتھ اضافہ نہیں ہوتا	زندگی بیمہ کے معاملے میں موت کا امکان عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے.

b) زندگی بیمہ کے جوکھم کی شکل

چونکہ موت عمر سے متعلق ہے لہذا اس کا مطلب یہ ہے کہ کم عمر کے لوگوں کے لئے کم پریمیم چارج کیا جاتا ہے اور بزرگ کے لئے زیادہ پریمیم چارج کیا جاتا ہے- اس کا ایک نتیجہ یہ ہوا کہ جن لوگوں کی عمر زیادہ تھی مگر دوسری صورت میں صحت مند تھے، وہ منصوبہ سے الگ ہو جاتے جبکہ بیمار رکن منصوبہ سے چڑے رہتے- اس کے نتیجے میں بیمہ کمپنیوں کو بہت پریشانی ہوتی تھی .وہ ایسے لوگوں سے معاہدہ کرنے کی کوشش کرنے لگے جو پریمیم ادا کرنے کے قابل ہوں، جس سے اپنی زندگی بھر کے دوران پریمیم کی ادائیگی کر سکیں .اس وجہ سےسطح پریمیم کی ترقی ہوئی -

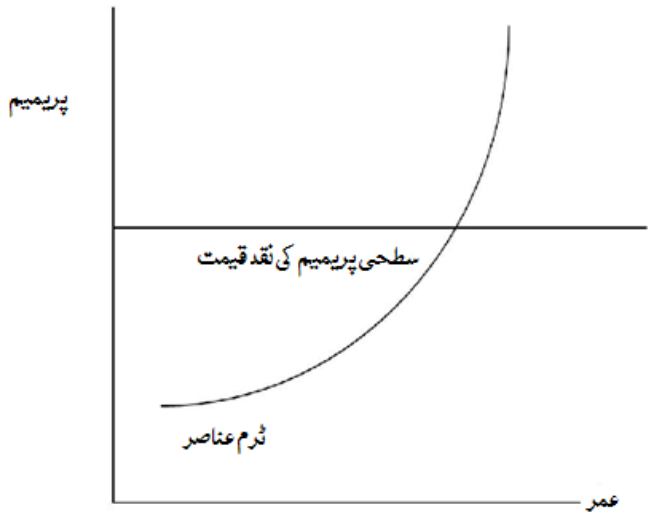
3. سطحی پریمیم

اہم
سطحی پریمیم وہ پریمیم ہے جسے اس طرح یقینی کیا جاتا ہے کہ عمر کے ساتھ اس میں اضافہ نہیں ہوتی لیکن پورے معاہدے کی مدت کے دوران مستحکم رہتا ہے .

اس کا یہ مطلب ہے کہ کم عمر کے ابتدائی سالوں میں جمع کیا جانے والا پریمیم اس عمر میں مرنے والوں کے ہونے والے دعووں کے لئے ضروری تحفظ رقم سے زیادہ ہوگا جبکہ زیادہ عمر کے بعد کے سالوں میں جمع کیا جانے والا پریمیم، زیادہ عمر میں مرنے والوں کے ہونے والے دعوے کے لئے ضروری تحفظ رقم سے کم ہو جائے گا .سطحی پریمیم ان دونوں حالات کی اوسط ہوتا ہے .اس کا یہ مطلب ہے کہ ابتدائی عمر میں جمع زیادہ پریمیم، زیادہ عمر میں جمع پریمیم کے خسارے کی تلافی کرتا ہے .

سطحی پریمیم کی خاصیت نیچے ظاہر کی گئی ہے.

شکل ۲ : سطحی پریمیم



سطحی پریمیم کا مطلب یہ بھی ہے کہ زندگی بیمہ معاہدے خاص طور پر طویل مدت بیمہ معاہدے ہوتے ہیں جو کہ ۱۰ ، ۲۰ یا زیادہ سالوں تک لاگو ہوتے ہیں۔ دوسری طرف عام بیمہ خاص طور پر مختصر مدت والے ہوتے ہیں اور ان کے معاہدے کی مدت صرف ایک سال کی ہوتی ہے.

اہم
بیمہ کمپنی، معاہدے کے ابتدائی سالوں میں جمع کی گئی پریمیم رقم کو پالسي ہولڈر کو فائدہ پہنچانے کے لئے ایک ٹرسٹ میں رکھتا ہے . اس طرح جمع رقم کو' ریزرو' کہتے ہیں۔ بیمہ کمپنی، اس ریزرو کو بیمہ دار شخصیت کے مستقبل کی ذمہ داریوں کے لئے ادا کرنے کے لئے محفوظ رکھتا ہے .زائد رقم سے 'لائف فنڈ '(زندگی کے فنڈ) نامی

ایک فنڈ تشکیل دیا جاتا ہے۔ زندگی بیمہ دار سود حاصل کرنے کے لئے اس فنڈ کے خزانے کی سرمایہ کاری بھی کرتے ہیں۔

a) سطح پریمیم کے اجزاء

سطحی پریمیم کے دو جزو ہوتے ہیں .

i. پہلے کو میعادی یا تحفظ اعضاء یا اجزاء کہتے ہیں، اس میں، جوکھم لاگت ادائیگی کیلئے ضروری اصلی پریمیم کے اقتباسات کو شامل کیا جاتا ہے .

ii. دوسرے، **نقد قیمت عنصر** کہا جاتا ہے .پلسي ہولڈر کی ادائیگی سے جمع زائد رقم سے اس کی ساخت کی جاتی ہے .یہ بنیادی طور پر بچت اجزاء ہے .

اس کا یہ مطلب ہے کہ زندگی بیمہ کی تقریبا تمام پالیسیوں میں سلامتی اور بچت کا مرکب موجود ہوتا ہے۔ پریمیم میں نقد قیمت عنصر جتنا زیادہ ہوگا، اسے اتنا ہی زیادہ بچت مبنی بیمہ پالیسی سمجھا جائے گا.

4. جوکھم گرہ بندی کا اصول

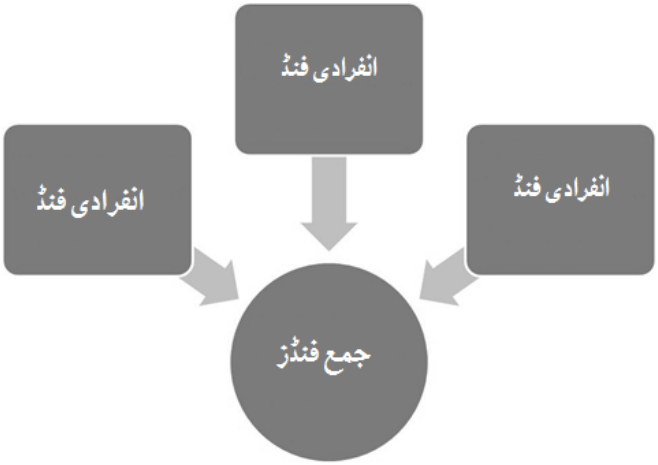
زندگی بیمہ کمپنیوں کو معاہدے کے مالیاتی اداروں کے طور پر درجہ بند کیا گیا ہے۔ اس کا یہ مطلب ہے کہ پالسي ہولڈر کو فراہم کردہ کئے جانے والے منافع کو اکثر معاہدہ یقین دہانی کے طور پر لیا جاتا ہے۔ زندگی بیمہ اور پنشن کی طرف مالی تحفظ فراہم کئے جانے کی وجہ سے روایتی طور پر ان کی سب سے زیادہ خریدی کی جاتی رہی ہے۔ یہ تحفظ معاہدے کے شکل کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اور اس میں تعمیر کچھ عناصر یہ یقینی بناتے ہیں کہ بیمہ دارا ادا کر سکیں گے .یہ شکل، باہمی عمل یا گرہ بندی کے اصول سے پیدا ہوتا ہے۔

باہمی عمل مالی بازاروں میں جوکھم کو کم کرنے کا ایک اہم طریقہ ہے، دوسرا قسم ہے توسیع دونوں، بنیادی طور پر مختلف ہوتے ہیں۔

توسیع	باہمی عمل
توسیع کے تحت فنڈ کو مختلف اثاثوں میں الگ کر کے رکھا جاتا ہے۔ (جیسے انڈوں کو مختلف ٹوکریوں میں رکھا جاتا ہے)	باہمی عمل یا گرہ بندی کے تحت مختلف افراد کے فنڈ کو ذخیرہ کر رکھا جاتا ہے۔ (تمام انڈوں کو ایک ہی ٹوکری میں رکھنا)
توسیع کے تحت ایک ذریعہ سے مختلف مقاموں میں فنڈ کے بہاؤ ہوتا ہے.	باہمی عمل کے تحت کئی ذریعوں سے ایک مقام میں فنڈ کا بہاؤ ہوتا ہے۔

شکل ۳ : باہمی عمل

باہمی عمل (کئی ماخذات سے فنڈز کا بہاؤ، ایک مقام کی طرف)



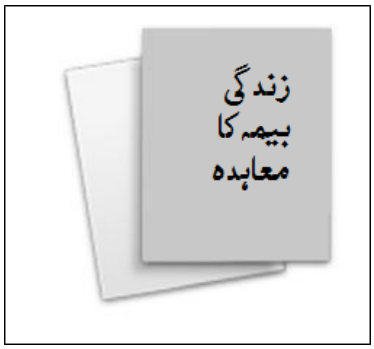
زندگی بیمہ میں باہمی عمل یا گرہ بندی اصول، دو اہم کردار ادا کرتے ہیں۔

i. **کسی کی اچانک موت کے نتیجے میں پیدا اقتصادی نقصان کی صورت میں تحفظ فراہم کرنا** ہی اس کا پہلا کردار ہے۔ یہ نقصان کا متحمل ایک ایسے فنڈ سے کیا جاتا ہے جس کا گرہ بندی، زندگی بیمہ معاہدے میں شامل کئی افراد کے شراکت سے کیا جاتا ہے .

ii. تاہم، جوکھم گرہ بندی کا اصول اموات خطرے سے بھی بڑھ کر ہے .یہ گرہ بندی کے ساتھ ساتھ مالی جوکھم کو بھی متوازن کرتا ہے .مختلف اوقات پر لوگوں کی طرف سے کئے گئے مختلف قسم کی معاہدے کے ذریعہ پریمیم، فنڈ اور بالآخر جڑے ہوئے جوکھم کے گرہ بندی سے اس صورتحال کو حاصل کیا جاتا ہے . لہذا اس میں مختلف نسل کے پالیسی ہولڈر کو ساتھ ملا کر گرہ بندی کی جاتی ہے .اس گرہ بندی کا نتیجہ یہ یقینی کرنے کی کوشش ہے کہ اچھے اور برے دونوں ہی اوقات میں زندگی بیمہ کار، وقت کے ساتھ ساتھ فائدہ یکساں شرح (یکساں بونس) ادا کر پائیں گے.

5. زندگی بیمہ کے معاہدہ

شکل ۴ : زندگی بیمہ کا معاہدہ



معاہدہ، زندگی بیمہ کا آخری پہلو ہوتا ہے .بیمہ رقم سے اس کی اہمیت کا یقین دلایا جاتا ہے- یہ رقم معاہدہ کے طور پر ضمانت ہوتی ہے جس سے زندگی بیمہ مالی تحفظ کا ایک ذریعہ کہلاتا ہے .ضمانت عنصر سے یہ بھی مطلب ہے کہ زندگی بیمہ، سخت ضابطے اور سخت معائنہ کے تحت رہتا ہے.

کاروبار کی ایک شرط کے طور پر زندگی بیمہ کار کے لئے قانونی ریزرو فنڈ کا رکھنا ضروری ہوتا ہے- ان کی فنڈ کے سرمایہ کاری کے سلسلے میں اُن کی شرائط ہوسکتی ہیں لیکن انہیں اس بات کا یقین کرنا پڑتا ہے کہ ان کے پاس دستیاب پریمیم کافی ہیں اور پالیسی ہولڈر کے خزانے کا خرچ کس طرح کیا جا سکتا ہے اس سے متعلق قوانین کے تحت انہیں زیر انتظام رہنا پڑ سکتا ہے.

اکثر ایک اہم سوال پر بحث کی جاتی ہے کہ کیا دیگر مالیاتی آلات کے مقابلے میں پالیسی ہولڈر کو فراہم کیا جانے والا فائدہ کافی ہے- ہمیں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ زندگی ہیمہ معاہدہ میں جوکھم تحفظ اور بچت عنصر دونوں کو شامل کیا جاتا ہے- اس وجہ سے، مالیاتی بازار میں دیگر مصنوعات کی طرح ہی اسے بھی مالی مصنوعات سمجھا جاتا ہے . اصل میں زندگی بیمہ، تحفظ کے مصنوعات کم اور دولت رکھنے کے مصنوعات زیادہ بنے ہوئے ہیں-

یہاں، کم قیمت کا خالص میعادی بیمہ جس کے تحت صرف موت پر فوائد فراہم کیے جاتے ہیں اور بچت منصوبے، جن میں نقد قیمت یا بچت اجزاء کی مقدار زیادہ ہوتی ہے، کے درمیان فرق بتانا ضروری ہے- اگرچہ پہلی منصوبہ بندی کا پریمیم کم ہوتا ہے، دوسری منصوبہ بندی کا پریمیم بہت زیادہ ہو سکتا ہے اور وہ واحد شخص کی بچت کا ایک اہم حصہ ہوتا ہے- اس کا یہ مطلب بھی ہے کہ نقد قیمت کی مواقع کی لاگت وسیع ہوتی ہے- شخص کی طرف سے اپنی رقم کا کہیں اور سرمایہ کاری نہ کرکے، مواقع کو ختم کرتے ہوئے برداشت کی گئی لاگت ہی 'موقع لاگت 'کہلاتے ہیں-

اصل میں، روایتی زندگی کی بیمہ کی بچت معاہدہ کی بڑے چیلنج ایک بحث کے نتیجے میں شروع ہوئی جس کے تحت یہ کہا گیا کہ "میعادی بیمہ کی خریداری کریں اور باقی سرمایہ کاری الگ کریں-" ضروری طور پر یہ دلیل پیش کی گئی کہ بہتر یہ ہوگا کہ بیمہ کمپنی سے صرف میعاد بیمہ کی خریدی کی جائے اور پریمیم کی باقی رقم کی سرمایہ کاری ایسے اصطلاح میں کی جائے جن میں زیادہ منافع حاصل کرنے کا امکان ہو .

روایتی نقد قیمت بیمہ معاہدہ کے حق میں اور خلاف پیش مندرجہ ذیل دلائل پر غور کرنا معقول ہو گا.

a) فائدہ

i. تاریخی طور پر یہ **محفوظ اور مامون سرمایہ کاری** ثابت ہوا ہے .اس کے نقد قیمت، کم از کم شرح کے منافع کی ضمانت دیتے ہیں، اور معاہدے کی مدت کے دوران اس میں اضافہ بھی ہو سکتی ہے .

ii. باقاعدگی سے پریمیم کی ادائیگی کے لئے شخص کو بچت کے سلسلے میں لازمی منصوبہ بندی کرنی پڑی ہے جس سے یہ بچت کرنے والے کو سرمایہ کاری میں ضروری نظم و ضبط کی سیکھ دیتی ہے .

iii. بیمہ کار سرمایہ کاری کا انتظام کرتا ہے اور **فرد خاص کو اس ذمہ داری** سے آزاد کر دیتا ہے .

iv. یہ **نقد کی صورت فراہم** کرتی ہے .بیمہ دار شخصیت قرض لے سکتا ہے یا پالیسی کو واپس سونپتے ہوئے اسے نقد میں تبدیل کر سکتا ہے .

v. نقد قیمت زندگی بیمہ اور سالانہ دونوں میں ہی **انکم ٹیکس متعلق چھوٹ** حاصل ہے .

vi. بیمہ دار شخصیت کے دیوالیہ پن یا موت کی صورت میں **قرض دہندہ کی طرف سے کئے جانے والے نقصان سے متعلق دعووں** سے بھی **محفوظ** ہو سکتی ہیں .

b) نقصانات

i. نسبتا مستحکم آمدنی کے واپسی کے طور پر یہ بھی یقینی آمدنی والے تمام سرمایہ کاری کی طرح ہی افراط زر کی وجہ سے گھٹتی قیمت کے اثرات کے تحت ہے .

ii. زندگی بیمہ کی پالیسیوں کی زیادہ مارکیٹنگ اور دیگر ابتدائی لاگت، ابتدائی سالوں میں جمع رقم کی مقدار کو کم کر دیتی ہے .

iii. منافع، اگرچہ ضمانت دی ہے، لیکن مالیاتی بازار کے دیگر آلات سے کم ہو سکتے ہیں- کافی آمدنی کی وصولی، ادلا- بدلی جو جوکھم کو کم کرتی ہے، کے نتیجے میں ہوتی ہے.

خود کو ٹیسٹ کریں 1
I. مالی بازاروں میں تنوع سے جوکھم کیسے کم ہو جاتا ہے؟
II. - ایک سے زیادہ ذرائع سے فنڈز جمع کر ایک ہی جگہ پر سرمایہ کاری
III. مختلف اثاثہ حصوں میں فنڈ کی سرمایہ کاری
IV. سرمایہ کاری کے درمیان وقت کے فرق کو قائم رکھنا
V. محفوظ اثاثوں میں سرمایہ کاری

خلاصہ

a) اثاثہ ایک قسم کی جائیداد ہوتی ہے جو قیمت یا اجر کماتی ہے .

b) ایچ ایل وی تصور انسان کی زندگی کو، جو آمدنی حاصل کرتا ہے، ایک طرح کی اثاثہ یا جائیداد مانتی ہے .لہذا یہ ایک شخص کے مستقبل میں خالص حصول کی بنیاد پر انسان کی زندگی کی قیمت کا پیمائش کرتی ہے .

c) سطحی پریمیم ایسا یقینی پریمیم ہے جس میں عمر کے بڑھنے کے ساتھ اضافہ نہیں ہوتی لیکن یہ پورے معاہدے کی مدت کے دوران مستحکم رہتی ہے .

d) باہمی عمل، مالیاتی بازاروں میں موجود خطرات کو کم کرنے کے اقدامات میں سے ایک اقدام ہے، دیگر اقدامات، تنوع ہے .

e) زندگی بیمہ کے معاہدے میں یقین دہانی عنصر ہے کہ زندگی بیمہ سخت ریگولیٹری اور سخت معائنہ کے تحت رہتا ہے.

اہم الفاظ

1. اثاثہ
2. انسانی زندگی قیمت (ایچ ایل وی)
3. سطحی پریمیم
4. باہمی عمل
5. تنوع

خود ٹیسٹ کے جوابات

جواب 1

صحیح جواب II ہے .

تنوع کا ہدف، مختلف اثاثہ کلاسوں میں سرمایہ کاری کے پھیلاؤ کے ذریعے مالی بازار کے جوکھموں کو کم کرنا ہے.

خود امتحان سوال

سوال 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا عنصر زندگی بیمہ کے کاروبار کی جزو نہیں ہے؟

I. اثاثہ
II. جوکھم
III. باہمی عمل کا اصول
IV. امداد

سوال 2

ایچ ایل وی کے تصور کس نے وضع کیا تھا؟

I. ڈاکٹر مارٹن لوتھر کنگ
II. وارن بفیٹ
III. پروفیسرہیوبنر
IV. جارج سوروس

سوال 3

مندرجہ ذیل منصوبوں میں سے کس میں بچت کا عنصر بہت کم یا کچھ بھی نہیں رہتا ہے .

I. میعادی بیمہ کی منصوبہ بندی
II. اینڈومینٹ منصوبہ
III. پوری زندگی منصوبہ
IV. منی بیک منصوبہ

سوال 4

مندرجہ ذیل میں سے کس کے اختیارات کو اثاثہ نہیں کہا جا سکتا ہے؟

I. موٹر گاڑی
II. انسانی زندگی
III. فضائی
IV. گھر

سوال 5

مندرجہ ذیل میں سے کس کے اختیارات کو جوکھم کے تحت درجہ بند نہیں کیا جا سکتا ہے؟

I. بہت کم عمر میں مر جانا
II. بہت جلد مر جانا
III. فطری ٹوٹ پھوٹ
IV. معذوری سمیت زندگی گزارنا

سوال 6

مندرجہ ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

I. زندگی بیمہ پالیساں، معاوضہ والا معاہدہ ہیں جبکہ عام بیمہ پالیساں یقین دہانی والا معاہدہ ہوتی ہیں .
II. زندگی بیمہ پالیساں، یقین دہانی والا معاہدہ ہوتی ہیں جبکہ عام بیمہ پالیسیاں معاوضہ والا معاہدہ ہیں .
III. عام بیمہ کے معاملے میں جس واقعہ کو تحفظ فراہم کی جاتی ہے، وہ یقینی طور پر کم ہوتی ہے .
IV. عام بیمہ کے معاملے میں ج واقعہ کے گھٹنے کی یقین وقت کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے .

سوال 7

مندرجہ ذیل میں سے وہ کون سا روایتی طریقہ ہے جو کسی، فرد کیلئے ضروری بیمہ کا فیصلہ لینے میں مدد کرتی ہے؟

I. انسانی اقتصادی قیمت
II. زندگی کی میعادی تجویز
III. انسانی زندگی کی قیمت
IV. مستقبل کی زندگی کی قیمت

سوال 8

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار اس حقیقت کی درست وضاحت پیش کرتا ہے کہ زندگی بیمہ کے لئے بزرگ افراد کے مقابلے میں نوجوانوں سے کم پریمیم چارج کیا جاتا ہے .

I. زیادہ تر نوجوان منحصر ہوتے ہیں .
II. بزرگ شخص میں زیادہ ادائیگی کی صلاحیت ہوتی ہے .
III. اموات، عمر سے جڑی ہوتی ہے .
IV. اموات، عمر کی بالعکس ہوتی ہے .

سوال 9

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار نقد قیمت بیمہ معاہدے کی طرف سے فراہم کیاجانے والا فائدہ نہیں ہے .

I. محفوظ اور مامون سرمایہ کاری
II. بچت نظم و ضبط دلاتا
III. کم پیداوار
IV. انکم ٹیکس فوائد

سوال 10

مندرجہ ذیل میں سے کون سا اختیار نقد قیمت بیمہ معاہدے کی طرف سے فراہم کیا جانے والا فائدہ ہے .

I. اجر، افراط زر کے طب اثرات کے تحت

II. ابتدائی سالوں میں کم جمع
III. کم اجر
IV. محفوظ سرمایہ کاری

خود امتحان کے سوالات کا جواب

جواب 1
صحیح انتخاب IV ہے .
زندگی بیمہ کے کاروبار کے عناصر میں اثاثہ، جوکھم، باہمی عمل کا اصول اور زندگی کی بیمہ کے معاہدے شامل ہیں .
گرانٹ، زندگی انشورنس کے کاروبار کی عنصر نہیں ہے .
جواب 2
صحیح انتخاب III ہے .
پروفیسر ہیوبنر نے انسانی زندگی کی قیمت(ایچ ایل وی) کے تصور کا وضع کیا تھا .
جواب 3
صحیح انتخاب I ہے .
میعادی بیمہ میں بچت عنصر نہیں ہوتا ہے .
جواب 4
صحیح انتخاب IIIہے .
ہوا کو اثاثہ کے طور پر درجہ بندی نہیں کیا جا سکتا ہے .
جواب 5
صحیح انتخاب IIIہے .
فطری ٹوٹ پھوٹ جوکھم کا عنصر نہیں ہے .
جواب 6
صحیح انتخاب IIہے .
زندگی بیمہ پالیسیاں یقین دہانی والی معاہدے ہوتے ہیں جبکہ عام بیمہ پالیسیاں، معاوضہ کا معاہدہ ہوتا ہیں .
جواب 7
صحیح انتخاب III ہے -
انسانی زندگی کی قیمت طریقہ کے ذریعہ ہر شخص کے لئے ضروری بیمہ کی مقدار کا حساب کیا جاتا ہے .
جواب 8
صحیح انتخاب III ہے .
اموات شرح عمر سے چڑی رہتی ہے، لہذا بزرگ لوگوں کے مقابلے میں کم عمر کے لوگ، جن کی موت کا امکان کم ہوتا ہے، سے کم پریمیم چارج کیا جاتا ہے .
جواب 9
صحیح انتخاب III ہے .
کم حصول نقد قیمت بیمہ معاہدہ سے ہونے والی نقصانات میں سے ایک ہے .
جواب 10
صحیح انتخاب IV ہے .
محفوظ سرمایہ کاری نقد قیمت بیمہ معاہدہ سے ہونے والے فوائد میں سے ایک ہے.

باب 7

مالی منصوبہ بندی

باب تعارف

گزشتہ ابواب میں ہم نے بحث کی تھی کہ زندگی بیمہ میں کیا شامل ہے اور مالی تحفظ فراہم کرنے میں اس کا کیا کردار ہے۔ سیکورٹی شخصیت خاص سے متعلق ہے جو موجودہ اور مستقبل کی مختلف ضروریات کو پورا کرنے کے لئے آپ کی آمدنی اور دولت کو الاٹ کرنا چاہتے ہیں ۔اس طرح زندگی کے بیمہ کی "ذاتی مالی منصوبہ بندی "کے وسیع تناظر میں سمجھا جانا چاہئے۔ اس باب کا مقصد مالی منصوبہ بندی موضوع کو متعارف کرنا ہے۔

باب نتیجہ

A. مالی منصوبہ بندی اور ذاتی زندگی سائیکل
B. مالی منصوبہ بندی کے کردار
C. مالی منصوبہ بندی – قسمیں

A. مالی منصوبہ بندی اور ذاتی زندگی سائیکل

1. مالی منصوبہ بندی کیا ہے؟

ہم میں سے زیادہ تر لوگ پیسہ کمانے کے لئے اپنی زندگی کا ایک بڑا حصہ کام کرنے میں گزار دیتے ہیں۔ کیا یہ غور کرنے کا وقت نہیں ہے کہ ہم دولت کو ہمارے لئے کام کرنے کے لئے لگائیں؟ مالی منصوبہ بندی اس مقصد کو حاصل کرنے کے لئے ایک کامل طریقہ ہے . آئیے کچھ تعریف کو دیکھتے ہیں:

تعریف

i. مالی منصوبہ بندی کسی شخص کے '' زندگی '' کے مقاصد کو جاننے کا ایک عمل ہے، ان مقاصد کو مالی مقاصد میں تبدیل کرنے اور مال کو اس طرح منظم کرنا کہ ان مقاصد کو حاصل کرنے میں مدد مل سکے۔

ii. مالی منصوبہ بندی ایک عمل ہے جس کے ذریعے کوئی شخص "زندگی " کی غیر متوقع ضروریات اور توقعات کو پورا کرنے کے لئے ایک روڈ میپ تیار کر سکتا ہے۔ اس میں کسی کے خالص قیمت کا اندازہ، مستقبل کے لئے مالی ضروریات کا اندازہ لگانا اور دولت کے مناسب انتظام کے ذریعے ان کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے کام کرنا شامل ہے۔

iii. مالی منصوبہ بندی کسی کی خواہشات اور مقاصد کو حقیقت میں تبدیل کرنا ہے۔

iv. مالی منصوبہ بندی میں کسی شخص کی موجودہ اور مستقبل کی ضروریات، کسی کے ذاتی خطرے پروفائلز اور کسی کی متوقع ضروریات کو پورا کرنے کے لئے آمدنی کا ایک خاکہ تیار کرنے کی شمولیت رہتا ہے۔

مالی منصوبہ بندی فکر کم کرنے کے ساتھ زندگی کی تعمیر میں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ احتیاط سے بنایا گیا منصوبہ آپ کو مختلف مقاصد کو تیزی سے حاصل کرنے اور آپ کی ترجیحات طے کرنے میں مدد کر سکتا ہے۔

شکل ۱ : ہدف قسم

i. یہ مختصر مقصد ہو سکتے ہیں : ایل سی ڈی ٹی وی سیٹ خریدنا یا ایک خاندانی چھٹی

ii. یہ عہد وسطی ہو سکتے ہیں: گھر خریدنا یا بیرون چھٹی خرچ

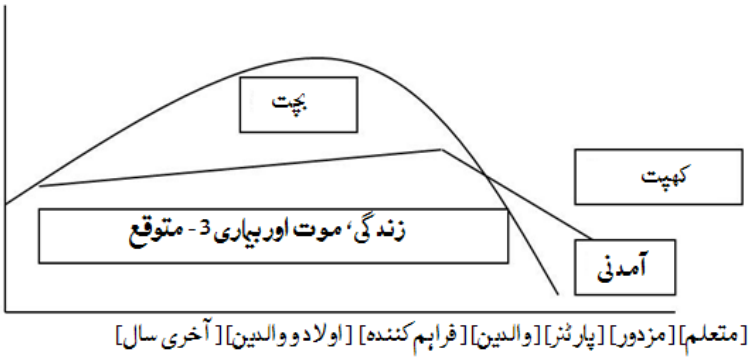
iii. طویل مدتی مقاصد میں شامل ہو سکتا ہے :کسی کے بچے کی تعلیم یا شادی یا ریٹائرمنٹ کے بعد فراہمی

2. شخص کی زندگی کی سائیکل

وہ ولیم شیکسپیر تھے جنہوں نے کہا تھا کہ دنیا ایک تھیٹر ہے . شخصیت پیدائش سے موت تک زندگی میں کئی مراحل سے گزر جاتا ہے، اس دوران اس سے کئی کردار ادا کرنے کی توقع کی جاتی ہے، جیسے سیکھنے، کمانے والے کے طور پر، ساتھی، والدین، فراہم کرنے والے کے طور پر، اولاد جانیکے بعد اکیلے رہ گئے والدین اور آخر میں ریٹائرمنٹ کے سال .

یہ مرحلہ با تصویر ذیل کی شکل میں دیئے گئے ہیں:

شکل ۲ : اقتصادی زندگی سائیکل



زندگی مرحلے اور ترجیحات

a) **سیکھنے (20سے 25 برس تک):** ایک ایسا مرحلہ جب کوئی اپنا علم اور مہارت بڑھاتے ہوئے اہل شہری بننے کی تیاری کرتا ہے . انسانی سرمایہ کی قیمت بڑھانے پر توجہ مرکوز کرتا ہے . تعلیم کی فنڈنگ کے لئے فنڈز کی ضرورت ہے، مثال کے طور پر کسی مینجمینٹ ادارے میں ایم بی اے کے لئے اونچی فیس دینا

b) **کمانے والا (25کے بعد سے) :** ایک ایسا مرحلہ جب کسی کو روزگار ملتا ہے اور شاید اپنی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے وہ کافی دولت کماتا ہے اور کچھ بچا لیتا ہے .اس سطح پر ذاتی خاندانی ذمہ داری ہو سکتی ہے اور مستقبل قریب میں ہونے والی آنیوالی ضروریات کو پورا کرنے کے لحاظ سے وہ کچھ جائیداد کی بچت اور سرمایہ کاری بھی کرتا ہے .مثال کے طور پر ایک کثیر القومی کمپنی میں کام کرنے والا نوجوان رہائش کے لئے قرض لیتا ہے اور گھر میں سرمایہ کاری کرتا ہے .

c) **زندگی کے ساتھی (30- 28شادی ہونے پر) :** ایک ایسا مرحلہ ہے جب کوئی شادی کرتا ہے اور اس کا اپنا خاندان ہوتا ہے . اس مرحلے میں فوری طور خاندان اور ذمہ داریوں سے وابستہ ہونے پر توجہ مرکوز کرنا پڑتی ہے جو کچھ اس طرح ہو سکتی ہیں -اپنا گھر، شاید ایک کار، پائیدار صارفین چیز، بچوں کے مستقبل کے لئے منصوبہ بندی وغیرہ .

d) **والدین (28سے 35برس) :** ان سالوں کے دوران کوئی شخص ایک یا ایک سے زیادہ بچوں کا والدین بنتا ہے .یہ اہم وقت ہوتا ہے جب کوئی شخص کو ان کی تعلیم اور صحت کے بارے میں تشویش ہوتی ہے جیسے، انہیں اچھے اسکول میں داخل کرنا وغیرہ .

e) **فراہم کرنے والے(عمر 35سے 55سال) :** یہ ایک ایسی حالت ہے جب بچے اسکول اور کالج میں داخل ہوتے ہیں .تعلیم کے اعلی قیمت کے بارے میں فکر مند ہونا فطری ہے .آج زندگی کے چیلنجوں کا سامنا کرنے کے لئے بچے کو تکنیکی اور کاروباری اہلیت دلانا ضروری ہے .مثال کے طور پر طبی کورس کی پڑھائی پر خرچ ہونے والی رقم پر غور کریں جو پانچ سال کے لئے ہوتا ہے .کئی بھارتی گھروں میں بالغ ہوتے ہی لڑکیوں کی شادی کر دی جاتی ہے .لڑکیوں کی شادی اور بندوبست کے لئے انتظام بھارتی خاندانوں کے لئے ایک اہم تشویش کا موضوع ہے .دراصل، بچوں کی شادی اور تعلیم کے لئے بچت کرنے کے لیے زیادہ تر بھارتی خاندانوں کا آج ایک اہم مقصد ہے .

f) **اولاد کے چھوڑے والدین (عمر 55سے 65) :** اولاد تیاجي والدین کی مدت اس وقت شروع ہوتی ہے جب نوجوان حالت ختم ہو چکی ہوتی ہے یعنی چڑیا گھوںسلا خالی کر چکی ہوتی ہے .یہ وہ

وقت ہوتا ہے جب بچوں کی شادی ہو چکی ہوتی ہے اور وہ والدین کو چھوڑ کر کام کرنے کے لئے دوسرے مقام پر چلے جاتے ہیں ۔امید ہے اس وقت تک لوگوں کی ذمہ داریاں متعین ہو چکی ہوتی ہیں [جیسے رہائش قرض اور دیگر رہن کی طرح] اور ریٹائرمنٹ کے لیے ایک فنڈ بن گیا ہے ۔یہ ایسا بھی وقت ہے جب کسی کی زندگی میں ڈیجنیریٹیو بیماریوں جیسے بلڈ پریشر اور ذیابیطس کی شروعات ہوتی ہے ۔صحت کی دیکھ بھال کے تحفظ بیمہ ضروری ہو جاتا ہے اس طرح مالی آزادی اور آمدنی کے تحفظ کی ضرورت ہوتی ہے ۔

g) **ریٹائرمنٹ -گودھولی سال (عمر 60سال اور آگے) :** یہ ایک ایسی عمر ہے جب شخصیت فعال کام سے ریٹائر ہو چکا ہوتا ہے اور اپنی زندگی کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے بڑی حد تک بچت بسم کرتا ہے ۔اگر کسی کی زندگی کے آخر تک روزانہ کی ضروریات پر توجہ دینے کی ضرورت ہے تو وہ ہے اس کی بیوی ۔اہم تشویش صحت کے مسائل، آمدنی کی غیر یقینی صورتحال اور اکیلیپن سے جڑی ہوئی ہوتی ہیں ۔یہ ایک ایسا وقت ہے جب شخصیت زندگی کے معیار میں اضافہ کرنا چاہتا ہے اور ان تمام چیزوں سے لطف لینا چاہتا ہے جس کا اس نے خواب دیکھا تھا لیکن کبھی کر نہ پایا، جیسے شوق پورا کرنا یا چھٹی یا عمرے پر جانا ۔مسئلہ یہ ہے کہ کوئی اپنی عمر شان سے گزار سکتا ہے یا کمی میں، یہ اس بات پر انحصار کرتا ہے کہ اس نے ان برسوں کے لئے کافی فراہمی کیا تھا کہ نہیں۔

جیسا کہ ہم اوپر دیکھ سکتے ہیں، اقتصادی زندگی سائیکل کے تین مرحلے ہوتے ہیں۔

طالب علم کے مرحلے	پہلا مرحلہ نوکری سے پہلے ہے جو عام طور پر ایک طالب علم ہوتا ہے ۔یہ ایک ابتدائی مرحلہ ہے جس میں شہری کی ذمہ داریاں پیدا ہوتی ہیں ۔ترجیح ان کی مہارت کو تیار کرنا اور ان کی انسانی سرمایہ کی قیمت کو بڑھانا ہے۔
کام مرحلے	کام مرحلے 18سے 25 کی عمر کے درمیان یا پہلے بھی شروع ہوتا ہے اور 35سے 40 سال تک ہو سکتا ہے ۔اس مدت کے دوران فرد استعمال کی اشیاء کے مقابلے میں زیادہ کمائی کر لیتا ہے اور اس طرح بچت شروع کرتا ہے اور دولت کی سرمایہ کاری کرتا ہے۔
ریٹائرمنٹ کے مرحلے	اس عمل میں وہ دولت جمع کرتا ہے اور جائیداد بناتا ہے جو مستقبل میں مختلف ضروریات کے لئے فنڈز فراہم کرتا ہے جس میں بعد کے سالوں میں آمدنی بھی شامل ہے جب شخصیت ریٹائرڈ ہو جاتا ہے اور کام کرنا بند کر دیتا ہے۔

3. کسی کو مختلف مالیاتی اثاثوں کو بچانے اور خریدنے کی ضرورت کیوں پڑتی ہے؟

وجہ یہ ہے کہ فرد کی زندگی میں کئی مرحلے ہوتے ہیں اور جب وہ کوئی خاص کردار ادا کرتا ہے تو کئی قسم کی ضروریات آتی ہیں جس کے لئے فنڈز کی ضرورت پڑتی ہے.

مثال

جب کوئی شخص شادی کرتا ہے اور خود کا خاندان شروع کرتا ہے تو اس کے لئے گھر کی ضرورت پڑ سکتی ہے .بچوں کے بڑے ہونے پر اعلی تعلیم کے لئے فنڈز کی ضرورت ہوتی ہے .جیسے ہی شخص آدھی عمر پار کر لیتا ہے اسے صحت پر خرچ کرنے کی تجویز کرنا پڑتا ہے اور ریٹائرمنٹ کے بعد بچت کی ضرورت پڑتی ہے جس سے آدمی کو اپنے بچوں پر انحصار کرنے کی ضرورت نہ پڑے اور ان پر بوجھ نہ بنے . آزادی اور وقار کے ساتھ زندہ رہنا اہم ہو جاتا ہے.

بچت کو دو فیصلوں کے ایک مجموعی طور پر سمجھا جا سکتا ہے .

i. **کھپت متلوی** :موجودہ اور مستقبل کی کھپت کے درمیان وسائل کی الاٹمنٹ

ii. **کم نقد اثاثوں کے بدلے میں**(یا تیار قوت خرید) نقد اثاثوں کے ساتھ بدلاؤ .مثال کے طور پر زندگی بیمہ پالیسی خریدنے کا مطلب ہے معاہدہ کے لئے پیسے کا تبادلہ جو کم نقد اثاثہ ہے .

مالی منصوبہ بندی میں دونوں قسم کے فیصلے شامل ہیں .شخص کو مستقبل کے لئے بچت کی ترتیب میں منصوبہ بنانا ہوتا ہے مستقبل میں آنے والی مختلف ضروریات کو پورا کرنے کے لئے ٹھیک طریقے سے جائیداد میں سرمایہ کاری کرنا چاہئے .

ضرورت اور مناسب جائیداد کو سمجھنے کے لئے انسان کی زندگی کے مختلف مراحل کو زیادہ قریب سے دیکھنا متعلقہ ہوگا جیسا کہ نیچے کی مثال میں دیا گیا ہے.

اہم

زندگی کے مراحل

بچپن کے مرحلے	جب کوئی طالب علم یا سیکھنے والا ہوتا ہے.
نوجوان غیر شادی شدہ مرحلے	جب کوئی شخص ذریعہ معاش کمانا شروع کرتا ہے لیکن اکیلا ہے.
نوجوان شادی شدہ مرحلے	جب کوئی شخص زندگی ساتھی بنتا ہے یا شوہر یا بیوی.
چھوٹے بچوں کے	جب کوئی والدین بن جاتا ہے.

ساتھ شادی شدہ مرحلے	
بڑے بچوں کے ساتھ شادی شدہ مرحلے	جب کوئی فراہم کرنے والے بن جاتا ہے اور اسے بڑے ہوتے بچوں کی ضروریات اور ان کی تعلیم کا خیال رکھنا پڑتا ہے.
خاندان کے بعد / ریٹائرمنٹ سابق مرحلے	جب بچے خود کفیل ہو جاتے ہیں اور گھر چھوڑ دیتے ہیں جیسے چڑیا اپنا خالی گھوںسلا چھوڑ اڑ جاتی ہے.
ریٹائرمنٹ کے مرحلے	جب شخصیت زندگی کے سدھیاکال سے گزرتا ہے اگر زندگی کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے کافی فراہمی اور بچت کی ہے تو وہ احترام کے ساتھ رہ سکتا ہے یا اگر کافی بندوبست نہیں کیا ہے تو نراشرت ہو سکتا ہے اور دوسروں کے رحم و کرم پر انحصار کرنا پڑ سکتا ہے.

4. انفرادی ضروریات

اگر ہم مندرجہ بالا زندگی سائیکل کو دیکھیں تو ہمیں پتہ چلے گا کہ تین قسم کی ضروریات پیدا ہو سکتی ہیں .

ان سے تین قسم کے مالیاتی مصنوعات پیدا ہوتے ہیں .

a) مستقبل کے لین دین کو قابل بنانا

پہلی ضرورت دولت سے شروع ہوتی ہے جس کی ضرورت پہلے سے اندازہ لگائے گئے خرچ کو پورا کرنے کے لئے پڑتی ہے .جس کی ضرورت زندگی سائیکل کے مختلف مراحل میں پیدا ہوتی رہتی ہے . ایسی تقاضے دو قسم کے ہوتے ہیں :

i. **مخصوص لین دین کی ضروت :** یہ مخصوص زندگی کے واقعات سے منسلک ہوتی ہے، جنہیں وسائل کا عزم کی ضرورت پڑتی ہے، مثال کے لئے اعلی تعلیم کی فراہمی دکھانے کا /آشرتوں کے شادی یا گھر خریدنے یا پائیدار صارفین اشیاء کے لئے .

ii. **عام لین دین کی ضرورت :** کسی مخصوص مقصد کے لئے بغیر تعین کیے موجودہ کھپت سے رقم کو الگ رکھنا .اسے مقبول طور پر" مستقبل کی فراہمی "کہا جاتا ہے.

b) اجلاس متوقع

غیر متوقعات پر زندگی کی ایک غیر متوقع واقعہ ہے جسے ہم دولت کی بڑی عزم کہہ سکتے ہیں اور جسے موجودہ آمدنی سے پورا نہیں کر سکتے اور اس کے لئے پہلے سے دولت جمع کرنے کی ضرورت ہوتی ہے .کچھ ایسے واقعات جیسے موت اور معذوری یا بے روزگاری سے آمدنی کا نقصان ہونا ہے .دیگر جیسے آگ سے بھی اثاثہ کی نقصان ہو سکتا ہے .ایسی ضروریات انشورنس سے پوری کی جا سکتی ہیں .

اگرچہ ان کے واقع ہونے کا امکان کم ہے لیکن خرچ کافی ہوتا ہے. متبادل طور پر اس قسم کی ضروریات کے لئے نقد اثاثہ کی ایک بڑی رقم محفوظ طور پر الگ رکھنے کی ضرورت ہے .

c) مال جمع

اصل میں تمام قسم کی بچت اور سرمایہ کاری سے کچھ جائیداد بنتی ہے .جب ہم جمع کے مقصد کی بات کرتے ہیں تو یہ فائدہ اٹھانے کے بنیادی سرمایہ کاری اور مارکیٹ دوستانہ مواقع سے فائدہ اٹھانے کے لئے انفرادی خواہش کی عکاسی کرتا ہے .دوسرے الفاظ میں بچت اور سرمایہ کاری بنیادی طور پر دولت جمع کرنے کی خواہش سے متاثر ہیں .

اس مقصد کو اس طور پر کہا گیا، دولت جمع کرنے کی خواہش کی وجہ شخصیت سرمایہ کاری کرتے وقت زیادہ دولت بنانے کیلئے خطرہ لیتا ہے .زیادہ دولت بنانے کی خواہش ہوتی ہے کیونکہ اس سے دولت کئی گنا یا مقررہ رقم تیزی سے بڑھاتا ہے .دولت کی ضرورت ہے کیونکہ یہ آزادی، انٹرپرائز، طاقت اور اثرات کے ساتھ منسلک ہے.

5. مالی مصنوعات

ضروریات کی مندرجہ بالا سیٹوں کے مطابق مالیاتی مارکیٹ میں تین قسم کے مصنوعات ہیں:

لین دین والا مصنوعات	بینک جمع اور دیگر بچت ذریعہ جو صحیح وقت پر اور شدت میں کسی کو کافی خریداری کی طاقت (چلندھ) رکھنے کے قابل بناتے ہیں.
انشورنس جیسے حادثاتی مصنوعات	یہ ان بڑی نقصانات کے خلاف تحفظ فراہم کرتے ہیں جو اچانک غیر متوقع واقعات کے گھٹنے سے نقصان اٹھا سکتے ہیں.
دولت جمع کی مصنوعات	شیئر اور اعلی پیداوری بانڈ یا رئیل اسٹیٹ اس طرح کی مصنوعات کی مثالیں ہیں . یہاں سرمایہ کاری اس لیے کیا جاتا ہے کہ زیادہ دولت بنانے کیلئے اور پیسہ لگایا جائے.

شخص کو عام طور پر مندرجہ بالا تمام کے مرکب کی ضرورت ہے اور اس طرح سے تمام تینوں قسم کی مصنوعات کو رکھنے کی ضرورت ہو سکتی ہے .مختصر میں کہہ سکتے ہیں کہ:

i. بچت کی ضرورت -نقد ضروریات کے لئے
ii. انشورنس کرنے کی ضرورت -غیر یقینی صورتحال کے خلاف
iii. سرمایہ کاری کرنے کی ضرورت -دولت تخلیق کے لئے

6. خطرہ پروفائلز اور سرمایہ کاری

یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ فرد کی زندگی سائیکل میں کئی مختلف مراحل ہوتے ہیں ، نوجوان کمانے والے سے وسط عمر تک اور آگے کی زندگی کے آخری وقت تک، رسک پروفائل، یا خطرے لینے سے بھی ایک تبدیلی آتا ہے

جب فرد نوجوان ہے، اسے آگے بڑھنے کے لئے کافی وقت ہے اور وہ زندگی کے تئیں کافی جدوجہد کرسکتا ہے اور جہاں تک ممکن ہو زیادہ سے زیادہ دولت جمع کرنے کا خطرہ اٹھا سکتا ہے .جیسے وقت گزرتا ہے شخص زیادہ بصیرت اور سرمایہ کاری کے بارے میں مزید محتاط ہو جاتا ہے، اس کا مقصد سلامتی اور سرمایہ کاری کو جمع کرنا ہے .

آخر میں، جب کوئی ریٹائرمنٹ کے قریب ہوتا ہے، تب وہ کافی قدامت پسند ہو سکتا ہے اور اس کا دھیان فنڈ پر مرکوز ہو جاتا ہے جسے وہ ریٹائرمنٹ کے بعد کے سالوں میں خرچ کر سکتا ہے .شخص کسی بچے کے لئے وصیت کرنے یا صدقہ وغیرہ کے بارے میں بھی سوچ سکتا ہے .

خطرے پروفائل کے ساتھ تال میل رکھنے کے لئے شخص کی سرمایہ کاری اسٹائل بھی تبدیل ہو جاتی ہے .اسے نیچے دکھایا گیا ہے:

شکل ۳ : خطرہ پروفائل اور سرمایہ کاری اسٹائل

جوکھم پروفائل **سرمایہ کاری اسٹائل**

خود کو ٹیسٹ کریں 1

غیر متوقع واقعات کے خلاف سیکورٹی کے نقطہ نظر سے آپ ان میں سے کسے سجھائیگے؟

I. انشورنس
II. بینک ایف ڈی جیسے قابل عمل مصنوعات .
III. شیئر
IV. ڈیبنچر

B. مالی منصوبہ بندی کے کردار

1. مالی منصوبہ بندی

مالی منصوبہ بندی ایک عمل ہے، جس میں کسی گاہک کی موجودہ یا مستقبل کی ضروریات، جو ہو سکتی ہیں، پر احتیاط سے غور کیا جاتا ہے اور جانچ کی جاتی ہے اور اس کے ذاتی خطرے پروفائل اور آمدنی

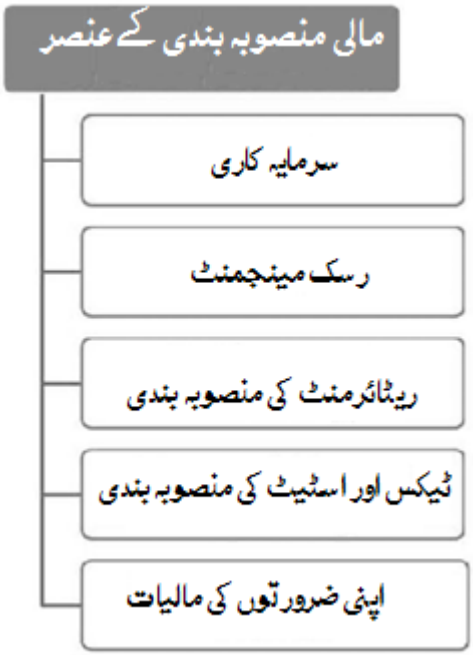
کے مناسب مالی مصنوعات کے ذریعے مختلف متوقع /غیر متوقع ضروریات کو پورا کرنے کے لئے روپ ریکھا نقشہ تیار کی جاتی ہے .

مالی منصوبہ بندی کے عناصر میں شامل ہیں :

- ✓ سرمایہ کاری -کسی کے خطرے اٹھانے کی خواہش کی بنیاد پر اثاثوں کی الاٹمنٹ،
- ✓ جوکھم مینجمنٹ،
- ✓ ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی،
- ✓ ٹیکس اور املاک منصوبہ بندی، اور
- ✓ کسی کی ضروریات کی مالیات - فائنسنگ

مختصر میں مالی منصوبہ بندی کے لئے 360ڈگری منصوبہ بنانا شامل ہے.

شکل ۴ : مالی منصوبہ بندی کے عنصر



2. مالی منصوبہ بندی کا کردار

مالی منصوبہ بندی ایک نئی طریقہ کار نہیں ہے .یہ ہمارے آباؤ اجداد میں سادہ طور پر مقبول تھا .اس وقت محدود سرمایہ کاری کے اختیارات تھے .کچھ دہائی پہلے ایکوئٹی سرمایہ کاری کو ایک بڑے اکثریت کی طرف سے جوا کھیلنے جیسا سمجھا جاتا تھا .سرمایہ کاری بڑی حد تک بینک کے ذخائر، پوسٹل بچت اسکیموں اور دیگر مقررہ آمدنی ذرائع میں کیا جاتا تھا .ہمارے سماج اور ہمارے گاہکوں کی طرف سے آج الگ الگ قسم کے چیلنجوں کا سامنا کیا جا رہا ہے .ان میں سے کچھ اس طرح ہیں:

i. مشترکہ خاندان کا ٹوٹنا

آج مشترکہ خاندان کا مقام نیوکلیائی خاندان نے لے لیا ہے جس میں ماں - باپ اور بچّے شامل ہیں خاندان کے مخصوص طور پر اہم اور کمانے والی رکن کو خود کا اور اپنے اے خاندانی ارکان کے ذمہ داری کا متحمل کرنا پڑتا ہے .اس کے لئے بڑے پیمانے پر مناسب منصوبہ بندی کی ضرورت ہے اور پیشہ ورانہ مالی پلانر کی مدد سے فائدہ ہو سکتا ہے.

ii. بہت سے سرمایہ کاری کے اختیارات

دولت کی تخلیق کے لئے آج ہمارے پاس بڑے سطح پر سرمایہ کاری ذرائع دستیاب ہیں .ان میں سے ہر ایک میں خطرے اور اجر کی مختلف ماترا رہتی ہیں .مالی مقاصد کی کامیابی کو یقینی بنانے کے لئے ہمیں سمجھداری سے انتخاب کرناچاہئے اور اپنی خطرہ والی ضرورت کی بنیاد پر صحیح سرمایہ کاری فیصلہ لینا ہوتا ہے . مالی منصوبہ بندی اثاثہ الاٹمنٹ میں مدد کر سکتا ہے.

iii. بدلتی زندگی

آج فوری طور پر اطمینان پانا عادت سی بن گئی ہے .ہر شخص تازہ ترین موبائل فون، کار، بڑے گھر، باوقار کلبوں کی رکنیت وغیرہ رکھنا چاہتا ہے- ان کی خواہشات کو پورا کرنے کے لئے وہ بڑے بڑے قرضے لے لیتے ہیں .اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرضوں کی ادائیگی میں آمدنی کا ایک بڑا حصہ چلا جاتا ہے اور اس سے بچت میں کمی ہوتی ہے .مالی منصوبہ بندی بیداری اور خود نظم و ضبط لانے کے ساتھ ہی اخراجات منصوبہ بندی میں مدد کرنے کا ایک ذریعہ ہے، تاکہ کوئی غیر ضروری اخراجات میں کمی کر سکے اور ان دونوں میں کامیاب ہو سکے : موجودہ زندگی کی سطح کو برقرار رکھنے میں اور آنے والے وقت میں اس کا اپ گریڈ کرنے میں .

iv. افراط زر

وقت وقت پر معیشت میں مال و خدمات کی قیمتوں کے عام سطح میں ہونیوالا اضافہ افراط زر کہلاتا ہے .اس سے پیسے کی قیمت میں کمی آتی ہے .اس کے نتیجے میں کسی کی محنت سے کمائے پیسے کی خریدنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے .افراط زر کسی کی ریٹائرمنٹ کی مدت کے دوران تباہی مچا سکتا ہے، جب کسی کے فائدہ مند پیشہ سے باقاعدہ آمدنی آنی بند ہو جاتی ہے اور آمدنی کا ذریعہ صرف پہلے کی گئی بچت رہ جاتی ہیں .مالی منصوبہ بندی اس کو یقینی بنانے میں مددگار ہو سکتا ہے کہ خاص طور بعد کے سالوں میں کوئی افراط زر سے نمٹنے کے لئے تیار ہو سکے.

v. دیگر احتمال اور ضروریات

بہت سے دوسری کی ضروریات اور چیلنجوں کو پورا کرنے کے لئے مالی منصوبہ بندی افراد کی مدد کرنے کا ذریعہ بھی ہے .مثال کے طور پر، ہنگامی طبی کے دوران کئی غیر متوقع اخراجات یا دیگر غیر متوقع اخراجات ہوتے ہیں، جن سے افراد کا سامنا ہو سکتا ہے .اسی طرح، لوگوں کو اپنی ٹیکس دینداریوں کو منظم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے

لوگوں کو یہ بھی یقینی بنانے کی ضرورت ہوتی ہے کہ ان کے مال و دولت اور جائیداد والی ان کی املاک ان کی موت کے بعد ان کے پیاروں کو آسانی سے مل جائے .زندگی بھر یا زندگی کے بعد بھی صدقہ کرنے یا سماجی اور مذہبی ذمہ داریاں جیسی دیگر ضروریات بھی ہوتی ہیں .ان تمام کو حاصل کرنے کے لئے مالی منصوبہ بندی ایک ذریعہ ہے.

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

کیا یہ امیروں کا کام ہے؟ دراصل، مثالی طور یہ پلاننگ پہلا تنخواہ ملتے ہی شروع کر دینا چاہئے .کوئی کب منصوبہ بنائے، یہ بتانے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے .

بہر حال ایک اہم اصول ہے جو ہماری راہنمائی کرے گا -ہمارے سرمایہ کاری کی مدت جتنی لمبی ہوگی، ہمارے سرمایہ کاری اتنے ہی زیادہ بڑھیں گی .

لہذا، جتنی جلد شروع کی جائے، اتنا ہی اچھا .اس طرح سرمایہ کاری وقت کا زیادہ سے زیادہ فائدہ پائیں گے .پھر، منصوبہ بندی صرف امیروں کے لئے نہیں ہے، یہ سب کے لئے ہے .اپنے مالی مقاصد کے حصول کے لئے مالی مقاصد کو قائم کرنے کی شروعات اور سرمایہ کاری ذرائع میں وقف بچت تیار کرتے ہوئے ڈسپلن کے نقطہ نظر پر عمل کرنا چاہئے، جو آپ کے خطرے لینے والی دلچسپی کے لئے سب سے زیادہ سازگار ہو .مالی منصوبہ بندی کا ایک غیر منصوبہ بند، اضطرابی نقطہ نظر مالیاتی بحران کے اہم وجوہات میں سے ایک ہے جو افراد کو متاثر کرتا ہے.

خودکو ٹسٹ کریں 2

مالی منصوبہ بندی شروع کرنے کا بہترین وقت کب ہے؟

I. ریٹائرمنٹ کے بعد
II. جیسے ہی کوئی اپنی پہلی تنخواہ پاتا ہے
III. شادی کے بعد
IV. صرف امیر ہونے کے بعد

C-مالی منصوبہ بندی -قسم

آئیے، اب مختلف قسم کے مالی منصوبہ بندی طرز عمل پر غور کرتے ہیں، جنہیں کسی شخص کو کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے.

شکل ۵ : مالی منصوبہ بندی مشیر خدمت

دی جانےوالی مختلف مشیر خدمات پر غور کریں 6 . ایسے علاقے ہیں جن کے بارے میں ہم بحث کریں گے

- ✓ نقد منصوبہ بندی
- ✓ سرمایہ کاری منصوبہ بندی
- ✓ بیمہ منصوبہ بندی
- ✓ ریٹائرمنٹ منصوبہ بندی
- ✓ املاک منصوبہ بندی
- ✓ ٹیکس منصوبہ بندی

1. نقد منصوبہ بندی

کیش فلو کے انتظام کے دو مقصد ہوتے ہیں .

i. سب سے پہلے، کسی شخص کو چاہئے کہ وہ اپنی آمدنی اور اخراجات کے بہاؤ کو منظم کرتے ہوئے غیر متوقع اور ہنگامی ضروریات پورہ کرنے کیلئے چل جائیدادوں کی ریزرو فنڈ بنائے .

ii. دوسرا، سرمایہ کاری کے لئے اسے چاہئے کہ وہ منظم طریقے سے نقد زائد پیدا کرتے ہوئے اسے بنائے رکھے.

یہاں پہلا قدم **بجٹ تیار کرنا** اور موجودہ آمدنی اور اخراجات کے بہاؤ کا تجزیہ کرنا ہے . اس کے لئے، شخص کو مستقبل کے لئے مناسب اہداف اور مقاصد کی خاکہ تیار کرنی چاہئے . اس سے یہ پتہ چل سکے گا کہ موجودہ اخراجات ڈھانچے کے سبب وہ اپنے مقصد تک کیسے پہنچ سکتا ہے .

دوسرا قدم کیا باقاعدہ اور صریح لاگتے خرچ ہوئی ہیں، یہ دیکھنے کے لئے گزشتہ 6ماہ کے آمدنی و اخراجات کا تجزیہ کرنا ہے .کے اخراجات کو کئی اقسام میں تقسیم کیا جا سکتا ہے اور انہیں لازمی اور دیگر اخراجات کے طور پر بانٹا جا سکتا ہے جہاں ایک طرف لازمی اخراجات پر کنٹرول رکھ پانا مشکل ہوتا ہے، وہیں دوسري طرف دیگر بدلتے رہنے والے اخراجات کم یا ملتوی کئے جا سکتے ہیں کیونکہ وہ خود کو طے کرتا رہتے ہیں .

تیسرا مرحلہ پورے سال کے لئے مستقبل کے ماہانہ آمدنی اور اخراجات کی پیشن گوئی کرنا ہے .گزشتہ دنوں کا تجزیہ کرتے ہوئے

اور مستقبل کی امید کے ساتھ ان نقد فلو یا بہاؤ کی صحیح منصوبہ بندی کی جا سکتی ہیں .

نقد منصوبہ عمل کا ایک اور حصہ ووےکادھین آمدنی کو زیادہ سے زیادہ کرنے کے لئے حکمت عملی بنانا ہے.

مثال

کوئی اپنے بقائے قرض کو دوبارہ ساخت تیار کر سکتا ہے .

کوئی بقائے کریڈٹ کارڈ کے قرض کا سمیکن کرتے ہوئے کم سود کے بینک قرض کے ذریعہ ان کو ادا کر سکتا ہے .

اپنی سرمایہ کاری سے زیادہ آمدنی حصول کے لئے کوئی انہیں پھر سے تشکیل کر سکتا ہے.

---

2. بیمہ منصوبہ بندی

افراد کے سامنے کچھ ایسے خطرے آسکتے ہیں جو انہیں ان کے انفرادی مالی مقاصد کو حاصل کرنے سے روک سکتے ہیں .انشورنس منصوبہ بندی ایسے خطرات کے خلاف انشورنس فراہم کرنے کے لئے منصوبہ بنانا شامل ہے .

یہاں بڑا کام ہے کہ کتنی رقم کا بیمہ کرنے کی ضرورت ہے اور کس طرح کی پالیسی سب سے بہتر ہے-

i. **زندگی بیمہ** کے بارے میں پالنکرتا کی قبل از وقت موت ہو جانے پر آشرتوں کی آمدنی و اخراجات کی ضروریات کے تجزیے کی طرف سے فیصلہ کیا جا سکتا ہے .

ii. **صحت کی بیمہ**کے تقاضے ہسپتال کے اخراجات کے تناظر میں حساب لگائی جا سکتی ہیں جو ممکنہ طور کسی بھی خاندان کی ہنگامی طبی ضرورت میں خرچ ہوتی ہیں .

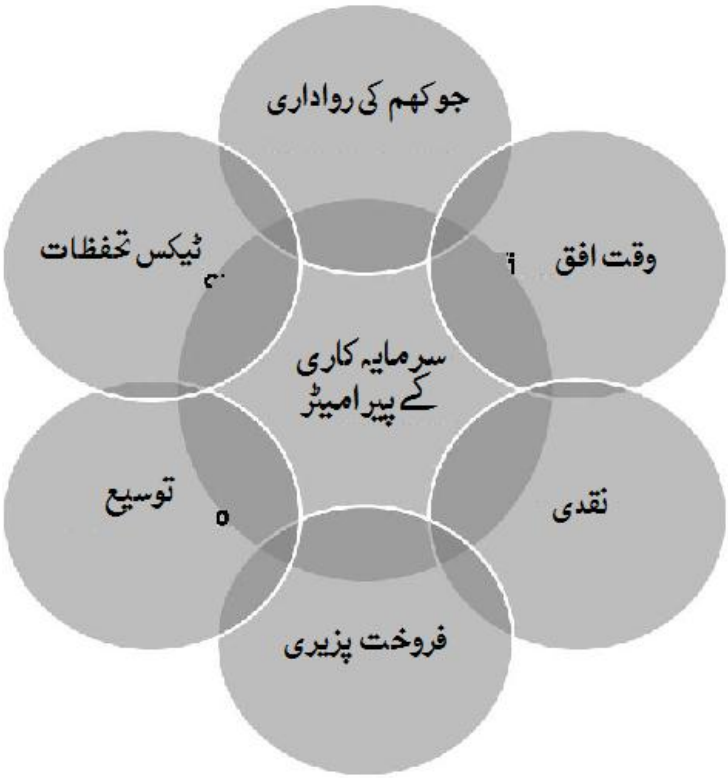
iii. آخر میں کسی کی **جائیداد کا بیمہ** کی رقم نقصان کے خطرے سے کسی کے گھر /گاڑی /فیکٹری وغیرہ کو بچانے کی ضرورت کی قسم اور مقدار کی بنیاد پر طے کیا جا سکتا ہیں.

3. سرمایہ کاری منصوبہ بندی

سرمایہ کاری کا کوئی ایک صحیح طریقہ نہیں ہے .حقیقت کی بنیاد پر یہ ہر شخص کیلئے الگ الگ ہو سکتا ہے .سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی کے مقاصد کو پورا کرنے کے لئے انسان کے خطرے اٹھانے کی عادت، مالی اہداف اور وقت کی بنیاد پر سب سے زیادہ مناسب سرمایہ کاری اور اثاثہ الاٹ کرنا حکمت عملی طے کرنے کے عمل ہے.

a) سرمایہ کاری کے معیار

شکل۶ : سرمایہ کاری کے پیرامیٹر



یہاں پہلا قدم ضرور سرمایہ کاری کے پیرامیٹر کی وضاحت کرنا ہے . ان میں شامل ہیں :

i. **خطرہ رواداری** :سرمایہ کاری کرنے میں کوئی کتنا خطرہ اٹھا سکتا ہے، اس کا اندازہ .

ii. **وقت کی حد** :یہ کسی مالی مقصد کو حاصل کرنے کے لئے دستیاب وقت کی مقدار ہے .ڈیڈ لائن مقصد کو حاصل کرنے کے لئے استعمال کی سرمایہ کاری کے ذرائع کو متاثر کرتی ہیں . ڈیڈ لائن جتنی لمبی ہوتی ہے، کم وقت کی ذمہ داری کے بارے میں اتنی ہی کم فکر ہوتی ہے .کوئی زیادہ لمبے وقت کے لئے سرمایہ کاری کر سکتا ہے اور کم چل جائیداد پر اعلی اجر پا سکتا ہے .

iii. **سیالیت** : وہ شخص جس کی سرمایہ کاری کرنے کی صلاحیت محدود ہو یا جن کا آمدنی اور اخراجات غیر یقینی ہے یا جو ایک خاص ذاتی یا کاروباری اخراجات کو پورا کرنے کے لئے سرمایہ کاری کر رہے ہیں، ان کا مقصد نقد یا قیمت کے نقصان کے بغیر سرمایہ کاری کو نقد میں تبدیل کرنا ہو سکتا ہے .

iv. **فروخت پَذیری** : جو اثاثہ آسانی سے خریدی یا فروخت کی جا سکتی ہے .

v. **توسیع : (Diversification)** جہاں کوئی خطرات کو کم کرنے کے لئے سرمایہ کاری کی توسیع کرتا ہے .

vi. **ٹیکس تحفظات :** کئی سرمایہ کاری یقینی انکم ٹیکس فوائد دیتے ہیں اور کوئی چاہے توختلف سرمایہ کاری کے ٹیکس کے بعدتحفظات پر غور کر سکتا ہے.

b) معقول حد تک سرمایہ کاری ذرائع کے انتخاب

دوسرا مرحلہ مندرجہ بالا معیار کی بنیاد پر مناسب سرمایہ کاری ذرائع کو منتخب کرتا ہے .اصلی انتخاب اجر اور خطرے کے بارے میں کسی شخص کے امیدوں پر انحصار کرے گا .

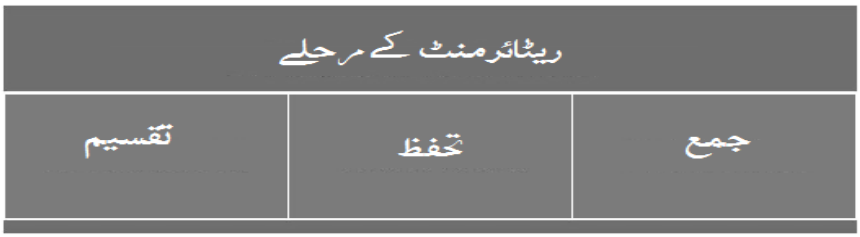
بھارت میں مختلف قسم کی مصنوعات ہیں، جن کے بارے میں سرمایہ کاری کے مقصد سے غور کیا جا سکتا ہے .ان میں شامل ہیں :

- ✓ بینکوں /کمپنیاں کی فکسڈ جمع رقم ،
- ✓ پوسٹ آفس کی چھوٹے بچت منصوبے،
- ✓ شیئر کا پرائمری بازار،
- ✓ ڈیبچر یا دیگر تحفظات،
- ✓ میوچل فنڈ
- ✓ زندگی کے بیمہ کمپنیوں وغیرہ کی طرف سے جاری کی جا رہی یونٹ منسلک پالیساں، وغیرہ.

4. ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی

یہ اس رقم کے تعین کے عمل ہے جو ریٹائرمنٹ کے بعد کسی شخص کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے چاہئےاور ان ضروریات کو پورا کرنے کے لئے مختلف ریٹائرمنٹ اسکیموں پر فیصلہ کرنے کے لئے ضروری ہوتی ہے.

شکل ۷ : ریٹائرمنٹ کے مرحلے



ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی میں تین مرحلے شامل ہیں:

a) **جمع :** مختلف قسم کی حکمت عملی اپناتے ہوئے دولت کا ذخیرہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ وہ سرمایہ کاری کے لیے بھی دستیاب ہو سکے .

b) **تحفظ :** تحفظ سے مراد ہے کسی کے سرمایہ کاری کو یہ یقینی بنانا کہ فرد کے کام کے سالوں کی مدت کے دوران اصل رقم میں زیادہ سے زیادہ اضافہ ہو سکے .

c) **تقسیم** : تقسیم سے مراد ہے ریٹائرمنٹ کے بعد اصل رقم کو (جسے ہم فنڈ یا نیسٹ ایگ کہتے ہیں) آمدنی والا ضرورتیں مکمل کرنے کے لئے واپسی / سالانہ ادائیگیوں میں تبدیل کرنے کا طریقہ.

5. املاک کے منصوبہ بندی

یہ کسی کی موت کے بعد اس کی جائیداد کے ٹرانسفر اور منتقلی کے لئے بنائی جانے والی منصوبہ بندی ہے- وصیت کے نامزدگی اور تفویض یا تیاری جیسے مختلف عمل ہوتے ہیں- بنیادی خیال یہ یقینی بناتا ہے کہ کسی کے مرنے کے بعد اس کی جائیداد اور اثاثہ آسانی سے تقسیم ہوں اور /یا اس کی مرضی کے مطابق ان کا استعمال ہو.

6. ٹیکس منصوبہ بندی

آخر میں، ٹیکس منصوبہ بندی کا تعین کرنے کے لئے کیا جاتا ہے کہ موجود ٹیکس قوانین سے زیادہ سے زیادہ ٹیکس فائدہ کیسے حاصل کئے جائیں اور ٹیکس-بریک کا پورا پورا فائدہ اٹھاتے ہوئے آمدنی، اخراجات اور سرمایہ کاری منصوبہ کیسے تیار کیا جائے- اس میں کم کرنا یا موجودہ یا مستقبل کے انکم ٹیکس ذمہ داری کیلئے وقت کا انتخاب کی حکمت عملی شامل ہے- یہاں یہ خیال رکھا جانا چاہئے کہ اس کا مقصد ٹیکس میں کمی کرنا ہیں نہ کہ ان سے بچنا -

اپنے سرمایہ کاری کی بحالی کرتے ہوئے اور کر بچت والی ممکنہ منصوبوں کا فائدہ اٹھاتے ہوئے شخص اپنی آمدنی اور بچت میں اضافہ کر سکتا ہے، جو دوسری صورت کے طور پر ٹیکس حکام کے پاس چلی جاتی .

زندگی بیمہ ایجنٹوں کو ان کے موجود اور ممکنہ گراہکوں کی جانب سے اکثر درخواست کی جاتی ہے کہ وہ ان کو نہ صرف ان کی بیمہ ضرورتوں کو مکمل کرنے کے بارے میں بلکہ ان کی دیگر مالیاتی ضروریات پوری کرنے کے بارے میں بھی مشورہ دے .ایسے میں کسی بیمہ ایجنٹ کو مالی منصوبہ بندی کی گہرائی سے معلومات اور ان کے مختلف اقسام کے بارے میں معلوم ہونا اس کے لئے قیمتی ثابت ہو سکتا ہے -

خود کو ٹیسٹ کریں 3

مندرجہ ذیل میں سے کون سا کر منصوبہ بندی کا مقصد نہیں ہے؟

I. زیادہ سے زیادہ ٹیکس فائدہ
II. محتاط سرمایہ کاری کے نتیجے میں کم ہوا ٹیکس بوجھ
III. ٹیکس چوری
IV. ٹیکس بریک کا پورا فائدہ

خلاصہ

- مالی منصوبہ بندی کے مندرجہ ذیل عمل ہے :
  - ✓ کسی کی زندگی کے مقاصد کو پہچاننا ،
  - ✓ ان پہچان مقاصد کو مالی مقاصد میں تبدیل کرنا۔
  - ✓ اپنے مالیات کو اس طرح منظم کرنا کی کہ اس سے ان کے مقاصد کے حصول میں مدد ملے
- ذاتی زندگی سائیکل کے بنیاد پر تین قسم کے مالیاتی مصنوعات کی ضرورت ہوتی ہے .یہ مندرجہ ذیل میں

مدد کرتے ہیں :

  - ✓ مستقبل لین دین کو آسان بنانے میں،
  - ✓ متوقع کو پورا کرنے میں
  - ✓ اثاثہ جمع کرنا
- بدلتی سماجی ضرورتوں سے اقوام کے خاندان کا تحلیل، آج دستیاب اکثریت سرمایہ کاری کے اختیارات اور بدلتی زندگی کا اسٹائل وغیرہ نے مالی منصوبہ بندی کی ضرورت کو اور زیادہ بڑھا دیا ہے.
- مالی منصوبہ بندی شروع کرنے کا بہترین وقت پہلی تنخواہ حصول کے ٹھیک بعد ہے .
- مالی منصوبہ بندی کے مشیر کی خدمات میں مندرجہ ذیل شامل ہے :
  - ✓ نقد منصوبہ بندی،
  - ✓ سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی،
  - ✓ بیمہ منصوبہ بندی،
  - ✓ ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی،
  - ✓ املاک منصوبہ بندی اور
  - ✓ منصوبہ بندی

مطلوبہ الفاظ

1. مالیاتی منصوبہ بندی
2. زندگی کے مراحل
3. خطرے کی پروفائل
4. کیش کی منصوبہ بندی
5. سرمایہ کاری کی منصوبہ بندی
6. بیمہ کی منصوبہ بندی
7. ریٹائرمنٹ کی منصوبہ بندی
8. اسٹیٹ کی منصوبہ بندی
9. ٹیکس کی منصوبہ بندی

جواب خود کو ٹیسٹ کرنے کے لئے

جواب 1

صحیح انتخاب I ہے .

بیمہ غیر متوقع واقعات کے خلاف سیکورٹی فراہم کرتا ہے .

جواب 2

صحیح انتخاب II ہے .

جیسے ہی کسی کو اس کی پہلی تنخواہ ملتی ہے، اسے مالی منصوبہ بندی شروع کر دینا چاہئے .

جواب 3

صحیح انتخاب III ہے .

ٹیکس چوری ٹیکس منصوبہ بندی کا مقصد نہیں ہے.

خود کو امتحان کے سوالات

سوال 1

ایک جارحانہ خطرے پروفائل والا شخص ممکنہ طور دولت _____ سرمایہ کاری سٹائل استعمال کرتا ہے .

I. استحکام
II. تحفہ فراہم
III. جمع
IV. خرچ

سوال 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سی دولت اکٹھا کرنے کی مصنوعات کی ہے؟

I. بینک قرض
II. شیئر
III. میعادي بیمہ پالیسی
IV. بچت بینک اکاؤنٹ

سوال 3

بچت دو فیصلوں کے مجموعہ کے طور پر جانا جا سکتا ہے .نیچے دی گئی فہرست سے ان کا انتخاب .

I. خطرہ برقرار رکھنے اور کم کھپت
II. تحفہ فراہم اور جمع
III. اخراجات اور جمع
IV. کھپت ملتوی اور سیالیت الگ کرنا

سوال 4

زندگی کے کس مرحلے میں کوئی شخص بچت کی سب سے زیادہ اہمیت دے گا؟

I. ریٹائرمنٹ کے بعد
II. کمانے والا
III. سیکھنے والا
IV. حال میں شادی شدہ

سوال 5

سرمایہ کاری کی علاقہ اور منافع کے درمیان کیا تعلق ہے؟

I. دونوں کسی بھی طرح سے متعلق نہیں ہیں
II. بڑا سرمایہ کاری کا علاقہ بڑا منافع
III. بڑا سرمایہ کاری کا علاقہ چھوٹا منافع
IV. بڑا سرمایہ کاری کا علاقہ منافع پر زیادہ ٹیکس

سوال 6

مندرجہ ذیل میں سے کون لین دین پر مصنوعات کے تحت درجہ بند کیا جا سکتا ہے؟

I. بینک جمع رقم
II. زندگی کا بیمہ
III. شیئر
IV. بانڈ

سوال 7

مندرجہ ذیل میں سے کون سا غیر متوقع مصنوعات کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے؟

I. بینک جمع رقم
II. زندگی کا بیمہ
III. شیئر
IV. بانڈ

سوال 8

مندرجہ ذیل میں سے کون سا مال جمع مصنوعات کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے؟

I. بینک جمع رقم
II. زندگی کا بیمہ
III. عام بیمہ
IV. شیئر

سوال 9

_____دوران معیشت میں مال اور خدمات کی قیمتوں کے عام سطح میں ہونے والا اضافہ ہے .

I. قلت زر
II. افراط زر
III. افراط زر ہمیا نہ ہونا
IV. انتہائی افراط زر

سوال 10

مندرجہ ذیل میں سے کون سا صوابدیدی (امتیازی) آمدنی کو زیادہ سے زیادہ کرنے کے لئے ایک حکمت عملی نہیں ہے؟

I. قرض کی بحالی
II. قرض ٹرانسفر
III. سرمایہ کاری بحالی
IV. بیمہ کی خریداری

خود-امتحان سوالات کے جوابات

جواب 1

صحیح انتخاب III ہے .

ایک جارحانہ جوکھم پروفائل والا شخص ممکنہ طور دولت جمع سرمایہ کاری اسٹائل استعمال کرتا ہے.

جواب 2

صحیح انتخاب II ہے .

شیئر دولت جمع کی مصنوعات ہیں .

جواب 3

صحیح انتخاب IV ہے .

بچت کھپت ملتوی اور سیالیت الگ رکھے جانے کا مجموعہ ہے .

جواب 4

صحیح انتخاب I ہے .

ریٹائرمنٹ کے بعد کوئی شخص پہلے سے کی گئی بچت کی سب سے زیادہ تعریف کرتا ہے.

جواب 5

صحیح انتخاب II ہے .

جتنی لمبی سرمایہ کاری کی حد اتنا اجر مزید .

جواب 6

صحیح انتخاب I ہے .

بینک جمع رقم کو لین دین مصنوعات کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے .

جواب 7

صحیح انتخاب II ہے .

زندگی کی بیمہ کی غیر متوقع طور کی مصنوعات کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے.

جواب 8

صحیح انتخاب IV ہے .

شیئر دولت جمع کی مصنوعات کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے .

جواب 9

صحیح انتخاب IIہے .

افراط زر دوران معیشت میں مال اور خدمات کی قیمتوں کے عام سطح میں ہونے والی اضافہ ہے.

جواب 10

صحیح انتخاب IV ہے .

بیمہ کی خریداری صوابدیدی آمدنی کو زیادہ سے زیادہ نہیں کر سکتی.

باب 8

زندگی بیمہ کے مصنوعات – I

باب کا تعارف

یہ باب زندگی بیمہ کی مصنوعات کی دنیا سے آپ کا تعارف کراتا ہے .یہ عام مصنوعات کے بارے میں بات کرتے ہوئے شروع ہوتا ہے اور پھر زندگی انشورنس کی مصنوعات کی ضرورت اور زندگی کے مختلف مقاصد کو حاصل کرنے میں ان کے کردار پر بحث کرتے ہوئے آگے بڑھتا ہے .آخر میں ہم کچھ روایتی زندگی کی انشورنس کی مصنوعات پر نظر ڈالتے ہیں.

سیکھنے کے ماحاصل

A. زندگی بیمہ کی مصنوعات کی مختصر وضاحت

B. روایتی زندگی کی بیمہ کی مصنوعات

A. زندگی بیمہ کی مصنوعات کی مختصر وضاحت

1. مصنوعات کیا ہے؟

سب سے پہلے ہم یہ سمجھیں کہ مصنوعات کا کیا مطلب ہوتا ہے .مقبول تناظر میں ایک کی مصنوعات کو کسی چیز کے برابر سمجھا جاتا ہے - یعنی مارکیٹ میں لایا اور فروخت کیے جانے والا کوئی سامان . مصنوعات یعنی' پروڈکٹ 'لفظ' ریپروڈیوس 'لفظ سے آیا ہے جس کا مطلب ہے 'پیدا کرنا 'یا بنانادوسرے الفاظ میں، مصنوعات کچھ محنت یا کوششوں کا اجر یا نتیجہ ہے .

اگرچہ کسی سامان کی افادیت یا منافع اس سامان سے نہیں بلکہ اس کی خصوصیات سے نکلتی ہے .یہ ہمیں مارکیٹنگ کے نقطہ نظر میں لاتا ہے .مارکیٹنگ کے نقطہ نظر سے کوئی مصنوعات کی خصوصیات کا ایک گروپ ہوتا ہے .کمپنیاں مختلف قسم کی خصوصیات کو یا ایک ہی خصوصیت کے مختلف گروپوں کو ایک ساتھ پیک کرکے مارکیٹ میں اپنی مصنوعات کو الگ الگ طریقے سے پیش کرتی ہیں .

اس طرح کی مصنوعات (جیسا کہ مارکیٹنگ کے معنی میں استعمال کیا جاتا ہے) اورجنس (commodity)کے درمیان فرق یہ ہے کہ مصنوعات میں امتیازی سلوک کیا جا سکتا ہے، جنس میں نہیں .اس کا مطلب ہے کہ مختلف کمپنیوں کی طرف سے فروخت کئے جانے والے مصنوعات ایک ہی زمرے سے متعلق ہونے کے باوجود اپنی خصوصیات کے لحاظ سے میں ایک دوسرے سے کافی مختلف ہو سکتے ہیں.

مثال

کولگیٹ، کلوز اپ اور پرامس تمام ٹوتھ پیسٹ کی ایک ہی قسم کے الگ الگ برانڈ ہیں .لیکن ان برانڈز میں سے ہر ایک کی خصوصیات ایک دوسرے سے مختلف ہیں .

ایک مصنوعات اپنے آپ میں ایک مقصد نہیں بلکہ دیگر مقاصد کو پورا کرنے کا ایک ذریعہ ہوتا ہے .اس معنی میں مصنوعات مسئلہ حل کرنے کے ذرائع ہیں .وہ ضرورت یا چاہت پوری کرنے والی چیز کے طور پر کام کرتے ہیں .کوئی مصنوعات اس مقصد کے لئے کتنا موزوں ہے اس کی مصنوعات کی خصوصیات پر انحصار کرے گا.

مصنوعات ہو سکتے ہیں:

i. **مورت :** یہ ان مادی اشیاء سے مراد ہے جنہیں براہ راست رابطے کرکے جانا جا سکتا ہے (مثال کے طور پر، کار یا ٹی وی سیٹ)

ii. **تجریدی :** یہ ان کی مصنوعات کو ظاہر کرتا ہے جنہیں صرف بالواسطہ طور پر ہی جانا جا سکتا ہے .

زندگی کی بیمہ کی ایک تجریدی مصنوعات ہے .ایک خاص زندگی کی بیمہ کی مصنوعات کی خصوصیات، یہ کیا کرتا سکتا ہے اور کس طرح یہ گاہک کی مخصوص ضروریات کو پورا کر سکتا ہے، گاہک کو ان کے بارے میں سمجھنے کے قابل بنانا زندگی بیمہ ایجنٹ کی ذمہ داری ہوتی ہے.

2. زندگی بیمہ کی مصنوعات کا مقصد اور ضروریات

جہاں کہیں بھی کوئی خطرہ ہوتا ہے یہ فکر کی ایک وجہ ہے .تاہم، ہم انسانوں سے ماہر ہونے یا کم از کم خطرے کو سمجھنے، اس کا اندازہ کرنے اور اس کے لئے تیار رہنے کی توقع کی جاتی ہے .خطرے کے خلاف تحفظ تیار کرنے کی خواہش اور علم بیمہ کی تعمیر کا ایک اہم وجہ ہے.

ہم انسان سماجی مخلوق ہیں جو زندگی کو اپنے جیسے دوسرے لوگوں اپنے پیاروں کے ساتھ اشتراک کرتے ہیں .ہمارے پاس ایک انتہائی قیمتی اثاثہ - **ہماری انسانی سرمایہ -بھی ہے جو ہماری پیداواری حصول صلاحیت کا ذریعہ ہے .تاہم، زندگی اور انسانی فلاح و بہبود کے حوالے سے ایک غیر یقینی بنی ہوئی ہے** .موت اور بیماری جیسے واقعات ہماری پیداواری صلاحیتوں کو تباہ کر سکتی ہیں اور اس طرح ہماری انسانی سرمایہ کی قیمت کو کم یا ختم کر سکتی ہیں.

زندگی کی بیمہ کی مصنوعات کسی شخص پر منحصرین کے لئے یا خود اس کے لئے دستیاب اس کی پیداواری صلاحیتوں کے اقتصادی قیمت کے نقصان کے خلاف تحفظ فراہم کرتے ہیں' .زندگی بیمہ 'میں اہم لفظ 'بیمہ 'موت یا مستقل معذوری پر مالی نقصان کے خلاف اپنے آپ کو اور اپنے پیاروں دونوں کو تحفظ فراہم کرنے کی ضرورت کی ترجمانی ہے.

بچت اور سرمایہ کاری جیسے دیگر کام بھی ہیں، لیکن موت یا خوفناک بیماری کا کوریج زندگی کا بیمہ لینے کی سب سے زیادہ عام وجہ ہے . مخصوص تناظر میں، اگر بیمہ شدہ شخص کی آمدنی حصول صلاحیت کو معاہدہ مدت کے دوران نقصان پہنچا یا تباہ ہو جاتی ہے تو بیمہ شدہ شخص کی طرف سے اس کے کام کرنے کی زندگی کے باقی حصول مدت کے دوران حاصل کی جانے والے ممکنہ جائیداد کی قیمت یا ضروری دولت کو اپنے پیاروں کے لئے یا خود کے لئے تاوان کرنے کی کوشش کی جاتی ہے . یہ کام بیمہ شدہ شخص کی طرف سے پہلے پریمیم کی ادائیگی کرتے ہی اس کے نام پر ایک فوری جائیداد بنا کر پورا کیا جاتا ہے.

اس طرح کی زندگی بیمہ پالیسی اپنے اصل معنی میں انسان کے ساتھ کچھ ناخوشگوار واقع ہونے کی صورت میں اس کے پیاروں کو ذہنی امن اور سیکورٹی فراہم کرتی ہے زندگی کے بیمہ کی دیگر کردار بچت اور پیسے جمع کے ایک ذریعہ کے طور پر رہی ہے .اس معنی میں، یہ سرمایہ کاری کو تحفظ اور دفاع اور ایک خاص شرح پر آمدنی پیش کرتا ہے.

زندگی کا بیمہ موت اور بیماری کے خلاف حفاظت کرنے کے ایک ذریعہ سے کہیں زیادہ ہے .یہ ایک مالی مصنوعات بھی ہے اور اسے ایک منفرد موقف اکیلے مصنوعات کے مقابلے میں مالی اثاثوں کی ایک پورٹ فولیو کے کئی اجزاء میں سے ایک کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے . ابھرتی ہوئی مالیاتی مارکیٹ میں صارفین کے پاس نہ صرف زندگی بیمہ کی مصنوعات کے متبادل اقسام کے درمیان بلکہ زندگی کی بیمہ کے لئے سامنے آئے کئی دیگر اختیارات کے ساتھ ایک سے زیادہ پسند بھی دستیاب ہیں، جیسے فکسڈ ڈیپازٹ، بانڈ، شیئر اور باہمی فنڈ.

اس تناظر میں فرد کو یہ سمجھنا ضروری ہے کہ زندگی بیمہ کی مجوزہ قیمت کیا ہے .گاہک قیمت اس بات پر منحصر کرے گا کہ کس طرح زندگی کی بیمہ کو گاہکوں کی مختلف ضروریات کا حل سمجھا جاتا ہے.

- ✓ کیا یہ صحیح حل پیش کرتا ہے؟ یا -کیا یہ متاثر کن ہے؟
- ✓ اس کی لاگت کیا ہے؟ یا -کیا یہ موثر ہے؟

زندگی کی بیمہ کی صنعت نے گزشتہ دو صدیوں میں مصنوعات پیشکش میں کافی بدلاؤ دیکھے ہیں .یہ سفر موت فائدہ کے مصنوعات کے ساتھ شروع ہوئی تھی لیکن وقت کے ساتھ ساتھ اس میں اینڈوومنٹ، معذوری کے فوائد، خوفناک بیماری کور جیسے متعدد ذریعہ معاش فائدہ اور اسی طرح کی چیزیں شامل ہوتی گئیں .

اسی طرح 'منافع میں شراکت کرنے والے 'روایتی مصنوعات سے، نوونیش نے' مارکیٹ سے منسلک 'پالیسی بنائی جہاں بیمہ ہولڈر کو اپنی سرمایہ کاری اثاثوں کے انتخاب اور انتظام میں حصہ لینے کے لئے مدعو کیا گیاہے دیگر طول و عرض شامل کر دیا گیا جہاں زندگی کے بیمہ کی مصنوعات ایک مقررہ بنڈل (مقررہ فوائد کے) سے انتہائی لچکدار کھلے مصنوعات کے طور پر تیار ہوئے، جس میں بدلتی ضروریات، خریدنے کی صلاحیت اور زندگی کی صورتوں کے مطابق پالیسی ہولڈر کی طرف سے الگ الگ فوائد اور لاگت کے اجزاء میں فرق کیا جا سکتا ہے.

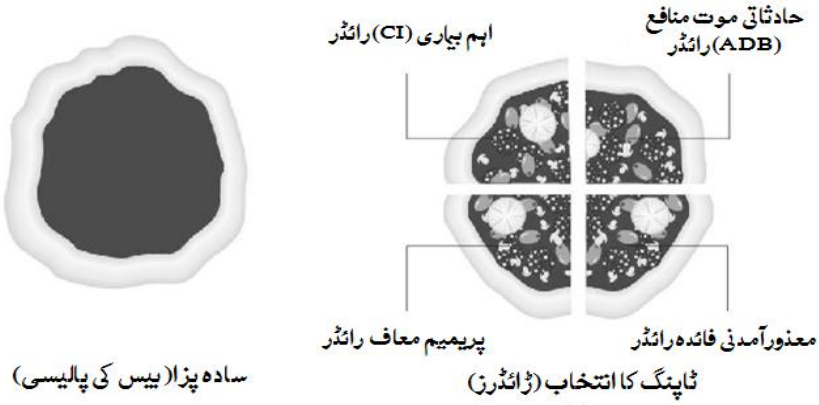
3. زندگی کے بیمہ مصنوعات میں رائڈر

ہم نے اوپر دیکھا کہ کس طرح زندگی کی بیمہ کے معاہدے مختلف قسم کے فائدہ فراہم کرتے ہیں جو ان کے گاہکوں کی مختلف ضروریات کے لئے حل کا کام کرتے ہیں .زندگی بیمہ کمپنیوں نے کئی رائڈرکی پیشکش کی ہیں جن کے ذریعے ان کی مصنوعات کی اہمیت کو بڑھایا جا سکتا ہے .

رائڈرایک ایسا ضابطہ ہے جسے توثیق کے ذریعے شامل کیا جاتا ہے جو پھر معاہدے کا حصہ بن جاتا ہے .رائڈر عام طور پر کسی قسم کے اضافی فوائد فراہم کرنے کے لئے یا ایک پالیسی کی طرف سے فراہم کردہ موت فائدہ کی رقم میں اضافہ کرنے کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں .

رائڈرکو پیزاکے مقابلے میں مختلف قسم کی اوپری تہوں کے اختیارات سے کی جا سکتی ہے .ایک بنیاد پالیسی ایک پیزا کی بنیاد کی طرح ہے اور رائڈر کا اختیار شخص کی ضرورت کے مطابق پیزا کو بہتر کرنے کے لئے دستیاب پیزا کی مختلف قسم کی اوپری تہوں کے اختیارات کی طرح ہے رائڈر ایک اکیلی منصوبہ بندی میں شخصیت کی مختلف ضروریات کو ایک ساتھ سمیٹنے میں مدد کرتا ہے.

شکل ۱ : رائڈرز کا اختیار



رائڈر وہ طریقہ ہو سکتا ہے جس کے ذریعے معذوری کور، حادثے کا احاطہ اور شدید بیماری کور جیسے فوائد ایک معیاری زندگی کا بیمہ کے معاہدے میں اضافی فوائد کے طور پر فراہم کئے جا سکتے ہیں . ان رائڈر کو منتخب کر کے اور اس مقصد کے لئے اضافی پریمیم کی ادائیگی کرکے پالیسی ہولڈر ان کا فائدہ اٹھا سکتا ہے.

خود کو ٹیسٹ کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا ایک تجریدی مصنوعات کی ہے؟

I. کار
II. مکان
III. زندگی کا بیمہ
IV. صابن

B. روایتی زندگی کی انشورینس کی مصنوعات

اس باب میں اب ہم زندگی بیمہ کی مصنوعات کے کچھ روایتی اقسام کے بارے میں جانیں گے.

شکل ۲ : روایتی زندگی کی انشورینس کی مصنوعات

1. میعادي بیمہ اسکیم (ٹرم انشورنس پلان)

میعادي بیمہ صرف ایک مخصوص مدت کے لئے ہوتا ہے جو معاہدہ میں مخصوص کیا جاتا ہے .یہ مدت کم سے کم ایک ہوائی سفر پوری کرنے میں لگنے والے وقت سے لے کر زیادہ سے زیادہ چالیس سال کے لئے بھی ہو سکتا ہے .

سیکورٹی 65یا 70سال کی عمر تک بڑھائی جا سکتی ہے .ایک سال کی مدت والی پالیسی جائیداد اور حادثے کی بیمہ معاہدوں کے طرح کی ہیں .اس طرح کی پالیسی کے تحت حاصل تمام پریمیم کو کمپنی کی طرف سے موت کے جوکھم کی لاگت کی سمت میں کمائی پریمیم کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے .بیمہ ہولڈر کو اس سے کوئی بچت یا نقد قیمت حاصل نہیں ہوتی ہے .

a) مقصد

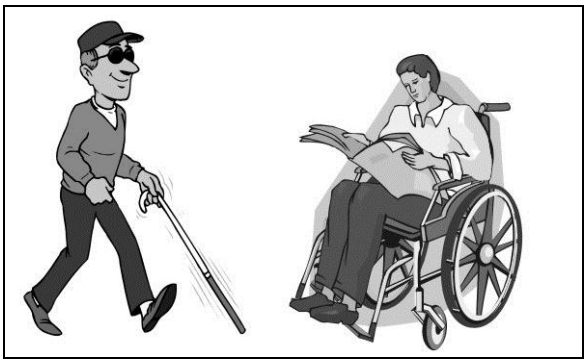
میعادي زندگی کا بیمہ ، لائف انشورنس کے پیچھے رہے اہم اور بنیادی خیال کو پورا کرتا ہے، یعنی اگر زندگی بیمہ ہولڈر کی اچانک موت ہو جاتی ہے تو اس کے خاندان کی دیکھ بھال کرنے کے لئے ایک رقم مہیّہ ہوگی . یہ یکمشت رقم بیمہ ہولڈر کے پیاروں کے لئے اس کے انسانی زندگی کی قیمت کی نمائندگی کرتی ہے : یا تو خود کی طرف سے کیا گیا یا سائنسی طریقے سے کیا گیا حساب .

میعادي بیمہ پالیسی ایک آمدنی متبادل منصوبہ بندی کے طور پر بھی کام آتی ہے .یہاں پالیسی کی مدت کے دوران بدقسمتی سے موت واقع ہو ہونے پر منحصرین یا وارشین کو یکمشت رقم کی ادائیگی کے مقام پر، ایک سابق-تعین مدت کے لئے ماہانہ، سہ ماہی یا اسی طرح کے متواتر ادائیگی فراہم کئے جاتے ہیں .

b) اپاہج پن

عام طور پر میعادي بیمہ پالیسی صرف موت کو کور (cover) کرتی ہے .تاہم، جب اس کو بنیادی پالیسی پر ایک معذوری کے تحفظ رائڈر کے ساتھ خریدا جاتا ہے اور اگر میعادي بیمہ کی مدت کے دوران کسی شخص کو اس طرح کے آفت و مصیبت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، تو بیمہ کمپنی فائدہ اٹھانے والوں / بیمہ شدہ شخص کو ادائیگی فراہم کرے گی .اگر مدت ختم ہونے کے بعد بیمہ ہولڈر کی موت ہوتی ہے تو کوئی فائدہ دستیاب نہیں ہوتا ہے کیونکہ مدت ختم ہوتے ہی معاہدہ بھی ختم ہو جاتا ہے.

شکل ۳ : معذوری



c) رائڈر کے طور پر میعادي بیمہ

میعادي زندگی بیمہ کے تحت سیکورٹی عام طور پر ایک اکیلی پالیسی کے طور پر فراہم کی جاتی ہے، لیکن یہ پالیسی میں ایک رائڈ کے ذریعے بھی دستیاب کرائی جا سکتی ہے.

مثال
پنشن کی منصوبہ بندی میں پنشن شروع ہونے کی تاریخ سے پہلے شخص کی موت کے معاملے میں موت فائدہ دینا شامل ہو سکتا ہے.

d) تجدید

عام طور پر پریمیم میعادي انشورنس کی پوری مدت کے لئے ایک خاص سالانہ شرح سے لئے جاتے ہیں .کچھ منصوبوں میں چالو مدت کے آخر میں پالیسی کی تجدید کرنے کا ایک آپشن ہوتا ہے؛ اگرچہ ان مصنوعات میں فرد کی عمر اور صحت کی بنیاد پر اس حالت میں اور اس نئی مدت میں بھی جس کے لئے پالیسی کی تجدید کی جا رہی ہے، پھر سے پریمیم کا حساب کیا جائے گا .

e) تبدیل پذیری

تبدیل کرنے کی میعادي بیمہ پالیسی پالیسی ہولڈر کو پالیسی اہلیت کا نیا ثبوت فراہم کرائے بغیر، میعادي بیمہ پالیسی کو ایک مستقل منصوبہ جیسے" عمر منصوبہ "میں تبدیل کرنے کی اجازت دیتی ہے یہ استحقاق ان لوگوں کی مدد کرتا ہے جو مستقل نقد قیمت بیمہ چاہتے ہیں لیکن اس کے اوپر پریمیم کا خرچ اٹھانے کے

لئے عارضی طور پر قابل نہیں ہیں .جب میعادي پالیسی کو مستقل بیمہ میں تبدیل کیا جاتا ہے تو نئی پریمیم کی شرح زیادہ ہوگی .

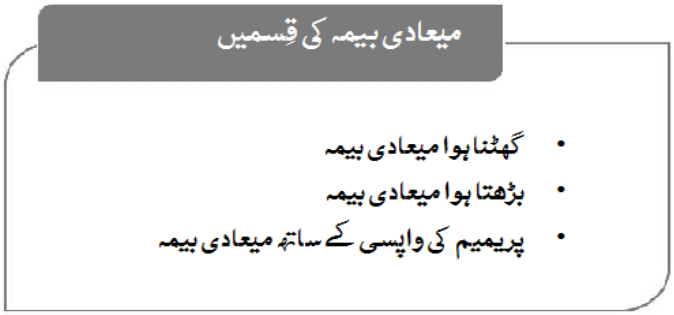
f) خاصیت (یو ایس پی)

میعادي بیمہ کا منفرد فروخت تجویز (خاصیت) اس کی کم قیمت ہے جو شخص کو ایک محدود بجٹ پر زندگی کی بیمہ کی نسبتا بڑی مقدار کو خریدنے کے قابل بناتا ہے .اس طرح یہ اہم آمدنی کماؤ شخص کے لئے ایک اچھی منصوبہ بندی ہے جو اچانک موت کے معاملے میں مالی عدم تحفظ سے اپنے پیاروں کی حفاظت کرنا چاہتا ہے اور جس کے پاس بیمہ پریمیم ادا کرنے کے لئے ایک محدود بجٹ ہے .

g) مختلف طور

میعادي بیمہ کے کئی مختلف طور ممکن ہیں.

شکل ۴ : مدت انشورنس کےمختلف طریقہ



i. گھٹتا ہوا میعادی بیمہ

یہ منصوبے ایک ایسا موت فائدہ فراہم کرتی ہیں جس کی رقم کوریج مدت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے .اس طرح ایک دس سال کی کم ہوتی مدت والی پالیسی پہلے سال میں موت کے لئے ۱۰۰۰۰۰روپے کا فائدہ فراہم کرتی ہے جہاں پالیسی کی ہر سالگرہ پر یہ رقم ۱۰۰۰۰ روپے کم ہو جاتی ہے اور بالآخر دسویں سال کے اختتام پر صفر ہو جاتی ہے حالانکہ ہر سال قابل ادائیگی پریمیم (ایک سا) یکساں بنا رہتا ہے.

گھٹتی میعادی بیمہ کے منصوبوں کو تلافی رہن اور کریڈٹ کی زندگی کے بیمہ کے طور پر مارکیٹ میں اتارا گیا ہے.

- ✓ رہن تلافی : یہ کم ہوتی میعادی انشورنس کا ایک منصوبہ ہے جو رہن قرض پر واجب الادا گھٹتی رقم سے متعلق ایک موت رقم فراہم کرنے کے لئے بنائی گئی ہےعام طور پر اس طرح کے قرضوں میں ہر یکساں ماہانہ قسط (ای ایم ائی) کی ادائیگی سے بقایا اصل رقم میں کمی آتی ہے بیمہ کو اس طرح منظم کیا جا سکتا ہے کہ کسی بھی مخصوص وقت میں موت فائدہ رقم بقایا اصل رقم کی باقی رقم کے برابر ہوتی ہے- پالیسی کی مدت رہن کی مدت کے مطابق ہو گی .تجدید پریمیم عام طور پر پوری مدت کے دوران ایک برابر رہتے ہیں- رہن تلافی کی خریداری اکثر رہن قرض کی ایک شرط ہوتی ہے.

- ✓ قرض کی زندگی بیمہ قرض ادا کرنے سے پہلے قرض دار کی موت ہو جانے کی صورت میں قرض پر بقایا بیلنس ادا کرنے کے لئے بنائی گئی میعای بیمہ کی منصوبہ بندی کی ایک قسم ہے۔ رہن تلافی کی طرح یہ عام طور پر کم ہوتی مدت کا بیمہ ہے۔ یہ قرض خواہ اداروں کو گروپ بیمہ کے طور پر فروخت کئے جانے کے لئے زیادہ مقبول ہے جو ان اداروں سے قرض لینے والوں کی زندگی کوکَور کرتا ہے .یہ آٹوموبائل اور دیگر ذاتی قرضوں کے لئے بھی دستیاب ہو سکتا ہے۔ پالیسی کی مدت کے دوران بیمہ شدہ قرض دار کی موت ہو جانے کی صورت میں، ان پالیسیوں کے تحت فوائد کی ادائیگی اکثر براہ راست قرض خواہ یا لین دار کو کیا جاتا ہے.

ii. بڑھتا ہوا میعادی بیمہ

جیسے کہ نام سے پتہ چلتا ہے، یہ منصوبہ موت فائدہ فراہم کرتی ہے جو پالیسی کی مدت کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے .اس رقم میں پالیسی کی مدت پر بیان کرنے پر ایک مقررہ رقم یا فیصد کا اضافہ ہو سکتا ہے .متبادل طور فیس رقم میں ذریعہ معاش انڈیکس کی قیمت میں اضافہ کے مطابق برتری ہو سکتی ہے . پریمیم عام طور پر کوریج کی مقدار بڑھنے کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے.

iii. پریمیم واپسی سمیت میعادی بیمہ

ایک اور قسم کی پالیسی (بھارت میں کافی مقبول) پریمیم کی واپسی سمیت میعادی بیمہ پالیسی ہے۔ یہ منصوبہ پالیسی ہولڈر کو یہ اطمینان دیتی ہے کہ پالیسی کی مدت میں زندہ رہنے کی صورت میں اس نے کچھ کھویا نہیں ہے. ظاہر طور پر ادا کی جانے والا پریمیم اس کے مساوی پریمیم واپسی مبرا میعادی بیمہ کے مقابلے میں بہت زیادہ ہوگا.

h) متعلقہ منظر نامے

میعادی بیمہ مندرجہ ذیل حالات میں زیادہ متعلقہ سمجھا گیا ہے:

i. جہاں بیمہ تحفظ کی ضرورت خالص طور پر عارضی ہوتی ہے، جیسا کہ رہن موچن کے معاملے میں یا سٹہ سرمایہ کاری کی حفاظت کے لئے ہوتا ہے.

ii. بچت کی منصوبہ بندی کے لئے اضافی ضمیمہ کے جیسے، مثال کے طور ایک نوجوان والدین کی طرف سے بڑھتے سالوں میں منحصر کے لئے اضافی تحفظ فراہم کرنے کی شرائط میں منحنی خطوط میعادي بیمہ خریدنا. بدلنے مدت انشورنس کا مشورہ ایسی حالت میں ایک متبادل کے طور پر دیا جا سکتا ہے جہاں ایک مستقل منصوبہ خریدنا سستا نہیں ہے.

iii. "مدت خریدیں اور باقی سرمایہ کاری کریں "اصول کے ایک حصہ کے طور پر، جہاں خریدار بیمہ کمپنی سے صرف سستی میعادي بیمہ سلامتی خریدتا اور پریمیم میں فرق کہیں زیادہ کشش سرمایہ

کاری کے اختیارات میں سرمایہ کاری کرنا چاہتا ہے پالیسی ہولڈر کو اس طرح کے سرمایہ کاری میں شامل جوکھم کو برداشت کرنا ہوگا۔

i) تلافی بدل

مجموعی طور پر قیمت میعادی بیمہ کے منصوبوں میں مقابلہ فائدہ کی بنیاد ہے ۔یہ خاص طور پر ہر سال قابل تجدید میعادي پالیسیوں کے معاملے میں دیکھا جاتا ہے جو اپنے برابر پریمیم م منصبوں کے مقابلے میں سستی ہوتی ہیں۔

اس طرح کی ایک سالہ میعادی منصوبوں کے ساتھ مسئلہ یہ ہے کہ اموات کی لاگت عمر کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے ۔اس لئے یہ صرف ایک مختصر مدت کی بیمہ کی منصوبہ بندی کا نقطہ نظر رکھنے والے لوگوں کے لئے پرکشش ہیں۔

اہم

میعادی منصوبوں کی حُدود

اس کے ساتھ ہی ساتھ انسان کو میعادي بیمہ کے منصوبوں کی حدود کے بارے میں معلوم ہونا چاہئے ۔بڑا مسئلہ اس وقت پیدا ہوتا ہے جب بیمہ کور لینے کا مقصد زیادہ پائیدار ہوتا ہے اور زندگی کی بیمہ تحفظ کی ضرورت پالیسی کی مدت کے بعد بھی برقرار رہتی ہے۔ مدت ختم ہونے کے بعد پالیسی کے مالک کا بیمہ کرنا ممکن نہیں ہو سکتا ہے اور اس وجہ سے وہ 65 یا 70 سال کی عمر میں ایک نئی پالیسی لینے کے قابل نہیں ہوتا ہے۔ لوگ ناقابل علاج بیماری سے کمزوری کے خلاف اپنے مال کے تحفظ کے مقصد سے یا پیچھے ایک وصیت چھوڑنے کے لئے زیادہ پائیدار منصوبے لینے کی کوشش کریں گے ۔معیادی بیمہ اس طرح کے حالات میں کام نہیں کر سکتا ہے ۔

2. پوری زندگی کا بیمہ

اگرچہ میعادي انشورنس اسکیم عارضی انشورنس کی مثالیں ہیں جہاں سیکورٹی ایک عارضی مدت کے لئے دستیاب ہوتی ہے، کُل زندگی انشورنس مستقل زندگی بیمہ پالیسی کی ایک مثال ہے ۔دوسرے الفاظ میں، کور کی کوئی مقررہ مدت نہیں ہوتی ہے لیکن انشورنس کمپنی بیمادھارک کی موت ہونے پر متفق موت فائدہ ادا کرنے کی پیشکش کرتی ہے، اس سے کوئی فرق نہیں پڑتا کہ موت کب ہوتی ہے۔پریمیم کی ادائیگی شخص کی زندگی بھر یا ایک مخصوص مدت تک کیا جا سکتا ہے جو محدود اور شخص کے زندگی بھر سے کم ہوتی ہے۔

پوری زندگی پریمیم مییادي پریمیموں کے مقابلے میں زیادہ ہوتے ہیں کیونکہ ایک پوری زندگی پالیسی بیمہ شدہ شخص کی موت ہونے تک مؤثر رہنے کے لئے بنائی جاتی ہے اور اس لئے اسے ہمیشہ موت فائدہ ادا کرنے کے لئے ڈیزائن کیا جاتا ہے۔ جب بیمہ کمپنی کو میعادي بیمہ کی لاگت پوری کرنے کے لئے پریمیم سے اپنی ضرورت کی رقم حاصل ہو جاتی ہے، تو باقی رقم کو پالیسی ہولڈر کی جانب سے سرمایہ کاری کی جاتی ہے ۔اسے نقد-قیمت کہا جاتا ہے۔ ہنگامی فنڈز کی ضرورت

ہونے پر ہولڈر پالیسی قرض کے طور پر نقد کی نکاسی کر سکتا ہے یا وہ پالیسی کے نقد قیمت لے کر اسے سرینڈر کرسکتے ہیں .

بقایا قرضوں کے معاملے میں قرض اور سود کی رقم موت پر نامزد فائدہ اٹھانے والوں کو ادا کی جانے والی رقم سے کاٹ لی جاتی ہے.

پوری زندگی پالیسی ایسے شخص کے لئے ایک اچھی منصوبہ بندی ہے جو خاندان کا اہم آمدنی کمانے والا ہے اور اچانک موت کی حالت میں کسی بھی مالی عدم تحفظ سے اپنے پیاروں کی حفاظت کرنا چاہتا ہے یہ شخص ایک مسلسل اور طویل مدت کی بنیاد پر تاحیات بیمہ پالیسی کے اعلی پریمیم کو برداشت کرنے کے قابل ہونا چاہئے اور ایک ایسی زندگی بیمہ پالیسی لینا چاہتا ہے جو موت فائدہ ادا کر سکے، اگرچہ اس کی موت ہو جاتی ہے، ساتھ ہی ساتھ اگر ضروری ہو، ریٹائرمنٹ کی ضروریات کے لئے عمر بیمہ پالیسی کے نقد قیمت کو استعمال کرنے کے قابل بھی ہونا چاہتا ہے.

پوری زندگی بیمہ گھریلو بچت میں اور اگلی نسل کو دینے کے لئے پیسہ حاصل کرنے میں ایک اہم کردار ادا کرتا ہے .اس کی خرید کو متاثر کرنے والا ایک اہم مقصد ہے وصیت -شخص کی مستقبل کی نسلوں کے لئے ایک وراست کے پیچھے چھوڑنے کی خواہش ہے .خاندانوں اور بچوں کے درمیان زندگی انشورنس پالیسیوں کے زیادہ ملکیت اور خاندان کے لئے زیادہ احترام آگے اس مقصد کی تصدیق کرتا ہے.

3. اینڈوومنٹ بیمہ کاری

اینڈوومنٹ بیمہ کاری معاہدہ اصل میں دو منصوبوں کا ایک مجموعہ ہے:

- ✓ میعادي بیمہ کی منصوبہ بندی جو بیمہ کی مدت کے دوران بیمہ ہولڈر کی موت ہونے پر پورے بیمہ رقم کی ادائیگی کرتی ہے.
- ✓ ایک خالص اینڈوومنٹ منصوبہ جو مدت ختم ہونے تک بیمہ ہولڈر کے زندہ رہنے پر اس رقم کی ادائیگی کرتی ہے.

لہذا اس کی مصنوعات میں موت اور بقایا فائدہ دونوں کے اجزاء شامل ہیں . اقتصادی نقطہ نظر سے یہ معاہدہ گھٹتی میعادي انشورنس اور بڑھتے سرمایہ کاری کے عنصر کا ایک مجموعہ ہے .پالیسی کی مدت جتنی کم ہوگی، سرمایہ کاری کے عنصر اتنا بڑا ہو گا.

مدت اور سرمایہ کاری عناصر کا مجموعہ عمر اور دیگر نقد قیمت معاہدوں میں بھی ہوتا ہے .اگرچہ اینڈوومنٹ انشورنس معاہدوں کے معاملے میں یہ زیادہ واضح ہوتا ہے .یہ اسے ایک وقت کی مدت میں خاص رقم جمع کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ بناتا ہے.

اینڈوومنٹ بنیادی طور پر ایک بچت پروگرام ہے جو اچانک موت کی غیر متوقع طور پر کے خلاف بیمہ کی فراہمی سے محفوظ ہے- گاہکوں میں اس کی توجہ اس حقیقت میں موجود ہے کہ یہ شخص کے بچت پروگرام میں انشورنس کو جوڑ کر اس کی ذاتی مالی منصوبوں کے لئے یقین فراہم کرنے والا ایک آلہ ہے. اینڈوومنٹ بچت جمع کا ایک محفوظ اور لازمی طریقہ فراہم کرتا ہے .جہاں محتاط سرمایہ کاری اور جائیداد کی ذمہ داری انتظام سیکورٹی فراہم کرتا ہے، وہیں پریمیموں کی نیم لازمی فطرت بچانے کے لئے ترغیبات فراہم کرتی ہے.

لوگ بڑھاپے کے لئے انتظام کرنے یا کسی خاص مقاصد کو پورا کرنے جیسے 15سال کے آخر میں ایک تعلیم فنڈ بنا کر رکھنے یا اپنی بیٹیوں کی شادی کے اخراجات کے لئے فنڈ اکٹھے کرنے کے ایک مخصوص طریقے کے طور پر وقف منصوبہ خریدتے ہیں. ان مقاصد کے ساتھ کوئی کھلواڑ نہیں ہو سکتا ہے .انہیں یقین کے ساتھ مکمل ہونا چاہئے.

اس بیمہ نے رہن (رہائش) کے قرض کے لئے ادائیگی کرنے کی ایک مثالی طریقہ کے طور پر بھی کام کیا ہے .اس سے قرض نہ صرف موت کی صورت میں ادائیگی کی غیر یقینی صورتحال کے خلاف محفوظ رہتا ہے بلکہ اینڈوومنٹ کی آمدنی اصل رقم ادا کرنے کے لئے کافی ہو سکتی ہے.

اس پالیسی کو بچت کے ایک ذریعہ کے طور پر بھی بیچا گیا ہے . اینڈوومنٹ ایک بامعنی تجویز کے طور پر کام کر سکتا ہے جب شخصیت ہر ماہ /سہ ماہی /سال آمدنی سے ایک زائد الگ کرنے اور اسے مستقبل کے لئے مصروف عمل کرنے کے مواقع کی تلاش میں ہوتا ہے.

یہ منصوبہ ٹیکس کے مقاصد کے لئے پریمیم کی کٹوتی کی فراہمی کی وجہ سے بھی پرکشش بن گئی ہے.

بھارت کے تناظر میں ایک اور تجویز پالیسی کو **ایم ڈبلیو پی اے (شادی شدہ خواتین جائیداد ایکٹ)** - کے تحت بنائے گئے ایک ٹرسٹ میں ڈالنے کی سہولت رہی ہے - اس میں پیسہ صرف پالیسی مستفید کو ادا کیا جا سکتا ہے، جو اس طرح بیمہ ہولڈر کی جائیداد پر تمام قرض دہندہ کے دعووں کے خلاف محفوظ رہتی ہے.

آخر میں، کئی اینڈوومنٹ پالیسیاں 65-55سال کی عمر میں پوری ہوتی ہیں جب بیمہ دار اپنی ریٹائرمنٹ کے لئے منصوبہ بندی کرتا ہے اور اس طرح کی پالیسیاں ریٹائرمنٹ کی بچت کے دیگر ذرائع کے لئے ایک مفید ضمیمہ ہو سکتی ہیں.

a) متغیرات

اینڈوومنٹ انشورنس کے کچھ مختلف طور ہیں جن کی بحث نیچے کی گئی ہے.

i. پیسے کی واپسی کا منصوبہ (منی بیک پلان)

بھارت میں وقف منصوبوں کا ایک مقبول مختلف طور منی بیک پالیسی رہا ہے **.یہ عام طور پر ایک وقف منصوبہ ہے جس میں پالیسی کی مدت کے دوران وقت وقت پر قسطوں میں انشورنس کی رقم کے ایک حصے کی واپسی اور باقی انشورنس رقم کی ادائیگی مدت کے آخر میں کرنے کی تجویز ہوتی ہے.**

مثال

20 سال کی ایک منی بیک پالیسی میں 5، 10اور 15 سال کے آخر میں بقا فائدہ کے طور پر انشورنس کی رقم کے% 20کو ادا کرنے کی تجویز کیا جا سکتا ہے اور باقی% 40کی ادائیگی 20سال کی پوری مدت کے آخر میں کیا جائے گا.

اگر زندگی بیمہ ہولڈر کی موت 18سال کے آخر میں ہو جاتی ہے تو پوری انشورنس رقم اور جمع بونس کی ادائیگی کی جاتی ہے، اس حقیقت کے باوجود کہ انشورنس کمپنی نے قیمت کے% 60 فوائد کی ادائیگی پہلے ہی کر دیا ہے.

یہ منصوبے اپنے نقدی (کیش بیک)عنصر کی وجہ سے کافی مقبول رہی ہیں، جو ان کو مختصر اور درمیانی مدت کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے ایک اچھا ذریعہ بناتی ہیں. اس دوران مکمل موت سیکورٹی دستیاب ہوتی ہے اگر پالیسی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت شخص کی موت ہو جاتی ہے.

ii. شریک اور غیر شریک منصوبے

"شریک " لفظ ایسی پالیسیوں پر لاگو ہوتا ہے جو زندگی بیمہ کمپنی کے منافقوں میں شرکت کرتی ہےدوسري طرف غیرشریک کا مطلب ایسی پالیسیاں جومنافقوں میں شرکت نہیں کرتی ہیں دونوں قسم روایتی زندگی کے بیمہ میں دستیاب ہیں.

تمام روایتی منصوبوں کے تحت، پالیسی ہولڈرکو سے حاصل پریمیم کی آمدنی سے بنی جمع زندگی فنڈ کو مقرر معیار کے مطابق سخت ریگولیٹری نگرانی میں سرمایہ کاری کی جاتی ہے اور پالیسی ہولڈر کو یا تو ترقی کے ایک حصہ کی ضمانت دی جاتی ہے یا" منافع پر مشتمل منصوبوں "کے تحت بیمہ کمپنی کی طرف سے پیدا زائد کا ایک حصہ دیا جاتا ہے.

شرکت نہ کرنے والے مصنوعات یا تو ایک منسلک پلیٹ فارم یا غیر منسلک پلیٹ فارم کے تحت دستیاب کرائے جا سکتے ہیں .اس باب میں ہم غیر منسلک پالیسیوں کی بات کر رہے ہیں. عام طور پر فائدہ مبرا منصوبے ایسی اسکیم ہیں جہاں فائدہ معاہدہ کے وقت کا تعین اور گارنٹی کے تحت ہوتے ہیں اور پالیسی ہولڈر صرف ان فوائد کے لئے اہل ہوگا، اس سے زیادہ نہیں.

مثال

کسی شخص کے پاس بیس سال کی ایک اینڈوومنٹ پالیسی ہے جو بیمہ کی مدت کے ہر سال کے لئے بیمہ رقم کے% 2کی گارنٹی اضافہ فراہم کرتا ہے تاکہ پختگی فائدہ بیمہ رقم کے ساتھ ساتھ بیمہ رقم کے% 40 کی کل اضافہ ہو سکے.

روایتی غیر برابر پالیسیوں پر آئی آر ڈی اے کے نئے ہدایات یہ فراہمی کرتے ہیں کہ ان پالیسیوں کے لئے، کوئی مخصوص واقعہ پیش ہونے پر قابل ادائیگی فوائد سے شروع میں ہی واضح طور پر ذکر کیا جانا چاہئے اور یہ معیار کی کسی بھی انڈیکس سے منسلک نہیں ہونا چاہئے.

اسی طرح، اضافی فوائد، اگر کوئی ہو، جو پالیسی مدت کے دوران باقاعدہ وقفے پر جمع ہوتے ہیں، اس کا ذکر شروع میں ہی واضح طور پر کیا جانا چاہئے اور یہ معیار کی کسی بھی انڈیکس سے منسلک نہیں ہونا چاہئے .دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب ہے کہ پالیسیوں پر ہونے والی آمدنی کا انکشاف پالیسی کے آغاز میں ہی کیا جانا چاہئے .

پالیسی ہولڈر خالص منافع کا حساب کر سکتا ہے اور پالیسی کی اخراجات کا اندازہ کرنے کے لئے دوسرے کے اختیارات کے ساتھ اس کا موازنہ کر سکتے ہیں.

iii. شریک یا منافع سمیت منصوبے

منافع مبرا یا گارنٹیڈ منصوبوں کے برعکس، ان منصوبوں میں منافع میں شرکت مہیّا کرتا ہے .منافع سمیت پالیسیوں کا پریمیم دیگر کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے .منافع بونس یا منافع کے طور پر قابل ادائیگی ہوتے ہیں. بونس کی ادائیگی عام طور پر رلیورسنری بونس کے طور پر کیا جاتا ہے .ان کی اعلان انشورنس رقم کے ایک تناسب (جیسے 70روپے فی ہزار بیمہ رقم) کے طور پر کی جاتی ہے اور یہ ایک رلیورسنری بنیاد پر اضافی فائدہ کے طور پر قابل ادائیگی ہوتے ہیں (پالیسی کی مدت کے اختتام پر، موت یا پختگی یا اعتراف کی طرف سے).

ریورسنری بونس کے علاوہ، جو جو لگائے یا جوڑے جانے پر گارنٹیڈ ہوتے ہیں، زندگی انشورنس کمپنی ٹرمینل بونس کا اعلان بھی کر سکتی ہے .یہ زندگی انشورنس کمپنی کو کچھ غیر متوقع فائدہ حاصل ہونے پر ہنگامی ہوتے ہیں اور اس کی ضمانت نہیں ہوتی ہے.

ٹرمینل بونس شریک پالیسی ہولڈر کے ساتھ کنھیں بڑے غیر متوقع فوائد کو اشتراک کرنے کے لئے ایک ذریعہ کے طور پر تیار کئے گئے تھے، جو برطانیہ کے سرمایہ مارکیٹوں میں سرمایہ کاری کے ذریعے حاصل کی گئی تھی .انہیں بھارت اور بہت سے دوسرے ترقی پذیر مارکیٹوں میں بھی اپنایا گیا ہے.

معلومات

منافع میں حصہ داری کی منافع طریقہ

امریکہ جیسے کچھ دوسرے مارکیٹ ہیں جہاں منافع منافع کے طور پر بانٹے جاتے ہیں .منافع جمع کرنے کے لئے دو نقطہ نظر اپنائے گئے ہیں.

i. روایتی نقطہ نظر "پورٹ فولیو کا طریقہ "کا تھا .یہاں کمپنی کے پاس رکھے پورٹ فولیو پر کل سرمایہ کاری کی آمدنی کا تعین کیا جاتا تھا اور تمام پالیسی ہولڈر کو بانٹنے کے قابل زائد میں ان کا حصہ جمع کیا جاتا تھا. گزشتہ سالوں میں کمپنی کے پاس سرمایہ کاری کی گئی رقم پر حاصل کی آمدنی کی شرح کو حال میں جمع کی گئی رقم کی آمدنی سے الگ کرنے کی کوئی کوشش نہیں کی جاتی تھی. اس طرح پورٹ فولیو طریقہ نے آمدنی کی شرح کو ایک روپ اور وقت کے ساتھ ساتھ مستقل بنانے کا کام کیا اس نے وقت کے ساتھ خطرات کی گرہ بندی کے اصول کو لاگو کیا اور اس ضمن میں یہ رلیورسنری بونس کے نظام کے کافی مطابق ہے.

ii. دوسرا نقطہ نظر "موجودہ رقم طریقہ "کا ہے یہا آمدنی اس بات پر منحصر کرتی ہے کہ سرمایہ کاری کب کی گی تھی اور سرمایہ کاری کے وقت کیا شرح محفوظ کی گئی تھی .اسے تقسیم

یا سرمایہ کاری بلاک طریقہ بھی کہا گیا ہے کیونکہ مختلف سرمایہ کاری بلاکس کو الگ الگ ریٹرن ملتے ہیں.

اس طرح منافع سمیت روایتی(شریک) پالیسیاں زندگی بیمہ کے دفتر کے سرمایہ کاری کارکردگی سے کچھ رابطہ یا لنک فراہم کرتی ہیں . اگرچہ رابطہ سیدھا نہیں ہے. پالیسی ہولڈر کو بونس کے ذریعے حاصل ہونے والا فائدہ فنڈ کی خصوصیات اور ادائی و احیات کی متواتر (عام طور پر سالانہ) تشخیص پر انحصار کرتا ہے.

تشخیص میں اعلان شدہ زائد کئے گئے تخمینوں اور تشخیص ایکچوری طرف دھیان میں رکھے گئے عوامل پر انحصار کرتا ہے . زائد اعلان کئے جانے کے بعد بھی پالیسی ہولڈر کے درمیان اس کا الاٹمنٹ کمپنی کے انتظامیہ کے فیصلے پر انحصار کرے گا. ان سب باتوں کی وجہ سے، پالیسیوں میں شامل گئے بونس صرف بہت لچکدار اور الگ طریقے سے سرمایہ کاری کی کارکردگی پر انحصار کرتے ہیں.

نقطہ نظر میں بنیادی دلیل وقت کے ساتھ ساتھ آسانی سے سرمایہ کاری کی مسلسل آمدنی حاصل ہونا بنیادی ضرورت ہے . یہ صحیح ہے کہ ٹرمینل بونس اور اقوام بونس نے پالیسی ہولڈر کو ایکوئٹی سرمایہ کاری سے حاصل فوائد کے ایک بڑے حصے کا فائدہ لینے کے قابل بنایا ہے. پھر بھی یہ ابھی تک ان بونسوں کا اعلان کرنے والے کی زندگی انشورنس کے دفتر کی صوابدید پر منحصر ہے.

آخر میں، ایک اندازہ کے تحت بونس عام طور پر صرف سال میں ایک بار اعلان کئے جاتے ہیں .صاف طور پر یہ جائیداد کی قیمت میں روزانہ اتار چڑھاو کی عکاسی نہیں کر سکتے ہیں.

اس طرح روایتی فوائد سمیت منصوبے مصنوعات کی ایک نسل کی نمائندگی کرتی ہیں جس میں زندگی کی انشورنس کمپنی فوائد (بیمہ رقم اور بونس) اور پریمیم بھی شامل ہے، مصنوعات یا منصوبہ کی ساخت طے کرتی ہے. یہاں تک کہ جب زندگی کی انشورنس کمپنی کی سرمایہ کاری مارکیٹ میں اعلی آمدنی حاصل کرتی ہے، تب بھی یہ ضروری نہیں ہے کہ اس کے بونس یا منافع اس کی آمدنی کے ساتھ براہ راست منسلک ہوں گے.

پالیسی ہولڈر یا بیمہ دارکے لئے بڑا فائدہ یہ ہے کہ سرمایہ کاری کی یقین ان منصوبوں کو ایسی ضرورتیں پوری کرنے کے لئے کافی مناسب ذریعہ بناتی ہیں جن کے لئے یقینی اور سرشار دولت کی ضرورت ہو سکتی ہے. یہ کسی شخص کے سرمایہ کاری کے پورٹ فولیو کی مجموعی پورٹ فولیو خطرے کو کم کرنے میں بھی مدد کرتی ہیں.

اہم

روایتی مصنوعات کے لئے آئی آر ڈی اے کے نئے رہنما اصول

ہدایات کے مطابق روایتی منصوبوں کے مصنوعات ڈیزائن تقریبا اسی طرح کی ایک رہیں گے.

a) نئے روایتی مصنوعات میں موت کا کور زیادہ ہوگا.

i. ایک پریمیم پالیسیوں کے معاملے میں یہ 45سال سے کم عمر والے لوگوں کے لئے واحد پریمیم کی 125٪ اور 45سال سے زیادہ عمر کے لوگوں کے لئے ایک پریمیم کی 110٪ ہو گا.

ii. باقاعدہ پریمیم پالیسیوں کے معاملے میں کور 45سال سے کم عمر کے لوگوں کے لئے سالانہ پریمیم کا 10 ضرب اور دیگر کے لئے سات گنا ہوگا.

b) روایتی منصوبہ بندی کے معاملے میں **کم از کم موت فائدہ** کم سے کم انشورنس رقم کے برابر اور اضافی فائدہ (اگر کوئی ہو تو) ہے.

c) انشورنس رقم کے علاوہ پالیسی میں مخصوص مطابق اور موت کی تاریخ تک جمع **بونس / اضافی فائدہ** موت ہونے پر قابل ادائیگی ہوں گے، اگر پہلے ادا نہیں کیا گیا ہے.تو

d) یہ منصوبے آگے بھی دو مختلف حالتوں، شرکاء اور غیر شریک منصوبوں میں آتی رہیں گی.

i. **حاضرین پالیسیوں** کے معاملے میں بونس فنڈ کی کارکردگی سے منسلک ہوتا ہے اور یہ پہلے اعلان یا گارنٹیڈ نہیں ہوتے ہیں .لیکن بونس کا اعلان ہو جانے پر یہ ایک ضمانت بن جاتا ہے - اس کا عام طور پر پالیسی ہولڈرکی موت یا پختگی فائدہ کے معاملے میں ادا کیا جاتا ہے .یہ بونس کو رلیورسنری بونس بھی کہا جاتا ہے.

ii. **غیر شریک پالیسیوں** کے معاملے میں پالیسی پر آمدنی کا انکشاف پالیسی کے آغاز میں کیا جاتا ہے.

خود ٹیسٹ کریں 2

پوری زندگی بیمہ کا پریمیم ادا مدت انشورنس کے پریمیم کی ادائیگی کے مقابلے میں _____ہوتا ہے.

I. زیادہ
II. کم
III. برابر
IV. بہت زیادہ

خلاصہ

- زندگی بیمہ کی مصنوعات شخص کی پیداواری صلاحیت کے اقتصادی قیمت کے نقصان کے خلاف تحفظ فراہم کرتے ہیں، جو اس کے محتاج یا خود کے لئے دستیاب ہوتا ہے.
- کوئی زندگی بیمہ پالیسی اپنے اصل معنی میں، شخص کے ساتھ کوئی بدقسمتی واقعہ پیش ہونے کی صورت میں اس کے پیاروں کو ذہنی امن اور تحفظ فراہم کرتی ہے.
- میعادي بیمہ صرف ایک مخصوص مدت کے دوران جائز کور فراہم کرتا ہے جو معاہدے میں مقرر کیا گیا ہوتا ہے.
- میعادي بیمہ کا خصوصی فروخت تجویز (خاصیت) اس کی کم قیمت ہے جو شخص کو ایک محدود بجٹ پر زندگی کی بیمہ کی نسبتا بڑی ماتراے خریدنے کے قابل بناتا ہے.
- اگرچہ میعادی بیمہ پالیسیاں عارضی بیمہ کی مثالیں ہیں جہاں سیکورٹی ایک عارضی مدت کے لئے دستیاب ہوتی ہے، پوری زندگی بیمہ کی مستقل زندگی بیمہ پالیسی کی ایک مثال ہے.
- اینڈوومنٹ بیمہ معاہدہ اصل میں دو منصوبوں کا ایک مجموعہ ہے - ایک میعادي انشورنس کی منصوبہ بندی جو انشورنس کی مدت کے دوران بیمہ دار کی موت کے معاملے میں پوری بیمہ رقم کی ادائیگی کرتی ہے اور ایک خالص اینڈوومنٹ منصوبہ جو بیمہ شدہ شخص کے انشورنس کی مدت کے آخر تک زندہ رہنے پر اس رقم کی ادائیگی کرتی ہے.

اہم الفاظ

1. میعادی بیمہ
2. پوری زندگی کا بیمہ
3. اینڈوومنٹ بیمہ
4. منی بیک پالیسی
5. شریک اور غیرشریک منصوبے
6. رلیورسنری بونس

خود ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

صحیح انتخاب III ہے۔

زندگی کی انشورینس کی ایک تجریدی مصنوعات ہے ۔

جواب 2

صحیح انتخاب I ہے۔

پوری زندگی کا بیمہ کا پریمیم ادا میعادی بیمہ کے پریمیم کی ادائیگی کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے۔

خود کے امتحان کے سوال

سوال 1

_____ زندگی بیمہ شخص کی موت کی صورت میں پالیسی ہولڈر کے رہن کی ادائیگی کرتا ہے ۔

I. میعادي
II. رہن
III. پوری زندگی
IV. اینڈوومنٹ

سوال 2

آپ کی زندگی کی بیمہ کے لئے آپ کی طرف سے پریمیم کی ادائیگی جتنا _____گا، آپ کی موت کی صورت میں فائدہ حاصل کرنے والے کو معاوضہ ادا اتنا ہی _____ہوگا ۔

I. زیادہ، زیادہ
II. کم، زیادہ
III. زیادہ، کم
IV. تیز، سست

سوال 3

میعادی بیمہ کی منصوبہ بندی کے سلسلے میں نیچے دیا گیا کون سا اختیار صحیح ہے؟

I. میعادی بیمہ اسکیم کبھی بھی قابل تجدید کے اختیارات کے ساتھ آتی ہیں
II. تمام میعادی بیمہ اسکیم ایک بلٹ معذوری رائڈر کے ساتھ آتی ہیں
III. میعادی بیمہ ایک اکیلی پالیسی کے طور پر اور دیگر پالیسی کے ساتھ ایک رائڈر کے طور پر خریدا جا سکتا ہے
IV. میعادی بیمہ کے منصوبوں میں اسے پوری زندگی بیمہ کی منصوبہ بندی میں تبدیل کرنے کا کوئی انتظام نہیں ہوتا ہے

سوال 4

گھٹتی میعادی بیمہ میں پریمیم کی ادائیگی کے وقت کے ساتھ _____ہے ۔

I. بڑھتا
II. منحنی خطوط
III. مستحکم رہتا
IV. واپس کیا جاتا ہے

سوال 5

میعادی بیمہ پالیسی میں دستیاب تبادلوں کے اختیارات کا استعمال کرتے ہوئے آپ اسے _____میں تبدیل کر سکتے ہیں ۔

I. پوری زندگی پالیسی
II. رہن پالیسی
III. بینک ایف ڈی
IV. گھٹتی میعادي پالیسی

سوال 6

زندگی کی انشورینس کی مصنوعات کا بنیادی مقصد کیا ہوتا ہے؟

I. ٹیکس میں چھوٹ
II. محفوظ سرمایہ کاری کا موقع
III. شخص کی پیداواری صلاحیتوں کے اقتصادی قیمت کے نقصان کے خلاف تحفظ
IV. دولت جمع

سوال 7

مندرجہ ذیل میں سے کسے ایک میيادي پالیسی خریدنے کی سب سے اچھی مشورہ دیا جاتا ہے؟

I. ایک ایسا شخص جس کو بیمہ کی مدت کے آخر میں پیسے کی ضرورت ہے
II. ایک ایسا شخص جس کو بیمہ کی ضرورت اور ایک اعلی بجٹ ہے
III. ایک ایسا شخص جس کو بیمہ کی ضرورت ہے لیکن بجٹ کم ہے
IV. ایک ایسا شخص جس کو ایک بیمہ کی مصنوعات کی ضرورت ہے جو زیادہ آمدنی دیتا ہو

سوال 8

گھٹتی میعادی بیمہ کے سلسلے میں نیچے دیا گیا کون سا بیان غلط ہے؟

I. موت فائدہ کی رقم کوریج کی مدت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے
II. پریمیم رقم کوریج کی مدت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے
III. پریمیم پورے مدت کے دوران ایک اسی طرح رہتا ہے
IV. رہن موچن منصوبے گھٹتی میعادی بیمہ کے منصوبوں کی ایک مثال ہے

سوال 9

اینڈوومنٹ بیمہ کی منصوبہ بندی کے سلسلے میں نیچے دیا گیا کون سا بیان درست ہے؟

I. اس میں صرف ایک موت فائدہ کا جزو ہوتا ہے
II. اس میں صرف ایک بقا فائدہ کا جزو ہوتا ہے
III. اس میں موت کے فوائد اور بقا فائدہ دونوں اتحادی ہوتے ہیں
IV. یہ ایک میعادی منصوبہ کی طرح ہے

سوال 10

ان میں سے کون اینڈوومنٹ بیمہ کی منصوبہ بندی کی ایک مثال ہے؟

I. رہن انفکاک منصوبہ
II. قرض کی زندگی بیمہ کی منصوبہ بندی
III. منی بیک منصوبہ
IV. پوری زندگی منصوبہ

خود کے امتحان سوالات کے جوابات

جواب 1

صحیح انتخاب II ہے .

رہن کی زندگی بیمہ شخص کی موت کی صورت میں پالیسی ہولڈر کے رہن کی ادائیگی کرتا ہے.

جواب 2

صحیح انتخاب I ہے .

آپ کی زندگی بیمہ کے لئے آپ کی طرف سے پریمیم کی ادائیگی جتنا زیادہ ہو گا، آپ کی موت کی صورت میں فائدہ حاصل کرنے والے کو معاوضہ ادا اتنا ہی زیادہ ہوگا.

جواب 3

صحیح انتخاب III ہے .

میعادی بیمہ ایک اکیلی پالیسی کے طور پر اور دیگر پالیسی کے ساتھ ایک رائڈر کے طور پر خریدا جا سکتا ہے.

جواب 4

صحیح انتخاب III ہے۔

گھٹتی میعادی بیمہ میں وقت کے ساتھ ساتھ پریمیم ادا مستحکم بنا رہتا ہے.

جواب 5

صحیح انتخاب I ہے۔

میعادی پالیسی میں دستیاب تبادلوں کے اختیارات کا استعمال کرتے ہوئے آپ اسے پوری زندگی کی پالیسی میں تبدیل کر سکتے ہیں.

جواب 6

صحیح انتخاب III ہے۔

شخص کی پیداواری صلاحیتوں کے اقتصادی قیمت کے نقصان کے خلاف تحفظ دینا زندگی انشورنس کی مصنوعات کے پیچھے رہا بنیادی مقصد ہے.

جواب 7

صحیح انتخاب III ہے۔

میعادي منصوبہ ایک ایسے شخص کے لئے اچھا انتخاب ہے جسے انشورنس کی ضرورت ہے اور جس کا بجٹ کم ہے۔

جواب 8

صحیح انتخاب II ہے -

گھٹتی میعادي بیمہ کے منصوبوں کے لئے پریمیم پورے عرصے میں ایک اسی طرح بنا رہتا ہے.

جواب 9

صحیح انتخاب III ہے۔

اینڈوومنٹ بیمہ کی منصوبہ بندی میں انتقال فوائد اور بقا جزو دونوں ہوتے ہیں .

جواب 10

صحیح انتخاب III ہے -

منی بیک منصوبہ اینڈوومنٹ بیمہ کی منصوبہ بندی کی ایک مثال ہے.

باب 9

زندگی بیمہ پروڈکٹ –II

باب تعارف

یہ باب غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کی دنیا سے آپ کا تعارف کراتا ہے۔ ہم روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کی حدود کی تحقیقات سے شروعات کرینگے اور پھر غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کے اپیل پر ایک نظر ڈالیں گے۔ آخر میں ہم بازار میں دستیاب غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کے کچھ مختلف اقسام کو دیکھیں گے

سیکھنے کے ماحاصل

A. غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کا مختصر جائزہ

B. غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ

A. غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کا مختصر جائزہ

1. غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ - مقصد اور ضرورت

پچھلے ابواب میں ہم نے کچھ روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس پر غور کیا جن میں بیمہ کے ساتھ ساتھ بچت کا عنصر شامل ہوتا ہے۔ ان پروڈکٹس کو اکثر مالیاتی بازار کا حصہ مانا گیا ہے اور ان کا موازنہ سرمایہ جمع کے دیگر آلات کے ساتھ کیا گیا ہے۔

ہمیں یہ دھیان رکھنا چاہئے کہ بچت اور سرمایہ کاری کے اہم مقاصد میں سے **ایک وسائل کا بین دنیوی تقسیم حاصل کرنا ہے جو اہل اور موثر دونوں ہے۔**

i. **بین دنیوی تقسیم (اِنٹر ٹیمپورل الوکیشن)** کا مطلب ہے وقت پر تقسیم یہاں موثر لفظ کا مطلب ہے کہ زندگی سائیکل کی مختلف مراحل میں پیدا ہونے والی مختلف ضروریات کو پورا کرنے کے لئے کافی دولت دستیاب ہے۔

ii. دوسری جانب **اہل تقسیم** کا مطلب ہے زیادہ تیزی سے جمع اور مستقبل میں زیادہ دولت دستیاب -جوکھم کی ایک دی گئی سطح کے لئے آمدنی جتنی زیادہ ہوگی، سرمایہ کاری اتنی ہی زیادہ اہل ہوگی۔

زندگی بیمہ پالیسیوں کے حوالے سے تشویش کی ایک اہم بات مُسابقتی شرح کی آمدنی دینے کا مدعا رہی ہے جس کا مقابلہ مالیاتی بازار میں دیگر اثاثوں کی آمدنی سے کی جاتی ہے۔ زندگی بیمہ کی روایتی نقد قیمت منصوبوں کی کچھ خصوصیات کی جانچ کرنا مفید ہوگا جن کی بحث ہم نے پچھلے باب میں کی ہے۔ انھیں بنڈل منصوبہ بندی کہا گیا ہے کیونکہ انکی ساخت بنڈل (گروپ) میں ہوتی ہے اور فوائد اور پریمیم کو ایک پیکیج کے طور پر پیش کیا جاتا ہیں۔

2. روایتی پروڈکٹس کی حدود

ایک اہم جانچ سے تشویش کے مندرجہ ذیل علاقوں کا پتہ چلتا ہے:

a) **نقد قیمت اجزاۂ :** سب سے پہلے، اس طرح کی پالیسیوں میں بچت یا نقد قیمت اجزاۂ کو اچھی طرح سے وضاحت نہیں کیا جاتا ہے۔ یہ ریزرو کی رقم پر منحصر کرتا ہے۔ اس کے نتیجے میں اسے موت ، سود کی شرح ، اخراجات اور دیگر پیرامیٹرز کی طرف سے مقرر کیا جاتا ہے جو زندگی بیمہ کمپنی کے ذریعے طے کیے جاتے ہیں۔ یہ کافی صوابدیدی مفروضات ہو سکتے ہیں۔

b) **واپسی کی شرح :** دوسری بات، ان پالیسیوں پر واپسی کی شرح کیا ہوگی، یہ تعین کرنا آسان نہیں ہے۔اس کی وجہ یہ ہے کہ "منافع سمیت پالیسیاں" کے تحت منافع کی قیمت یقیناً صرف تبھی جانی جائےگی جب معاہدہ ختم ہو جاتا ہے۔پھر، بیمہ کمپنی کی صحیح لاگتوں کا خلاصہ نہیں کیا جاتا ہے۔ آمدنی (پیسے واپسی) کی شرح کے بارے میں یہی وضاحت کی کمی بچت کے دیگر مغیر آلات کے ساتھ ان کا موازنہ کرنا

مشکل بناتا ہے۔ بیشک فرد یہ نہیں جان سکتا ہے کہ زندگی بیمہ ایک بچت کے آلہ کے طور پر کتنا کارگر ہے جب تک کہ فرد ایسا موازنہ نہیں کرلیتا ہے۔

c) **دستبرداری قیمت :** تیسرا مسئلہ یہ ہے کہ ان معاہدوں کے تحت وقت نقدی اور دستبرداری قیمت (وقت کے کسی بھی موڑ پر) بعض قیمتوں (جیسے ایکچورئل ریزرو کی رقم اور پالیسی میں اثاثہ کا پرو - راٹا حصہ) پر انحصار کرتا ہے۔یہ قیمت کافی من مانے ڈھنگ سے مقرر کئے جا سکتے ہیں۔ دستبرداری قیمت پر پہنچنے کی طریقہ کار واضح نہیں ہے۔

d) **پیداوار (ییلڈ) :** آخر میں ان پالیسیوں پر پیداوار کا مدعا ہے۔سرمایہ کاری جائز معیار اور سخت نگرانی کے سبب اور کیونکہ بونس فوری زندگی بیمہ کمپنی کی سرمایہ کاری کی کارکردگی کی عکاسی نہیں کرتے ہیں، ان پالیسیوں پر ہونے والی آمدنی زیادہ جوکھم دار سرمایہ کاریوں سے ہونے والی آمدنی کی طرح اعلی نہیں ہو سکتی ہیں۔

3. بدلاوٗ (شفٹس)

چونکہ روایتی زندگی بیمہ منصوبوں کی حدود واضح ہو گئی ہیں، زندگی بیمہ کمپنیوں کی پروڈکٹ پروفائلوں میں کئی بدلاوٗ ہوئے ہیں۔ انکے بارے میں نیچے مختصر میں بتایا گیا ہے:

a) بنڈل کو کھولنا (اَن بنڈلینگ)

اس رجحان میں تحفظ اور بچت عناصر کو مختلف کرنا اور اسکے نتیجے میں ایسے پروڈکٹس کی ترقی جن میں دونوں کے ایک مبہم مرکب کے بجائے تحفظ یا بچت پر زور دیا جانا شامل ہے۔

چہاں امریکہ جیسے بازاروں میں اسکے سبب یونیورسل ا شورنس اورمتغیراشورنس جیسے نئے پروڈکٹس کا بازیافت ہوا، برطانیہ اور دیگر بازاروں میں یونٹ لنکڈ بیمہ میں اضافہ دیکھا گیا۔

b) **سرمایہ کاری کے تعلق**

دوسرا رجحان سرمایہ کاری لنکڈ پروڈکٹس کی طرف بدلاوٗ کا تھا جن میں سرمایہ کاری کی کارکردگی کے ایک انڈیکس کے ساتھ پالیسی ہولڈرز کے فوائد کو جوڑا گیا۔ اس کے نتیجے میں زندگی بیمہ کی حالت میں ایک بدلاوٗ ہوا۔ یونٹ لنکڈ جیسے نئے پروڈکٹس کا مطلب تھا کہ زندگی بیمہ کمپنیوں کو ایک نیا کردار ادا کرنا تھا۔ وہ اب صرف مالیاتی تحفظ فراہم کنندگان ہونے کے بجائے آمدنی کی ایک اعلی مُسابقتی شرح دستیاب کرانے کے مینڈیٹ کے ساتھ موثر فنڈ مینیجر بن گئے تھے۔

c) **ٹرانسپیرنسی**

بنڈل کو کھولنے کے سبب آمدنی کی شرح اور کمپنیوں کے ذریعے اپنی خدمات کے لیے لئے جانے والے خرچے (جیسے اخراجات وغیرہ) میں کافی وضاحت آئی۔ ان سبھی کے بارے میں واضح طورسے بتایا گیا اور اس طرح ان کا موازنہ کیا جا سکتا تھا۔

d) غیر معیاری پروڈکٹ

چوتھا اہم رجحان پروڈکٹ کی سخت سے لچیلی ساخت کی طرف بدلاو رہا ہے جسے غیر معیاری پروڈکٹس کی طرف ایک قدم کے طور پر بھی دیکھا جاتا ہے۔ جب ہم غیر معیاری کی بات کرتے ہیں، یہ انتخاب کی ڈگری کے حوالے سےہے جو ایک گاہک پالیسی کی ساخت اور فوائد کی ڈیزائن تیار کرنے کے حوالے سے استعمال کر سکتا ہے۔

دو ایسے علاقے ہیں جہاں گاہک اس حوالے سے شرکت کر سکتے ہیں۔

- ✓ پریمیم اور فوائد کی ساخت طے کرنے اور بدلنے کے وقت
- ✓ پریمیم آمدنی کی سرمایہ کاری کرنے کے طریقے کا انتخاب کرتے وقت

4. اپیل - ضرورتیں پوری کرنا

دنیا بھر میں ابھرے پروڈکٹس کی نئی اسٹائل کی اپیل کے اہم ذرائع نیچے دیئے گئے ہیں:

a) **سرمایہ کاری منافع کے ساتھ براہ راست تعلق :** سب سے پہلے، سرمایہ کاری کے فوائد کے ساتھ براہ راست تعلق کے امکان تھے جو زندگی بیمہ کمپنیاں تیزی سے بڑھتے اور امکانات سے بھرپور سرمایہ بازار میں سرمایہ کاری کے ذریعے سے حاصل کر سکتی ہیں۔سرمایہ کاری لنکڈ بیمہ پالیسیوں کی حمایت میں ایک سب سے اہم منطق یہ رہا ہے کہ مختصر مدت میں ایکوئٹی بازاروں میں کچھ اتار چڑھاو کے امکان کے باوجود لمبی مدت میں ان بازاروں سے ہونے والی آمدنی دیگر محفوظ مقرر آمدنی کے ذرائع کے مقابلے میں بہت زیادہ ہوگی۔ ایسی زندگی بیمہ کمپنیاں جو اپنے سرمایہ کاری پورٹفولیو کا مؤثر طریقے سے انتظام کرنے میں قابل ہیں، اپنے گاہکوں کے لئے شاندار ریٹرن پیدا کر سکتی ہیں اور اس طرح اعلی قیمت کے پروڈکٹ ڈیلوپ کر سکتی ہیں۔

b) **آمدنی پر برا اثر ڈالنے والی افراط زر:** ماحاصل کی اہمیت بچت پر مہنگائی (افراط زر) کے اثرات سے بھی معلوم پڑتی ہے۔ جیسا کہ ہم سب جانتے ہیں، مہنگائی فرد کے مال کی خریداری کی طاقت کو اس طرح ختم کر سکتی ہے کہ آج کے ایک روپے کی قیمت پندرہ سال کے بعد صرف 30 پیسہ رہے جائے گی، آج کے 100 روپے کے پرنسپل کو پندرہ سالوں میں آج کی قیمت کے برابر ہونے کے لئے کم سے کم 300 روپے تک

بڑھنے کی ضرورت ہوگی۔ اسکا مطلب ہے کہ زندگی بیمہ پالیسی پر آمدنی کی شرح افراط زر کی شرح کے مقابلے میں بہت زیادہ ہونی چاہئیے۔ یہیں پر سرمایہ کاری لنکڈ بیمہ پالیسیاں روایتی زندگی بیمہ پالیسیوں سے بہتر اسکور کرنے میں خاص طور پر قابل تھیں۔

c) **لچیلاپن :** ان کے اپیل کا تیسرا سبب انکا لچیلاپن تھا۔اب پالیسی ہولڈر حدود کے اندر یہ طے کر سکتے ہیں کہ وہ کتنی پریمیم رقم کی ادائیگی کرنا چاہتے ہیں اور موت فوائد اور نقدی قیمتوں کی رقم میں فرق کر سکتے ہیں۔ سرمایہ کاری لنکڈ پروڈکٹس میں، انکے پاس سرمایہ کاری کا آپشن بھی تھا اور ایسے فنڈوں کے مرکب بھی طے کر سکتے تھے جن میں وہ اپنے سرمایہ کاری پریمیموں کی آمدنی کو رکھنا چاہتے ہیں۔ اسکا مطلب ہے کہ زندگی بیمہ میں اپنی سرمایہ کاری پر پالیسی ہولڈرز کا زیادہ کنٹرول ہو سکتا ہے۔

d) **دستبرداری قیمت :** آخر میں ، پالیسیوں میں ایک مقرر ابتدائی سالوں کی مدت (جیسے تین یا پانچ سال) کے بعد، ایک معمولی دستبرداری چارج کی کٹوتی کے بعد پالیسی ہولڈرز کو منصوبوں سے پیسے نکالنے کی بھی اجازت تھی۔پالیسی کی مدت پوری ہونے سے پہلے اس طرح کی دستبرداری یا معاوضہ پر دستیاب رقم سابق روایتی پالیسیوں کے تحت دستیاب دستبرداری قیمتوں کے مقابلے میں بہت زیادہ تھی۔

یہ پالیسیاں کافی مقبول ہو گئیں اور انہوں نے بھارت سمیت کئی ملکوں میں روایتی پروڈکٹس کی جگہ لینی شروع کر دی کیونکہ یہ کئی سرمایہ کاروں کے اہم مقاصد کو پورا کر رہی تھیں – مال جمع کا مقصد جس نے سرمایہ کاری کے موثر آلات کی مانگ پیدا کی۔مثال کے لئے، امریکہ میں "یونیورسل لائف" جیسے پروڈکٹس نے اعلی چالو سود کی شرح کی آمدنی کا منافع پالیسی ہولڈرز کو دینے کا آلہ دستیاب کرایا جسے زندگی بیمہ کمپنیوں نے بہت جلدی پیسہ اور سرمایہ بازار میں حاصل کیا تھا۔

اس دوران پریمیم اور فیس رقم کے لچیلے پن سے پالیسی ہولڈر اپنی مخصوص حالات کے مطابق پریمیموں کو ایڈجسٹ کرنے میں قابل ہوئے۔ کسی غلط نقصان کے بنا جلد واپسی کی سہولت کا مطلب یہ بھی تھا کہ اب پالیسی ہولڈر کو لمبی مدت تک اپنے پیسے کو تالا لگا کر رکھنے کی ضرورت نہیں تھی۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

ان میں سے کون سا ایک غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ ہے؟

I. میعادی بیمہ
II. یونیورسل زندگی بیمہ
III. بندوبستی بیمہ
IV. پوری زندگی بیمہ

B. غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ

1. کچھ غیر روایتی پروڈکٹ

اس باب کے باقی پیرا میں ہم کچھ غیر روایتی پروڈکٹس پر مباحثہ کرینگے جو بھارتی بازار میں اور اُبھر کر سامنے آئے ہیں۔

a) یونیورسل زندگی (یونیورسل لائف)

یونیورسل زندگی بیمہ وہ پالیسی ہے جو 1979 میں ریاست متحدہ امریکہ میں شروع کی گئی تھی اور تیزی سے ابھر کر اسّی کے دہائی کی پہلی نصف تک بہت مقبول ہو گئی۔

نومبر 2010 کے آئی آر ڈی اے کے ایک سرکلر کے مطابق ، "سبھی یونیورسل زندگی بیمہ پروڈکٹس کو مُتغیر بیمہ پروڈکٹس (وی آئی پی) کے طور پر جانا جائیگا۔"

معلومات

یونیورسل زندگی بیمہ کے بارے میں

یونیورسل زندگی بیمہ مستقل زندگی بیمہ کا ایک روپ ہے جسکی پہچان اسکے **لچیلے پریمیم، لچیلی فیس رقم اور موت منافع رقموں اور اسکی قیمت تعین عوامل کے مختلف کئے جانے سے ہوتی ہے۔** چہاں روایتی نقد قیمت پالیسیوں میں معاہدہ کو چالو رکھنے کے لئے وقت وقت پر ایک مخصوص گراس یا آفس پریمیم کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، یونیورسل زندگی بیمہ پالیسیاں حدود کے اندر پالیسی ہولڈر کو پریمیم کی رقم طے کرنے کی اجازت دیتی ہیں جو وہ کوریج کے لئے ادائیگی کرنا چاہتا/چاہتی ہے۔ پریمیم کی سائز جتنی بڑی ہوتی ہے، اتنی ہی زیادہ دستیاب کوریج اور پالیسی کی نقد قیمت بھی ہوتی ہے۔

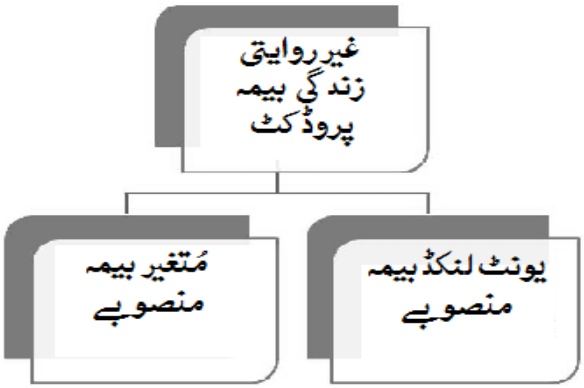
یونیورسل زندگی بیمہ کی اہم نو ایجاد پہلے پالیسی سال کے بعد پوری طرح سے لچیلے پریمیم کی شروعات کرنا تھی فرد کو صرف یہ یقین کرنا تھا کہ پریمیم کل ملاکر پالیسی کے رکھ رکھاو کے خرچ کو کور کرنے کے لئے کافی تھا۔ اسکا مطلب یہ تھا کہ پالیسی کو اس وقت تک چالو سمجھا جائیگا جب تک کہ اسکی نقد قیمت موت چارجس اور اخراجات کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی ہوں۔

پریمیم کے لچیلے پن سے پالیسی ہولڈر کو ٹارگیٹ رقم سے زیادہ اضافی پریمیم بنانے کی اجازت ملی۔ اس نے فرد کو ٹارگیٹ رقم سے کم کے پریمیم ادائیگی کو چھوڑ دینے یا ادائیگی کرنے کی بھی اجازت دی۔

ساخت کے لچیلے پن نے پالیسی ہولڈر کو نقد قیمت سے پیسے کی جزوی واپسی لینے کے بھی قابل بنایا جو اس رقم کو یا اس پر کسی سود کو چکانے کی ذمہ داری کے بنا دستیاب تھا۔ بس نقد قیمت اس حد تک کم ہوجاتی ہے۔ لچیلاپن کا مطلب یہ بھی تھا کہ موت منافع کا ایڈجسٹمنٹ اور فیس رقموں میں فرق کیا جا سکتا تھا۔

تاہم ، اس طرح کی پالیسی کو غلط طریقے سے فروخت کیا جا سکتا ہے۔اصل میں امریکہ جیسے بازاروں میں ممکنہ گاہکوں کو اس قانون سے ترغیب دی جاتی تھی کہ فرد کو صرف کچھ جزوی پریمیموں کی ادائیگی کرنے کی ضرورت تھی اور پھر پالیسی اپنے آپ اسکا دھیان رکھے گی۔ انہوں نے یہ خلاصہ نہیں کیا کہ نقد قیمتوں کو بنائے رکھنا اور پالیسی کو چالو رکھنا صرف تبھی ممکن تھا جب سرمایہ کاری کی آمدنی اس مقصد کے لئے کافی تھی۔ اسّی کے دہائی کے نصف کے دوران سرمایہ کاری کی آمدنی میں کمی آئی نقد قیمتوں کے کشرن کا سبب بنی۔ ایسے پالیسی ہولڈر جو پریمیم ادائیگی جاری کرنے میں ناکام رہے تھے، یہ دیکھ کر حیران رہ گئے کہ انکی پالیسیاں ساقط ہو گئی تھیں اور انکے پاس اب کوئی زندگی بیمہ تحفظ نہیں تھا۔

شکل۱ : غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ



بھارت میں آئی آر ڈی اے پیرامیٹرز کے مطابق صرف دو قسم کے غیر روایتی بچت زندگی بیمہ پروڈکٹس کی اجازت دی گئی ہے:

- ✓ مُتغیر بیمہ منصوبے
- ✓ یونٹ لنکڈ بیمہ منصوبے

i. مُتغیر زندگی بیمہ

سب سے پہلے امریکہ اور دیگر بازاروں میں شروع کئے گئے مُتغیر زندگی بیمہ کے بارے میں جاننا مفید ہوگا۔ یہ پالیسی سب سے پہلے 1977 میں امریکہ میں شروع کی گئی تھی۔ مُتغیر زندگی بیمہ "پوری زندگی " پالیسی کی ایک قسم ہے جہاں پالیسی کی موت منافع اور نقد قیمت پریمیم جمع کئے جانے والے ایک مخصوص سرمایہ کاری کھاتے کی سرمایہ کاری پرفارمنس کے مطابق بدلتی رہتی ہے۔اس طرح پالیسی سود شرح یا کم از کم نقد قیمت کے حوالے سے کوئی گارنٹی نہیں دیتی ہے۔ **نظریاتی طور پر نقد قیمت صفر تک نیچے جا سکتی ہے جس معاملے میں پالیسی ختم ہو جائیگی۔**

روایتی نقد قیمت پالیسیوں کے ساتھ اختلاف واضح ہے۔ ایک روایتی نقد قیمت پالیسی میں ایک فیس رقم (Face amount) ہوتی ہے جو پوری مدت کے دوران یکساں بنی رہتی ہے۔ نقد قیمت

پریمیم اور ایک مقرر شرح پر سود کی آمدنی کے ساتھ بڑھتی ہے- پالیسی کی ریزورز کرنے والے اثاثوں کی ایک عام سرمایہ کاری کھاتے کا حصہ بنتی ہیں جسمیں بیمہ کمپنی اپنے ضمانت شدہ پروڈکٹس کے فنڈ کو بنائے رکھتی ہے- ان اثاثوں کو محفوظ سرمایہ کاری کے ایک پورٹفولیو میں رکھا جاتا ہے- اس طرح بیمہ کمپنی اس کھاتے کے اثاثوں پر آمدنی کی ایک شاندار شرح حاصل کرنے کی امید کر سکتی ہے-

اسکے برعکس ، ایک مُتغیر زندگی بیمہ پالیسی کی پالیسی ذخائر کی نمائندگی کرنے والے اثاثوں کو ایک الگ کارپس میں رکھا جاتا ہے جو اسکے **عام سرمایہ کاری کھاتے** کا حصہ نہیں بنتے ہیں-امریکہ میں اسے ایک الگ کھاتہ کہا گیا جبکہ کنیڈا میں اسے ایک علحیدہ کھاتہ کہا گیا- سب سے زیادہ مُتغیر پالیسیوں میں پالیسی ہولڈرز کو کئی الگ کھاتوں میں سے انتخاب کرنے اور کم سے کم سال میں ایک بار اپنے انتخاب کو بدلنے کی اجازت دی گئی تھی-

مختصر میں، یہ ایک ایسی پالیسی ہے جسمیں نقد قیمتوں کو زندگی بیمہ کمپنی کے **الگ کھاتوں سے فنڈ** فراہم کیا جاتا ہے اور سرمایہ کاری تجربے کی عکاسی کرنے کے لئے موت منافع اور نقد قیمت میں فرق ہوتا ہے- یہ پالیسی ایک کم از کم موت منافع کی گارنٹی بھی فراہم کرتی ہے جسکے لئے موت اور اخراجات کے جوکھموں کو بیمہ کمپنی کے ذریعے برداشت کیا جاتا ہے- پریمیم روایتی پوری زندگی پالیسی کے معاملے کے جیسےطے کئے جاتے ہیں- اس طرح روایتی پوری زندگی پالیسیوں کے ساتھ اہم فرق سرمایہ کاری عنصر میں نحت رہتا ہے-

مُتغیر زندگی پالیسیاں ایسے لوگوں کے لئے ترجیحی آپشن بن گئے ہیں جو اپنے اثاثوں کو اپنی پسند کے فنڈ کے قسم بندی میں سرمایہ کاری رکھنا چاہتے تھے اور اپنے پورٹفولیو کی سرمایہ کاری کے موافق پرفارمنس سے بھی براہ راست منافع حاصل کرنا چاہتے تھے-انکی خرید کی ایک اہم شرط یہ ہے کہ خریدار کو پالیسی پر سرمایہ کاری کے جوکھم کو برداشت کرنے میں قابل اور خواہش مند ہونا چاہئیے- اسکا مطلب ہے کہ مُتغیر زندگی بیمہ پالیسیاں عام طور پر ایسے لوگوں کے ذریعے خریدی جانی چاہئیے جو ذی علم اور ایکوئٹی /لون سرمایہ کاری اور بازار کے اُتار چڑھاؤ کو لےکر کافی پرسکون ہوتے ہیں- ظاہری طور پر، اسکی مقبولیت سرمایہ کاری بازار کے حالات پر انحصار کریگی – جو بازار کی اچھال میں کافی ترقی کرے گی اور شیئر اور بانڈ کے قیمت ساہل ہونے پر اس میں کمی آ جائیگی- مُتغیر زندگی بیمہ فروخت کرتے وقت اس اُتار چڑھاؤ کو دھیان میں رکھا جانا چاہئیے-

ii. یونٹ لنکڈ بیمہ

یونٹ لنکڈ منصوبے جنہیں یولپ کے طور پر بھی جانا جاتا ہے، کئی بازاروں میں روایتی منصوبوں کی جگہ لےکر سب سے مقبول اور اہم پروڈکٹس میں سے ایک کے طور پر ابھر کر سامنے

آئے ہیں۔ ان منصوبوں کی شروعات برطانیہ میں کافی سرمایہ کاری کی حالت میں ہوئی تھی، جو زندگی بیمہ کمپنیوں نے عام ایکوئٹی شئروں میں کیا تھا اور اس کے نتیجے میں انکو بڑے سرمایہ فائدے اور منافع ہوئے تھے۔ ایکوئٹی میں زیادہ سرمایہ کاری کرنے اور اسکے منافع زیادہ موثر اور منصفانہ طریقے سے پالیسی ہولڈرز کو دینے کی ضرورت محسوس کی گئی۔

منافع سمیت روایتی (شرکت) پالیسیاں زندگی بیمہ آفس کے سرمایہ کاری پرفارمنس کو کچھ لنکیج فراہم کرتی ہیں۔ حالانکہ یہ لنکیج براہ راست نہیں ہے۔ پالیسی ہولڈر کا بونس اثاثوں اور واجبات اور کے بعد موجود زائد کی متواتر (عام طور پر سالانہ) تشخیص پر انحصار کرتا ہے جو آگے تشخیص ایکچیوئریج کے ذریعے غور کی جانے والی مفروضات اور عوامل پر انحصار کرتا ہے۔

معاہدہ کے تحت فراہم کی گئی گارنٹی کی گنجائش تشخیص عمل کے لئے اہم ہے۔ نتیجے کے طور پر بونس بیمہ کمپنی کی بنیادی اثاثوں کے قیمت کو براہ راست عکاسی نہیں کرتا ہے۔ یہاں تک کہ زائد اعلان کئے جانے کے باوجود زندگی بیمہ کمپنی ابھی بھی اسے بونس کے لئے مختص نہیں کر سکتی ہے بلکہ آذار

اثاثوں کو تعمیر کرنے کا فیصلہ لے سکتی ہیں جس کا ترقی اور توسیع کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ان سب کے سبب پالیسیوں میں بونس میں اضافہ ایک بہت ہی لچیلے اور الگ طریقے سے سرمایہ کاری پرفارمنس پر عمل کرتی ہے۔

روایتی پالسیوں کو کنٹرول کرنےوالا بنیادی منطق وقت کے ساتھ سرمایہ کاری آمدنی کو ہموار بنانا ہے۔ چہاں ٹرمنل بونس اور کمپاؤنڈ بونس نے پالیسی ہولڈرز کو ایکوئٹی اور دیگر اعلی منافع والے سرمایہ کاری کے منافع کے ایک بڑے حصے کا فائدہ اٹھانے میں قابل بنایا ہے، وہ ابھی بھی زندگی بیمہ آفس کے صوابدید پر منحصر ہیں جو ان بونسوں کا اعلان کرتا ہے۔ پھر، بونس عام طور پر صرف سال میں ایک بار اعلان کئے جاتے ہیں کیونکہ تشخیص صرف سالانہ بنیاد پر کی جاتی ہے۔ اس طرح ریٹرنس اثاثوں کی قیمت میں روزانہ اتارچڑھاووں کو عکاسی نہیں کرتی ہیں۔

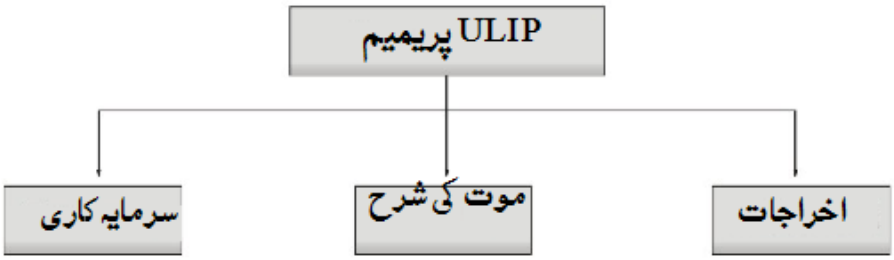
یونٹ لنکڈ پالیسیاں اوپر کے دونوں حدود سے نجات پانے میں مدد کرتی ہیں۔ **ان معاہدوں کے تحت منافع ادائیگی بقایا ہونے کی تاریخ کو پالیسی ہولڈر کے کھاتے میں جمع یونٹس کی قیمت سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مقرر کئے جاتے ہیں۔**

اس طرح یونٹ لنکڈ پالیسیاں زندگی بیمہ کمپنی کے سرمایہ کاری پرفارمنس کے فوائد کو براہ راست اور فوری کیشنگ کے لئے ذرائع دستیاب کراتی ہیں۔ یونٹس عام طور پر ایک مخصوص اختیار یونٹ ٹرسٹ یا کمپنی کے ذریعے منظم ایک علیحدہ (اندرونی) فنڈ کے یونٹ ہوتے ہیں۔ یونٹس ایک پریمیم کی

ادائیگی کرکے یا باقاعدہ پریمیم ادائیگی کے ذریعے سے خریدے جا سکتے ہیں۔

برطانیہ اور دیگر بازاروں میں ان پالیسیوں کو ایک منسلک بیمہ جزو کے ساتھ سرمایہ کاری ذرائع کے طور پر ڈیلوپ اور پیش کیا گیا تھا۔ انکی ساخت روایتی نقد قیمت معاہدوں کی ساخت سے کافی الگ ہے۔ دوسرا، جیسا کہ ہم نے کہا تھا، بنڈل پالیسیاں ہوتی ہیں۔ یہ اپنی مدت ، خرچ اور بچت اجزاۂ کے حوالے میں مبہم ہیں۔ اسکے برعکس ، یونٹ لنکڈ معاہدہ غیر بنڈل ہوتے ہیں۔ انکی ساخت واضح ہوتی ہے چہاں بیمہ کے لئے چارجس کی ادائیگی کرنا ہوتا ہے اور خرچ کے اجزاۂ واضح طور پر مقرر کئے جاتے ہیں۔

شکل ۲ : پریمیم بریک اپ



ایک بار جب یہ چارج پریمیم میں سے کاٹ لئے جاتے ہیں، کھاتے کی بقایا رقم اور اس سے ہونے والی آمدنی کو یونٹس میں سرمایہ کاری کیا جاتا ہے۔ ان یونٹس کی قیمت پرفارمنس کے کچھ پہلے مقرر اِنڈیکس کے حوالے میں طے کی جاتی ہے۔

اہم بات یہ ہے کہ یہ قیمت ایک اصول یا فارمولاکے ذریعے مقرر کی جاتی ہے جو پیشگی میں الخط ہوتا ہے۔ عام طور پر یونٹس کی قیمت نیٹ اثاثہ قیمت یعنی نیٹ ایسیٹ ویلیو (این اے وی) کے ذریعے نکالی جاتی ہے ان اثاثوں کی بازار قیمت کو پیش کرتا ہے جسمیں دولت کی سرمایہ کاری کی گئی ہے۔ دو آزاد افراد فارمولہ پر عمل کرکے ایک ہی قابل ادائیگی منافع پر پہنچ سکتے ہیں۔

اس طرح پالیسی ہولڈر کے منافع زندگی بیمہ کمپنی کی مفروضات اور صوابدید پر انحصار نہیں کرتے ہیں۔ یونٹ لنکڈ پالیسیوں کی ایک مقبول مخصوص مختلف قسم کے فنڈوں کے درمیان انتخاب کرنے کی اسکی سہولت ہے جس کا استعمال یونٹ ہولڈر کر سکتا ہے۔ ہر ایک فنڈ میں اثاثوں کا ایک الگ پورٹفولیو مرکب ہوتا ہے۔ اس طرح سرمایہ کار کو ڈیبٹ، بیلینسڈ اور ایکوئٹی فنڈوں کے ایک وسیع آپشن کے درمیان انتخاب کرنا ہوتا ہے۔ ڈیبٹ فنڈ کا مطلب ہے فرد کے زیادہ تر پریمیموں کو گلٹ اور بانڈ جیسی ڈیبٹ سیکورٹی میں سرمایہ کاری کرنا۔ ایکوئٹی فنڈ کا مطلب یہ ہے کہ یونٹ اہم طور پر

ایکوئٹی کے طور پر ہوتے ہیں۔ یہاں تک کہ ان وسیع کیٹگری کے اندر دیگر قسم کے آپشن بھی ہو سکتے ہیں۔

اکیوٹی فنڈ	ڈیبٹ فنڈ	بیلینسڈ فنڈ	منی مارکیٹ فنڈ
یہ فنڈ پیسے کے ایک بڑے حصے کو ایکوئٹی اور ایکوئٹی متعلقہ آلات میں سرمایہ کاری کرتا ہے۔	یہ فنڈ پیسے کا بڑا حصہ سرکاری بانڈ، کارپوریٹ بانڈ، فکسڈ ذپازٹ وغیرہ میں سرمایہ کاری کرتا ہے۔	یہ فنڈ ایکوئٹی اور ڈیبیٹ ذرائع کے ایک مرکب کے طور پر سرمایہ کاری کرتا ہے۔	یہ فنڈ بنیادی طور پر اس طرح کے ٹریژری بلز، ڈپازٹ کے سرٹیفکیٹس، کمرشیئل کاغذ کے طور پر آلات میں پیسہ سرمایہ کاری کرتا ہے۔

کوئی فرد ترقی فنڈ، جہاں بنیادی طور پر ترقی کے اسٹاکس میں سرمایہ کاری کی جاتی ہے یا بیلینسڈ فنڈ، جو سرمایہ منافع کے ساتھ آمدنی کی ضرورت کو متوازن کرتا ہے، کے درمیان انتخاب کر سکتا ہے۔ سیکٹورل فنڈوں کا بھی انتخاب کیا جا سکتا ہے جو صرف مخصوص شعبوں اور صنعتوں میں سرمایہ کاری کرتے ہیں۔ ہر ایک منتخبہ آپشن میں فرد کی جوکھم پروفائل اور سرمایہ کاری کی ضرورت کی عکاسی ہونی چاہئے۔ ایک قسم کے فنڈ سے دوسرے قسم کے فنڈ میں سوئچ کرنے کا بھی پرویژن ہوتا ہے اگر ایک یا ایک سے زیادہ فنڈوں کا پرفارمنس ٹھیک نہیں رہا ہو تو۔

ان سبھی آپشنس میں ایک شرط بھی ہوتی ہے۔ زندگی بیمہ کمپنی، جس سے ایک موثر پورٹفولیو انتظام کی امید کی جاتی ہے، یونٹ قیمتوں کے بارے میں کوئی گارنٹی نہیں دیتی ہے۔ اس طرح یہاں اسے سرمایہ کاری کے جوکھم کے بڑے حصے سے راحت مل جاتی ہے۔ یہ جوکھم یونٹ ہولڈر کے ذریعے برداشت کیا جاتا ہے۔ حالانکہ زندگی بیمہ کمپنی موت اور خرچ کے جوکھم کو برداشت کر سکتی ہے۔

پھر، روایتی منصوبوں کے برعکس ، یونٹ لنکڈ پالیسیاں کم از کم پریمیم کی بنیاد پر کام کرتی ہیں، نہ کہ بیمہ رقم پر۔ بیمہ دار پریمیم رقم پر فیصلہ لیتا ہے جس کا وہ باقاعدہ وقفوں پر شراکت کرنا چاہتا ہے۔ بیمہ کور پریمیم ادائیگی کا ملٹی پل ہوتا ہے۔ بیمہ دار کے پاس زیادہ اور کم کور کے درمیان انتخاب کرنے کا آپشن رہتا ہے۔ پریمیم میں دو اجزاء شامل ہو سکتے ہیں – میعادی اجزاء کو ایک ضمانت شدہ فنڈ (جسے برطانیہ میں اسٹرلنگ فنڈ کہا جاتا ہے) میں رکھا جا سکتا ہے جو موت پر کور کی ایک کم از کم رقم حاصل کریگا۔ پریمیم کی بقایا رقم یونٹوں کی خرید میں استعمال کی جاتی ہے جسے بیمہ کمپنی کے ذریعے سرمایہ بازار میں، مخصوص طور پر شیئر بازار میں سرمایہ کاری کی جاتی ہے۔

موت کے معاملے میں موت منافع بیمہ رقم یا فرد کے کھاتے میں دستیاب فنڈ قیمت سے زیادہ ہوگا۔ ایک شخص کے کھاتے میں جمع یونٹوں کی تعداد کو یونٹ قیمت سے ضرب کرتے ہوئے فنڈ قیمت حاصل ہوتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح نہیں ہے؟

I. مُتغیر زندگی بیمہ ایک دنیوی زندگی بیمہ پالیسی ہے
II. مُتغیر زندگی بیمہ ایک مستقل زندگی بیمہ پالیسی ہے
III. پالیسی میں ایک نقد قیمت کھاتہ ہوتا ہے
IV. پالیسی کم از کم موت منافع کی گارنٹی فراہم کرتی ہے

خلاصہ

- زندگی بیمہ پالیسیوں کے تعلق سے تشویش کی ایک اہم بات آمدنی کی ایک مُسابقتی شرح فراہم کرنا رہی ہے جس کا مقابلہ مالیاتی بازار میں دیگر اثاثوں کی آمدنی سے کیا جاتا ہے۔
- کچھ رجحان جو غیر روایتی زندگی پروڈکٹس کے تیزی سے بڑھنے کا سبب بنے، ان میں بنڈل کو کھولنا، سرمایہ کاری لنکیج اور ٹرانسپرسی شامل ہے۔
- یونیورسل زندگی بیمہ مستقل زندگی بیمہ کا ایک روپ ہے جسکی پہچان اسکے لچیلے پریمیم، لچیلی فیس رقم اور موت منافع کی رقم اور اسکی قیمت تعین عوامل کے بنڈل کو کھولنے سے ہوتی ہے۔
- مُتغیر زندگی بیمہ 'پوری زندگی بیمہ" پالیسی کی ایک قسم ہے جہاں موت منافع اور پالیسی کی نقد قیمت ، پریمیم جمع کئے جانے والے ایک مخصوص سرمایہ کاری کھاتے کے سرمایہ کاری پرفارمنس کے مطابق بدلتا رہتا ہے۔
- یونٹ لنکڈ منصوبے ، جنہیں یولپ کے طور پر بھی جانا جاتا ہے، کئی بازاروں میں روایتی منصوبوں کی جگہ لے کر سب سے مقبول اور اہم پروڈکٹس میں سے ایک کے طور پر ابھرے ہیں۔
- یونٹ لنکڈ پالیسیاں زندگی بیمہ کمپنی کے سرمایہ کاری پرفارمنس کے فوائد کو براہ راست اور فوری کیشنگ کے ذرائع دستیاب کراتی ہیں۔

اہم اصطلاحات

1. یونیورسل زندگی بیمہ

2. مُتغیر زندگی بیمہ
3. یونٹ لنکڈ بیمہ
4. نیٹ اثاثہ قیمت (این اے وی)

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

II درست آپشن ہے۔

یونیورسل زندگی بیمہ ایک غیر روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹ ہے۔

جواب 2

I درست آپشن ہے۔

بیان "مُتغیر زندگی بیمہ ایک دنیوی زندگی بیمہ پالیسی ہے" غلط ہے۔

صحیح بیان ہے "مُتغیر زندگی بیمہ ایک مستقل زندگی بیمہ پالیسی ہے"۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

وسائل کا بین دنیوی تقسیم کیا رجوع کرتا ہے؟

I. صحیح وقت آنے تک وسائل کی تقسیم کو بچانا
II. وقت کے ساتھ وسائل کی تقسیم
III. وسائل کی دنیوی تقسیم
IV. وسائل کی تقسیم کے تنوع

سوال 2

مندرجہ ذیل میں سے کون سی روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس کی ایک حد ہے؟

I. ان پالیسیوں پر زیادہ منافع ملتا ہے
II. دستبرداری قیمت پر پہنچنے کا واضح اور براہ راست طریقہ کار
III. اچھی طرح وضاحت کی نقد ی اور بچت قیمت اجزاء
IV. آمدنی کی شرح طے کرنا آسان نہیں ہے

سوال 3

یونیورسل زندگی بیمہ پالیسی پہلی بار کہاں شروع کی گئی تھی؟

I. امریکہ
II. گریٹ برطانیہ
III. جرمنی
IV. فرانس

سوال 4

ان میں سے کس کی مُتغیر زندگی بیمہ خریدنے کی سب سے زیادہ امکان ہے؟

I. مقرر آمدنی چاہنے والے لوگ
II. ایسے لوگ جو جوکھم سے ہچکتے ہیں اور ایکوئٹی میں نہیں اترنا چاہتے ہیں
III. ایکوئٹی کے ہموار جان کار لوگ
IV. عام نوجوان

سوال 5

یولپ کے تعلق سے نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. یونٹس کی قیمت پہلے سے مقرر ایک فارمولہ کے ذریعے طے کی جاتی ہے
II. سرمایہ کاری جوکھم بیمہ کمپنی کے ذریعے برداشت کیا جاتا ہے
III. یولپ اپنی مدت ، خرچ اور بچت اجزاۂ کے حوالے میں مبہم ہوتے ہیں
IV. یولپ بنڈل پروڈکٹ ہیں

سوال 6

ان میں سے سبھی مُتغیر زندگی بیمہ کی خصوصیات ہیں علاوہ:

I. لچیلے پریمیم کی ادائیگی
II. نقد قیمت کی ضمانت نہیں ہے
III. پالیسی مالک یہ انتخاب کرتا ہے کہ بچت کے ذخائر کی سرمایہ کاری کہاں کی جائے
IV. کم از کم موت منافع کی گارنٹی ہے

سوال 7

یونیورسل زندگی بیمہ کے تعلق سے ان میں سے کون سا آپشن صحیح ہے؟

بیان ۱: یہ پالیسی ہولڈر کو ادائیگی مختلف کرنے کی اجازت دیتا ہے

بیان ۲: پالیسی ہولڈر نقد قیمت پر رٹرن کی بازار پر بنیاد شرح حاصل کر سکتا ہے

I. ۱صحیح ہے
II. ۲صحیح ہے
III. ۱اور ۲ صحیح ہیں
IV. ۱ اور ۲غلط ہیں

سوال 8

یولپ کے تعلق سے ان میں سے سبھی صحیح ہیں سوائے:

I. یونٹ ہولڈر مختلف قسم کے فنڈوں کے درمیان انتخاب کر سکتا ہے
II. زندگی بیمہ کمپنی یونٹ قیمتوں کی گارنٹی دیتی ہے

III. یونٹوں کو ایک پریمیم کی ادائیگی کرکے یا باقاعدہ پریمیم ادائیگی کے ذریعے سے خریدا جا سکتا ہے
IV. یولپ پالیسی کی ساخت بیمہ خرچ اجزاء کے تعلق سے شفاف ہے

سوال 9

آئی آر ڈی اے ضابطوں کے مطابق ، کوئی بیمہ کمپنی مندرجہ ذیل میں سے کون سے غیر روایتی بچت زندگی بیمہ پروڈکٹ فراہم کرا سکتی ہے، جن کی بھارت میں اجازت ہے؟

آپشن ۱: یونٹ لنکڈ بیمہ منصوبے

آپشن ۲: مُتغیر بیمہ منصوبے

I. ۱- صرف۱
II. ۲- صرف ۲
III. ۳ - دونوں۱ اور ۲
IV. نہ تو ۱ نہ ہی ۲

سوال 10

زندگی بیمہ پروڈکٹس کا بنڈل کھولنا سے کیا مراد ہے؟

I. بانڈ کے ساتھ زندگی بیمہ پروڈکٹس کا ارتباط
II. ایکوئٹی کے ساتھ زندگی بیمہ پروڈکٹس کا ارتباط
III. تحفظ اور بچت عنصر کی مُغلم کاری
IV. تحفظ اور بچت عنصر کی علیحدگی

ذاتی امتحان کے سوالات کے جواب

جواب 1

II درست آپشن ہے-

وسائل کا بین دنیوی تقسیم وقت کے ساتھ وسائل کے تقسیم سے مراد ہے-

جواب 2

IV درست آپشن ہے-

روایتی زندگی بیمہ پروڈکٹس میں آمدنی کی شرح طے کرنا آسان نہیں ہے-

جواب 3

I درست آپشن ہے-

یونیورسل زندگی بیمہ پالسی سب سے پہلے امریکہ میں شروع کی گئی تھی-

جواب 4

III درست آپشن ہے۔

ایکوئٹی کے ہموار جان کار لوگوں کے ذریعے مُتغیر زندگی بیمہ خریدنے کی امکان سب سے زیادہ ہے۔

جواب 5

III درست آپشن ہے۔

یولپ اپنی مدت ، خرچ اور بچت اجزاء کے تعلق سے شفاف ہیں۔

جواب 6

I درست آپشن ہے۔

صحیح آپشن I ہے۔

مُتغیر زندگی بیمہ کے ساتھ پریمیم ادائیگی مقرر اور لچیلے نہیں ہوتے ہیں۔

جواب 7

III درست آپشن ہے۔

دونوں بیان صحیح ہیں۔ پریمیم ادائیگی کا لچیلاپن یونیورسل زندگی بیمہ کی ایک خصوصیت ہے۔ زندگی بیمہ کا یہ روپ پالیسی ہولڈر کو کچھ بازار پر بنیاد اِنڈیکس سے منسلک آمدنی کی شرح حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہے۔

جواب 8

II درست آپشن ہے۔

زندگی بیمہ کمپنی یولپ کے معاملے میں یونٹ قیمتوں کی گارنٹی نہیں دیتی ہے۔

جواب 9

III درست آپشن ہے۔

آئی آر ڈی اے کے پیرامیٹرز کے مطابق بھارت میں اجازت غیر روایتی بچت زندگی بیمہ پروڈکٹس میں یونٹ لنکڈ بیمہ منصوبے اور مُتغیر بیمہ منصوبے شامل ہیں۔

جواب 10

IV درست آپشن ہے۔

تحفظ اور بچت عنصر کے علیحدگی کا مطلب زندگی بیمہ پروڈکٹس کا بنڈل کھولنا ہے۔

باب 10

زندگی بیمہ کے استعمال

باب تعارف

زندگی بیمہ صرف قبل از وقت موت سے لوگوں کی حفاظت ہی نہیں کرتا ہے، بلکہ اسکے دیگر استعمال بھی ہیں۔ اسکا استعمال نتیجے بیمہ کے فوائد کے ساتھ ٹرسٹ کے قیام پر لاگو کیا جا سکتا ہے ؛ اسے صنعتوں کے اہم اہلکاروں کو کور کرنے والی ایک پالیسی بنانے اور رہن موچن کے لئے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ہم زندگی بیمہ کے ان مختلف پروگراموں کا مختصر میں وضاحت کرینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. الف - زندگی بیمہ کے استعمال

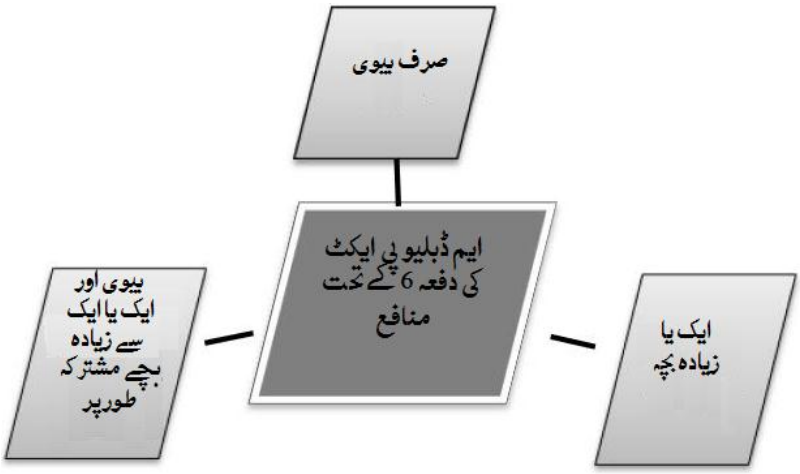
A. الف - زندگی بیمہ کے استعمال

1. شادی شدہ خواتین اثاثہ ایکٹ

زندگی بیمہ پالیسی میں ٹرسٹ کا تصور سالانہ وظیفے سمیت زندگی بیمہ پالیسی کے تحت فوائد کے منتقل /وراثت پر املاک چارج لاگو ہونے کی وجہ سے ضروری ہوا ہے۔ حالانکہ بھارت میں املاک چارج کے خاتمے کے ساتھ ٹرسٹ کی تصور کو اب ترجیح نہیں دی جاتی ہے، پھر بھی یہ اس موضوع کو توسیع سے سمجھنے کے لئے مفید ہے۔

شادی شدہ خواتین اثاثہ ایکٹ ، 1874 کی دفعہ 6 زندگی بیمہ پالیسی کے تحت بیوی اور بچوں کے لئے فوائد کی تحفظ کا پرویژن کرتی ہے۔ شادی شدہ خواتین اثاثہ ایکٹ ، 1874 کی دفعہ 6 ایک ٹرسٹ کے قیام کا بھی پرویژن کرتی ہے۔

شکل 1: ایم ڈبلیوپی ایکٹ کے تحت مستفید



اسکے مطابق اگر کسی شادی شدہ آدمی کے ذریعے اپنے خود کے زندگی پر زندگی بیمہ پالیسی لی جاتی ہے اور پالیسی کے اہم صفحہ پر یہ ظاہر ہو کہ وہ اسکی بیوی یا اسکی بیوی اور بچوں یا انمیں سے کسی کے بھی فائدے کے لیے لی گئی ہے تو اسے اس طرح اظہار دلچسپی کے مطابق اسکی بیوی ، یا اسکی بیوی اور بچے یا انمیں سے کسی کے بھی منافع کے لئے ایک ٹرسٹ مانا جائیگا، اور جب تک ٹرسٹ کی کوئی بھی چیز باقی ہے، وہ شوہر یا اسکے لینداروں کے کنٹرول کے مشروط ہوگی یا اسکے اثاثہ کا حصہ بنےگی۔

a) **ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے تحت پالیسی کی خصوصیات**

i. ہر ایک پالیسی ایک علحیدہ ٹرسٹ بنی رہے گی - بیوی یا بچہ (18 سال سے زیادہ کی عمر کا) ایک ٹرسٹی ہو سکتا ہے۔

ii. پالیسی کورٹ اٹیچمنٹ ، لینداروں اور یہاں تک کہ زندگی بیمہ دار کے کنٹرول سے باہر ہوگی۔

iii. دعویٰ رقم کی ادائیگی ٹرسٹیز کو کی جائے گی۔

iv. پالیسی کی دستبرداری نہیں کی جا سکتی اور نہ ہی نامزدگی یا تفویض کی اجازت ہے۔

v. اگر پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت فوائد کو حاصل اور منظم کرنے کے لئے کوئی ٹرسٹی مقرر نہیں کرتا ہے تو پالیسی کے تحت محفوظ رقم اس ریاست کے سرکاری ٹرسٹی کو قابل ادائیگی ہوتی ہے جسمیں بیمہ کرانے والا آفس واقع ہے۔

b) منافع

ٹرسٹ کا قیام ایک مُتغیرہ ، غیر قابلِ اصلاح اہل ٹرسٹ ولی کے تحت کیا جاتا ہے اور اس میں ایک یا ایک سے زیادہ بیمہ پالیسیاں ہو سکتی ہیں۔ زندگی بیمہ پالیسی کے تحت منافع کے ناطے ٹرسٹ کی اثاثہ کے انتظام کے لئے ایک ٹرسٹی مقرر کرنا اہم ہے۔ بیمہ پالیسیاں رکھنے کے لئے ایک ٹرسٹ بناکر پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت اور زندگی بیمہ دار فرد کی موت ہونے پر اپنے حقوق دیتاہے۔ ٹرسٹی بیمہ کی آمدنی کی سرمایہ کاری کرتی ہے اور ایک یا ایک سے زیادہ منافع مُستفیدوں کے لئے ٹرسٹ کا انتظام کرتا ہے۔

جہاں شوہر /بیوی اور بچوں کے منافع کے لئے ٹرسٹ بنانا ایک مشق ہے، مُستفید کوئی دیگر قانونی فرد ہو سکتا ہے۔ ٹرسٹ بنانے سے یقین کیا جاتا ہے کہ مُستفید کے نابالغ رہنے کے دوران پالیسی سے حاصل رقم کا سمجھداری سے سرمایہ کاری کی گئی ہے اور یہ آئندہ بھی قرض دہندگان کے خلاف فوائد کو محفوظ کرتا ہے۔

2. اہم فرد بیمہ

اہم فرد بیمہ کاروبار کی ایک اہم شکل ہے۔

تعریف
اہم فرد بیمہ کی وضاحت ایک کاروبار کے ذریعے کاروبار کے کسی اہم فرد کی موت یا توسیعی معذوری میں اضافہ سے پیدا ہونے والے مالیاتی نقصانات کے معاوضہ کے لئے لی جانے والی بیمہ پالیسی کے طور پر کی جا سکتی ہے۔

براہ راست لفظوں میں کہیں تو اہم فرد بیمہ ایک ایسا زندگی بیمہ ہے جس کا کاروباری تحفظ کے مقاصد کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ پالیسی کی مدت کاروبار کے لئے اہم فرد کے استعمال کی مدت سے زیادہ نہیں ہوتی ہے۔ اہم فرد بیمہ پالیسیاں عام طور پر کاروبار کے ذریعے لی جاتی ہیں اور اسکا مقصد ایک اہم آمدنی پروڈکٹ فرد کے نقصان کے ساتھ ہوئے نقصانوں کا معاوضہ کرنا اور کاروبار کی تسلسل بنائے رکھنا ہے۔ اہم فرد بیمہ خرچ کئے گئے اصل نقصانوں کا معاوضہ نہیں کرتا ہے بلکہ بیمہ پالیسی میں مخصوص ایک مقرر مانیٹری رقم کا ہی معاوضہ کرتا ہے۔

کئی کاروبار کے پاس ایک اہم فرد ہوتا ہے جو اکثریت منافع کے لئے ذمہ دار ہوتا ہے یا جس کے پاس منفرد اور تبدیل کرنے کے لئے مشکل مہارت ہے جیسے تنظیم کے لئے اہم دانشورانہ املاک - ایک

آجر ایسے کسی ملازم کے زندگی یا صحت پر اہم فرد بیمہ لے سکتا ہے جسکی معلومات ، کام یا مجموعی شراکت کو کمپنی کے لئے منفرد طور پر قیمتی مانا جاتا ہے۔

آجر ان لاگتوں (جیسے عارضی مدد کی خدمات کرائے پر لینا یا قائم مقام کی بھرتی کرنا) اور نقصانوں (جیسے قائم مقام کو تربیت کئے جانے تک کاروبار کو چلانے کی صلاحیت میں کمی) کی بھرپائی کرنے کے لئے ایسا کرتا ہے جس کا سامنا ایک اہم فرد کے نقصان کی حالت میں آجر کو کرنا پڑ سکتا ہے۔

اہم فرد ایک بیمہ پالیسی اصطلاح ہے جہاں بیمہ رقم کو اہم فرد کی اسکی آمدنی کے بجائے کمپنی کے منافع سے منسلک کر دیا جاتا ہے۔ پریمیم کی ادائیگی کمپنی کے ذریعے کی جاتی ہے۔ یہ ٹیکس موثر ہے کیونکہ پورے پریمیم کو کاروبار کے اخراجات کے طور پر دیکھا جاتا ہے۔ اگر اہم فرد کی موت ہو جاتی ہے تو کمپنی کو منافع کی ادائیگی کی جاتی ہے۔ ذاتی بیمہ پالیسیوں کے برعکس اہم فرد بیمہ میں موت منافع پر آمدنی کے طور پر ٹیکس لگایا جاتا ہے۔

بیمہ کمپنی بیمہ رقم کی تشخیص کرنے کے آرڈر میں کاروبار کے آڈیٹ کیے گئے مالیاتی بیانات اور داخل کئے گئے آئی ٹی ریٹرن کو دیکھے گی۔ عام طور پر کمپنی کو اہم فرد بیمہ کے اہل ہونے کے لئے منافع بخش ہونا چاہئے۔ کچھ معاملوں میں بیمہ کمپنیاں گھاٹا اٹھانے والی لیکن اچھی طرح سے مالی امداد شروعاتی کمپنیوں کے لئے اخراج بناتی ہیں۔

a) اہم فرد (کی مین) کون ہو سکتا ہے؟

اہم فرد کاروبار سے براہ راست طور پر منسلک کوئی بھی فرد ہو سکتا ہے جسکے نقصان کے سبب کاروبار کے لئے مالی کشیدگی پیدا ہو سکتی ہے۔ مثال کے لئے، وہ فرد کمپنی کا ایک ڈائریکٹر، ایک ساتھی، ایک اہم فروخت شخص، اہم پروجیکٹ مینیجر، یا مخصوص مہارت یا معلومات والا کوئی فرد ہو سکتا ہے جو کمپنی کے لئے مخصوص طور پر اہم ہوتا ہے۔

b) **قابلِ بیمہ نقصانات**

مندرجہ ذیل ایسے نقصان ہیں جن کے لئے اہم فرد بیمہ معاوضہ فراہم کر سکتا ہے:

i. توسیع مدت سے متعلقہ نقصان جب ایک اہم فرد کام کرنے میں قابل نہیں ہے، عارضی طور پر اہلکاروں کو فراہم کرانا اور ضرورت ہونے پر ایک متبادل کی بھرتی اور تربیت کی مالی اعانت

ii. منافع کی حفاظت کے لئے بیمہ۔ مثال کے طور پر، کھوئی ہوئی فروخت سے کھوئی ہوئی آمدنی کی بھرپائی کرنا، کسی پیشہ ورانہ پروجیکٹ کے تاخیر یا ردّ ہونے سے نقصان جسمیں اہم فرد شامل تھا، توسیع کے لیے موقع کا نقصان، مخصوص مہارت یا معلومات کا نقصان۔

3. رہن موچن بیمہ (ایم آرآئی)

مان لیجیے کہ آپ کوئی اثاثہ خریدنے کے لئے قرض لے رہے ہیں۔ آپ کو قرض کے انتظام کے ایک حصے کے طور پر بینک کے ذریعے رہن موچن بیمہ کے لئے ادائیگی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

a) ایم آرآئی کیا ہے؟

یہ ایک ایسی بیمہ پالیسی ہے جو گھر کے قرض لینے والوں کے لئے مالیاتی تحفظ فراہم کرتی ہے۔ یہ بنیادی طور پر ایک راہن کے ذریعے رہن قرض پر بقایا رقم کی ادائیگی کے لئے لی جانے والی گھٹتی مدت زندگی بیمہ پالیسی ہے، اگر قرض کو پوری طرح ادا کرنے سے پہلے اسکی موت ہو جاتی ہے۔ اسے ایک قرض محافظ پالیسی کہا جا سکتا ہے۔ یہ منصوبہ بندی بزرگ لوگوں کے لئے موزوں ہے جن کے آشرتوں کو پالیسی ہولڈر کے غیر متوقع طور پر انتقال کی صورت میں انکے قرض کو چکانے میں مدد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

b) **خصوصیات**

یہ پالیسی دستبرداری قیمت یا پختگی منافع پر اثر ڈالتی ہے۔ اس پالیسی کے تحت بیمہ کور معیادی بیمہ پالیسی کے برعکس ہر سال کم ہو جاتا ہے، جہاں پالیسی مدت کے دوران بیمہ کور مستحکم رہتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

رہن موچن بیمہ کے پیچھے مقصد کیا ہے؟

I. سستی رہن کی شرح کی سہولت فراہم کرنا
II. گھر کے قرض لینے والوں کے لئے مالیاتی تحفظ فراہم کرنا
III. رہن اثاثہ کی قیمت کی حفاظت کرنا
IV. ڈیفالٹ کے معاملے میں بےدخلی سے بچنا

خلاصہ

- شادی شدہ خواتین اثاثہ ایکٹ ، 1874 کی دفعہ 6 زندگی بیمہ پالیسی کے تحت بیوی اور بچوں کے لئے فوائد کی تحفظ فراہم کرتی ہے۔
- ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے تحت جاری کی گئی پالیسی کورٹ اٹیچمنٹ، قرض اور یہاں تک کہ زندگی بیمہ دار کے کنٹرول سے باہر ہوگی۔
- اہم فرد بیمہ کاروبار بیمہ کی ایک اہم شکل ہے۔ اسکی وضاحت ایک کاروبار کے ذریعے کاروبار کے کسی اہم فرد کی موت یا توسیعی صلاحیت میں اضافہ سے پیدا ہونے والے مالیاتی نقصانوں کی معاوضہ کے لئے لی گئی ایک بیمہ پالیسی کے طور پر کی جا سکتی ہے۔
- رہن موچن بیمہ بنیادی طور پر ایک راہن کے ذریعے رہن قرض پر بقایا رقم کی ادائیگی کے لئے لی جانے والی گھٹتی میعادی زندگی بیمہ پالیسی ہے، اگر قرض پوری طرح ادا کرنے سے پہلے اسکی موت ہو جاتی ہے۔

اہم اصطلاحات

1. شادی شدہ خواتین اثاثہ ایکٹ
2. اہم فرد بیمہ
3. رہن موچن بیمہ

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

II درست آپشن ہے۔

ایم آرآئی گھر کا قرض لینے والوں کے لئے مالیاتی تحفظ فراہم کرتا ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

اہم فرد بیمہ پالیسی کے تحت بیمہ رقم عام طور پر ان میں سے کس سے منسلک ہوتی ہے؟

I. اہم فرد کی آمدنی
II. کاروبار کے منافع
III. کاروبار کی تاریخ
IV. افراط زر کی شرح انڈیکس

سوال 2

رہن موچن بیمہ (ایم آرآئی) کو _____ کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے۔

I. بڑھتی مدت زندگی بیمہ
II. گھٹتی مدت زندگی بیمہ
III. مُتغیر زندگی بیمہ
IV. یونیورسل زندگی بیمہ

سوال 3

ان میں سے کون سے نقصان کو اہم فرد بیمہ کے تحت کور کیا جاتا ہے؟

I. اثاثہ کی چوری
II. توسیع مدت سے متعلقہ نقصانات جب کوئی اہم فرد کام کرنے میں قابل نہیں ہوتا ہے
III. عام ذمہ داری
IV. غلطیوں اور بھول کے سبب ہونے والے نقصان

سوال 4

ایک پالیسی ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے تحت لی گئی ہے۔ اگر پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت فوائد کو حاصل اور منظم کرنے کے لئے ایک مخصوص ٹرسٹی مقرر نہیں کرتا ہے تو پالیسی کے تحت محفوظ رقم _____ کو قابل ادائیگی ہو جاتی ہے۔

I. رشتہ داروں کے اگلے
II. ریاست کے سرکاری ٹرسٹی
III. انشورنس کمپنی

IV. بیمہ دار

سوال 5

مہیش نے ادھار کی سرمایہ سے ایک کاروبار چلایا۔ اسکے غیر متوقع انتقال کے بعد سبھی لین دار مہیش کے اثاثوں کو ہتھیانے کی پوری کوشش کر رہے ہیں۔ ان میں سے کون سا اثاثہ لینداروں کی پہنچ سے باہر ہے؟

I. مہیش کے نام کا اثاثہ
II. مہیش کے بینک کھاتے
III. ایم ڈبلیو پی ایکٹ کی دفعہ 6 کے تحت خریدی گئی میعادی زندگی بیمہ پالیسی
IV. مہیش کی ملکیت میوچوئل فنڈ

سوال 6

نیچے دیئے گئے آپشنوں میں سے کون سا ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے معاملوں کے حوالے میں صحیح ہے؟

بیان ۱: پختگی دعووں کے چیک پالیسی ہولڈرز کو ادائیگی کئے جاتے ہیں

بیان ۲: پختگی دعووں کے چیک ٹرسٹی کو ادائیگی کئے جاتے ہیں

I. ۱ صحیح ہے
II. ۲ صحیح ہے
III. ۱ اور ۲ دونوں صحیح ہیں
IV. نہ تو ۱ اور نہ ہی ۲ صحیح ہے

سوال 7

نیچے دیا گیا کون سا آپشن ایم ڈبلیو پی ایکٹ کے معاملوں کے حوالے میں صحیح ہے؟

بیان ۱: موت کے دعووں کا تصفیہ نامزدوں کے حق میں کیا جاتا ہے

بیان ۲: موت کے دعووں کا تصفیہ ٹرسٹیز کے حق میں کیا جاتا ہے

I. ۱ صحیح ہے
II. ۲ صحیح ہے
III. ۱ اور ۲ دونوں صحیح ہیں
IV. نہ تو ۱ اور نہ ہی ۲ صحیح ہے

سوال 8

اجے اپنے ملازمین کے لئے بیمہ پریمیم کی ادائیگی کرتا ہے۔ ان میں سے کون سے بیمہ پریمیم کو ملازم کو معاوضہ ادائیگی کے طور پر قابلِ کٹوتی نہیں مانا جائیگا؟

آپشن ۱: ملازم کو قابل ادائیگی منافع کے ساتھ صحت بیمہ

آپشن ۲: اجے کو قابل ادائیگی منافع کے ساتھ اہم فرد زندگی بیمہ

I. صرف ۱
II. صرف ۲
III. ۱ اور ۲ دونوں
IV. نہ تو ۱ اور نہ ہی ۲

سوال 9

ایسے مقروض سے سود وصول کرنے کی مشق جو اپنی اثاثہ ضمانت کے طور پر گروی رکھتے ہیں لیکن اثاثہ کا حق ان کے پاس چھوڑ دیتے ہیں، _____ کہلاتی ہے۔

I. تحفظ
II. رہن
III. سودخوری
IV. رہن نامہ

سوال 10

ان میں سے کون سی پالیسی گھر کے قرض لینے والوں کو تحفظ فراہم کر سکتی ہے؟

I. زندگی بیمہ
II. معذوری بیمہ
III. رہن موچن بیمہ
IV. عام بیمہ

ذاتی امتحان کے سوالات کے جواب

جواب 1

II درست آپشن ہے۔

اہم فرد بیمہ پالیسی کے تحت بیمہ رقم عام طور پر کاروبار کے منافع سے منسلک ہوتی ہے۔

جواب 2

IIدرست آپشن ہے۔

رہن موچن بیمہ (ایم آرآئی) کو گھٹتی مدت زندگی بیمہ کے تحت درجہ بندی کیا جا سکتا ہے۔

جواب 3

IIدرست آپشن ہے۔

توسیع مدت سے متعلقہ نقصانات کو اہم فرد بیمہ کے تحت کور کیا جاتا ہے، جب اہم فرد کام کرنے میں ناقابل ہوتا ہے۔

جواب 4

IIدرست آپشن ہے۔

اگر پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت فوائد کو حاصل اور منظم کرنے کے لئے ایک مخصوص ٹرسٹی مقرر نہیں کرتا ہے تو پالیسی کے تحت محفوظ رقم ریاست کے سرکاری ٹرسٹی کو قابل ادائیگی ہو جاتی ہے۔

جواب 5

IIIدرست آپشن ہے۔

ایم ڈبلیو پی ایکٹ کی دفعہ 6 کے تحت خریدی گئی مدت زندگی بیمہ پالیسی کورٹ اٹیچمنٹ اور لینداروں کی پہنچ سے باہر ہوتی ہے۔

جواب 6

IIدرست آپشن ہے۔

پختگی دعووں کے چیک ٹرسٹیز کو ادائیگی کئے جاتے ہیں۔

جواب 7

IIدرست آپشن ہے۔

موت دعووں کا تصفیہ ٹرسٹیز کے حق میں کیا جاتا ہے۔

جواب 8

IIدرست آپشن ہے۔

اجے کو قابل ادائیگی منافع کے ساتھ اہم فرد زندگی بیمہ کو ملازم کو معاوضہ ادائیگی کے طور پر کٹوتی اہل نہیں مانا جائیگا۔

جواب 9

IIدرست آپشن ہے۔

ایسے مقروض سے سود وصول کرنے کی مشق جو اپنی اثاثہ ضمانت کے طور پر گروی رکھتے ہیں لیکن اثاثہ کا حق انکے پاس چھوڑ دیتے ہیں، رہن کہلاتی ہے۔

جواب 10

IIIدرست آپشن ہے۔

رہن موچن بیمہ گھر کے لیے قرض لینے والوں کو تحفظ فراہم کر سکتا ہے۔

باب 11

زندگی بیمہ میں قیمت تعین اور تشخیص

باب تعارف

اس باب کا مقصد مُتعلِم کو زندگی بیمہ معاہدوں کی قیمتوں کا تعین اور فوائد میں شامل بنیادی عناصر سے متعارف کرانا ہے۔ ہم پہلے ان عناصر کی بحث کرینگے جو پریمیم بناتے ہیں اور پھر سرپلس اور بونس کی تصور پر مباحثہ کرینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

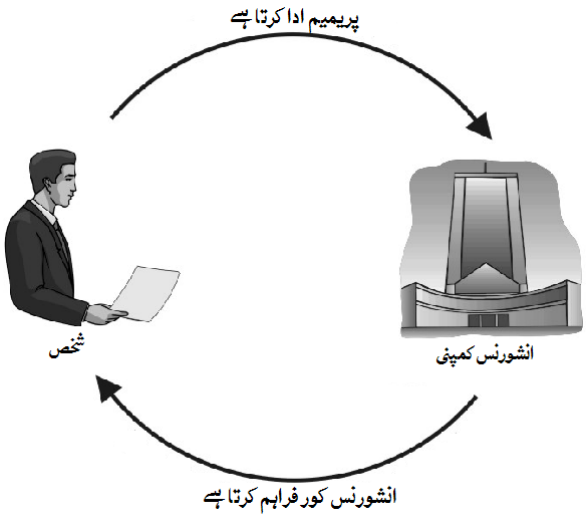
A. بیمہ قیمتوں کا تعین - بنیادی عنصر
B. سرپلس اور بونس

A. الف- بیمہ قیمتوں کا تعین - بنیادی عنصر

1. پریمیم

عام زبان میں پریمیم لفظ اس قیمت کو ظاہر کرتا ہے جس کی بیمہ پالیسی خریدنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے ادائیگی کی جاتی ہے۔ اسے عام طور پر بیمہ رقم کے ہر ہزار روپے پریمیم کی شرح کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے۔ یہ پریمیم شرح بیمہ کمپنیوں کے پاس شرح کے ٹیبل کی شکل میں دستیاب ہیں۔

شکل ۱ : پریمیم



ان ٹیبل میں پرنٹ کیے گئے شرح کو "آفس پریمیم" کے طور پر جانا جاتا ہے۔ یہ عام طور پر برابر سالانہ پریمیم ہے جن کی ہر ایک سال ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ زیادہ تر معاملوں میں پوری مدت میں یکساں رہتے ہیں اور سالانہ شرح کے طور پر ظاہر کئے جاتے ہیں۔

مثال

اگر ایک مقررہ عمر کے لئے بیس سال کی بندوبستی پالیسی کے لئے پریمیم 4،800 روپے ہے تو اسکامطلب ہے کہ 4،800 روپے بیس سال تک ہر سال ادا کئے جا ئینگے۔

حالانکہ کچھ ایسی پالیسیاں ہونا ممکن ہے جن میں پریمیم صرف پہلے کچھ سالوں میں قابل ادائیگی ہوتے ہیں۔ کمپنیوں کے پاس ایک مُشت پریمیم معاہدہ بھی ہوتے ہیں جن میں معاہدہ کی شروعات میں صرف ایک پریمیم قابل ادائیگی ہوتا ہے۔ یہ پالیسیاں عام طور پر سرمایہ کاری پر مبنی ہوتے ہیں۔

2. چھوٹ (رعایت)

زندگی بیمہ کمپنیاں قابل ادائیگی پریمیم پر کچھ قسم کی رعایتوں کی پیش کش کر سکتی ہیں۔ ایسی دو رعایتیں ہیں:

- ✓ بیمہ رقم کے لئے

✓ پریمیم ادائیگی کے لئے

a) بیمہ رقم کے لئے چھوٹ

بیمہ رقم کے لئے چھوٹ ان لوگوں کو دی جاتی ہے جو اعلی بیمہ رقم والی پالیسیاں خریدتے ہیں۔یہ اعلی قیمت کی پالیسیوں کی سروس فراہم کرنے میں بیمہ کمپنی کو ہونے والے فوائد کو گاہک تک پہنچانے کے ایک طریقے کے طور پر دی جا سکتی ہے۔ اس کی وجہ آسان ہے۔ چاہے بیمہ کمپنی 50،000 روپے کی پالیسی کی سروس فراہم کرتی ہو یا 5،00،000 روپے کی، دونوں کے لئے ضروری کوشش کی تعداد اور اس کے نتیجے میں ، ان پالیسیوں پر کارروائی کرنے کے اخراجات یکساں رہتے ہے۔ لیکن اعلی بیمہ رقم کی پالیسیاں زیادہ پریمیم حاصل کرتی ہیں اور اسلئے زیادہ منافع حاصل کرتی ہیں۔

b) **پریمیم ادائیگی کے لئے چھوٹ**

اسی طرح، پریمیم ادائیگی کے لئے چھوٹ دی جا سکتی ہے۔زندگی بیمہ کمپنیاں سالانہ نصف سالانہ ، سہ ماہی یا ماہانہ بنیاد پر پریمیم ادائیگی کرنے کی اجازت دے سکتی ہیں۔ موڈ جتنا زیادہ بار دوہرایا جائےگا، سروس کے اخراجات اتنے ہی زیادہ ہوگے۔ سالانہ اور نصف سالانہ طریقوں میں صرف سال میں ایک بار اکاؤنٹنگ شامل ہوتی ہے جبکہ سہ ماہی اور ماہانہ طریقہ کا مطلب ہے کہ عمل زیادہ بار دوہرایا جاتا ہے۔ اس طرح نصف سالانہ اور سالانہ پریمیم سہ ماہی یا ماہانہ قسم کے مقابلے میں انتظامی اخراجات میں بچت کو قابل کرتی ہے۔ اسکے علاوہ، سالانہ طریقہ کار میں بیمہ کمپنی پورے سال کے دوران اس رقم کا استعمال کر سکتی ہے اور اس پر سود حاصل کر سکتی ہے۔ اسلئے بیمہ کمپنیاں سالانہ اور نصف سالانہ طریقہ کار پر چھوٹ کی اجازت دے کر ان کے ذریعے سے ادائیگی کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کرینگی۔ وہ اس میں شامل اضافی انتظامی اخراجات کو کور کرنے کے لئے ادائیگی کی ماہانہ طریقہ کار میں کچھ اضافی انتظامی چارج بھی لے سکتی ہیں۔

3. **اضافی چارجز**

بیمہ دار افراد کے ایک گروپ کے لئے ٹیبل پریمیم وصول کیا جاتا ہے جو ایک اضافی جوکھم پیدا کرنے والے کسی بھی اہم عنصر کے مشروط نہیں ہیں۔ ایسے افراد کے زندگی کو معیاری زندگی کہا جاتا ہے اور لگائی گئی شرح کو عام شرح کے طور پر جانا جاتا ہے۔

اگر بیمہ کے لئے تجویز کرنے والا کوئی فرد دل کی بیماری یا ذیابیطس جیسی کچھ صحت کے مسائل سے دوچار ہے،، جو اسکے زندگی کے لئے خطرہ پیدا کر سکتے ہیں، تو ایسی زندگی کو دیگر معیاری زندگی کے تعلق سے غیر معیاری مانا جاتا ہے، ایسے میں بیمہ کار ایک صحت اضافی کے ذریعے سے اضافی پریمیم وصول کرنے کا فیصلہ کر سکتا ہے۔ اسی طرح سرکس کے ایکروبیٹ جیسے خطرناک پیشے میں لگے لوگوں پر پیشہ ورانہ اضافی لگایا جا سکتا

ہے۔ اس اضافی کے اس کے نتیجے میں قابل ادائیگی پریمیم ٹیبل پریمیم کے مقابلے میں زیادہ ہو جائیگا۔

اسی طرح بیمہ کمپنی کسی پالیسی کے تحت کچھ اضافی منافع فراہم کر سکتی ہے جو ایک اضافی پریمیم کے ادائیگی پر دستیاب ہیں۔

مثال

ایک زندگی بیمہ کمپنی دوہرے حادثہ منافع یا ڈی اے بی کی پیشکش کر سکتی ہے (جہاں موت کسی حادثہ کا نتیجہ ہونے کی حالت میں بیمہ رقم کی دوگنی رقم قابل ادائیگی ہوتی ہے)۔ اسکے لئے یہ ایک روپے ہر ہزار بیمہ رقم کا ایک اضافی پریمیم وصول کر سکتی ہے۔

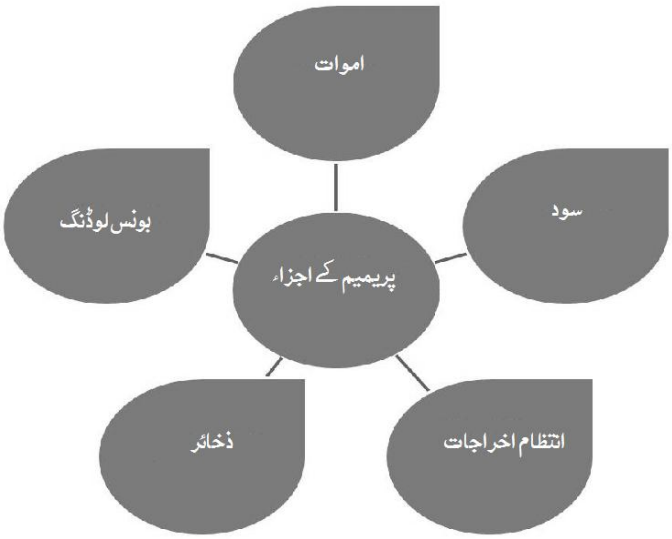
اسی طرح ہر ہزار اضافی بیمہ رقم کی ادائیگی کرکے مستقل معذوری منافع (پی ڈی بی) کے طور پر منافع حاصل کیا جا سکتا ہے۔

4. پریمیم کا تعین

آئیے، اب دیکھیں کہ زندگی بیمہ کمپنیاں کیسے ان شرح پر پہنچتی ہیں جو پریمیم ٹیبل میں پیش کی جاتی ہیں۔ یہ کام ایکچیئری کے ذریعے پورا کیا جاتا ہے۔ میعادی بیمہ، پوری زندگی اور بندوبستی جیسی روایتی زندگی بیمہ پالیسیوں کے معاملے میں پریمیم کے تعین کے عمل میں مندرجہ ذیل عناصر پر غور کیا جاتا ہے:

- ✓ اموات
- ✓ سود
- ✓ انتظام اخراجات
- ✓ ذخائر
- ✓ بونس لوڈنگ

شکل ۲ : پریمیم کے اجزاء



پہلے دو عنصر نیٹ پریمیم بناتے ہیں جبکہ دیگر عنصر گراس یا آفس پریمیم حاصل کرنے کے لئے نیٹ پریمیم پر لوڈ کئے جاتے ہیں۔

a) اموات اور سود

موت پریمیم کا پہلا عنصر ہے۔ یہ "اموات ٹیبل " کا استعمال کرکے مقرر کیا جاتا ہے جو ہمیں مختلف عمر کے لئے موت کی شرح کا ایک مفروضات دیتا ہے۔

مثال

اگر 35 سال کی عمر کے لئے اموات شرح 0.0035 ہے تو اسکا مطلب ہے کہ 35 سال کی عمر پر زندہ ہر 1000 لوگوں میں سے 3.5 (یا 10،000 میں سے 35) کے 35 اور 36 سال کی عمر کے درمیان مرنے کی توقع کی جاتی ہے۔
مختلف عمر کے لئے موت لاگت کا حساب کرنے کے لئے ٹیبل کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔ مثال کے لئے، 35 سال کی عمر کے لئے 0.0035 کی شرح کا مطلب ہے1000 (بیمہ رقم) = Rs. 3.50 روپے فی ہزار بیمہ رقم کی بیمہ لاگت۔

اوپر کی لاگت کو "جوکھم پریمیم" بھی کہا جا سکتا ہے۔زیادہ عمر کے لئے جوکھم پریمیم زیادہ ہوگا۔

مختلف عمر کے لئے ذاتی جوکھم پریمیموں کو جوڑکر ہم ان دعووں کے اخراجات حاصل کر سکتے ہیں جو ایک پوری مدت جیسے کہ 35 سے 55 سال کی عمر تک کے لئے قابل ادائیگی ہونے کی توقع کی جاتی ہے۔ ان دعووں کی کل لاگت سے ہمیں پالیسی کے تحت مستقبل کی ذمہ داریاں حاصل ہونگی، دوسرے الفاظ میں یہ ہمیں بتاتا ہے کہ مستقبل میں پیدا ہونے والے دعووں کی ادائیگی کرنے کے لئے ہمیں کتنی رقم کی ضرورت ہے۔
"نیٹ پریمیم" تک پہنچنے کے لئے پہلا قدم مستقبل دعویٰ اخراجات کے موجودہ قیمت کا تخمینہ لگانا ہے۔موجودہ قیمت کی تشخیص کرنے کا سبب ہے کہ ہم یہ پتہ لگانے کی کوشش کر رہے ہیں کہ مستقبل میں پیدا ہونے والے دعووں کو پورا کرنے کے لئے ہمیں آج کتنی تیار رقم کی ضرورت ہے۔ موجودہ قیمت کی تشخیص کرنے کا یہ عمل ہمیں پریمیم تعین کے اگلے عنصر مطلب "سود " تک لاتی ہے۔

سود براہ راست طور پر وہ چھوٹ کی شرح ہے جسے ہم مستقبل میں کئے جانے والے دعویٰ ادائیگی کے موجودہ قیمت پر پہنچنے کے لئے مان لیتے ہیں۔

مثال

اگر ہمیں پانچ سال کے بعد بیمہ کے اخراجات کو پورا کرنے کے لئے 5 روپے ہر ہزار کی ضرورت ہے اور ہم 6% کی سود شرح مان لیتے ہیں تو پانچ سالوں کے بعد قابل ادائیگی 5 روپے کی موجودہ قیمت $5 \times 1/(1.06)^5 = 3.74$ ہوگی۔

اگر ہم 6% کے بجائے 10% مان لیتے تو موجودہ قیمت صرف 3.10 ہوگی۔ دوسرے الفاظ میں سود کی شرح جتنی زیادہ مانی جائیگی، موجودہ قیمت اتنی ہی کم ہوگی

موت اور سود کے مطالعہ سے ہم دو اہم نتائج نکال سکتے ہیں :

- ✓ موت ٹیبل میں موت شرح جتنی زیادہ ہوگی، پریمیم اتنا ہی زیادہ ہوگا
- ✓ سود شرح جتنی زیادہ مانی جائیگی، پریمیم اتنا ہی کم ہوگا

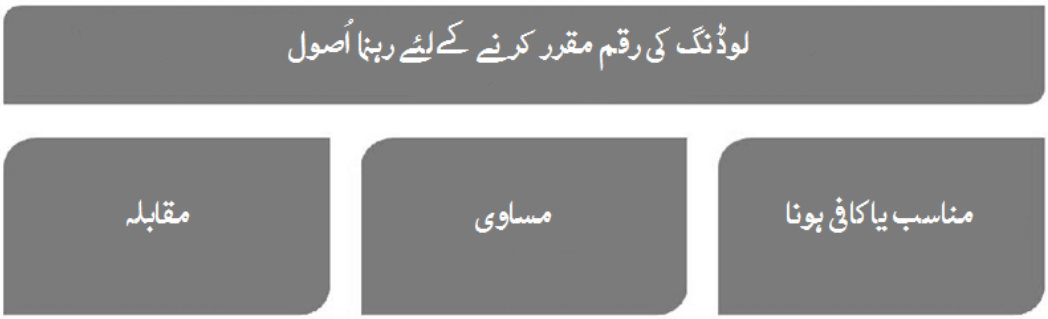
ایکچوریز محتاط اور کچھ قدامت پسند ہوتے ہیں، وہ عام طور پر ان موت شرح کو مانینگے جو انکے حقیقی تجربے کی توقع سے زیادہ ہوگی۔ اسکے علاوہ وہ اپنے سرمایہ کاری سے جو آمدنی حاصل کرنے کی توقع کرتے ہیں، اسکے مقابلے میں کم سود شرح فرض کریں گے.

نیٹ پریمیم

مستقبل کے تمام دعویٰ واجبات کی رعایتی موجودہ قیمت سے "نیٹ س پریمیم" نکلتا ہے۔ نیٹ ایک پریمیم سے ہم "نیٹ ورک سطح سالانہ پریمیم" حاصل کر سکتے ہیں۔ نیٹ ایک پریمیم کو یکساں بنایا جاتا ہے تاکہ یہ پریمیم ادائیگی مدت میں قابل ادائیگی ہو سکے۔

گراس پریمیم

شکل ۳ : لوڈنگ کی رقم مقرر کرنے کے لئے رہنما اُصول



گراس پریمیم نیٹ پریمیم اور لوڈنگ رقم کا جوڑ ہے۔ لوڈنگ کی رقم مقرر کرتے وقت تین تحفظات یا رہنما اصول ہیں :

i. **مناسب یا کافی ہونا**

سبھی پالیسیوں سے ملنے والا کل لوڈنگ کمپنی کے کل آپریٹنگ اخراجات کو کور کرنے کے لئے کافی ہونا چاہئے۔ اسے تحفظ کا ایک مارجن بھی فراہم کرنا چاہئے اور آخر میں اسے کمپنی کے منافع یا سرپلس میں شراکت کرنا چاہئے۔

ii. **مساوی**

اخراجات اور تحفظ مارجن وغیرہ منصوبہ بندی کے قسم ،

عمر اور مدت وغیرہ کی بنیاد پر مختلف قسم کی پالیسیوں کے درمیان برابر طور پر تقسیم ہونے چاہئیے۔ اسکے پیچھے یہ خیال ہے کہ پالیسی کے ہر ایک طبقات کو اپنے خود کے اخراجات کے لئے ادائیگی کرنا چاہئیے تاکہ ممکن حد تک پالیسی کا ایک طبقہ دوسرے کو اقتصادی مدد فراہم نہ کرے۔

iii. مقابلہ

نتیجے میں حاصل گراس پریمیم کمپنی کو اپنی مسابقتی پوزیشن میں سدھار کرنے کے لئے قابل ہونا چاہئیے۔ اگر لوڈنگ بہت زیادہ ہوتا ہے تو یہ پالیسیوں کو بہت مہنگا بنا دیگا اور لوگ انھیں نہیں خریدینگے۔

b) اخراجات اور ذخائر

زندگی بیمہ کمپنیوں کو روزانہ کے کام کاج متعلقہ مختلف قسم کے اخراجات اٹھانے پڑتے ہیں جن میں شامل ذیل ہیں:

- ✓ ایجنٹس تربیت اور بھرتی،
- ✓ ایجنٹوں کے کمیشن،
- ✓ عملے کی تنخواہوں،
- ✓ آفس رہائش،
- ✓ دفتر کی اسٹیشنری،
- ✓ بجلی کے نرخ،

دیگر متفرق وغیرہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے ان سبھی کی ادائیگی جمع کئے جانے والے پریمیموں سے کیا جانا چاہئیے۔ ان اخراجات کو نیٹ پریمیم میں لوڈ کیا جاتا ہے۔

زندگی بیمہ کمپنی دو قسم کے اخراجات کرتی ہے:

i. پہلا جسے "نئے کاروبار کے اخراجات " کے طور پر جانا جاتا ہے، معاہدہ کے ابتدائی سطح پر خرچ کیے جاتے ہیں

ii. اخراجات کی دوسری قسم جسے "تجدید اخراجات " کے طور پر جانا جاتا ہے، بعد کے سالوں میں خرچ کئے جاتے ہیں۔

ابتدائی یا نئے کاروبار کے اخراجات کافی ہو سکتے ہیں۔ زندگی بیمہ کمپنیوں کو قانون کے مطابق ریزرو کے طور پر کچھ مارجن رکھنے ضرورت ہوتی ہے جس سے یہ یقین ہوتا ہے کہ وہ اپنے ذمہ داریوں کو پورا کر سکتے ہیں، ایسی حالت میں جب ان کی حقیقی تجربے تخمینہ سے بدتر رہا ہو۔ ریزرو کے طور پر بنائے رکھے جانے والے ضروری مارجن کے ساتھ ساتھ ابتدائی اخراجات عام طور پر حاصل ابتدائی پریمیم کے مقابلے میں زیادہ ہوتے ہیں۔

اس طرح کمپنی ایک کشیدگی کا سامنا کرتی ہے جسے نئے کاروبار کے دباو کے طور پر جانا جاتا ہے۔ ابتدائی آوٹ فلو کو صرف بعد کے سالانہ پریمیموں سے وصول کیا جاتا ہے۔ اسکے پوشیدہ معنی یہ ہے کہ زندگی بیمہ کمپنیاں اخراجات کو پورا کئے جانے سے پہلے، ابتدائی سالوں میں بڑی تعداد میں اپنی

پالیسیوں کو ردّ یا ساقط ہونے کے اخراجات کو برداشت نہیں کر سکتی ہیں۔ نئے کاروبار کے دباؤ کا ایک دیگر پوشیدہ معنی یہ ہے کہ زندگی بیمہ کمپنیوں کو منافع کمانے میں قابل ہونے سے پہلے کچھ سالوں کی ابتدائی مدت کی ضرورت ہوگی۔

اخراجات بھی مختلف طریقوں سے مقرر ہوتے ہیں جو خرچ کے قسم پر انحصار کرتے ہے۔

i. مثال کے لئے، عام طور پر ایجنسی مینیجر وں/ترقی آفسران کے لئے کمیشن اور حوصلہ افزائی حاصل پریمیم کے فی صد کے طور پر طے کئے جاتے ہیں۔

ii. دوسری طرف، طبی ممتحن کی فیس اور پالیسی ٹکٹ جیسے اخراجات بیمہ رقم کی رقم یا پالیسی کی فیس قیمت کی بنیاد پر بدلتے ہیں اور انھیں بیمہ رقم سے متعلقہ مانا جاتا ہے۔

iii. اخراجات کی تیسری قسم تنخواہ اور کرایہ جیسے اوپری اخراجات کی ہے جو عام طور پر سرگرمیوں کی رقم کے ساتھ بدلتی ہے اور یہ نتیجے میں سروس فراہم کی جانے والی پالیسیوں کی تعداد پر انحصار کرتی ہے۔ پالیسیوں کی تعداد کے حوالے میں کاروبار کی تعداد جتنی زیادہ ہوگی، اوپری اخراجات اتنے ہی زیادہ ہو نگے۔

اوپر کی درجہ بندی کی بنیاد پر، نیٹ پریمیم میں عام لوڈنگ کے تین حصے ہو نگے

چوک اور اتفاقی واقعات

نیٹ پریمیم اور اخراجات کے لئے لوڈنگ کو فوائد اور اخراجات چارجس کے اندازے کے مطابق لاگت کو کور کرنے کے لئے ڈیزائن کیا گیا ہے جو زندگی بیمہ کمپنی پالیسی کی مدت کے دوران اٹھانے کی توقع کرتی ہے۔ بیمہ کمپنی کو لگاتار اس جوکھم کا سامنا بھی کرنا پڑتا ہے کہ حقیقی تجربے معاہدہ ڈیزائن کرنے کے سطح پر کئے گئے اندازوں سے الگ ہو سکتا ہے۔

جوکھم کا ایک ذریعہ چوک اور واپسی کا ہے۔ چوک کا مطلب یہ ہے کہ پالیسی ہولڈر پریمیموں کی ادائیگی کرنا بند کر دیتا ہے۔ واپسی کی صورت میں، پالیسی ہولڈر پالیسی کی دستبرداری کر دیتا ہے اور پالیسی کے ایکوائرڈ نقد قیمت سے ایک رقم حاصل کرتا ہے۔

چوک سنگین مسئلہ پیدا کر سکتے ہیں کیونکہ یہ عام طور پر پہلے تین سالوں کے اندر ہوتے ہیں، اس طرح کے سب سے زیادہ واقعات عام طور پر معاہدہ کے پہلے سال میں ہی ہوتے ہے۔ زندگی بیمہ کمپنیاں اسکے اس نتیجے میں پیدا ہونے والے پیش بندی کی لیکیجس میں ایک لوڈنگ شامل کرتی ہیں۔

زندگی بیمہ کمپنیوں کو اس امکانی نتیجہ کے لئے بھی تیار رہنا چاہئے کہ جن مفروضات کی بنیاد پر وہ اپنے پریمیم

مقرر کرتے ہیں وہ حقیقی تجربے سے الگ ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کی اتفاقی واقعہ دو وجوہات سے پیدا کر سکتے ہیں۔

c) منافع سمیت پالیسیاں اور بونس لوڈنگ

آئیے، ہم سنیں کہ منافع سمیت پالیسیوں کے ابھرنے کے بارے میں ایکچیوئری براین کاربی کا کیا کہنا تھا۔

"قریب دو سو سال پہلے، زندگی بیمہ کی شروعات میں اہم غیر یقینی صورتحال کی شرح اموات کی شرح تھی۔ اسکا حل ضرورت سے زیادہ پریمیم وصول کرنے کے طور پر اپنایا گیا۔ بیشک انکو یہ پتہ نہیں تھا کہ یہ پہلے سے بہت زیادہ تھے اسلئے تجزیہ صلاحیت کو مان لیا گیا، اور پھر جب یہ تشخیص کرنے کا کافی تجربے مجمع ہوا کہ اضافی یا اسکا کچھ حصہ بونس اضافہ کے طور پر پالیسی ہولڈرز کو واپس کیا جائے پر اسکے لئے پریمیم کیا ہونا چاہئیے۔ یہی ان روایتی منافع سمیت پالیسیوں کی بنیاد تھی جو آج ہم جاری کرتے ہے---"

منافع میں شرکت سے بھی پریمیموں میں "بونس لوڈنگ" نامی ایک عنصر کی شروعات ہوئی۔ پریمیم کے اندر منافع کے لئے اس طرح ایک مارجن دستیاب کرانے کا خیال تھا کہ یہ غیر متوقع اتفاقی واقعات کے خلاف ایک اضافی سہارے کے طور پر کام کرے اور بانٹے گئے زائد (بونس کے طور پر) کے پالیسی کے حصے کے لئے بھی ادائیگی کرے۔بونس لوڈنگ کی سہولت ایک وجہ تھی جس سے زندگی بیمہ کمپنیاں اپنی طویل مدتی سولوینسی صلاحیت اور سرمایہ موزونیت کے بارے میں پُر یقین ہو گئی تھیں۔

مختصر میں ہم کہہ سکتے ہیں کہ :

گراس پریمیم = کل پریمیم + اخراجات کے لئے لوڈنگ + اتفاقی واقعات کے لئے لوڈنگ + بونس لوڈنگ

اگر ہم مان لیتے ہیں کہ اوپر کی لوڈنگ ایک ساتھ ملکر گراس پریمیم (جی پی) کے 'کے' فی صد کا ایک کل مجموعہ بنتا ہے تو ہم گراس پریمیم نکال سکتے ہیں، یہ دیکھتے ہوئے کہ نیٹ پریمیم (این پی) اس طرح حاصل ہے

جی پی = این پی + کے (جی پی) GP = NP + K (GP)

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

پالیسی میں چوک کا کیا مطلب ہے؟

I. پالیسی ہولڈر پالیسی کے لئے پورا پریمیم ادائیگی کرتا ہے
II. پالیسی ہولڈر پالیسی کے لئے پریمیم کی ادائیگی بند کر دیتا ہے
III. پالیسی پختگی حاصل کرتی ہے
IV. پالیسی کو بازار سے واپس لے لیا جاتا ہے

B. سرپلس اور بونس

1. سرپلس اور بونس کا تعین

ہر زندگی بیمہ کمپنی سے اپنی اثاثوں اور واجبات کا ایک متواتر تشخیص کرانے کی توقع کی جاتی ہے۔ اس طرح کے تشخیص کے دو مقاصد ہیں:

i. زندگی بیمہ کمپنی کی مالیاتی حالت کی تشخیص کرنے کے لئے، دوسرے الفاظ میں، یہ مقرر کرنے کے لئے کہ یہ سالوینٹس ہے یا غیر سالوینٹس

ii. پالیسی ہولڈرز /شیئر ہولڈرز میں تقسیم کے لئے دستیاب اضافی کا تعین کرنے کے لئے

تعریف

ذمہ داری قیمت کے مقابلے میں اثاثوں کی قیمت زیادہ ہونا سرپلس کہلاتا ہے۔ مقابل ادائیگی منفی ہے تو اسے ایک دباؤ کے طور پر جانا جاتا ہے۔

آئیے، اب ہم دیکھیں کہ زندگی بیمہ کے حوالے میں سرپلس کا تصور کسی فرم کے منافع کے تصور سے کیسے الگ ہے۔

کمپنیوں میں عام طور پر منافع کے دو اور مفروضات ہوتے ہیں۔ اکاؤنٹنگ کےمطلب میں، منافع کو ایک مخصوص اکاؤنٹنگ مدت کے لئے اخراجات پر آمدنی کی زائدکے طور پر وضاحت کی گئی ہے، یہ منافع اور نقصان کے اکاؤنٹ کا حصہ ہے. منافع کمپنی کی بیلینس شیٹ کا حصہ بھی بنتا ہے - اسے واجبات پر اثاثہ کی زائد کے طور پر وضاحت کیا جاسکتا ہے۔ بیلینس شیٹ منافع پی اینڈ ایل کھاتے میں منافع کی عکاسی کرتا ہے - دونوں معاملوں میں، منافع کی شناختی کے لئے ایکس پوسٹ نقطہ نظر اپنایا جاتا ہے۔

مثال

31 مارچ 2013 کو ایکس وائے زیڈ فرم کا منافع اس تاریخ تک اسکی آمدنی میں سے اخراجات دھراتے ہوئے یا اسکی اثاثہ میں سے ذمہ داری کم کرتے ہوئے ظاہر کیا گیا ہے۔

دونوں معاملوں میں، منافع واضح طور پر بیان اور پہچانا گیا ہے۔

کیا ہم زندگی بیمہ کی تشخیص کے معاملے میں اسی طرح کے منطق کو لاگو کر سکتے ہیں اور واجبات اور اثاثوں کو مخصوص کر سکتے ہیں؟

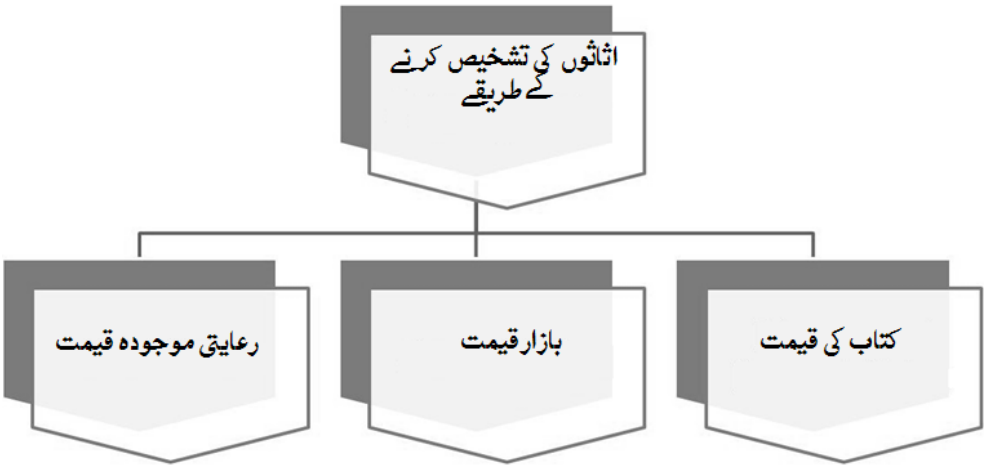
ایسے معاملے میں، سرپلس کو اس طرح وضاحت کیا جائیگا

سرپلس = اثاثے - ذمہ داریاں

جہاں پالیسیوں کے ایک بلاک کے لئے پیدا ہونے والی متوقع ذمہ داریوں کو مستقبل کے دعووں کی موجودہ قیمت کے طور پر مقرر کیا جاتا ہے،وہیں اخراجات اور دیگر متوقع ادائیگی کو پریمیم

کے موجودہ قیمت میں سے گھٹاتے ہوئے ان پالیسیوں سے حاصل ہونے کی توقع کی جاتی ہے۔

شکل 4 : اثاثوں کی تشخیص کرنے کے طریقے



اثاثوں کی تشخیص تین میں سے کسی بھی ایک طریقے سے کی جاتی ہے

i. **کتاب کی قیمت پر**

یہ وہی قیمت ہے جس پر زندگی بیمہ کمپنی نے اپنا اثاثہ خریدا یا حاصل کیا ہے۔

ii. **بازار قیمت پر**

بازار میں زندگی بیمہ کمپنی کے اثاثوں کی قیمت

iii. **رعایتی موجودہ قیمت**

مختلف اثاثوں سے مستقبل میں ہونے والی آمدنی اور اسے موجودہ قیمت پر رعایت کرنا۔

مسئلہ یہ ہے کہ ذمہ داری پر ایک بالکل درست قیمت نہیں رکھی جا سکتی ہے کیونکہ کوئی بھی صاف طور پر یہ اندازہ نہیں لگا سکتا کہ مستقبل میں کیا ہوگا۔ واجبات کی قیمت اموات ، سود ، اخراجات اور استواری جیسے عوامل کے بارے میں مفروضات پر انحصار کرتی ہے جو مستقبل کی واجبات کے موجودہ قیمت کی تشخیص کرتے وقت کئے جاتے ہیں۔ یہی سبب ہے کہ زندگی بیمہ میں ہم منافع کے بجائے سرپلس لفظ کا استعمال کرتے ہیں۔

اس طرح سرپلس یہ جاننے کا طریقہ ہے کہ اثاثوں اور واجبات کی تشخیص کیسے کی گئی ہے۔

i. جب کوئی زندگی بیمہ کمپنی اپنی تشخیص میں بہت قدامت پسند ہوتی ہے تو اسکے نتیجے میں واجبات کی زیادہ تشخیص ہوگی جبکہ اثاثوں کی تشخیص کم کی جاتی ہے۔ اسکے نتیجے میں اعلان کیا گیا سرپلس کم ہو جائیگا۔ اسکا مطلب ہے کہ موجودہ پالیسی ہولڈرز کے درمیان تقسیم کے لئے کم بونس دستیاب ہوگا۔ لیکن یہ بیمہ کمپنی کی مالی صحت میں اہم کردار ادا

کرے گا۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ سرپلس کی حقیقی رقم اعلان سرپلس کے مقابلے میں زیادہ ہے اور مستقبل کے لئے اعلی پرویژن رکھے جا سکتے ہیں۔ اس سے مستقبل کے پالیسی ہولڈرز کو منافع ہوگا۔

ii. دوسری طرف، اگر اثاثوں اور واجبات کی تشخیص آزادانہ طور پر کی جاتی ہے تو اسکے برعکس نتیجہ ہو سکتا ہیں۔ موجودہ پالیسی ہولڈر مستقبل کے پالیسی ہولڈرز کے خرچ پر فائدہ مند ہو نگے۔

زندگی بیمہ کمپنی کو موجودہ اور مستقبل کے پالیسی ہولڈرز کے درمیان صحیح توازن قائم رکھنا چاہئے۔

2. سرپلس کی تقسیم

زندگی بیمہ کمپنی کے حقیقی تجربے مفروضات سے بہتر ہونے کے نتیجے میں سرپلس پیدا ہوتا ہے۔ منافع سمیت معاہدوں کے تحت، زندگی بیمہ کمپنی اس طرح کے موافق فرق (حقیقی اور متوقع نتائج کے درمیان) کے منافع پالیسی ہولڈرز کو دینے کے لئے پابند ہے جنہوں نے منافع میں حصہ داری کرنے پر سہمتی ظاہر کی ہے اور ان منافع سمیت پالیسیوں کو خریدا ہے۔

ساتھ ہی ساتھ، سرپلس وہ ذرائع بھی ہے جسمیں سے کمپنی کی بنیادی سرمایہ (اسکی ایکوئٹی یا مجموعی مالیت) بڑھ سکتی ہے۔ اس مطلب میں، زندگی بیمہ کمپنی کا سرپلس ایک عام کمپنی کے منافع کے برابر ہے جسے بانٹا نہیں گیا ہے بلکہ رکھ لیا گیا ہے۔ انھیں "برقرار آمدنی " کے طور پر جانا جاتا ہے۔ یہ کمپنی کی مالی صحت میں شراکت کرتے ہیں۔
آئیے، اب ہم دیکھیں کہ مقرر کئے جانے والے سرپلس کو کیسے مختص کیا جائیگا۔

a) مُقدرت(سولوینسی) صلاحیت کی ضروریات

سب سے پہلے، واجبات کے مقابلے میں اثاثوں کے زیادہ کے ایک حصے کو مستقبل کی غیر متوقع مخالفتوں کی حالت میں پالیسی ہولڈر کے تحفظ کے لئے رکھا جانا چاہئے۔ مُقدرت(سولوینسی) صلاحیت (سالوینسی) مارجن کو واجبات پر سرپلس اثاثہ کے اس حصے کے طور پر وضاحت کیا جا سکتا ہے جسے مخصوص طور پر متوقع اور حقیقی تجربے کے درمیان کسی بھی غیر متوقع انحراف حل کرنے کے لئے ایک سہارے کے طور پر الگ کرکے رکھا جاتا ہے۔

b) مفت اثاثے یا اثاثے

غیر متعین سرپلس رکھنے کا دوسرا مقصد (تقسیم کے لئے) مفت اثاثوں کی سطح کو بڑھانا ہے۔ مفت اثاثے بلا کفالت ہوتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں، کسی بھی ذمہ داری کو پورا کرنے کے لئے انکی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ اس طرح زندگی بیمہ کمپنی انکا استعمال کرنے کے لئے آزاد ہوتی ہے۔ زندگی بیمہ کمپنیوں کو دو وجوہات کےلئے اس طرح کی مفت اثاثہ بنائے رکھنے کی ضرورت ہے۔

سب سے پہلے کمپنیوں کو نئے کاروبار کے مالی اعانت کے لئے سرمایہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ ہم نے پہلے ہی دیکھا ہے کہ کیسے انکو اپنے نئے کاروبار کے دباو کو فنڈڈ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

مفت اثاثے زندگی بیمہ کمپنی کو اپنی سرمایہ کاری کی حکمت عملی کے انتخاب میں زیادہ سے زیادہ منافع اٹھانے کا موقع اور آزادی بھی دیتی ہے۔ یہ ایسی کمپنیوں کے لئے اہم ہو جاتا ہے جنہیں اعلی اور زیادہ مُسابقتی آمدنی (رٹرن) پیدا کرنے اور دستیاب کرانے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ایک بار تقسیم سرپلس اعلان ہو جانے کے بعد اگلا کام زندگی بیمہ کمپنی کے پالیسی ہولڈر کے درمیان ان کی تقسیم (شیر ہولڈرز کے درمیان تقسیم کے لئے ایک حصے کو چھوڑنے کے بعد، اگر کوئی ہو) مقرر کرنے کا ہے۔ بھارت میں اس مقصد کے لئے مقبول طریقہ "بونس نظام" کے ذریعے سے ہے جہاں سرپلس کو ایک بونس کے طور پر تقسیم کیا جاتا ہے۔یہ نظام برطانیہ ، بھارت اور کئی دیگر ملکوں میں مقبول ہے۔

3. بونس

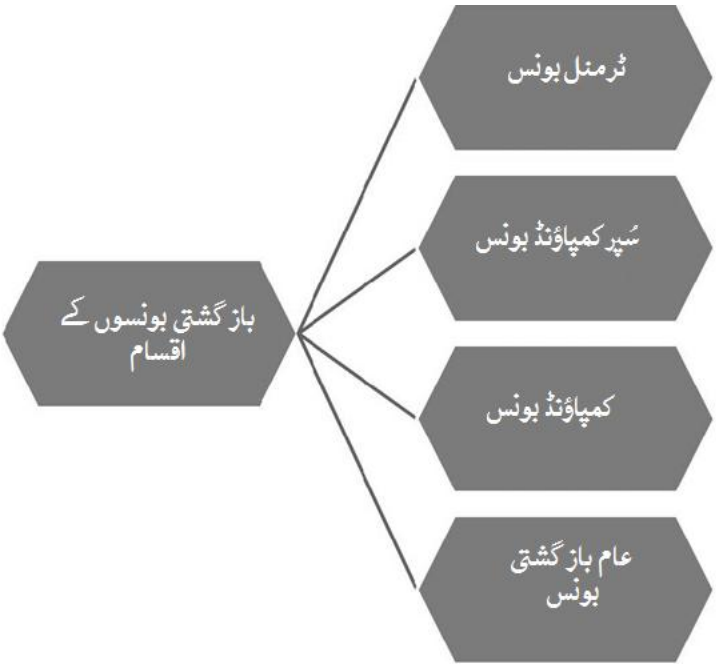
بونس کی ادائیگی معاہدہ کے تحت قابل ادائیگی بنیادی منافع کے اضافی کے طور پر کی جاتی ہے۔ عام طور پر یہ بنیادی بیمہ رقم یا بنیادی پینشن میں ہر سال ایک اضافی رقم کے طور پر دکھائی دے سکتی ہے۔ مثال کے لئے، اسے 60 روپے ہر ہزار بیمہ رقم (یا بیمہ رقم کا 60%) کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے۔

بونس کا سب سے عام شکل باز گشتی بونس ہے۔کمپنی سے ہر سال اس طرح کے بونس اضافہ کا اعلان کرنے کی امید کی جاتی ہے۔ ایک بار اعلان ہونے کے بعد یہ جڑ جاتے ہیں اور انھیں الگ نہیں کیا جا سکتا ہے۔ یہ کمپنی کی واجبات کا حصہ بن جاتے ہیں۔ انھیں "باز گشتی بونس" کہا جاتا ہے کیونکہ یہ پالیسی ہولڈر کو صرف تبھی حاصل ہوتا ہے جب معاہدہ موت یا پختگی سے دعویٰ بن جاتا ہے۔

بونس دستبرداری پر بھی قابل ادائیگی ہو سکتے ہیں۔ ایسے معاملوں میں اکثر یہ مقرر کیا جاتا ہے کہ معاہدہ کو اہل بننے کے لئے ایک مقرر مدت (جیسے 5 سال) تک رن کیا گیا ہونا چاہئے۔

باز گشتی بونسوں کے اقسام

شکل ۱ : باز گشتی بونسوں کے اقسام



i. عام باز گشتی بونس

یہ معاہدہ کے تحت بنیادی نقد منافع کے فی صد کے طور پر ظاہر کیا جاتا ہے۔ مثال کے لئے، بھارت میں اسے ہر ہزار بیمہ رقم کی رقم کے طور پر اعلان کیا جاتا ہے۔

ii. کمپاؤنڈ بونس

یہاں کمپنی بنیادی منافع اور پہلے سے جڑے بونسوں کے فی صد کے طور پر بونس اعلان کرتی ہے۔ اس طرح یہ بونس پر ایک بونس ہے۔ اسے ظاہر کرنے کا ایک طریقہ @ 8٪ کی بنیادی بیمہ رقم سمیت پہلے سے جڑے بونس کے طور پر ہو سکتا ہے۔

iii. ٹرمنل بونس

جیسا کہ نام سے پتہ چلتا ہے، یہ بونس صرف اپنی معاہدی اختتام (موت یا پختگی کے ذریعے) پر معاہدہ سے منسلک ہوتا ہے۔ یہ بونس بعد کے سالوں کے بارے میں کسی بھی عزم کے بنا صرف نتیجہ میں سال کے دعووں کے لئے اعلان کیا جاتا ہے (باز گشتی بونس کے معاملے کی طرح)۔ اس طرح 2013 کے لئے اعلان ٹرمنل بونس صرف 2013-14 کے دوران پیدا ہوئے دعووں کے لئے لاگو ہوگا، نہ کہ بعد کے سالوں کے لئے۔

آخر میں ، ٹرمنل بونس معاہدہ کی وقت کی مدت پر انحصار کرتے ہیں اور مدت بڑھنے کے ساتھ بڑھ جاتے ہیں۔ اس طرح 25 سال تک چلے ایک معاہدہ کے لئے ٹرمنل بونس 15 سال تک چلے معاہدہ کے مقابلے میں زیادہ ہوگا۔

ٹرمنل بونس اس مسئلہ کے ایک حل کے طور پر (برطانیہ میں) سامنے آئے تھے کہ غیر موصولہ بڑے فوائد کو کیسے دیکھا جائے جو شیئر اور اثاثہ میں سرمایہ کاری بڑھنے کے نتیجے

میں حاصل کئے گئے تھے۔ انھیں ایک مشت ادائیگی کے طور پر دےکر اور ان کو وقت کے ساتھ جوڑ کر زندگی بیمہ کمپنیوں نے ان بونسوں کو بنائے رکھنے کی مسئلوں کا حل کر لیا۔ یہ پالیسی ہولڈرز کے درمیان یکسانیت حاصل کرنے کا طریقہ بھی بن گیا۔

4. شراکت طریقہ کار

سرپلس کی تقسیم کا ایک دیگر طریقہ "شراکت طریقہ کار " کا ہے جو شمالی امریکہ میں اپنایا گیا ہے۔اس طریقہ کار میں سرپلس کے تین ذرائع پر دھیان دیا جاتا ہے - اضافی سود ، موت بچت اور اخراجات اور دیگر لوڈنگ کے تعلق سے ہونے والی بچت۔

اس طرح اضافی اموات ، سود اور اخراجات کے تعلق سے بیتے سال میں جو واقع ہونے کی توقع کی گئی تھی اور جو اصل میں واقع ہوا اسکے فرق سے نکالا جاتا ہے۔

اعلان کئے گئے منافع کا مندرجہ ذیل چار طریقوں میں سے ایک میں استعمال کیا جا سکتا ہے

i. یہ نقد منافع کی شکل میں ادا کیا جا سکتا ہے

ii. مستقبل کے پریمیموں میں ایڈجسٹمنٹ اور کمی کے طور پر

iii. تیسرا طریقہ پالیسی میں غیر قابلِ ضبطی ادا اضافی کی خرید کی اجازت دینا ہے۔

iv. آخر میں پالیسی کھاتے میں سود کے ساتھ منافع جمع کرنے کی اجازت دی جا سکتی ہے۔اسے پالیسی ہولڈر کے آپشن پر یا صرف معاہدہ کے آخر میں واپس لیا جا سکتا ہے۔

5. یونٹ لنکڈ پالیسیاں

جیسا کہ اوپر مباحثہ کیا گیا ہے، روایتی "منافع سمیت " پالیسیوں میں زندگی بیمہ کمپنی کے ذریعے ادائیگی کئے جانے والے بونسوں اور انکی سرمایہ کاری کے پرفارمنس کا ایک تعلق ہوتا ہے۔ تاہم یہ تعلق براہ راست نہیں ہوتا ہے۔ پالیسی ہولڈر کا بونس بیمہ کمپنی کی اثاثوں اور واجبات کے متواتر تشخیص کے دوران اعلان کئے جانے والے سرپلس سے مقرر ہوتا ہے۔ نتیجے میں ، بونس کی ساخت براہ راست طور پر بیمہ کمپنی کی بنیادی اثاثوں کی قیمت کی عکاسی نہیں کرتی ہے۔

ایک بار پھر تشخیص کے تحت بونس عام طور پر سال میں صرف ایک بار ہی اعلان کیے جاتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ یہ اثاثوں کی قیمت میں روزانہ اتار چڑھاؤ کو عکاسی نہیں کر سکتے ہیں۔ یونٹ لنکڈ پالیسیاں صاف طور پر اوپر بتائی گئی کچھ حدود سے چھٹکارا پانے کے لئے بنائی گئی ہیں۔

ان میں پروڈکٹس کے ڈیزائن کا ایک الگ نظریہ ہوتا ہے اور یہ اُصولوں کے ایک الگ سیٹ پر عمل کرتے ہیں۔

a) یونٹ بنانا

ان پالیسیوں کی اہم خصوصیت یہ ہے کہ انکے منافع دعویٰ ادائیگی قابل ادائیگی ہونے کی تاریخ کو پالیسی ہولڈر کے کھاتے میں جمع کئے گئے یونٹوں کی قیمت سے مکمل یا جزوی مقرر ہوتے ہیں۔ سرمایہ کاری فنڈ کے کئی برابر حصوں میں تقسیم کے ذریعے سے ایک یونٹ بنایا جاتا ہے۔

b) شفاف ساخت

یونٹ لنکڈ پروڈکٹ کے معاملے میں بیمہ تحفظ کے لئے چارج اور اخراجات کے اجزاء واضح طور پر مخصوص ہوتے ہیں۔ پریمیم سے ان چارجس کی کٹوتی کر لئے جانے کے بعد کھاتے کی بقایا رقم اور اسکی آمدنی کو یونٹوں میں سرمایہ کاری کیا جاتا ہے۔ ان یونٹوں کی قیمت سرمایہ کاری کے ایک پہلے مقرر انڈیکس کے حوالے میں طے کیا جاتا ہے۔

یہ ایک اُصول یا فارمولا کے ذریعے نکالا جاتا ہے جسکے بارے میں پہلے بتایا گیا ہے۔ دو آزاد افراد اس فارمولہ پر عمل کرکے منافع کے ایک ہی مفروضات پر پہنچیں گے۔ دوسرے الفاظ میں، پالیسی ہولڈر کے منافع زندگی بیمہ کمپنی کے مفروضات اور قوت فیصلہ پر انحصار نہیں رہتے ہیں۔

c) قیمت تعین

بندوبستی جیسی روایتی منصوبوں میں بیمہ دار خریدی جانے والی بیمہ رقم طے کرتا ہے۔ بیمہ رقم ضمانت شدہ ہوتی ہے اور پریمیم اس طرح مقرر کیا جاتا ہے کہ یہ موت ، سود اور اخراجات کے دیئے گئے اندازوں پر اس رقم کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی ہوگا۔ اگر حقیقی تجربے پریمیم مقرر کرتے وقت کئے گئے اندازوں کے مقابلے میں بہتر ہوتے ہیں تو منافع بونس کے طور پر دیا جاتا ہے۔

یونٹ لنکڈ پالیسیوں کے تحت بیمہ دار یہ طے کرتا ہے کہ وہ باقاعدہ وقفوں پر کتنی پریمیم رقم کی شراکت کر سکتا ہے۔ پریمیم ایک کم از کم رقم کے مشروط ، جس کی ادائیگی کرنا ضروری ہو سکتا ہے، مختلف ہو سکتے ہیں۔ بیمہ کور ادائیگی کئے گئے پریمیموں کا ملٹی پل ہوتا ہے – مثال کے لئے، یہ سالانہ پریمیم کا دس گنا ہو سکتا ہے۔

پریمیم کو تین حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے –

i. سب سے پہلے ایک پالیسی تقسیم چارج (پی اے سی) ہوتا ہے جسمیں ایجنٹ کا کمیشن، پالیسی تعین لاگت، انتظامی اخراجات اور مختص چارج شامل ہوتے ہیں۔

ii. دوسرے اجزاء موت چارج ہے جو جوکھم کور فراہم کرنے کے اخراجات ہے۔

iii. اوپر کی دونوں اخراجات کو پورا کرنے کے بعد پریمیم کی بقایا رقم یونٹوں کی خرید کے لئے مختص کی جاتی ہے۔

پریمیموں کے تناسب کے طور پر پی اے سی روایتی اور یولپ دونوں قسم کے منصوبوں کے تحت ابتدائی سالوں میں اعلی ہوتی ہے۔ روایتی پالیسی کے تحت ان چارجس کو تقسیم کرکے پالیسی مدت کے دوران پھیلا دیا جاتا ہے۔ حالانکہ یولپ کے معاملے میں انھیں ابتدائی پریمیم سے ہی کاٹ لیا جاتا ہے۔ اسکا مطلب ہے کہ ابتدائی مراحل میں چارج سرمایہ کاری کے لئے مختص کی جانے والی رقم کو کافی کم کر دینگے۔ یہی سبب ہے کہ فوائد کی قیمت کے مقابلے میں پریمیم ادائیگی بہت کم ہوگی۔ اصل میں یہ معاہدہ کے ابتدائی سالوں میں پریمیم ادائیگی کے مقابلے میں کم ہوگا۔

d) سرمایہ کاری کے جوکھم کو برداشت کرنا

آخر میں ، چونکہ یونٹوں کی قیمت زندگی بیمہ کمپنی کے سرمایہ کاری کی قیمت پر انحصار کرتی ہے، یہاں ایک جوکھم یہ ہے کہ یہ یونٹ قیمت توقع سے کم ہو سکتے ہیں اور اس کے نتیجے میں ریٹرن کم اور یہاں تک کہ منفی ہو سکتے ہیں۔ حالانکہ زندگی بیمہ کمپنی سے ایک موثر اور محتاط طریقے سے ان کی سرمایہ کاری کا انتظام کرنے کی امید کی جاتی ہے، پھر بھی یہ یونٹ قیمتوں کے بارے میں کوئی گارنٹی نہیں دیتی ہے۔ دوسرے الفاظ میں، سرمایہ کاری کے جوکھم کو پالیسی ہولڈر /یونٹ ہولڈر کے ذریعے برداشت کیا جاتا ہے۔ تاہم زندگی بیمہ کمپنی موت اور اخراجات کے جوکھم برداشت کر سکتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

یولپ کے معاملے میں سرمایہ کاری جوکھم کو کون برداشت کرتا ہے؟

I. بیمہ کمپنی
II. بیمہ دار
III. ریاست
IV. آئی آر ڈی اے

خلاصہ

- عام زبان میں، پریمیم لفظ بیمہ پالیسی خریدنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے ادائیگی کئے جانے والی قیمت کو ظاہر کرتا ہے۔
- زندگی بیمہ پالیسیوں کے لئے پریمیم مقرر کرنے کے عمل میں اموات ، سود ، اخراجات کے انتظام اور ذخائر کے بارے میں غور کیا جانا شامل ہے۔
- نیٹ پریمیم میں لدان جوڑتے ہوئے گراس پریمیم حاصل ہوتا ہے۔
- چوک کا مطلب ہے کہ پالیسی ہولڈر نے پریمیم کی ادائیگی کرنا بند کر دیا ہے۔ واپسی کے معاملے میں، پالیسی ہولڈر پالیسی کی دستبرداری کرتا ہے اور پالیسی کی ایکوائرڈنقد قیمت سے رقم حاصل کرتا ہے۔
- زندگی بیمہ کمپنی کا حقیقی تجربہ اسکے مفروضات سے بہتر ہونے کی حالت میں سرپلس پیدا ہوتا ہے۔
- مُقدرت(سولوینسی) صلاحیت کی ضروریات کو بنائے رکھنے، مفت اثاثوں میں اضافہ کرنے، وغیرہ کے لیے سرپلس تقسیم کیا جا سکتا ہے۔
- بونس کی سب سے عام شکل باز گشتی بونس ہے۔

اہم اصطلاحات

1. پریمیم
2. چھوٹ (رعایت)
3. بونس
4. سرپلس
5. ریزرو
6. لدان (لوڈنگ)
7. باز گشتی بونس

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

IIدرست آپشن ہے۔

پالیسی ہولڈر کے ذریعے پریمیم ادائیگی بند کر دینا پالیسی میں چوک کہلاتا ہے۔

جواب 2

IIدرست آپشن ہے۔

یولپ کے معاملے میں بیمہ دار سرمایہ کاری کے جوکھم کو برداشت کرتا ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

بیمہ پالیسی کے تعلق سے "پریمیم" لفظ کیا ظاہر کرتا ہے؟

I. بیمہ کمپنی کے ذریعے حاصل منافع
II. پالیسی خریدنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے کیا گیا قیمت کی ادائیگی
III. کسی پالیسی پر بیمہ کمپنی کے مارجن
IV. پالیسی پر بیمہ کمپنی کے ذریعے کئے گئے اخراجات

سوال 2

ان میں سے کون سا زندگی بیمہ پریمیم کے تعین کا ایک عنصر نہیں ہے؟

I. اموات
II. چھوٹ
III. ذخائر
IV. انتظام اخراجات

سوال 3

پالیسی واپسی کیا ہے؟

I. پالیسی ہولڈر کے ذریعے پریمیم ادائیگی بند کرنا
II. حاصل دستبرداری قیمت کے لئے بدلے میں پالیسی کی دستبرداری
III. پالیسی اپ گریڈ
IV. پالیسی گھٹا

سوال 4

مندرجہ ذیل میں سے سرپلس مقرر کرنے کا کون سا طریقہ ہے؟

I. ضرورت سے زیادہ ذمہ داری
II. ضرورت سے زیادہ کاروبار
III. اثاثوں پر واجبات کی اضافی قیمت
IV. واجبات پر اثاثوں کی زیادہ قیمت

سوال 5

ان میں سے کون یولپ پریمیم کا ایک حصہ نہیں ہے؟

I. پالیسی مختص چارج
II. سرمایہ کاری جوکھم پریمیم
III. اموات چارج
IV. معاشرتی تحفظ چارج

سوال 6

زندگی بیمہ کمپنیاں _____ کی بنیاد پر قابل ادائیگی پریمیم پر خریدار کے لئے رعایت کی پیشکش کر سکتی ہیں۔

I. خریدار کے ذریعے منتخب کی گئی بیمہ رقم

II. خریدار کے ذریعے منتخب کی گئی پالیسی کی قسم
III. خریدار کے ذریعے منتخب کی گئی منصوبہ بندی کی مدت
IV. خریدار کے ذریعے منتخب کی گئی ادائیگی کا طریقہ کار (نقد، چیک، کارڈ)

سوال 7

پریمیم تعین کرتے وقت استعمال کئے جانے والے اہم اجزاء میں سود شرح شامل رہتی ہیں۔ سود کی شرح کے تعلق سے نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. سود شرح جتنی کم معنی جائیگی، پریمیم اتنا ہی کم ہوگا
II. سود شرح جتنی زیادہ معنی جائیگی، پریمیم اتنا ہی زیادہ ہوگا
III. سود شرح جتنی زیادہ معنی جائیگی، پریمیم اتنا ہی کم ہوگا
IV. سود شرح پریمیموں کو متاثر نہیں کرتی ہیں

سوال 8

نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. نیٹ پریمیم پر عام لوڈنگ کے 3 حصے ہو نگے: الف) پریمیموں کے لئے ایک فلیٹ رقم ب) ہر ایک '1000 بیمہ رقم ' کے لئے ایک فلیٹ رقم ت) فی پالیسی ایک فلیٹ رقم
II. نیٹ پریمیم پر عام لوڈنگ کے 3 حصے ہو نگے: الف) پریمیموں کا ایک فی صد ب) ہر ایک '1000 بیمہ رقم ' کے لئے ایک فلیٹ رقم ت) فی پالیسی ایک فلیٹ رقم
III. نیٹ پریمیم پر عام لوڈنگ کے 3 حصے ہو نگے: الف) پریمیموں کا ایک فی صد ب) ہر ایک '1000 بیمہ رقم ' کے لئے ایک فلیٹ فی صد ت) فی پالیسی ایک فلیٹ رقم
IV. نیٹ پریمیم پر عام لوڈنگ کے 3 حصے ہو نگے: الف) پریمیموں کا ایک فی صد ب) ہر ایک '1000 بیمہ رقم ' کے لئے ایک فلیٹ رقم ت) فی پالیسی ایک فی صد رقم

سوال 9

بیمہ کمپنیوں کے ذریعے اثاثوں کی تشخیص کے تعلق سے ، _____ وہ قیمت ہے جس پر زندگی بیمہ کمپنی نے اپنی جائیداد خریدی یا حاصل کی ہیں۔

I. رعایتی مستقبل کی قیمت
II. رعایتی موجودہ قیمت
III. مارکیٹ کی قیمت
IV. فیس قیمت

سوال 10

_____ کے معاملے میں، کمپنی بنیادی منافع اور پہلے سے دیئے گئے بونسوں کے ایک فی صد کے طور پر بونس اعلان کرتی ہے۔

I. باز گشتی بونس
II. کمپاؤنڈ بونس

III. ٹرمنل بونس
IV. استواری بونس

ذاتی امتحان کے سوالات کے جواب

جواب 1

II درست آپشن ہے۔

پالیسی خریدنے کے لئے بیمہ دار کے ذریعے ادا کئے گئے قیمت کو پریمیم کہا جاتا ہے۔

جواب 2

II درست آپشن ہے۔

زندگی بیمہ پریمیم کا تعین کرنے میں چھوٹ ایک عنصر نہیں ہوتا ہے۔

جواب 3

IIدرست آپشن ہے۔

حاصل دستبرداری قیمت کے بدلے میں پالیسی دستبرداری کرنے کو پالیسی واپسی کہا جاتا ہے۔

جواب 4

IV درست آپشن ہے

واجبات کے مقابلے میں اثاثوں کی زیادہ قیمت سرپلس مقرر کرنے کا ایک طریقہ ہے۔

جواب 5

IVدرست آپشن ہے۔

یولپ پریمیم میں پالیسی تقسیم چارج ، سرمایہ کاری جوکھم پریمیم اور اموات چارج شامل رہتے ہیں۔

جواب 6

I درست آپشن ہے۔

زندگی بیمہ کمپنیاں خریدار کے ذریعے منتخب کی گئی بیمہ رقم کی بنیاد پر قابل ادائیگی پریمیم پر خریدار کے لئے چھوٹ کی پیش کش کر سکتی ہیں۔

جواب 7

III درست آپشن ہے۔

سود شرح جتنی زیادہ معنی جائیگی، پریمیم اتنا ہی کم ہوگا

جواب 8

IIدرست آپشن ہے۔

نیٹ پریمیم پر عام لوڈنگ کے 3 حصے ہو نگے: الف) پریمیموں کا ایک فی صد ب) ہر ایک '1000 بیمہ رقم ' کے لئے ایک فلیٹ رقم فی پالیسی ایک فلیٹ رقم

جواب 9

IV درست آپشن ہے۔

بیمہ کمپنیوں کے ذریعے اثاثوں کی تشخیص کیے جانے کے تعلق سے فیس قیمت وہ قیمت ہے جس پر زندگی بیمہ کمپنی نے اپنی جائیداد خریدی یا حاصل کی ہوتی ہیں۔

جواب 10

II درست آپشن ہے۔

کمپاؤنڈ بونس کے معاملے میں، کمپنی بنیادی منافع اور پہلے سے دئیے گئے بونسوں کے ایک فی صدی کے طور پر بونس اعلان کرتی ہے۔

باب 12
دستاویز کاری - تجویز مرحلے

باب تعارف

زندگی بیمہ صنعت میں ہم بڑی تعداد کے فارمس اور دستاویزوں کے ساتھ کام کاج کرتے ہیں۔ یہ بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کے درمیان تعلقات میں وضاحت لانے کے مقصد سے ضروری ہیں۔ اس باب میں اس تجویز مرحلے میں شامل مختلف دستاویزات اور ان کی اہمیت کے بارے میں جانینگے۔ ہم جن دستاویزوں پر غور کرینگے ان میں شامل ہیں -

i. پراسپیکٹس
ii. تجویز فارم
iii. ایجنٹ کی رپورٹ
iv. طبی جانچ کی رپورٹ
v. اخلاقی جوکھم کی رپورٹ
vi. عمر کا ثبوت
vii. اپنے گاہک کو جانئے (کے وائے سی) دستاویز

سیکھنے کے ماحاصل

زندگی بیمہ - تجویز مرحلے کی دستاویز کاری

A. الف۔ زندگی بیمہ - تجویز مرحلے کی دستاویز کاری

1. پراسپیکٹس

تعریف

ایک پراسپیکٹس بیمہ کمپنیوں کے ذریعے استعمال کیا جانے والا ایک رسمی قانونی دستاویز ہے جو مصنوعات کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔

پراسپیکٹس میں پالیسی کی خرید کے تعلق میں ایک ممکنہ پالیسی ہولڈر کے ذریعے ایک مُطلع فیصلہ لینے کے لئے ضروری تمام حقائق شامل ہونے چاہئیے۔

زندگی بیمہ کمپنی کے ذریعے استعمال کئے جانے والے پراسپیکٹس میں اسکی ہر ایک بیمہ منصوبہ بندی کے تحت مندرجہ ذیل باتوں کا ذکر ہونا چاہئیے:

i. شرائط و ضوابط
ii. فوائد کا دائرہ کار - ضمانت اور غیرضمانت
iii. استحقاق
iv. مستثنیات
v. منصوبہ بندی شرکت ہے یا غیرشرکت

پراسپیکٹس ایک تعارفی دستاویز کی طرح ہے جو کمپنی کے پروڈکٹس سے واقف ہونے میں ممکنہ پالیسی ہولڈر کی مدد کرتا ہے۔

2. تجویز فارم (پرپوزل فارم)

بیمہ پالیسی بیمہ کمپنی اور پالیسی ہولڈر کے درمیان کیے جانے والا ایک قانونی معاہدہ ہے۔ جیسا کہ کسی بھی معاہدہ کے لئے ضروری ہوتا ہے، اس میں ایک تجویز اور اسکی منظوری ہوتی ہے۔ تجویز بنانے کے لئے استعمال کئے جانے والے درخواست دستاویز کو عام طور پر "تجویز فارم " کے طور پر جانا جاتا ہے۔ تجویز فارم میں الخط تمام حقائق دونوں پارٹیوں پر پابند ہوتے ہیں اور اسکے مندرجات کو سمجھنے میں رہی ناکامی دعویٰ تصفیے کی صورت میں منفی نتائج کا سبب بن سکتی ہے۔

تعریف

تجویز فارم کو آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈر کے مفادات کی حفاظت) ضابطے ، 2002 کے تحت اس طرح بیان کیا گیا ہے:
"اسکا مطلب ہے بیمہ کے لئے تدبیر کنندہ کے ذریعے بھرا جانے والا ایک ایسا فارم جسمیں کسی جوکھم کے تعلق میں بیمہ کمپنی کے لئے ضروری تمام مواد کے بارے میں معلومات پیش کی جائیگی جو جوکھم کو لینے کے لئے، بیمہ کمپنی کو یہ طے کرنے میں قابل بنائیگا کہ جوکھم کو منظور کیا جائے یا انکار، اور جوکھم کو منظور کئے جانے کی صورت میں فراہم کئے جانے والے کور کی شرح ، شرائط و ضوابط کیا ہونگے۔"

ان قواعد و ضوابط کے مقصد کے لئے "مواد " کا مطلب اور اس میں بیمہ کمپنی کے ذریعے کور کئے جانے والے جوکھم کے ہامیداری

کے تناظر میں سبھی اہم ، ضروری اور متعلقہ معلومات شامل ہوگی۔

اہم

چہاں آئی آر ڈی اے نے تجویز فارم کو بیان کیا، فارم کے ڈیزائن اور مواد کو بیمہ کمپنی کے صوابدید پر کھلا چھوڑ دیا گیا۔ تاہم ، پالیسی ہولڈر وں، بچولیوں، محتسب اور بیمہ کمپنیوں سے موصول رائے کی بنیاد پر آئی آر ڈی اے نے فارم اور تجویز فارم کے مواد کو معیاری کرنا ضروری سمجھا۔

آئی آر ڈی اے نے آئی آر ڈی اے (زندگی بیمہ کے لئے معیاری تجویز فارم) ضابطے ، 2013 جاری کیا ہے۔ حالانکہ آئی آر ڈی اے نے ڈیزائن اور مواد مقررہ کر دی ہے، اس نے اضافی معلومات حاصل کرنے کے لئے بیمہ کمپنیوں کو لچیلاپن فراہم کیا ہے۔ تجویز فارم میں نہ صرف تدبیر کنندہ اور پیش زندگی بیمہ دار کے لئے بلکہ اس بیچوان کے لئے بھی تفصیلی ہدایات شامل ہیں جو پالیسی لے کر آتا ہے اور فارم کو بھرنے میں مدد کرتا ہے۔

3. ایجنٹ کی رپورٹ

ایجنٹ بنیادی اَنڈر رائٹر ہے۔ جوکھم تشخیص کے لئے متعلقہ ، پالیسی ہولڈر کے بارے میں سبھی مواد حقائق اور تفصیلات کا خلاصہ ایجنٹ کے ذریعے اسکی رپورٹ میں کیا جانا ضروری ہے۔ صحت ، عادات، پیشہ، آمدنی اور خاندان کی تفصیلات کا رپورٹ میں ذکر کیا جانا ضروری ہے۔

4. طبی جانچ کی رپورٹ

کئی معاملات میں، بیمہ زندگی کی ایک ایسے ڈاکٹر کے ذریعے طبی طور پر جانچ کرانی ہوتی ہے جو بیمہ کمپنی کے ذریعے جیوری کی فہرست میں مندرج کیا ہے۔ اونچائی، وزن، بلڈ پریشر ، کارڈیک اسٹیٹس وغیرہ جیسی جسمانی خصوصیات سے متعلق تفصیلات ڈاکٹر کے ذریعے اپنی رپورٹ میں درج اور ذکر کئے جاتے ہیں جسے طبی ممتحن کی رپورٹ کہتے ہیں۔

ہمیں یہ دھیان رکھنا چاہئے کہ کئی تجاویز کی ہامیداری اور بیمہ کے لئے منظوری طبی جانچ کی مانگ کئے بنا ہوتی ہے۔ انھیں غیر طبی معاملوں کے طور پر جانا جاتا ہے۔ طبی ممتحن کی رپورٹ کی ضرورت عام طور پر اس وقت ہوتی ہے جب غیر طبی ہامیداری کے تحت تجویز پر غور نہیں کیا جا سکتا ہے کیونکہ پیش رقم یا پیش زندگی کی عمر زیادہ ہے یا کچھ ایسی خصوصیات ہیں جن کا خلاصہ تجویز میں کیا گیا ہے جو ایک طبی ممتحن کی جانچ اور رپورٹ کی مانگ کرتے ہیں۔

اس سے بیمہ کمپنی کے اَنڈر رائٹر کو قابلِ بیمہ زندگی کی موجودہ صحت کی پوزیشن کا ایک بیورا مل جاتا ہے۔

5. اخلاقی خطرے کی رپورٹ

زندگی بیمہ ایک فرد اور بیمہ کمپنی کے درمیان کیا جانے والا ایک معاہدہ ہے جو ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرتا ہے اگر پالیسی کی مدت کے دوران کور کئے گئے فرد کی موت ہو جاتی ہے تو جب آپ زندگی بیمہ خریدتے ہیں، آپ کو درخواست بھرنے اور جسمانی امتحان کے لئے پیش کرنے سمیت کئی ہامیداری کے طریقہ کارکے ذریعے جانا چاہئے۔ جوکھم کو متاثر کرنے والا ایک عنصر ، جسکی اَنڈر رائٹرس کو تلاش ہوتی ہے، اسے اخلاقی خطرہ کہا جاتا ہے۔

تعریف

اخلاقی خطرے میں یہ امکان رہتا ہے کہ زندگی بیمہ پالیسی خریدنے کے نتیجہ کے طور پر گاہک کا رویہ بدل سکتا ہے اور اس طرح کے بدلاوٗ سے نقصان کے امکان بڑھ جائیگے۔

مثال

جان ڈو نے حال ہی میں ایک زندگی بیمہ پالیسی خریدی ہے۔ پھر اس نے ایک ایسے مقام پر سکیئنگ مہم پر جانے کا فیصلہ کیا جسکے بارے میں زمین پر سب سے خطرناک سکیئنگ مقامات میں سے ایک ہونے کی اطلاع ملی تھی۔ ماضی میں اس نے اس طرح کے مہموں میں جانے سے انکار کر دیا تھا۔

زندگی بیمہ کمپنیاں ایسے افراد کے ذریعے زندگی بیمہ کی خرید سے منافع کمانے کی کوشش کرنے کے امکان کے خلاف سرکشا چاہتی ہیں جو اپنی خود کی زندگی یا دیگر فرد کی زندگی ختم کرنے جیسے ذرائع کو اپناتے ہیں۔ اسلئے زندگی اَنڈر رائٹر ایسے کسی بھی عنصر کی تلاش کرتے ہیں جو اس طرح کے جوکھم کی تجویز دے سکتا ہے۔

اس مقصد کے لئے، کمپنی کو بیمہ کمپنی کے کسی اہلکارکے ذریعے اخلاقی خطرہ رپورٹ پیش کئے جانے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس رپورٹ کے پورا ہونے سے پہلے رپورٹنگ اہلکارکو تدبیر کنندہ کی شناخت کے بارے میں اپنے آپ کو مطمئن کر لینا چاہئے۔ اسے رپورٹ پوری کرنے سے پہلے ترجیحی بنیاد پر اس فرد سے اسکے رہائش گاہ پر جاکر ملنا چاہئے۔ رپورٹنگ افسر کو قابلِ بیمہ زندگی کے صحت اور عادات ، پیشہ، آمدنی ، سماجی پس منظر اور مالی پوزیشن وغیرہ کے بارے میں آزادانہ پوچھ تاچھ کرنی چاہئے۔

6. عمر کا ثبوت

ہم نے پہلے ہی دیکھا ہے کہ زندگی بیمہ میں اموات کا جوکھم عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ اسلئے عمر وہ عنصر ہے جس کا استعمال بیمہ کمپنیاں قابلِ بیمہ زندگی کی جوکھم پروفائل تعین کرنے میں کرتی ہیں۔ اس کے مطابق ہر ایک عمر کے گروپ کے لئے ایک پریمیم چارج کیا جاتا ہے۔ اس طرح عمر کے ثبوت کے ایک مناسب دستاویز کی جانچ کرکے صحیح عمر کی تصدیق کرنا زندگی بیمہ میں اہمیت رکھتی ہے۔

درست عمر ثبوت معیاری یا غیر معیاری ہو سکتا ہے.

a) عمر کے معیاری ثبوت

عمر کے معیاری ثبوت مانے جانے والے کچھ دستاویز اس طرح ہیں:

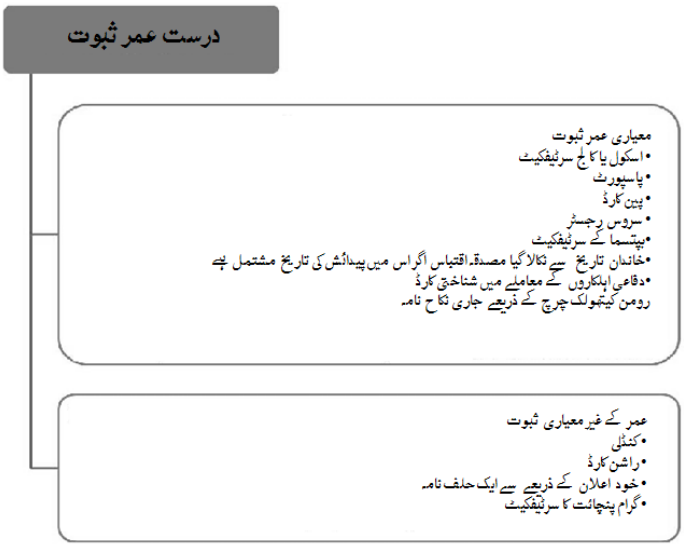
i. اسکول یا کالج کا سرٹیفکیٹ
ii. میونسپل کے ریکارڈ سے نکالا گیا پیدائش کا سرٹیفکیٹ
iii. پاسپورٹ
iv. پین کارڈ
v. سروس رجسٹر
vi. بپتسما کے سرٹیفکیٹ
vii. خاندان تاریخ سے نکالا گیا مصدقہ اقتباس اگر اس میں پیدائش کی تاریخ مشتمل ہے
viii. دفاعی اہلکاروں کے معاملے میں شناختی کارڈ
ix. رومن کیتھولک چرچ کے ذریعے جاری نکاح نامہ

b) عمر کے غیر معیاری ثبوت

جب اوپر کی طرح عمر کے معیاری ثبوت دستیاب نہیں ہوتے ہیں تو زندگی بیمہ کمپنی ایک غیر معیاری عمر ثبوت پیش کرنے کی اجازت دے سکتی ہے۔ غیر معیاری عمر ثبوت مانے جانے والے کچھ دستاویز ہیں :

i. کنڈلی
ii. راشن کارڈ
iii. خود اعلان کے ذریعےسے ایک حلف نامہ
iv. گرام پنچائت کا سرٹیفکیٹ

شکل 1: درست عمر ثبوت



7. اینٹی منی لانڈرنگ (اے ایم ایل)

تعریف
منی لانڈرنگ (کالے دھن کو درست کرنا) غیر قانونی پیسے کے غیر قانونی بنیاد کو چھپا کر اسے معیشت میں لانے کا عمل ہے تاکہ یہ قانونی طور پر حاصل کیا گیا ظاہر ہو سکے۔ بھارت سرکار نے منی لانڈرنگ کی سرگرمیوں پر لگام لگانے کے لئے پی ایم ایل اے ، 2002 کو لاگو کیا ۔

منی لانڈرنگ روک تھام ایکٹ (پی ایم ایل اے)، 2002 کالے دھن کو درست کرنے والی سرگرمیوں کو کنٹرول کرنے کے لئے اور منی لانڈرنگ سے حاصل کی گئی جائیداد کی ضبطگی کے لئے 2005 سے عمل میں آیا۔یہ منی لانڈرنگ کا ذکر ایک ایسے جرم کے طور پر کرتا ہے جو تین سے سات سال کے سخت قید اور 5 لاکھ روپے تک کے جرمانہ کے ساتھ سزا دی جاسکتی ہے۔

ہر ایک بیمہ کمپنی کو ایک اے ایم ایل پالیسی رکھنا اور اس کے مطابق آئی آر ڈی اے کے پاس اسکی ایک کاپی درج کرانا ضروری ہے۔ اے ایم ایل پروگرام میں درج ذیل باتیں شامل ہونی چاہئیے:

i. اندرونی پالیسیاں ، طریقہ کار اور کنٹرول

ii. پرنسپل کمپالئنس افسر کی تقرری

iii. اے ایم ایل اقدامات پر ایجنٹوں کی بھرتی اور تربیت

iv. اندرونی آڈٹ /کنٹرول

8. اپنے گاہک کو جانیں (کے وائے سی)

"اپنے گاہک کو جانیں" کسی کاروبار کے ذریعے اپنے گاہکوں کی شناخت کی توثیق کرنے کے لئے استعمال کیا جانے والا عمل ہے۔بینک اور بیمہ کمپنیاں شناخت کی چوری، مالی فراڈ اور منی لانڈرنگ کو روکنے کے لئے تیزی سے اپنے گاہکوں سے تفصیلی معلومات کا مطالبہ کر رہی ہیں۔

کے وائے سی ہدایات کا مقصد جرائم پیشہ عناصر کے ذریعے منی لانڈرنگ کرنے والی سرگرمیوں کے لئے مالی اداروں کا استعمال کئے جانے سے روکنا ہے۔

اسلئے بیمہ کمپنیوں کو اپنے گاہکوں کی اصلی شناخت مقررہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایجنٹوں کو یہ یقین کرنا چاہئیے کہ تدبیر کنندہ کے وائے سی عمل کے حصے کے طور پر مندرجہ ذیل کے ساتھ تجویز فارم پیش کرتے ہیں :

i. فوٹوگراف

ii. عمر کا ثبوت

iii. پتے کا ثبوت - ڈرائیونگ لائسینس، پاسپورٹ، ٹیلیفون بل، بجلی بل، بینک پاس بک وغیرہ

iv. شناخت کے ثبوت - ڈرائیونگ لائسینس، پاسپورٹ، ووٹر شناختی کارڈ ، پین کارڈ، وغیرہ

v. اعلی قیمت کے لین دین کے معاملے میں آمدنی ثبوت دستاویزات

9. فری لک مدت

مان لیجیے کہ کسی فرد نے ایک نئی زندگی بیمہ پالیسی خریدی اور پالیسی دستاویز حاصل کیا، اسکی جانچ پر اسے پتہ چلتا ہے کہ شرائط و ضوابط اسکی چاہت کے مطابق نہیں ہیں۔

وہ کیا کر سکتا/تی ہے؟

آئی آر ڈی اے نے اپنے قواعد و ضوابط میں صارفین دوستانہ ایک ضابطہ بنایا ہے جو اس مسئلہ کا خیال رکھتا ہے۔ اسے ایک ضابطہ کیا ہے جسے "فری لک مدت " یا "کولنگ مدت " کہا جاتا ہے۔ کے لیے فراہم کیا گیا ہے۔

اس مدت کے دوران، اگر کسی پالیسی ہولڈر نے کوئی پالیسی خریدی ہے اور اسے رکھنا نہیں چاہتا ہے تو وہ مندرجہ ذیل شرطوں کے مشروط اسے واپس کر سکتا ہے اور اپنے پیسے واپس حاصل کر سکتا ہے:

i. وہ پالیسی دستاویز حاصل ہونے کے 15 دنوں کے اندر اس آپشن کا استعمال کر سکتا ہے

ii. اسے تحریری طور پر کمپنی کو بتانا ہوگا

iii. پریمیم کی دھن واپسی کو کور کی مدت کے لئے متناسب جوکھم پریمیم، طبی جانچ اور اسٹامپ ڈیوٹی چارج پر بیمہ کمپنی کے ذریعے کئے گئے اخراجات کے خلاف ایڈجسٹ کیا جائیگا

یہ فری لک مدت ایک مخصوص حق کے طور پر زندگی بیمہ پالیسی ہولڈر وں کے لئے دستیاب ہے۔ پالیسی ہولڈر پالیسی دستاویز حاصل ہونے کی تاریخ سے پندرہ دنوں کی مدت کے دوران اس آپشن کا استعمال کر سکتے ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

_____ مدت کے دوران، اگر پالیسی ہولڈر نے کوئی پالیسی خریدی ہے اور وہ اسے نہیں رکھنا چاہتا ہے تو وہ اسے لوٹا کر پیسے واپس حاصل کر سکتا ہے۔

I. مفت تشخیص

II. فری لک

III. منسوخی

IV. فری ٹرائل

خلاصہ

- پراسپیکٹس بیمہ کمپنیوں کے ذریعے استعمال کیا جانے والا ایک رسمی قانونی دستاویز ہے جو مصنوعات کے بارے میں تفصیلات فراہم کرتا ہے۔
- تجویز بنانے کے لئے استعمال کئے جانے والے درخواست دستاویز کو عام طور پر "تجویز فارم " کے طور پر جانا جاتا ہے۔
- صحت کی باتوں، عادات اور پیشے، آمدنی اور خاندانی تفصیلات ایجنٹ کی رپورٹ میں ایجنٹ کے ذریعے ذکر ہونا چاہئے۔
- اونچائی، وزن، بلڈ پریشر ، کارڈیک کی صورت وغیرہ جیسی جسمانی خصوصیات سے متعلق تفصیلات ڈاکٹر کے ذریعے اپنی رپورٹ میں درج اور ذکر کئے جاتے ہیں جسے طبی ممتحن کی رپورٹ کہا جاتا ہے۔
- اخلاقی خطرہ یہ امکان ظاہر کرتا ہے کہ زندگی بیمہ پالیسی خریدنے کے نتیجہ کے طور پر گاہک کا رویہ بدل سکتا ہے اور اس طرح کے بدلاؤ سے نقصان کے امکان بڑھ جائیگے ۔
- معیاری عمر ثبوت مانے جانے والے کچھ دستاویزوں میں اسکول یا کالج کے سرٹیفکیٹ ، میونسپل ریکارڈز سے نکالا گیا پیدائش کا سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔
- ہر ایک بیمہ کمپنی کو ایک اے ایم ایل پالیسی رکھنا اور اس کے مطابق آئی آر ڈی اے کے پاس اسکی ایک کاپی دستیاب کرانا ضروری ہے۔ اے ایم ایل پروگرام میں اندرونی پالیسیاں ، طریقہ کار اور کنٹرول اور ایک پرنسپل کمپالئنس افسر کی تقرری شامل ہونی چاہئے۔
- بیمہ کمپنیوں کو اپنے گاہکوں کی اصلی شناخت کا تعین کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ پتے کا ثبوت ، پین کارڈ اور فوٹوگراف جیسے کے وائے سی دستاویزات کو کے وائے سی عمل کے ایک حصے کے طور پر جمع کیا جانا ضروری ہے۔

اہم اصطلاحات

1. پراسپیکٹس
2. تجویز فارم
3. اخلاقی خطرہ
4. معیاری اور غیر معیاری عمر ثبوت
5. اینٹی منی لانڈرنگ
6. اپنے گاہک کو جانئے (کے وائے سی)
7. فری لک مدت

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشنIIہے۔

فری لک مدت کے دوران، اگر پالیسی ہولڈر نے کوئی پالیسی خریدی ہے اور اسے نہیں رکھنا چاہتا ہے تو وہ اسے لوٹا کر پیسے واپس حاصل کر سکتا ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

ان میں سے معیاری عمر ثبوت کی کون سی ایک مثال ہے؟

I. راشن کارڈ

II. کنڈلی

III. پاسپورٹ

IV. گرام پنچائت سرٹیفکیٹ

سوال 2

ان میں سے کسے اخلاقی خطرہ کے لئے ذمہ دار ٹھہرایا جا سکتا ہے؟

I. بیمہ کی خرید کے بعد جوکھم سے بھر پور رویہ میں اضافہ ہونا

II. بیمہ کی خرید سے پہلے جوکھم سے بھر پور رویہ میں اضافہ ہونا

III. بیمہ کی خرید کے بعد جوکھم سے بھر پور رویہ میں کمی

IV. بیمہ شدہ ہونے کے بعد مجرمانہ سرگرمیوں میں شامل ہونا

سوال 3

مندرجہ ذیل میں سے کس کی طبی ممتحن کی رپورٹ میں جانچ کی جائیگی؟

I. تدبیر کنندہ کا جذباتی رویہ

II. اونچائی، وزن اور بلڈ پریشر

III. سماجی حیثیت

IV. سچائی

سوال 4

_____ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے استعمال کیا جانے والا ایک رسمی قانونی دستاویز ہے جو مصنوعات کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔

I. تجویز فارم

II. تجویز اقتباس

III. اطلاع ڈاکیٹ

IV. پراسپیکٹس

سوال 5

تجویز بنانے کے لئے استعمال کئے جانے والے درخواست دستاویز کو عام طور پر _____ کے طور پر جانا جاتا ہے۔

I. درخواست فارم

II. تجویز فارم

III. رجسٹریشن فارم

IV. رکنیت فارم

سوال 6

نیچے دیئے گئے عمر ثبوت دستاویزوں میں سے اس آپشن کی شناخت کریں جسے بیمہ کمپنیوں کے ذریعے غیر معیاری کے طور پر درجہ بندی کیا گیا ہے۔

I. اسکول سرٹیفکیٹ

II. دفاعی اہلکاروں کے معاملے میں شناختی کارڈ

III. راشن کارڈ

IV. بپتسما سرٹیفکیٹ

سوال 7

منی لانڈرنگ _____ دھن کو معیشت میں لانے کا ایک عمل ہے جسمیں اسکے _____ بنیاد کو چھپایا جاتا ہے تاکہ یہ قانونی طور پر حاصل کیا گیا ظاہر ہو سکے۔

I. غیر قانونی ، غیر قانونی

II. قانونی ، قانونی

III. غیر قانونی ، قانونی

IV. قانونی ، غیر قانونی

سوال 8

اگر پالیسی ہولڈر پالیسی سے مطمئن نہیں ہے تو وہ فری لک مدت کے اندر یعنی پالیسی دستاویز حاصل کرنے کے _____ کے اندر پالیسی کو واپس لوٹا سکتا ہے۔

I. ۶۰ دن

II. ۴۵ دن

III. ۳۰ دن

IV. ۱۵ دن

سوال 9

فری لک مدت کے دوران پالیسی ہولڈر کے ذریعے واپس لوٹائی گئی پالیسی کے تعلق میں نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. بیمہ کمپنی پریمیم کا 100٪ واپس کریگی

II. بیمہ کمپنی پریمیم کا 50٪ واپس کریگی

III. بیمہ کمپنی کور کی مدت ، طبی جانچ کے اخراجات اور اسٹامپ ڈیوٹی کے الزامات کے تعلق میں متناسب جوکھم پریمیم کے لئے ایڈجسٹ کرنے کے بعد پریمیم واپس کریگی۔

IV. انشورنس کمپنی پوری پریمیم ہار جائے گا

سوال 10

ان میں سے کون سا درست ایڈریس کا ثبوت نہیں ہے؟

I. پین کارڈ

II. ووٹر شناختی کارڈ

III. بینک پاس بک

IV. ڈرائیونگ لائسینس

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جوابات

جواب 1

درست آپشن III ہے ۔

پاسپورٹ معیاری عمر ثبوت کا ایک مثال ہے۔

جواب 2

درست آپشن I ہے ۔

بیمہ کی خرید کے بعد جوکھم سے بھر پور رویہ میں اضافہ ہونے کو اخلاقی خطرے کے لئے ذمہ دار ٹھہرایا جا سکتا ہے۔

جواب 3

درست آپشن II ہے ۔

اونچائی، وزن اور بلڈ پریشر کچھ ایسی باتوں میں شامل ہیں جن کی طبی ممتحن کی رپورٹ میں جانچ کی جائیگی۔

جواب 4

درست آپشن IV ہے ۔

پراسپیکٹس بیمہ کمپنیوں کے ذریعے استعمال کیا جانے والا ایک ایسا رسمی قانونی دستاویز ہے جو مصنوعات کے بارے میں معلومات فراہم کرتا ہے۔

جواب 5

درست آپشن II ہے ۔

تجویز بنانے کے لئے استعمال کئے جانے والے درخواست دستاویز کو عام طور پر تجویز فارم کے طور پر جانا جاتا ہے۔

جواب 6

درست آپشن III ہے -

راشن کارڈ کو غیر معیاری عمر ثبوت کے طور پر درجہ بندی کیا جاتا ہے-

جواب 7

درست آپشن I ہے -

منی لانڈرنگ غیر قانونی دھن کو معیشت میں لانے کی ایک عمل ہے جسمیں اسکے غیر قانونی بنیاد کو چھپایا جاتا ہے تاکہ یہ قانونی طور پر حاصل کیا گیا ظاہر ہو سکے-

جواب 8

درست آپشن IV ہے -

اگر پالیسی ہولڈر پالیسی سے مطمئن نہیں ہے تو وہ فری لک مدت کے اندر یعنی پالیسی دستاویز حاصل ہونے کے 15 دنوں کے اندر پالیسی کو واپس کر سکتا ہے-

جواب 9

درست آپشن III ہے-

فری لک مدت کے دوران پالیسی ہولڈر کے ذریعے واپس کی گئی پالیسی کے تعلق میں بیمہ کمپنی کور کی مدت ، طبی جانچ کے اخراجات اور اسٹامپ چارج الزامات کے تعلق میں متناسب جوکھم پریمیم کے لئے ایڈجسٹ کرنے کے بعد پریمیم واپس کریگی-

جواب 10

درست آپشن II ہے -

پین کارڈ

قانونی پتے کا ثبوت نہیں ہے-

باب 13

دستاویز کاری - پالیسی شرط: I

باب تعارف

اس باب میں ہم کسی تجویز کے زندگی بیمہ پالیسی بننے میں ملوث مختلف دستاویزات کے بارے میں مباحثہ کرینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. پالیسی مرحلے کی دستاویز کاری

A. پالیسی مرحلے کی دستاویز کاری

1. پہلی پریمیم رسید

کوئی بیمہ معاہدہ تب شروع ہوتا ہے جب زندگی بیمہ کمپنی پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) جاری کرتی ہے۔ **ایف پی آر اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے۔**

پہلی پریمیم رسید میں مندرجہ ذیل معلومات شامل ہوتی ہے:

i. زندگی بیمہ دار فرد کا نام اور پتہ
ii. پالیسی نمبر
iii. ادا کی گئی پریمیم رقم
iv. پریمیم ادائیگی کا طریقہ کار اور فرکیونسی
v. پریمیم ادائیگی کی اگلی ڈیو تاریخ
vi. جوکھم آغاز ہونے کی تاریخ
vii. پالیسی کی آخری پختگی تاریخ
viii. آخری پریمیم ادائیگی کی تاریخ
ix. بیمہ رقم

ایف پی آر جاری کرنے کے بعد بیمہ کمپنی تدبیر کنندہ سے آگے کے پریمیم حاصل ہونے پر ہی پریمیم رسیدیں جاری کریگی۔ ان رسیدوں کو تجدید پریمیم رسیدوں (آرپی آر) کے طور پر جانا جاتا ہے۔ آرپی آر پریمیم ادائیگی سے متعلق کسی بھی تنازعات کی صورت میں ادائیگی کے ثبوت کے طور پر کام کرتا ہے۔

2. پالیسی دستاویز

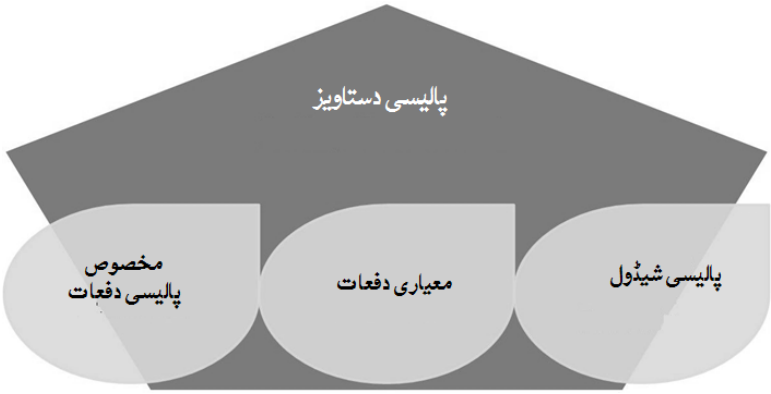
پالیسی دستاویز بیمہ سے منسلک سب سے اہم دستاویز ہے۔ یہ بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کے درمیان معاہدہ کا ثبوت ہے۔ یہ اپنے آپ میں ایک معاہدہ نہیں ہے۔ اگر پالیسی ہولڈر سے پالیسی دستاویز کھو جاتا ہے تو یہ بیمہ معاہدہ کو متاثر نہیں کرتا ہے۔ بیمہ کمپنی معاہدہ میں کوئی بھی بدلاؤ کئے بنا ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کریگی۔ پالیسی دستاویز ایک مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط ہونا چاہئے اور اس پر بھارتی اسٹامپ ایکٹ کے مطابق مہر لگے ہونے چاہئے۔

معیاری پالیسی دستاویز کے عام طور پر تین حصے ہوتے ہیں:

a) پالیسی شیڈول

پالیسی شیڈول پہلا حصہ ہے۔ یہ عام طور پر پالیسی کے اہم صفحہ پر پائی جاتی ہے۔ زندگی بیمہ معاہدہ کا شیڈول عام طور پر ایک جیسا ہوگا ان میں عام طور پر مندرجہ ذیل معلومات شامل رہتی ہے:

شکل 1: پالیسی دستاویز کے اجزاء



i. بیمہ کمپنی کا نام

ii. مخصوص پالیسی کے لئے کچھ خاص تفصیلات جیسے:

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

iii. بیمہ کمپنی کی ادائیگی کرنے کا وعدہ یہ بیمہ معاہدہ کی بنیاد ہے۔

iv. مجاز دستخط کنندہ کی دستخط اور پالیسی اسٹامپ

v. مقامی بیمہ محتسب کا پتہ

b) معیاری دفعات

پالیسی دستاویز کا دوسرا جزو پالیسی کے معیاری دفعات سے بنا رہتا ہے جو عام طور پر سبھی زندگی بیمہ معاہدوں میں شامل ہوتے ہیں جب تک کہ انھیں مخصوص طور پر خارج نہ کیا گیا ہو۔ ان میں سے کچھ ضابطے مدت ، ایک پریمیم یا غیرحصہ دار (منافعوں میں) پالیسیوں جیسے معاہدوں کے بعض قسم کے معاملے میں لاگو

نہیں ہو سکتے ہیں۔ یہ معیاری دفعات معاہدہ کے تحت لاگو حقوق اور مراعات اور دیگر حالات کو بیان کرتے ہیں۔

c) مخصوص پالیسی دفعات

پالیسی دستاویز کے تیسرے حصے میں پالیسی کے مخصوص پالیسی دفعات شامل ہوتے ہیں جو انفرادی پالیسی معاہدہ کے لئے مخصوص ہوتے ہیں۔ یہ دستاویز کے سامنے والے حصے میں پرنٹ ہو سکتے ہیں یا ایک ملحق کے طور پر الگ سے داخل کئے جا سکتے ہیں۔

جہاں گریس کے دن یا ساقط کے معاملے میں غیرضبطگی جیسے اسٹینڈرڈ پالیسی دفعات اکثر قانونی طریقے سے معاہدہ کے تحت کئے جاتے ہیں، مخصوص دفعات عام طور پر بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان مخصوص معاہدہ سے منسلک ہوتے ہیں۔

مثال
ایک ایسی عورت جو معاہدہ لکھنے کے وقت حمل سے ہے، اسکے لئے پریگنینسی کے سبب موت کو ممانعت کرنے سے متعلق کلاز۔

تفصیلی دفعات کا ذکر باب 13 میں کیا گیا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) کیا نشاندہی کرتی ہے؟ سب سے مناسب آپشن منتخب کریں۔

I. فری لک مدت ختم ہو گئی ہے

II. یہ اس بات کا ایک ثبوت ہے کی پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے

III. پالیسی کو اب ردّ نہیں کیا جا سکتا ہے

IV. پالیسی نے ایک مخصوص نقد قیمت حاصل کر لی ہے

خلاصہ

- ایک کوئی بیمہ معاہدہ شروع ہوتا ہے جب زندگی بیمہ کمپنی پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر) جاری کرتی ہے۔ایف پی آر اس بات کا ایک ثبوت ہے کی پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے۔
- پالیسی دستاویز بیمہ سے منسلک سب سے اہم دستاویز ہے۔یہ بیمہ دار اور بیمہ کمپنی کے درمیان ہوئے عاہدہ کا ثبوت ہے۔
- معیاری پالیسی دستاویز کے عام طور پر تین حصے ہوتے ہیں – پالیسی شیڈول ، معیاری دفعات اور پالیسی کے مخصوص دفعات

اہم اصطلاحات

1. پہلی پریمیم رسید (ایف پی آر)
2. پالیسی دستاویز
3. پالیسی شیڈول
4. معیاری دفعات
5. مخصوص دفعات

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب ۱

درست آپشن II ہے -

ایف پی آر اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

مندرجہ ذیل دستاویزات میں سے کون سا آپشن بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان ہوئے معاہدہ کا ثبوت ہے؟

I. تجویز فارم

II. پالیسی دستاویز

III. پراسپیکٹس

IV. دعویٰ فارم

سوال 2

اگر ایک مخصوص پالیسی دستاویز کی تفصیلات کے لئے پیچیدہ زبان کا استعمال کیا جاتا ہے اور اس سے کوئی ابہام پیدا ہوتا ہے تو اسے عام طور پر کیسے سمجھا جائیگا؟

I. بیمہ دار کے حق میں

II. بیمہ کمپنی کے حق میں

III. پالیسی کو باطل اعلان کر دیا جائیگا اور بیمہ کمپنی کو سود کے ساتھ بیمہ دار کو پریمیم واپس کرنے کے لئے کہا جائیگا

IV. پالیسی کو باطل اعلان کر دیا جائیگا اور بیمہ کمپنی کو کسی بھی سود کے بنا بیمہ دار کو پریمیم واپس کرنے کے لئے کہا جائیگا

سوال 3

اس آپشن کا انتخاب کریں جو پالیسی دستاویز کا سب سے اچھی وضاحت کرتا ہے۔

I. یہ بیمہ معاہدہ کا ثبوت ہے

II. یہ کمپنی سے بیمہ پالیسی خریدنے میں بیمہ دار فرد کے ذریعے اظہار کی گئی دلچسپی کا ثبوت ہے

III. یہ بینک، بروکر اور دیگر ادارے جیسے چینل کے شراکت دار کے ساتھ کام کرتے وقت بیمہ کمپنی کے ذریعے پیروی کی جانے والی پالیسی (کے طریقہ کار) کا ثبوت ہے

IV. یہ پہلی پریمیم کی ادائیگی پر بیمہ کمپنی کے ذریعے جاری کی گئی ایک تسلیم پرچی ہے

سوال 4

نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. تجویز فارم کی منظوری اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے

II. پریمیم کی منظوری اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی شروع ہو گئی ہے

III. پہلی پریمیم رسید اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے

IV. پریمیم اقتباس اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے

سوال 5

پہلے پریمیم کے موصول کے بعد بیمہ کمپنی اسے آگے حاصل ہونے والے پریمیموں کے لئے _____ جاری کریگی۔

I. باز گشتی پریمیم رسید

II. بحالی پریمیم رسید

III. دوبارہ تقرر پریمیم رسید

IV. تجدید پریمیم رسید

سوال 6

اگر بیمہ شدہ فرد اصل زندگی بیمہ پالیسی دستاویز کھو دیتا ہے تو کیا ہوگا؟

I. بیمہ کمپنی معاہدہ میں کوئی بھی بدلاؤ کے بنا ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کریگی

II. بیمہ معاہدہ ختم ہو جائیگا

III. بیمہ کمپنی زندگی بیمہ دار فرد کی موجودہ صحت اعلان کی بنیاد پر تجدید شرائط و ضوابط کے ساتھ ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کریگی

IV. بیمہ کمپنی معاہدہ میں کوئی بھی بدلاؤ کیے بنا ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کریگی لیکن ایسا صرف ایک عدالت کے آرڈر کے بعد ہوگا۔

سوال 7

نیچے دیا گیا کون سا بیان صحیح ہے؟

I. پالیسی دستاویز پر مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط کیا جانا چاہئے لیکن بھارتی اسٹامپ ایکٹ کے مطابق مہر لگے ہونے کی ضرورت نہیں ہے

II. پالیسی دستاویز پر ایک مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط کیا جانا چاہئے اور اس پر بھارتی اسٹامپ ایکٹ کے مہر لگے ہونے چاہئے

III. پالیسی دستاویز پر ایک مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط کئے جانے کی ضرورت نہیں ہے لیکن اس پر بھارتی اسٹامپ ایکٹ کے مطابق مہر لگے ہونے چاہئے

IV. پالیسی دستاویز پر نہ تو مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط کئے جانے کی ضرورت ہے اور نہ ہی لازمی طور پر اس پر بھارتی اسٹامپ ایکٹ کے مطابق مہر لگے ہونے چاہئے

سوال 8

ان میں سے کون ایک معیاری بیمہ پالیسی دستاویز کا پہلا حصہ بنتا ہے؟

I. پالیسی شیڈول

II. معیاری دفعات

III. مخصوص پالیسی دفعات

IV. دعویٰ کے طریقہ کار

سوال 9

کسی معیاری بیمہ پالیسی دستاویز میں معیاری دفعات والے سیکشن میں مندرجہ ذیل میں سے کس کی معلومات ہوگی؟

I. آغاز ہونے کی تاریخ ، پختگی تاریخ اور آخری پریمیم کی ڈیو تاریخ

II. نامزد کا نام

III. حقوق اور مخصوص مراعات اور دیگر شرطیں جو معاہدہ کے تحت لاگو ہوتی ہیں

IV. مجاز دستخط کنندہ کی دستخط اور پالیسی اسٹیمپ

سوال 10

"ایک ایسی عورت جو معاہدہ لکھنے کے وقت حمل سے ہے، اسکے لئے پریگنینسی کے سبب موت کو ممانعت کرنے کا ایک کلاز" معیاری پالیسی دستاویز کے کون سے سیکشن میں شامل کیا جائیگا؟

I. پالیسی شیڈول

II. عام دفعات

III. معیاری دفعات

IV. مخصوص پالیسی دفعات

ذاتی امتحان سوالات کے جواب

جواب 1

درست آپشن II ہے۔

پالیسی دستاویز بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان معاہدہ کا ایک ثبوت ہے۔

جواب 2

درست آپشن I ہے۔

اگر مخصوص پالیسی دستاویز کی تفصیلات کے لئے پیچیدہ زبان کا استعمال کیا جاتا ہے اور اس سے کوئی ابہام پیدا ہوتا ہے تو اسے عام طور پر بیمہ دار کے حق میں سمجھا جائیگا۔

جواب 3

درست آپشن I ہے۔

پالیسی دستاویز بیمہ معاہدہ کا ثبوت ہوتا ہے۔

جواب 4

درست آپشن III ہے۔

پہلی پریمیم رسید اس بات کا ثبوت ہے کہ پالیسی معاہدہ شروع ہو گیا ہے۔

جواب 5

درست آپشنIV ہے۔

پہلی پریمیم کے بعد بیمہ کمپنی کو آگے حاصل ہونے والے پریمیموں کے لئے کمپنی تجدید پریمیم رسید جاری کریگی۔

جواب 6

درست آپشن I ہے۔

اگر بیمہ دار فرد اصل زندگی بیمہ پالیسی دستاویز کھو دیتا ہے تو بیمہ کمپنی معاہدہ میں کوئی بھی بدلاؤ کئے بنا ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کریگی۔

جواب 7

درست آپشن I I ہے -

پالیسی دستاویز پر مجاز اتھارٹی کے ذریعے دستخط کیے ہونے چاہئیے اور اس پر بھارتی اسٹامپ ضابطے کے مطابق مہر لگے ہونے چاہئیے-

جواب 8

درست آپشن Iہے -

پالیسی شیڈول معیاری بیمہ پالیسی دستاویز کا پہلا حصے بنتا ہے-

جواب 9

درست آپشنIII ہے-

بیمہ پالیسی دستاویز کے معیاری دفعات والے سیکشن میں حقوق ، مراعات اور دیگر شرطوں کی معلومات شامل ہوگی جو معاہدہ کے تحت لاگو ہوتے ہیں-

جواب 10

درست آپشنIV ہے-

"ایک ایسی عورت جو معاہدہ لکھنے کے وقت حمل سےہے، اسکے لئے پریگنینسی کے سبب موت کو ممانعت کرنے کا کلاز"معیاری پالیسی دستاویز کے "پالیسی کے مخصوص دفعات " والے سیکشن میں شامل کیا جائیگا-

باب 14

دستاویز کاری - پالیسی شرائط : II

باب تعارف

اس باب میں ہم پالیسی دستاویز میں شامل کیے جانے والے پرویژنس کے بارے میں مباحثہ کرینگے۔ اس باب میں جن پرویژنس کے بارے میں مباحثہ کیا گیا ہے ان میں رعایتی مدت ، پالیسی لیپس اور غیرضبطگی وغیرہ سے متعلق کچھ اہم دفعات شامل ہیں۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. الف - پالیسی کی شرطیں اور مخصوص حق

A. الف۔ پالیسی کی شرطیں اور مخصوص حق

1. رعایتی مدت

ہر ایک زندگی بیمہ معاہدہ اس شرط پر موت فائدہ کی ادائیگی کرنے کا وعدہ کرتی ہے کہ پریمیم کی ادائیگی وقت پر کی گئی ہے اور پالیسی فورس میں رہی ہے۔ "رعایتی مدت " کلاز پریمیم ادا کرنے کے لئے ڈیوکے بعد اسکی ادائیگی کرنے کے لئے پالیسی ہولڈر کو ایک اضافی وقت کی مدت فراہم کرتی ہے۔

اہم

رعایتی مدت کی معیاری لمبائی ایک مہینے یا 31 دنوں کی ہوتی ہے۔ رعایتی مدت کے دنوں کی گنتی پریمیم ادائیگی کے لئے ڈیو تاریخ کے بعد اگلے دن سے کی جا سکتی ہے۔ یہ پرویژن پالیسی کو رعایتی مدت کے دوران چالو حالت میں رکھنے میں قابل بناتا ہے، جو یا تو پریمیم کی عدم ادائیگی کے سبب ساقط ہو گئی ہوتی۔

تاہم پریمیم ڈیو بنے رہتے ہیں اور اگر اس مدت کے دوران پالیسی ہولڈر کی موت ہو جاتی ہے تو بیمہ کمپنی موت فائدہ سے پریمیم کو گھٹا سکتی ہے۔ اگر رعایتی مدت ختم ہونے کے بعد بھی پریمیم کی ادائیگی نہیں ہوتی ہے تو پالیسی کو ساقط مانا جائیگا اور کمپنی موت فائدہ کی ادائیگی کرنے کے ذمہ داری کے تحت نہیں ہے۔ صرف ڈیو رقم ہی، جو کچھ بھی لاگو ہو، غیرضبطگی پرویژنس کے تحت ہے۔ ایک مطلب میں، اس طرح رعایتی مدت کے دوران بیمہ دار کو مفت میں بیمہ حاصل ہوا کہا جا سکتا ہے۔

2. ساقط اور دوبارہ تقرر / بحالی

ہم نے پہلے ہی دیکھا ہے کہ اگر رعایتی مدت کے دنوں کے دوران بھی پریمیم کی ادائیگی نہیں کی گئی ہے۔ کسی پالیسی کو ساقط حالت میں ہونا کہا جا سکتا ہے اچھی خبر یہ ہے کہ تمام مستقل زندگی بیمہ معاہدے ایک ساقط پالیسی کے دوبارہ تقرر (بحالی) کی اجازت دیتے ہیں۔

تعریف

دوبارہ تقرر وہ عمل ہے جس کے ذریعے کوئی زندگی بیمہ کمپنی کسی ایسی پالیسی کو واپس چالو حالت میں لاتی ہے جسے یا تو پریمیموں کی ادائیگی نہ ہونے کے سبب ختم کر دیا گیا ہے یا کسی غیرضبطگی پرویژن کے تحت جاری رکھا گیا ہے۔

تاہم ، پالیسی کی بحالی بیمہ دار کے غیر مشروط حق نہیں ہو سکتا۔ اسے صرف کچھ شرطوں کے تحت پورا کیا جا سکتا ہے:

i. **بیمہ کمپنی کے لئے جوکھم میں کوئی اضافہ نہیں:** کسی پالیسی کے بحالی کا نتیجہ بیمہ کمپنی کے لئے جوکھم میں اضافہ نہیں ہو سکتا ہے۔

ii. **ریزرو کاقیام :** پالیسی ہولڈر کو ایسی پریمیم رقم کی ادائیگی سود کے ساتھ کرنا ہوگا جو اسی ریزرو کےقیام

کا سبب بنےگی جو پالیسی ساقط نہیں ہونے کی صورت میں اس نے جمع کیا ہوتا۔

iii. **مخصوص وقت مدت کے اندر بحالی کی درخواست :** پالیسی مالک کو ایسے دوبارہ تقرر کے شرائط میں بیان کی گئی وقت کی حد کے اندر بحالی کی درخواست پوری کرنی ہوگی۔ بھارت میں پالیسی کی بحالی ساقط ہونے کی تاریخ سے ایک مخصوص وقت مدت جیسے پانچ سال کے اندر متاثر کیا جانا چاہئے۔

iv. **بیمہ برداری کو جاری رکھنے کا تسلی بخش ثبوت :** بیمہ دار کو بیمہ برداری جاری رکھنے کا تسلی بخش ثبوت بیمہ کمپنی کے سامنے پیش کرنا ہوگا۔ نہ صرف اسکی صحت تسلی بخش ہونا چاہئے بلکہ مالی آمدنی اور اخلاقی جیسے دیگر عوامل میں بہت خرابی نہیں ہونی چاہئے۔

v. **واجب پریمیموں کی سود کے ساتھ ادائیگی :** پالیسی مالک کو ہر ایک پریمیم کی ڈیو تاریخ سے سود کے ساتھ سبھی واجب پریمیموں کی ادائیگی کرنا ضروری ہے۔

vi. **بقایا لون کی ادائیگی :** بیمہ دار کو کسی بھی بقایا پالیسی لون کی ادائیگی کرنا ہوگا یا کسی بھی موجودہ قرض داری کو بحال کرنا ہوگا۔

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

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

i. ایک وہ، جہاں رعایتی مدت لمبے وقت سے ختم ہو گئی ہے اور پالیسی لگ بھگ ایک سال سے ساقط صورت میں ہے۔

ii. دوسری صورتحال وہ ہے جہاں بیمہ کمپنی کے پاس یہ شک کرنے کا سبب ہے کہ صحت یا دیگر مسئلہ موجود ہو سکتے ہے۔ نئے طبی امتحان بھی ضروری ہو سکتے ہیں اگر پالیسی کی بیمہ رقم یا فیس رقم بڑی ہے۔

چونکہ بحالی کے لئے پالیسی ہولڈر کو اس مقصد کی ایک بڑی دھن رقم (پچھلے بقایا پریمیم اور سود) کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے، ہر ایک پالیسی ہولڈر کو یہ طے کرنا ہوگا کہ کیا اصل پالیسی کو بحال کرنا زیادہ مفید ہوگا یا ایک نئی پالیسی خریدنا۔ بحالی اکثر زیادہ فائدےمند ہوتا ہے کیونکہ نئی پالیسی خریدنے کے لئے بحالی کی تاریخ کو بیمہ دار سے موجودہ عمر کی بنیاد پر اعلی پریمیم شرح کی مانگ کی جائیگی۔

a) پالیسی بحالی کے اقدام

آئیے اب ہم کچھ ایسے طریقوں پر نظر ڈالیں جن کے ذریعے سے پالیسی بحالی کا کام پورا کیا جا سکتا ہے۔ عام طور پر کوئی فرد ایک ساقط پالیسی کو بحال کر سکتا ہے اگر بحالی پہلے بقایا پریمیم کی تاریخ سے ایک مخصوص مدت (جیسے 5 سال) کے اندر کی جاتی ہے۔

i. عام بحالی

بحالی کی سادہ ترین شکل وہ ہے جسمیں سود کے ساتھ پریمیم کی بقایا رقم کی ادائیگی کی جانا شامل ہے۔ اسے عام بحالی کہا گیا ہے اور یہ پالیسی کی دستبرداری قیمت حاصل کر لینے پر کیا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنی اچھے صحت کی اعلان یا بیمہ برداری کے کچھ دیگر ثبوت جیسے طبی امتحان کی مانگ بھی کر سکتی ہے۔

ii. خصوصی بحالی

جب پالیسی تین سال سے کم وقت تک چلی ہے اور اس نے دستبرداری قیمت حاصل نہیں کی ہے (یعنی جمع ذخائر یا نقد قیمت معمولی ہے) لیکن ساقط کی مدت بڑی ہے تو ہم کیا کرتے ہیں؟ جیسے کہ پالیسی پہلے بقایا پریمیم کی تاریخ سے ایک سال یا اس سے زیادہ کی مدت کے بعد بحالی کے لئے آتی ہے۔

اسے بحال کرنے کا ایک طریقہ مخصوص بحالی نامی ایک منصوبہ بندی کے ذریعے سے ہے (جو مثال کے لئے بھارت کی ایل آئی سی میں مقبول ہے)۔ یہاں یہ ایک نئی پالیسی جاری کیے جانے کے جیسے ہے جسکی آغاز ہونے کی تاریخ ساقط پالیسی شروع ہونے کی اصل تاریخ کے دو سالوں کے اندر ہے۔ پختگی تاریخ اصل مقررہ مدت سے زیادہ نہیں ہوگی جیسا کہ پالیسی لینے کے وقت میں کچھ زندگی بیماؤں پر لاگو ہوتا ہے۔

مثال
اگر اصل پالیسی 40 سال کی عمر میں لی گئی تھی اور شروع ہونے کی نئی تاریخ 42 سال ہے تو پالیسی کی مدت ان پالیسیوں کے لئے اب بیس سال سے کم کر 18 سال ہو جائیگی جن کے لئے یہ ضروری ہے کہ مدت 60 سال کی عمر میں ختم ہونی چاہئیے۔ پرانے اور نئے پریمیم کے درمیان فرق کی ادائیگی سود کے ساتھ کیا جانا چاہئیے۔

iii. لون سہ بحالی

بحالی کے لئے ایک تیسری رسائی بھی ایل آئی سی اور دیگر کمپنیوں کے پاس دستیاب ہے جو لون سہ بحالی کی ہے۔ یہ صرف ایک بحالی نہیں ہے بلکہ اس میں دو لین دین شامل ہیں:

- ✓ ساتھ ساتھ ایک لون فراہم کرنا اور
- ✓ پالیسی کی بحالی

پریمیم کی بقایا رقم اور سود کی گنتی عام بحالی کے تحت کی جاتی ہے۔ بحالی کی تاریخ کو پالیسی کے تحت فرد جو لون حاصل کرنے کے قابل ہوتا ہے اسکو مقرر بھی کیا جاتا ہے۔ اس لون کا استعمال بحالی کے مقاصد کے لئے معاوضہ رقم کے طور پر کیا جا سکتا ہے۔ اگر پریمیم اور سود کی بقایا جات کی طرف ایڈجسٹ کے بعد کوئی باقی رقم بچ جاتی ہے تو یہ پالیسی ہولڈر کو ڈیو ہوتی ہے۔ بیشک، لون سہ بحالی کی سہولت کی اجازت صرف ان پالیسیوں کے لئے ہوگی جس نے بحالی کی تاریخ تک دستبرداری قیمت حاصل کر لی ہے۔

iv. قسط بحالی

آخر میں ہم قسط بحالی پر آتے ہیں جسکی اجازت اس صورت میں دی جاتی ہے جب پالیسی ہولڈر ایک مشت رقم میں پریمیم کی بقایا رقم کی ادائیگی کرنے میں قابل نہیں ہوتا ہے اور نہ ہی پالیسی کو مخصوص بحالی منصوبہ بندی کے تحت بحال کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح کے معاملے میں پریمیم کے بقایا رقم کی گنتی عام طریقے سے کی جائیگی جیسا کہ عام بحالی منصوبہ بندی کے تحت ہوتا ہے۔

ادائیگی کے طریقہ کار کی بنیاد پر (سہ ماہی یا ششماہی) زندگی بیمہ دار کو ایک ششماہی یا دو سہ ماہی پریمیموں کی ادائیگی کرنا پڑ سکتا ہے۔ پھر باقی بقایا رقم کے ادائیگی کو اس طرح پھیلا دیا جائیگا تاکہ اسے مستقبل کے پریمیموں کے ساتھ، موجودہ پالیسی سالگرہ سال اور اسکے بعد دو مکمل پالیسی سالگرہ سال سمیت دو سال یا زیادہ کی مدت کے دوران، پریمیم ڈیو مواد حقائق کو ادا کیا جا سکے۔ایک شرط یہ لگائی جا سکتی ہے کہ بحالی کے وقت پالیسی کے تحت کوئی بقایا لون نہیں ہونا چاہئیے۔

اہم

ساقط پالسیوں کی بحالی ایک اہم سروس فنکشن ہے جسے زندگی بیمہ کمپنیاں فعال طور پر حوصلہ افزائی کرنا چاہتی ہیں کیونکہ ساقط حالت کی پالیسیاں بیمہ کمپنی یا پالیسی ہولڈر کسی کے لئے اچھی نہیں ہوتی ہیں۔

---

3. غیرضبطگی کے دفعات

بھارتی بیمہ ایکٹ (سیکشن 113) کے تحت اہم پرویژنس میں سے ایک پرویژن وہ ہے جو پالیسی ہولڈر کے لئے کچھ فوائد کے پرودنسون کی اجازت دیتا ہے، اسکے باوجود کہ وہ آگے پریمیموں کی ادائیگی کرکے اپنی پالیسیوں کو مکمل متاثر رکھنے میں ناقابل ہے۔ یہاں یہ ترک لاگو ہوتا ہے کہ پالیسی ہولڈر کا پالیسی کے تحت جمع نقد قیمت کے لئے ایک دعویٰ ہوتا ہے۔

اسلئے بھارت کا قانون یہ فراہم کرتا ہے کہ اگر کم سے کم تین لگاتار سالوں کے لئے پریمیم ادائیگی کی گئی ہے تو ایسی صورت میں ایک ضمانت دستبرداری قیمت ہوگی اگر پالیسی کی دستبرداری نہیں کی گئی تو یہ کم ادا قیمت کے ساتھ ایک پالیسی کے طور پر

بنی رہےگی- پالیسی کے دفعات عام طور پر قانون کی ضرورت سے زیادہ لبرل دستبرداری قیمت کےلیے فراہم کرتے ہیں-

a) دستبرداری قیمت (سرینڈر ویلیو)

زندگی بیمہ کمپنیوں کے پاس عام طور پر ایک چارٹ ہوتا ہے جو مختلف اوقات پر دستبرداری قیمتوں اور دستبرداری قیمتوں کی گنتی کے لئے استعمال کیےجانے والے طریقہ کار کی فہرست بناتا ہے- یہ فارمولہ بیمہ کی قسم اور منصوبہ بندی ، پالیسی کی عمر اور پالیسی پریمیم ادائیگی مدت کی لمبائی کو دھیان میں رکھتا ہے- دستبرداری پر فرد کو ہاتھ میں ملنے والی نقدی کی حقیقی رقم پالیسی میں مقررہ دستبرداری قیمت رقم سے الگ ہو سکتی ہے-

اسکا سبب یہ ہے کہ ادا شدہ اضافے ، بونس یا منافع جمع ، پیشگی پریمیم ادائیگی یا پریمیموں میں فرق، پالیسی لون وغیرہ کے نتیجہ میں حاصلہ نقد دستبرداری قیمت سے جمع یا تفریق ہو سکتی ہے- پالیسی ہولڈر کو آخر میں ایک خالص دستبرداری قیمت حاصل ہوتی ہے-دستبرداری قیمت ادا قیمت کی ایک فیصد ہوتی ہے-

دستبرداری قیمت پریمیم ادائیگی کے ایک فیصد کے طور پر نکلتی ہے جسے ضمانت دستبرداری قیمت کہا جاتا ہے-

b) پالیسی لون

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

دستبرداری قیمت لینے کی صورت میں تاہم بیمہ بھی ختم ہوجاتا ہے - بجائے اسکے پالیسی لون لےکر پالیسی ہولڈر اپنا فائدہ بنائے رکھنے اور اسکا استعمال کرنے میں بھی قابل ہوتا ہے- لون بیمہ کو زندہ رکھتے ہوئے لون نقد ی فنڈوں کی پہنچ فراہم کرتا ہے- لون وہ ہے جسے آپ ایسے گاہک کو لینے کی سفارش کرینگے جسے فوری طور پر فنڈز کی ضرورت ہے، لیکن آپ اسے اپنا گاہک بنائے رکھنا چاہتے ہیں -

پالیسی لون دو معاملات میں ایک عام تجارتی لون سے مختلف ہوتا ہے:

پالیسی لون	تجارتی لون
لون چکانے کے لئے کوئی قانونی پابندی نہیں: پالیسی مالک قانونی طور پر لون چکانے کے لئے پابند نہیں ہے- وہ اپنی پسند	تجارتی لون ایک لین دار - دیندار تعلق بناتا ہے جسمیں مقروض قرض دہندہ کو لون چکانے کے لئے قانونی

سے کسی بھی وقت مکمل یا جزوی طور پر لون کی ادائیگی کر سکتا ہے۔ اگر لون چکایا نہیں گیا ہے تو بیمہ کمپنی پالیسی کے قابلِ ادائیگی فائدہ سے بقایا لون کی رقم (ادائیگی نہیں کی گئی) اور سود کی کٹوتی کرتی ہے۔	طور پر پابند ہوتا ہے۔
کسی کریڈٹ جانچ کی ضرورت نہیں ہے: چونکہ بیمہ کمپنی اصل میں پالیسی ہولڈر کو اپنا خود کا فنڈ ادھار نہیں دیتی ہے، اسے مقروض پر کریڈٹ جانچ کرانے کی ضرورت نہیں ہے جب وہ لون کے لئے درخواست کرتا ہے۔بیمہ کمپنی کو صرف یہ یقین کرنے کی ضرورت ہے کہ لون اہل رقم (ایس وی کا 90٪ جیسا کہ اوپر بتایا گیا ہے) سے زیادہ نہیں ہے۔	قرض دہندہ مقروض پر ایک مکمل کریڈٹ یا ساکھ کی جانچ کرتا ہے

بیمہ کمپنی پالیسی کے معاملے کے طور پر بیشک وقت وقت پر ایسے قرضوں کے شرائط و ضوابط کے بارے میں فیصلہ کرنے کا حق محفوظ رکھتی ہے۔ چونکہ لون ضمانت کے طور پر رکھی پالیسی پر فراہم کیا جاتا ہے، پالیسی بیمہ کمپنی کے حق میں تفویض کی جانی چاہئے۔ جہاں پالیسی ہولڈر نے بیمہ دار کی موت کی صورت میں دھن رقم حاصل کرنے کے لئے کسی فرد کو نامزد کیا ہے، اس نامزدگی کو پالیسی کے مابعد تفویض کے ذریعے ردّ نہیں کیا جائیگا۔

پالیسی میں نامزد کا حق بیمہ کمپنی کے انٹرسٹ کی حد تک متاثر ہوگا۔

مثال

ارجن نے ایک زندگی بیمہ پالیسی خریدی جسمیں پالیسی کے تحت قابلِ ادائیگی کل موت دعویٰ 2-5 لاکھ روپے تھا۔ پالیسی کے کے تحت ارجن کے کل بقایا لون اور سود کی رقم 1-5 لاکھ روپے ہے۔

اسلئے ارجن کی موت کی صورت میں نامزد 1 لاکھ روپے کی باقی رقم حاصل کرنے کا اہل ہوگا۔

بیمہ کمپنیاں عام طور پر پالیسی قرضوں پر سود وصول کرتی ہیں جو نصف سالانہ یا سالانہ طور پر قابلِ ادائیگی ہوتے ہیں۔ اگر سود چارجس کی ادائیگی نہیں کی جاتی ہے تو یہ پالیسی لون کا حصہ بن جاتے ہیں اور بقایا لون میں شامل کر لئے جاتے ہیں۔

جب تک پریمیموں کی ادائیگی وقت پر کی جاتی ہے اور پالیسی چالو حالت میں ہوتی ہے، جمع نقد قیمت عام طور پر لون اور سود

چارجس کی ادائیگی کرنے کے لئے کافی سے زیادہ ہوگی۔ لیکن اگر پالیسی ساقط صورت میں رہی ہے اور آگے کوئی نیا پریمیم نہیں آ رہا ہے تو ایک ایسی صورت پیدا ہو سکتی ہے جہاں بقایا لون کی رقم جوڑ کر بقایا سود (کل لون) پالیسی کے نقد قیمت کی رقم سے زیادہ ہو جاتی ہے۔

ظاہر ہے بیمہ کمپنی ایسی صورت کی اجازت نہیں دے سکتی ہے۔ ایسی صورت سے کافی پہلے بیمہ کمپنیاں عام طور پر رُکاوٹ نامی کارروائی کرتی ہیں۔ بیمہ کمپنی کے ذریعے رُکاوٹ کی کارروائی کا سہارا لئے جانے سے پہلے پالیسی ہولڈر کو نوٹس دیا جائیگا۔ پالیسی ختم ہو جاتی ہے اور دستیاب نقد قیمت کو بقایا لون اور سود کو ایڈجسٹ کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد بچی کوئی بھی اضافی رقم پالیسی ہولڈر کو ادا کی جا سکتی ہے۔

4. پالیسی کے مخصوص پرویژنس اور تظہیر

a) نامزدگی

i. **نامزدگی** وہ عمل ہے جہاں زندگی بیمہ دار اس فرد کے نام کی تجویز کرتا ہے جسے اسکی موت کے بعد بیمہ کمپنی کے ذریعے قابلِ ادائیگی بیمہ رقم کی ادائیگی کی جانی چاہئیے۔

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

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

iv. **نامزدگی پالیسی خریدتے وقت** یا بعد میں کی جا سکتی ہے۔

v. بیمہ ایکٹ 1938 کے سیکشن 39 کے تحت، اپنی خود کی زندگی پر پالیسی رکھنے والا ہولڈر اس فرد یا افراد کو نامزد کر سکتا ہے جسے اسکی موت کی صورت میں پالیسی کے ذریعے محفوظ رقم کی ادائیگی کی جائے گی۔

پالیسی میں ایک دیگر تظہیر کرکے نامزدگی کو بدلہ جا سکتا ہے۔

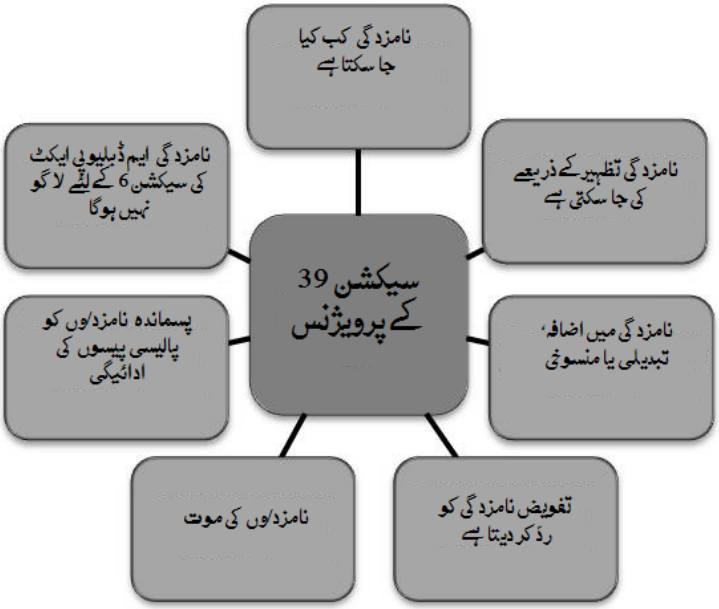
اہم
نامزدگی صرف زندگی بیمہ دار فرد کی موت کی صورت میں پالیسی کی رقوم حاصل کرنے کا حق اُمیدوار فرد کو دیتا ہے۔ **نامزد کا مکمل (یا جزوی طور پر) دعوے پر کوئی بھی حق نہیں ہوتا ہے۔**

جہاں نامزد نابالغ ہوتا ہے، پالیسی ہولڈر کو کسی فرد کو مقرر کرنے کی ضرورت پڑتی ہے۔ مقررکردہ فرد کو ایک مقرر فرد کے طور پر کام کرنے کے تعلق میں اپنی رضامندی ظاہر کرنے کے لئے پالیسی دستاویز پر دستخط کرنے کی ضرورت ہے۔ جب نامزد اکثریت کی عمر پر پہنچ جاتا ہے مقرر فرد اپنی یہ صورت کھو

دیتا ہے۔ زندگی بیمہ دار کسی بھی وقت مقرر فرد کو بدل سکتا ہے۔ اگر کوئی مقرر فرد نہیں ہے اور نامزد نابالغ ہے تو زندگی بیمہ دار کی موت ہو جانے پر موت دعوے کو پالیسی ہولڈر کے قانونی ورثاء کو ادا کیا جاتا ہے۔

جہاں ایک سے زیادہ نامزد مقرر کیے جاتے ہیں، موت دعویٰ انکو یا حقدار یا حقداروں کو مشترکہ طور پر قابلِ ادائیگی ہوگا۔ ہر ایک نامزد کے لئے کوئی منفرد حصہ نہیں کیا جا سکتا ہے۔ پالیسی شروع ہونے کے بعد کئے گئے نامزدگی کے متاثر ہونے کے لئے انکے بارے میں بیمہ کمپنیوں کو مُطلع کیا جانا چاہئے۔

شکل 1: نامزدگی سے متعلق پرویژنس



b) تفویض

تفویض لفظ عموما تحریری طور پر جائیداد کی منتقلی سے مُراد ہے جو جائیداد کی سپردگی سے ہونے والی منتقلی سے مختلف ہوتی ہے۔ جائیداد کے ملکیت میں ایسی جائیداد کے تعلق میں مختلف حقوق شامل ہیں جو ایک یا ایک سے زیادہ افراد میں شامل رہتے ہیں۔

تفویض ہونے پر نامزدگی ردّ ہو جاتی ہے، سوائے اس معاملے کے جب تفویض ایک پالیسی لون کے لئے بیمہ کمپنی کو کیا گیا ہوتا ہے۔

زندگی بیمہ پالیسی کے تفویض کا مطلب پالیسی (جائیداد کے طور پر) میں حقوق ، ملکیت اور منافع کو ایک فردسے دوسرے فرد کومنتقل کرنا ہے۔ جو فرد حقوق کی منتقلی کرتا ہے اسے

تفویض کار کہا جاتا ہے اور جس فرد کو جائیداد منتقلی کی جاتی ہے اسے تفویض کنندہ کہتے ہیں۔

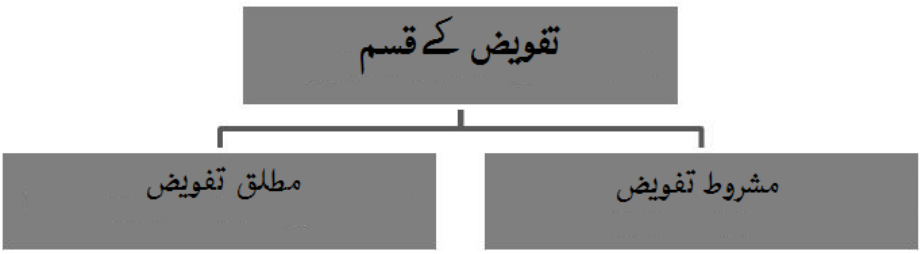
شکل ۲: تفویض (اسائنمینٹ)

بھارت میں تفویض بیمہ ایکٹ کی سیکشن 38 کے ذریعے کنٹرول کیاجاتا ہے۔ تفویض کے تکمیل پر تفویض کنندہ کو سونپی گئی جائیداد کے تعلق میں سبھی حقوق ، عنوان اور انٹرسٹ حاصل ہوتے ہیں اور وہ اس پرویژن کے تحت پالیسی کا مالک بن جاتا ہے یہ اس شرط کے تحت ہوتا ہے کہ تفویض کنندہ کے پاس تفویض کار کے موازنہ میں بہتر حقوق نہیں ہو سکتے ہے۔

یہ آخری پرویژن بہت اہم ہے۔ اسکا سیدھے طور پر یہ مطلب ہے کہ تفویض کنندہ ایک ایسا دعویٰ حاصل کرنے کا اہل نہیں ہوگا جسے کسی سبب سے بیمہ کئے جانے سے انکار کر دیا گیا تھا۔ تفویض کے لئے پارٹیوں کو معاہدہ تکیمل کرنے کے لئے قابل ہونا ضروری ہے اور وہ قانونی ناقابلیت کے تحت نہیں ہونے چاہئے۔

تفویض دو قسم کے ہوتے ہیں۔

شکل ۳: تفویض کے قسم



مشروط تفویض	مطلق تفویض
مشروط تفویض میں یہ پرویژن رہتا ہے کہ زندگی بیمہ دار کی پختگی کی تاریخ تک زندہ رہنے پر یا تفویض کنندہ کی موت ہونے پر پالیسی اسکے پاس واپس چلی جائیگی۔	مطلق تفویض میں یہ پرویژن ہے کہ پالیسی میں تفویض کار کے سبھی حقوق ، ملکیت اور انٹرسٹ کسی بھی صورت میں تفویض کار یا اسکی جائیداد میں باز گشت کے بغیر تفویض کنندہ کو منتقل کر دیئے جاتے ہیں۔ اس طرح کی پالیسی پوری طرح سے تفویض کنندہ کے پاس رہتی ہے۔ تفویض کنندہ تفویض کار کی رضامندی کے بنا اپنے من پسند طریقے سے پالیسی کے ساتھ رویہ کر سکتا ہے۔

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

قانونی تفویض کے لیے شرائط۔

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

i. سب سے پہلے اسے تکمیل کرنے والے فرد (تفویض کار) کے پاس سونپی جا رہی پالیسی کے لئے **مکمل حق اور عنوان یاقابلِ تفویض انٹرسٹ** ہونا چاہئیے۔

ii. دوسرے، یہ ضروری ہے کہ **تفویض قیمتی معاوضہ کے ذریعے معاون** ہونا چاہئیے جسمیں محبت اور پیارشامل ہو سکتا ہے۔

iii. تیسرا، یہ لازمی ہے کہ تفویض **کسی بھی لاگو قانون کے خلاف نہیں ہونا چاہئیے** ۔ مثال کے لئے، کسی دوسرے ملک میں رہنے والے غیر ملکی رہائش کو پالیسی کی تفویض اکسچینج کنٹرول قواعد و ضوابط کی خلاف ورزی ہو سکتی ہے۔

iv. تفویض کنندہ دوسرا تفویض کر سکتا ہے لیکن نامزدگی نہیں کر سکتا ہے کیونکہ تفویض کنندہ بیمہ شدہ فرد نہیں ہوتا ہے۔

تفویض تحریری شکل میں ہونا چاہئیے اور کم سے کم ایک گواہ کے ذریعے دستخط اور تصدیق شدہ ہونا چاہئیے۔ ملکیت کی منتقلی کے حقائق پالیسی پر ایک تظہیر کے طور پر مخصوص طور سے مقررہ کیا گیا ہونا چاہئیے۔ یہ بھی ضروری ہے کہ پالیسی ہولڈر کو تفویض کی اطلاع بیمہ کمپنی کو دینی چاہئیے۔ **جب تک کہ اس قسم کی اطلاع**

تحریری طور پر بیمہ کمپنی کو حاصل نہیں ہو جاتی ہے، تفویض کنندہ کا پالیسی میں کسی بھی قسم کی ملکیت کا حق نہیں ہوگا۔ تظہیر کے لئے پالیسی دستاویز اور اطلاع حاصل ہونے پر زندگی بیمہ کمپنی تفویض کو متاثر اور رجسٹر کر سکتی ہے۔ یہ دھیان دیا جانا چاہئیے کہ تفویض کو رجسٹر کرتے وقت کمپنی کوئی ذمہ داری نہیں لیتی ہے یا اسکی درست یا قانونی عمل کے بارے میں کوئی رائے کا اظہار نہیں کرتی ہے۔ زندگی بیمہ کمپنی کے بہی کھاتوں میں درج تفویض کی تاریخ وہ تاریخ ہوگی جب تفویض اور اسکی اطلاع اسکے متعلقہ دفتر کو حاصل ہوئی ہے۔ اگر اطلاع اور تفویض الگ الگ تاریخوں کو حاصل ہوتے ہیں تو بعد میں ملنے والے آپشن کو رجسٹریشن کی تاریخ مانا جائیگا۔

تفویض کنندہ پالیسی کی چالو مدت کے دوران پالیسی ہولڈر / زندگی بیمہ ہولڈر کو پالیسی میں انٹرسٹ دوبارہ تفویض کر سکتا ہے۔ ایسے دوبارہ تفویض پر پالیسی ہولڈر /زندگی بیمہ دار کو دعوے کے فوری تصفیے کے لئے ایک نیا نامزدگی یا تفویض کرنے کی صلاح دی جا سکتی ہے۔ پھر، **مشروط تفویض کے معاملے میں پالیسی کا ٹائٹل تفویض کنندہ کی موت کی صورت میں زندگی بیمہ دار فرد کے پاس واپس چلا جائیگا۔** دوسری طرف، اگر تفویض مکمل تھا تو ٹائٹل فوت شدہ تفویض کنندہ کی جائیداد کے پاس چلا جائیگا۔

شکل ۴: بیمہ پالیسیوں کے تفویض سے متعلق پرویژنس

نامزدگی بمقابلہ تفویض

فرق کی بنیاد	نامزدگی	تفویض
نامزدگی یا تفویض کیا ہے؟	نامزدگی موت دعویٰ حاصل کرنے کے لئے کسی فرد کی تقرری کا عمل ہے۔	تفویض بیمہ پالیسی کے ملکیت کی منتقلی کسی دیگر فرد یا اداروں کو کرنے کا

		عمل ہے۔
نامزدگی یا تفویض کب کیا جا سکتا ہے؟	نامزدگی تجویز کے وقت یا پالیسی آغاز ہونے کے بعد کی جا سکتی ہے۔	تفویض صرف پالیسی آغاز ہونے کے بعد ہی کی جا سکتی ہے۔
نامزدگی یا تفویض کون کر سکتا ہے؟	نامزدگی صرف زندگی بیمہ ہولڈر کے ذریعے اسکی اپنی زندگی کی پالیسی پر کی جا سکتی ہے۔	تفویض پالیسی کے مالک کے ذریعے ، یا تو زندگی بیمہ دار کے ذریعے اگر وہ پالیسی ہولڈر ہے یا تفویض کنندہ کے ذریعے کیا جا سکتا ہے۔
یہ کہاں لاگو ہوتا ہے؟	یہ صرف وہاں لاگو ہوتا ہے جہاں بیمہ ایکٹ ، 1938 لاگو ہوتا ہے۔	یہ جائیداد کے منتقلی سے متعلق متعلقہ ملک دیش کے قانون کے مطابق دنیا بھر میں لاگو ہوتا ہے۔
کیا پالیسی ہولڈر پالیسی پر کنٹرول بنائے رکھتا ہے؟	پالیسی ہولڈر پالیسی پر ملکیت اور کنٹرول بنائے رکھتا ہے اور نامزد کے پاس پالیسی کے تحت مقدمہ کرنے کا کوئی حق نہیں ہوتا ہے۔	پالیسی ہولڈر پالیسی کے تحت حق ، ملکیت اور انٹرسٹ کھو دیتا ہے جب تک کہ دوبارہ تفویض نہیں کیا جاتا ہے اور تفویض کنندہ کے پاس پالیسی کے تحت مقدمہ کرنے کا حق رہتا ہے۔
کیا گواہ کی ضرورت ہے؟	گواہ کی ضرورت نہیں ہے۔	گواہ لازمی ہے۔
کیا انہیں کوئی حق ملتا ہے؟	نامزد کا پالیسی پر کوئی حق نہیں ہے۔	تفویض کنندہ کو پالیسی پر پورا حق ہوتا ہے اور یہاں تک کہ پالیسی کے تحت مقدمہ بھی کر سکتا ہے۔
کیا اسے ردّ کیا جا سکتا ہے؟	نامزدگی پالیسی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت ردّ یا منسوخ کیا جا سکتا ہے۔	تفویض ایک بار ہو جانے کے بعد اسے ردّ نہیں کیا جا سکتا ہے، لیکن دوبارہ تفویض کیا جا سکتا ہے۔
نابالغ کے معاملے میں:	اگر نامزد ایک نابالغ ہے، تو کسی فرد کی تقرری کی جانی چاہئے۔	اگر تفویض کنندہ ایک نابالغ ہے تو ایک سرپرست مقرر کیا جانا چاہئے۔
نامزد یا تفویض کنندہ کی موت کی	نامزد کی موت کے معاملے میں پالیسی	مشروط تفویض کنندہ کی موت کے معاملے

صورت میں کیا ہوتا ہے؟	کے حق پالیسی ہولڈر یا اسکے قانونی وارثوں کے پاس واپس چلے جاتے ہیں۔	میں پالیسی پر حق تفویض کی شرطوں کے مطابق زندگی بیمہ دار کے پاس واپس چلے جاتے ہیں۔ مطلق تفویض کنندہ کی موت کے معاملے میں اسکے قانونی وارث پالیسی کے حقدار ہوتے ہیں۔
زندگی بیمہ ہولڈر کی موت کے بعد اور موت دعوے کے ادائیگی سے پہلے نامزد یا تفویض کنندہ کی موت ہو جانے کے معاملے میں کیا ہوتا ہے؟	اگر موت دعوے کے تصفیے سے پہلے نامزد کی موت ہو جاتی ہے تو موت دعویٰ زندگی بیمہ دار کے قانونی وارثوں کو قابلِ ادائیگی ہوگا۔	اگر تصفیے سے پہلے تفویض کنندہ کی موت ہو جاتی ہے تو پالیسی کی رقم تفویض کنندہ کے قانونی وارثوں کو قابلِ ادائیگی ہوتی ہے، نہ کہ زندگی بیمہ دار کو، جو تفویض کار ہے۔
کیا لین دار پالیسی کو منسلک کرا سکتے ہیں؟	لین دار اس بیمہ پالیسی منسلک کر سکتے ہیں جس پر کوئی نامزدگی کیا گیا ہے۔	لین دار پالیسی کو منسلک نہیں کرا سکتے ہیں جب تک کہ تفویض کو لینداروں کو دھوکا دینے کے ارادے سے کیا گیا نہیں دکھایا جاتا ہے۔

c) ڈپلکیٹ پالیسی

زندگی بیمہ پالیسی دستاویز صرف ایک وعدے کا ثبوت ہے۔ پالیسی دستاویز کا کھونا یا تباہ ہونا کسی بھی طریقے سے کمپنی کو معاہدہ کے تحت اپنی ذمہ داری سے آزاد نہیں کرتا ہے۔ زندگی بیمہ کمپنیوں کے پاس عام طور پر پالیسی دستاویز کے کھونے کے معاملے میں اپنائی جانے والی معیاری عمل ہوتے ہے۔

عام طور پر دفتر یہ دیکھنے کے لئے معاملے کی جانچ کرتا ہے کہ کیا مبینہ نقصان پر شک کرنے کا کوئی سبب ہے۔ اس بات کا تسلی بخش ثبوت پیش کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے کہ پالیسی کھو گئی ہے اور اسے کسی دیگر طریقے سے نہیں دیکھا گیا ہے۔ عام طور پر مدعی کے ذریعے ضمانت کے ساتھ یا اسکے بغیر ایک معاوضہ بانڈ پیش کرنے پر اسکا تصفیہ کیا جا سکتا ہے۔

اگر ادائیگی جلدی ڈیو ہوتی ہے اور ادائیگی کی جانے والی رقم بہت زیادہ ہے تو دفتر اس بات پر بھی اصرار کر سکتا ہے کہ وسیع طور پر کسی قومی اخبار میں اسکے کھونے کی اطلاع دیتے ہوئے ایک اشتہار نکالا جائے۔ اس بات کا یقین ہو جانے پر کہ

کسی دیگر فرد کو کوئی اعتراض نہیں ہے، ایک ڈپلکیٹ پالیسی جاری کی جا سکتی ہے۔

d) بدلاؤ/تبدیلی

پالیسی ہولڈر پالیسی کے شرائط و ضوابط میں بدلاؤ کرنے کی مانگ کر سکتا ہے۔ بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں کی رضامندی کے تحت ایسے بدلاؤ کرنے کا پرویژن ہے۔ عام طور پر پالیسی کے پہلے سال کے دوران تبدیلیوں کی اجازت نہیں دی جاتی، لیکن پریمیم ادائیگی کے طریقہ کار یا اہم قسم کی تبدیلیاں کیے جا سکتے ہیں جیسا کہ -

- ✓ نام یا ایڈریس میں تبدیلی ؛
- ✓ عمر زیادہ یا کم ثابت ہونے پر اسے پھر سے درج کرانا
- ✓ دوہرے حادثہ فائدہ یا مستقل معذوری فائدہ وغیرہ فراہم کرنے کے لیے درخواست

بعد کے سالوں میں بدلاؤ کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ اس میں سے کچھ بدلاؤ پالیسی پر یا ایک الگ کاغذ پر ایک مناسب توثیق کرکے متاثر کئے جا سکتے ہیں۔ دیگر بدلاؤ، جن کے لئے پالیسی کی شرطوں میں حقیقی تبدیلی کی ضرورت پڑتی ہے، موجودہ پالیسیوں کو ردّ کرتے ہوئے نئی پالیسیاں جاری کی جا سکتی ہیں۔

بدلاؤ کے کچھ اہم اقسام جنہیں اجازت دی گئی ہے ٔ اس طرح ہیں

i. بیمہ کی کچھ کلاسوں یا مدت میں بدلاؤ [چہاں جوکھم میں اضافہ نہیں ہوا ہے]

ii. بیمہ رقم میں کمی

iii. پریمیم ادائیگی کے طریقہ کار میں بدلاؤ

iv. پالیسی آغاز ہونے کی تاریخ میں بدلاؤ

v. پالیسی کو دو یا دو سے زیادہ پالیسیوں میں تقسیم کرنا

vi. اضافی پریمیم یا پابند کلاز کا خاتمہ

vii. منافع کے بغیر سے منافع سمیت منصوبہ بندی میں تبدیلی

viii. نام میں تصحیح

ix. دعوے کی ادائیگی کے لئے تصفیے کا آپشن اور دوہرا حادثہ فائدہ فراہم کرنا

ان تبدیلیوں میں عام طور پر جوکھم میں اضافہ شامل نہیں ہے۔ پالیسیوں میں دیگر بدلاؤ بھی ہوتے ہیں جن کی اجازت نہیں ہے۔ یہ ایسے بدلاؤ ہو سکتے ہیں جن کا اثر پریمیم کو کم کرنا ہے۔ انکے مثال ہیں، پریمیم ادائیگی مدت کو بڑھانا؛ منافع سمیت سے منافع کے بغیر منصوبہ بندی میں بدلاؤ؛ بیمہ کی ایک کلاس سے دوسری کلاس میں بدلاؤ، چہاں یہ جوکھم کو بڑھا دیتا ہے؛ اور بیمہ رقم میں اضافہ -

ہر جگہ بیمہ کمپنیوں کو عام طور پر اپنے پالیسی دستاویزات کی حقیقی باتوں کا انتخاب کرنے کی اجازت دی جاتی ہے، لیکن انکو منظوری کے لئے ریگولیٹر کے سامنے پیش کئے جانے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۳

کن حالات میں پالیسی ہولڈر کو ایک مقرر فرد کو تقرر کرنے کی ضرورت ہوگی؟

I. بیمہ دار نابالغ ہونے پر
II. نامزد ایک نابالغ ہے
III. پالیسی ہولڈر کی دماغی حالت ٹھیک نہیں ہے
IV. پالیسی ہولڈر شادی شدہ نہیں ہے

خلاصہ

- رعایتی مدت کلاز پریمیم ڈیو ہونے کے بعد اسکی ادائیگی کرنے کے لئے پالیسی ہولڈر کو ایک اضافی وقت مدت فراہم کرتا ہے۔
- دوبارہ تقرر وہ عمل ہے جسکے کے ذریعے زندگی بیمہ کمپنی ایک ایسی پالیسی کو واپس چالو حالت میں لاتی ہے جو یا تو پریمیم ادائیگی نہ ہونے کے سبب ختم ہو گئی ہے یا جسے کسی غیرضبطگی پرویژن کے تحت برقرار رکھا گیا ہے۔
- پالیسی لون دو معاملات میں ایک عام تجارتی لون سے الگ ہوتا ہے، پہلا، پالیسی مالک قانونی طور پر لون چکانے کے لئے پابند نہیں ہوتا ہے اور بیمہ کمپنی کو بیمہ ہولڈر کی کریڈیٹ جانچ کرانے کی ضرورت نہیں ہے۔
- نامزدگی وہ ہے جہاں زندگی بیمہ دار اس فرد (وں) کے نام کی تجویز کرتا ہے جنہیں اسکی موت کے بعد بیمہ کمپنی کے ذریعے بیمہ رقم کی ادائیگی کیا جانا چاہئے۔
- زندگی بیمہ پالیسی کے تفویض کا مطلب ہے پالیسی میں حق ، ملکیت یا منافع (جائیداد کے طور پر) کا ایک فرد سے دوسرے فرد کو منتقل کرنے ایک کام وہ فرد جو حقوق کو منتقل کرتا ہے اسے تفویض کار کہا جاتا ہے اور جس فرد کو جائیداد منتقل کی جاتی ہے اسے تفویض کنندہ کہتے ہیں۔
- بدلاوٗ بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں کی رضامندی کے تحت ہوتا ہے۔ عام طور پر کچھ عام باتوں کو چھوڑکر، پالیسی کے پہلے سال کے دوران بدلاوٗ کی اجازت نہیں دی جا سکتی ہے۔

اہم اصطلاحات

1. رعایتی مدت

2. پالیسی کی ساقط
3. پالیسی بحالی
4. دستبرداری قیمت
5. نامزدگی
6. تفویض

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشن II ہے۔

چہاں نامزد نابالغ ہے، پالیسی ہولڈر کو ایک مقرر فرد مقرر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

نیچے دیا گیا کون سا بیان نامزدگی کے تعلق میں غلط ہے؟

I. اگر پالیسی لون کے بدلے میں بیمہ کمپنی کو تفویض کی گئی ہو تو پالیسی نامزدگی ردّ نہیں کی جا سکتی ہے

II. نامزدگی پالیسی خرید کے وقت یا بعد میں کیا جا سکتا ہے

III. پالیسی میں تظہیر کرکے نامزدگی کو بدلہ جا سکتا ہے

IV. نامزد کا مکمل دعوے پر پورا حق ہوتا ہے

سوال 2

پالیسی کے تحت ضمانت دستبرداری قیمت حاصل کرنے کے لئے، قانون کے مطابق کب تک کے لئے پریمیم ادائیگی کیا جانا چاہئے؟

I. پریمیم کی کم سے کم لگاتار ۲ سالوں کے لئے ادائیگی کی جانی چاہئے

II. پریمیم کی کم سے کم لگاتار ۳سالوں کے لئے ادائیگی کی جانی چاہئے

III. پریمیم کی کم سے کم لگاتار ۴سالوں کے لئے ادائیگی کی جانی چاہئے

IV. پریمیم کی کم سے کم لگاتار ۵سالوں کے لئے ادائیگی کی جانی چاہئے

سوال 3

کسی پالیسی کو کب ساقط سمجھا جاتا ہے؟

I. اگر ڈیو تاریخ کو پریمیم ادائیگی نہیں کی جاتی ہے

II. اگر ڈیو تاریخ سے پہلے پریمیم ادائیگی نہیں کی جاتی ہے

III. اگر رعایتی مدت کے دنوں میں بھی پریمیم ادائیگی نہیں کی گئی ہے

IV. اگر پالیسی کو دستبردار کر دیا گیا ہے

سوال 4

نیچے دیا گیا کون سا بیان بیمہ پالیسی کی رعایتی مدت کے تعلق میں صحیح ہے؟

I. رعایتی مدت کی معیاری لمبائی ایک مہینہ ہے

II. رعایتی مدت کی معیاری لمبائی 30 دن ہے

III. رعایتی مدت کی معیاری لمبائی ایک مہینے یا 30 دن ہے

IV. رعایتی مدت کی معیاری لمبائی ایک مہینے یا 31 دن ہے

سوال 5

اگر پالیسی ہولڈر ڈیو تاریخ تک پریمیم ادائیگی نہیں کرتا ہے اور رعایتی مدت کے دوران مر جاتا تو ایسے میں کیا ہوگا؟

I. بیمہ کمپنی ڈیو تاریخ تک پریمیم کی عدم ادائیگی ہونے کے سبب پالیسی کو باطل کرنے پر غور کریگی اور اسلئے دعوے کو نامنظور کر دےگی

II. بیمہ کمپنی دعوے کی ادائیگی کرےگی اور پچھلے بقایا پریمیم کو معاف کر دےگی

III. بیمہ کمپنی بقایا پریمیم کو گھٹانے کے بعد دعوے کی ادائیگی کرےگی

IV. بیمہ کمپنی سود کے ساتھ بقایا پریمیم کو گھٹانے کے بعد دعوے کی ادائیگی کریگی، جو بینک کی بچت سود شرح سے 2٪ زیادہ لیا جائیگا

سوال 6

ساقط پالیسی کے بحالی کے وقت ، نیچے دیئے گئے کون سے پہلو کو بیمہ کمپنی کے ذریعے سب سے اہم مانا جاتا ہے؟ سب سے مناسب آپشن منتخب کریں۔

I. بحالی کے وقت بیمہ برداری کا ثبوت

II. پالیسی کی بحالی جو بیمہ کمپنی کے لئے جوکھم میں اضافہ کا سبب بنےگی

III. سود کے ساتھ بقایا پریمیموں کی ادائیگی

IV. بیمہ دار ایک مقررہ وقت حد کے اندر بحالی کی درخواست پیش کرتا ہے

سوال 7

بیمہ پالیسی کے لئے بیمہ ایکٹ ، 1938 کی _____ کے تحت نامزدگی کی اجازت دی جاتی ہے۔

I. سیکشن ۱۰

II. سیکشن ۳۸

III. سیکشن ۳۹

IV. سیکشن ۴۵

سوال 8

نیچے دیا گیا کون سا بیان ایسی کس پالیسی کے تعلق میں غلط ہے جسکے خلاف بیمہ کمپنی سے لون لیا گیا ہے؟

I. پالیسی کو بیمہ کمپنی کے حق میں تفویض کرنا ہوگا

II. ایسی پالیسی کا بیمہ کمپنی کے حق میں نامزدگی پالیسی کے تفویض کے سبب ردّ ہو جائیگا

III. نامزد کا حق پالیسی میں بیمہ کمپنی کے منافع کی حد تک متاثر ہوگا

IV. پالیسی لون عام طور پر پالیسی کے دستبرداری قیمت کے ایک مخصوص فیصد تک محدود رہتا ہے

سوال 9

نیچے دیا گیا کون سا بیان بیمہ پالیسی کے تفویض کے تعلق میں غلط ہے؟

I. مطلق تفویض کے معاملے میں، تفویض کنندہ کی موت کی صورت میں پالیسی کا حق فوت شدہ تفویض کنندہ کی جائیدادکے حق میں چلا جائیگا

II. زندگی بیمہ پالیسی کے تفویض کا مطلب ہے پالیسی میں حق ، ملکیت اور منافع (جائیداد کے طور پر) کو ایک فرد سے دوسرے فرد کے حق میں منتقل کرنا ۔

III. پالیسی ہولڈر کے ذریعے تفویض کی اطلاع بیمہ کمپنی کو دیا جانا ضروری ہے

IV. مطلق تفویض کے معاملے میں، پالیسی پختگی تک پوری طرح سے تفویض کنندہ کے حق میں رہتی ہے، سوائے پالیسی مدت کے دوران بیمہ دار کی موت کے معاملے ، جہاں پالیسی بیمہ دار کے مستفید کے پاس واپس چلی جاتی ہے

سوال 10

بیمہ کمپنی کے ذریعے ان میں سے کون سے بدلاوٗ کی اجازت دی جائیگی؟

I. پالیسی کو دو یا دو سے زیادہ پالیسیوں میں تقسیم کرنا

II. پریمیم ادائیگی مدت کو بڑھانا

III. پالیسی کو منافع سمیت سے منافع کے بغیر میں بدلنا

IV. بیمہ رقم میں اضافہ

ذاتی امتحان کے سوالات کے جواب

جواب 1

درست آپشن IV ہے -

کسی نامزد کا مکمل طور پر(یا جزوی طور پر) دع

وے پر کوئی حق نہیں رہتا ہے-

جواب 2

درست آپشن II ہے-

پالیسی کے تحت ضمانت دستبرداری قیمت حاصل کرنے کے لئے کم سے کم لگاتار ۳ سالوں کے لئے پریمیم ادائیگی کی جانی چاہئے -

جواب 3

درست آپشن III ہے -

اگر رعایتی مدت کے دنوں میں بھی پریمیم ادائیگی نہیں کی گئی ہے تو پالیسی کو ساقط سمجھا جاتا ہے-

جواب 4

درست آپشن IV ہے-

رعایتی مدت کی معیاری لمبائی ایک مہینے یا 31 دن ہے-

جواب 5

درست آپشن II ہے-

اگر پالیسی ہولڈر ڈیو تاریخ تک پریمیم ادائیگی نہیں کرتا ہے اور رعایتی مدت کے دوران مر جاتا ہے تو بیمہ کمپنی بقایا پریمیم کو گھٹانے کے بعد دعوے کی ادائیگی کریگی-

جواب 6

درست آپشن I ہے-

کسی ساقط پالیسی کے بحالی کے دوران، بحالی کے وقت بیمہ برداری کے ثبوت کو بیمہ کمپنی کے ذریعے سب سے اہم پہلو مانا جاتا ہے-

جواب 7

درست آپشن III ہے-

بیمہ پالیسی کے لئے بیمہ ایکٹ ، 1938 کی سیکشن 39 کے تحت نامزدگی کی اجازت دی جاتی ہے-

جواب 8

درست آپشن II ہے۔

کسی ایسی پالیسی کے تعلق میں جسکے حوالے سے بیمہ کمپنی سے ایک لون لیا گیا ہے، بیمہ کمپنی کے حق میں پالیسی کا تفویض ہونے کے سبب نامزدگی ردّ نہیں ہوگا۔

جواب 9

درست آپشن IV ہے۔

مطلق تفویض کے معاملے میں پالیسی پختگی تک پوری طرح سے تفویض کنندہ کے حق میں ہوتی ہے۔ پالیسی مدت کے دوران بیمہ دار کی موت ہونے کی صورت میں پالیسی بیمہ دار کے مستفید کو واپس نہیں ہوگی۔ تفویض کنندہ پالیسی کے فوائد کا حقدار ہوگا۔

جواب 10

درست آپشن I ہے۔

پالیسی کو دو یا دو سے زیادہ پالیسیوں میں تقسیم کرنے والے بدلاؤ کی اجازت دی جاتی ہے۔

باب 15
ہامیداری (اَنڈرائٹنگ)

باب تعارف

زندگی بیمہ ایجنٹ کا کام کسی ممکنہ گاہک سے تجویز حاصل کر لئے جانے پر ہی ختم نہیں ہو جاتا ہے۔ تجویز کو بیمہ کمپنی کے ذریعے منظور بھی کیا جانا چاہئے اور اسے ایک پالیسی بننا چاہئے۔

اصل میں ہر زندگی بیمہ تجویز کو ایک گیٹ وے سے گزرنا پڑتا ہے جہاں زندگی بیمہ کمپنی یہ طے کرتی ہے کہ تجویز کو منظور کیا جائے یا نہیں اور اگر ہاں، تو کن شرائط پر۔ اس باب میں ہم ہامیداری کا عمل اور اس عمل میں ملوث عناصر کے بارے میں زیادہ معلومات حاصل کرینگے۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. ہامیداری - بنیادی تصورات
B. غیر طبی ہامیداری
C. طبی ہامیداری

A. ہامیداری - بنیادی تصورات

1. ہامیداری کا مقصد

ہم ہامیداری کے مقصد کی تحقیقات کے ساتھ شروع کرتے ہیں۔ اسکے دو مقاصد ہیں -

i. انسداد انتخاب یا بیمہ کمپنی کے خلاف انتخاب کو روکنا
ii. جوکھموں کی درجہ بندی اور جوکھموں کے درمیان اکوئٹی کو یقینی بنانا

تعریف

جوکھموں کا انتخاب اصطلاح زندگی بیمہ کے لیے ہر تجویز کی تشخیص کے عمل سے مراد ہے اس میں موجود جوکھم کی ڈگری کے لحاظ سے نمائندگی کرتا ہے۔ اور پھر یہ فیصلہ کرنے کہ بیمہ فراہم کیا جائے یا نہیں اور اگر ہاں تو کن شرطوں پر۔ اینٹی انتخاب ایسے لوگوں کا رجحان ہے جو یہ شک کرتے یا جانتے ہیں کہ انکے نقصان کا سامنا کرنے کےامکان زیادہ ہے، بے صبری سے بیمہ کی مانگ کرنا اور اس عمل میں فائدہ حاصل کرنا۔

مثال

اگر زندگی بیمہ کمپنیاں ان لوگوں کے بارے میں انتخابی نہ ہوں جنہیں وہ بیمہ دستیاب کراتی ہیں، تو اس بات کی امکان بنی رہتی ہے کہ دل کا مسئلہ یا کینسر جیسی سنگین بیماریوں والے لوگ، جن کی طویل زندگی کی توقع نہیں کی جاتی ہے، بیمہ خریدنے کی کوشش کرینگے۔

دوسرے الفاظ میں، اگر بیمہ کمپنی نے انتخاب کی کوشش نہیں کی تو یہ مخالف انتخاب ہو جائیگا اور اس عمل میں اسے نقصان اٹھانا پڑےگا۔

2. جوکھموں کے درمیان اکوئٹی

آئیے اب ہم جوکھموں کے درمیان اکوئٹی پر غور کریں۔ "اکوئٹی " لفظ کا مطلب ہے ایسے درخواست دہندگان جو ایک جیسی ڈگری کے جوکھم کے دائرے میں آتے ہیں انکو ایک ہی پریمیم کلاس میں رکھا جانا چاہئیے۔ہم پہلے دیکھ چکے ہیں کہ کیسے زندگی بیمہ کمپنیاں لیا جانے والا پریمیم کا تعین کرنے کے لئے اموات ٹیبل کا استعمال کرتی ہیں۔ یہ ٹیبل معیاری زندگی یا اوسط جوکھموں کے اموات تجربے کی نمائندگی کرتی ہے۔ ان میں زندگی بیمہ لینے کی تجویز کرنے والے افراد کی اکثریت شامل ہیں. -

a) **جوکھم درجہ بندی**

اکوئٹی کو آگے بڑھانے کے لئے اَنڈرراٹر جوکھم درجہ بندی نامی ایک عمل میں مصروف ہوتے ہیں یعنی الگ الگ زندگی کو درجہ بندی کیا جاتا ہے اور انمیں موجود جوکھموں کی ڈگری کی بنیاد پر انکو مختلف جوکھم کلاسوں میں بانٹا جاتا ہے۔ ایسی چار جوکھم کلاسس ہوتی ہیں۔

شکل 1 : جوکھم درجہ بندی

i. معیاری زندگی

ان میں ایسی زندگی شامل ہیں جن کی متوقع اموات ، اموات ٹیبل میں نمائندگی کیےگئے معیاری زندگی سے مساوی ہے۔

ii. ترجیحی جوکھم

یہ ایسے جوکھم ہیں جن کی متوقع اموات معیاری زندگیوں کے مقابلے میں کافی کم ہوتی ہے اور اسلئے ان سے کم پریمیم لیا جا سکتا ہے۔

iii. غیر معیاری زندگی

یہ ایسے زندگی ہوتے ہیں جن کی متوقع اموات اوسط یا معیاری زندگیوں کے مقابلے میں زیادہ ہے، لیکن پھر بھی قابلِ بیمہ مانے جاتے ہیں۔ انکو اعلی (یا اضافی) پریمیم کے ساتھ یا کچھ پابندیوں کے تحت بیمہ کے لئے منظور کیا جا سکتا ہے۔

iv. رد کردہ زندگی

یہ ایسے زندگی ہیں جن کے نقائص اور متوقع اضافی اموات اتنی زیادہ ہوتی ہے کہ انکو ایک کفایتی لاگت پر بیمہ کوریج فراہم نہیں کیا جا سکتا ہے۔ کبھی کبھی کسی فرد کی تجویز کو بھی عارضی طور پرنامنظور کیا جا سکتا ہے اگر وہ حال میں کسی طبی واقعہ جیسے آپریشن کے دائرے میں رہا ہے۔

3. انتخاب عمل

یہ کہا جا سکتا ہے کہ ہامیداری یا انتخاب عمل دو سطحوں پر پوری ہوتی ہے:

- ✓ فیلڈ سطح پر
- ✓ محکمہ ہامیداری سطح پر

شکل 2: ہامیداری یا انتخاب عمل

a) فیلڈ یا بنیادی سطح

فیلڈ سطح پر ہامیداری کو بنیادی ہامیداری کے طور پر بھی جانا جا سکتا ہے۔ اس میں کسی ایجنٹ یا کمپنی کے نمائندے کے ذریعے معلومات جمع کرنا شامل ہے جو یہ طے کریگا کہ کیا درخواست دہندگان بیمہ کوریج فراہم کرنے کے لئے مناسب ہے۔ ایجنٹ بنیادی اَنڈرائٹر کے طور پر ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ وہ قابلِ بیمہ زندگی کو جاننے کی سب سے اچھی صورت میں ہوتا ہے۔

کئی بیمہ کمپنیوں کو یہ ضرورت ہو سکتی ہے کہ ایجنٹ ایک تفصیلات یا خفیہ رپورٹ بھر کر جسمیں تجویز شدہ زندگی کے تعلق میں ایجنٹ کے ذریعے مخصوص معلومات ، غور اور سفارشیں فراہم کئے جانے کی مانگ کی جاتی ہے۔ اسی قسم کی ایک رپورٹ، جسے اخلاقی خطرے سے متعلقہ رپورٹ کہا گیا ہے، کی مانگ بھی زندگی بیمہ کمپنی کے اہلکار سے کی جا سکتی ہے۔ ان رپورٹوں میں عام طور پر تجویز زندگی کا پیشہ، آمدنی ، مالی حیثیت اور ساکھ کو کور کیا جاتا ہے۔

دھوکادہی نگرانی اور بنیادی اَنڈرائٹر کے طور پر ایجنٹ کا کردار

جوکھم انتخاب کے تعلق میں زیادہ تر فیصلہ ان مواد حقائق پر منحصر کرتا ہے جن کا خلاصہ تجویز فارم میں تدبیر کنندہ کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ ہامیداری محکمہ میں بیٹھے ایک اَنڈرائٹر کے لئے یہ جاننا مشکل ہو سکتا ہے کہ کیا یہ حقائق کہیں غلط تو نہیں ہیں اور دھوکا دینے کے ارادے سے یا جان بوجھ کر دھوکا دینے کے لیے مکمل طریقے سے غلط بیانی تو نہیں کی گئی ہے۔

یہاں ایجنٹ ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ وہ اس بات کا پتہ لگانے کے لئے سب سے اچھی صورت میں ہوتا ہے کہ پیش کئے گئے حقائق صحیح ہیں، چونکہ ایجنٹ کی تجویز شدہ زندگی کے ساتھ سیدھا اور انفرادی رابطہ ہوتا ہے اور اسلئے وہ اس بات کی نگرانی کر سکتا

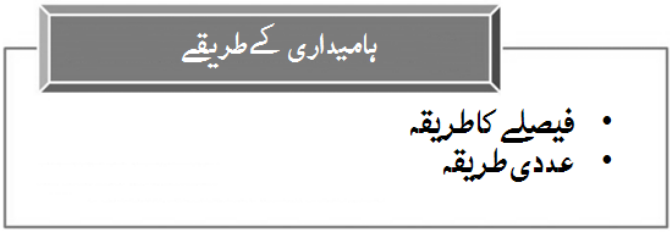
ہے کہ کیا گمراہ کرنے کے ارادے سے جان بوجھ کر کوئی غیر انکشاف یا غلط بیانی تو نہیں کی گئی ہے۔

b) ہامیداری محکمہ سطح

ہامیداری کی دوسری سطح محکمہ یا دفتر سطح ہے۔ اس میں ماہرین اور ایسے فرد شامل ہیں جو اس طرح کے کام میں ماہر ہوتے ہیں اور جو زندگی بیمہ تجویز منظور کرنے اور اسکی شرطیں طے کرنے کے معاملے میں سبھی متعلقہ ڈاٹا پر غور کرتے ہیں۔

4. ہامیداری کے طریقے

شکل 3: ہامیداری کے طریقے

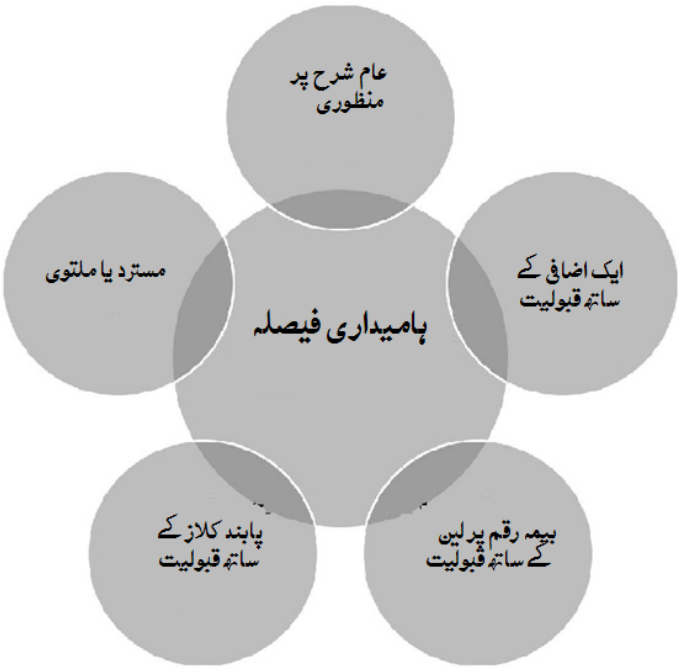


اَنڈرراٹر اس مقصد کے لئے دو قسم کے طریقوں کا استعمال کر سکتے ہیں:

فیصلے کا طریقہ	عددی طریقہ
اس طریقہ کار میں موضوعی فیصلہ کا استعمال کیا جاتا ہے، خاص طور پر تب جب ایک پیچیدہ معاملے پر فیصلہ لینا ہوتا ہے۔	اس طریقہ کار میں اَنڈرراٹر سبھی منفی یا مخالف عوامل (کسی بھی مثبت یا ساز گار عوامل کے لئے منفی پوائنٹس) کے لئے مثبت شرح پوائنٹس تفویض کرتے ہیں۔
مثال : یہ طے کرنا کہ کیا ایسے کسی فرد کو بیمہ دیا جائیگا جسے شدید ذیابیطس ہے اور کن شرطوں پر۔	
ایسے حالات میں، محکمہ ایک میڈیکل ڈاکٹر کی ماہر رائے حاصل کر سکتا ہے جسے طبی ریفری بھی کہا جاتا ہے۔	اس طرح دئیے گئے پوائنٹس کی کل سنکھیا یہ طے کریگی کہ اسے کتنی اضافی اموات ریٹنگ (جسے ایئیمار بھی کہا جاتا ہے) دی گئی ہے۔ ایئیمار جتنا زیادہ ہوگا، زندگی اتنا ہی غیر معیاری ہوگا۔ اگر ایئیمار بہت زیادہ ہوا تو بیمہ دینے سے منا بھی کیا جا سکتا ہے۔

ہامیداری فیصلہ

شکل 4 : ہامیداری فیصلہ



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

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

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

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

مثال : یہ اس صورت میں لگایا جا سکتا ہے جب بیمہ کے لئے تجویز زندگی ٹی بی جیسی کچھ بیماریوں میں مبتلا رہا ہے اور اس سے اب چھٹکارا پایا ہے۔ لین کا مطلب ہے کہ اگر زندگی بیمہ دار کی موت ایک مقررہ مدت کے اندر (مثال کے لئے پھر سے ٹی بی ہونا) ایک مقررہ سبب سے ہو جاتی ہے تو صرف موت فائدہ کی کم کی گئی رقم ہی قابلِ ادائیگی ہو سکتی ہے۔

d) پابندیوں کلاز سمیت قبولیت : کچھ طرح کے خطروں کے لئے ایک پابندکلاز لاگو کیا جا سکتا ہے جو کچھ مخصوص حالات میں موت ہونے کی صورت میں موت فائدہ کو محدود کرتا ہے۔

اسکی **مثال** حاملہ خواتین کے معاملے میں عائد حمل کلاز ہے جو مان لیجیے کہ پرسو سے تین مہینے کے اندر ہونے والے حمل سے متعلق اموات کی صورت میں قابلِ ادائیگی بیمہ کو محدود کرتا ہے۔

e) **مسترد یا ملتوی :** آخر میں، زندگی بیمہ اَنڈرائٹر، بیمہ کی تجویز کو نامنظور یا انکار کرنے کا فیصلہ کر سکتا ہے۔یہ کچھ ایسی صحت / دیگر خصوصیات موجود ہونے کی صورت میں ہوگا جو اس قدر منفی ہیں کہ وہ جوکھم کے واقعات کو کافی حد تک بڑھا دیتی ہیں۔

مثال : وہ فرد جو کینسر میں مبتلا ہے اور ٹھیک ہونے کی بہت کم امکان ہے، مسترد کے لئے امیدوار ہوگا۔

اسی طرح کچھ معاملوں میں جوکھم کی منظوری کو اس وقت تک ملتوی کرنا محتاط ہو سکتا ہے جب تک کہ حالت میں سدھار نہیں ہوتا ہے اور وہ زیادہ ساز گار نہیں بن جاتا ہے۔

مثال

ایک ایسی عورت جس نے حال ہی میں رحم براری کا آپریشن کرایا ہے، اسکی زندگی پر بیمہ کی اجازت دیئے جانے سے پہلے کچھ مہینوں کے لئے انتظار کرنے کو کہا جا سکتا ہے تاکہ آپریشن کے بعد پیدا ہونے والی کوئی بھی پیچیدگی ختم ہو جائے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۱

مندرجہ ذیل میں سے کون سے معاملے کو زندگی بیمہ کمپنی کے ذریعے مسترد یا ملتوی کئے جانے کے امکان ہے؟

I. ۱۸ سالہ صحت مند فرد

II. ایک موٹا فرد

III. ایڈس میں مبتلا فرد

IV. ہاؤس وائف جس کی اپنی کوئی آمدنی نہیں ہے

B. غیر طبی ہامیداری

1. غیر طبی ہامیداری

بڑی تعداد میں زندگی بیمہ تجاویز کو عام طور پر بیمہ قابل زندگی کی جانچ کرنے کے لئے طبی امتحان کرائے بنا ہی بیمہ کے لئے انتخاب کیا جا سکتا ہے۔ ایسے معاملوں کو غیر طبی تجاویز کے طور پر جانا جاتا ہے۔

غیر طبی ہامیداری کا معاملہ اس تلاش میں نحت ہے کہ طبی امتحان صرف ایک چھوٹے تناسب (جیسے ایک کا دسواں حصہ) میں منفی خصوصیات کو سامنے لاتے ہیں۔ باقی معلومات کا پتہ تجویز یا تجویز کردہ زندگی کے چھٹی ریکارڈ اور دیگر دستاویزوں میں دیئے گئے جوابات سے چل سکتا ہے

کسی قابل ڈاکٹر کے ذریعے طبی امتحان کرانے کے لئے ڈاکٹر کو فیس کی ادائیگی کرنے کی ضرورت ہوگی۔ وہ خرچ جسے اس طرح کا امتحان نہیں کرکے بچایا جا سکتا ہے، اس نقصان کے مقابلے میں بہت زیادہ پایا گیا ہے جس کا سامنا زندگی بیمہ کمپنی کو طبی امتحان کو درکنار کرنے کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہونے والے اضافی موت دعووں کے سبب کرنا پڑ سکتا ہے۔ اسلئے زندگی بیمہ کمپنیوں نے طبی امتحان پر زور دیئے بنا بیمہ دینے کی مشق کو اپنایا ہے۔

2. غیر طبی ہامیداری کی شرطیں

تاہم ، غیر طبی ہامیداری کچھ شرطوں پر عمل کرنے کی مانگ کرتا ہے۔

i. سب سے **پہلے خواتین کی صرف کچھ کلاس** جیسے ورکینگ عورتیں اسکے لئے اہل ہو سکتی ہیں

ii. **بیمہ رقم پر اوپری حد** لگائی جا سکتی ہے۔مثال کے لئے، پانچ لاکھ سے زیادہ کی بیمہ رقم کے کسی بھی معاملے کو طبی جانچ کے مشروط کیا جا سکتا ہے۔

iii. دخول کے لیے عمر **حد لگائی جا سکتی ہے** - مثال کے لئے، 40 یا 45 سال سے زیادہ کی عمر والے کسی بھی فرد کو لازمی طور سے ایک طبی امتحان کروانا چاہئیے۔

iv. بیمہ کے کچھ منصوبے کے تعلق میں پابندیاں لگائی جاتی ہیں - مثال کے لئے، میعادی بیمہ کی اجازت غیر طبی کلاس میں نہیں دی جا سکتی ہے۔

v. **بیمہ کی زیادہ سے زیادہ مدت** بیس سال /60 سال کی عمر تک محدود کی جا سکتی ہے

vi. **زندگی کی کلاس :** غیر طبی بیمہ کی اجازت کچھ منفرد کلاس کے افراد کو بھی دی جا سکتی ہے، مثال کے لئے، مخصوص معروف کمپنیوں کے ملازمین - ایک سال کی سروس پوری کرنے والوں کوغیر طبی بیمہ فراہم کیا جاتا ہے۔ ان کمپنیوں

کے پاس چھٹی کے مناسب ریکارڈ ہوتے ہیں اور یہ وقت وقت پر طبی امتحان بھی کرواتے رہتے ہیں تاکہ ملازمین کی طبی حیثیت کو آسانی سے توثیق کیا جا سکے۔

3. ہامیداری میں ریٹنگ عوامل

ریٹنگ عوامل مالی حالت ، طرز زندگی ، عادات، خاندان کی تاریخ ، صحت کا انفرادی تاریخ اور ممکنہ بیمہ دار کی زندگی میں دیگر انفرادی حالات سے متعلق مختلف پہلوؤں کا حوالہ دیتے ہیں جو خطرہ پیدا کر سکتے ہیں اور جوکھم کو بڑھا سکتے ہیں۔ ہامیداری میں ان خطروں اور انکے ممکنہ عمل کی شناخت کرنا اور اس کے مطابق جوکھم کی درجہ بندی کرنا شامل ہے۔

آئیے ہم سمجھیں کہ کیسے انفرادی زندگی کی خصوصیات کا اثر جوکھم پر پڑ سکتا ہے۔ موٹے طور پر انھیں دو حصوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے – ایسی خصوصیات جو اخلاقی خطرے میں شراکت کرتے ہیں اور ایسی خصوصیات جو جسمانی [طبی] خطروں کو بڑھاتے ہیں۔ اس کے مطابق زندگی بیمہ کمپنیاں اکثر اپنے ہامیداری کو کلاسوں میں تقسیم کرتی ہیں۔ آمدنی ، پیشہ، طرز زندگی اور عادات جیسے عنصر اخلاقی خطرے میں شراکت کرتے ہیں، انکی تشخیص مالی ہامیداری کے حصے کے ایک طور پر کی جاتی ہے جبکہ صحت کے طبی پہلوؤں کی تخمینی طبی ہامیداری کے طور پر کی جاتی ہے۔

a) عورت بیمہ

خواتین عام طور پر مردوں کے مقابلے میں زیادہ لمبی عمر والی ہوتی ہیں۔ تاہم ، انکو اخلاقی خطرے کے تعلق میں کچھ مسائل کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔ اسکا سبب یہ ہے کہ بھارتی سماج میں کئی عورتیں ابھی بھی مرد کے تسلط اور سماجی استحصال کا شکار ہیں - جہیز موت جیسی برائیاں آج بھی مقبول ہیں۔ خواتین کی لمبی عمر کو متاثر کرنے والا دوسرا عنصر حمل سے منسلک مسائل سے پیدا ہو سکتا ہے۔

خواتین کی بیمہ برداری بیمہ کی ضرورت اور پریمیموں کی ادائیگی کرنے کی صلاحیت سے کنٹرول ہوتی ہے۔ اسلئے بیمہ کمپنیاں صرف ان خواتین کے لئے مکمل بیمہ فراہم کرنے کا فیصلہ کر سکتی ہیں جو اپنی خود کی آمدنی حاصل کرتی ہیں، اور دیگر کلاسوں کی خواتین پر حدود لگا سکتی ہیں۔ اسی طرح حاملہ خواتین پر کچھ شرطیں لگائی جا سکتی ہیں۔

b) نابالغ کا زندگی بیمہ

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

نابالغوں کے لئے بیمہ پر غور کرتے وقت عام طور پر تین شرطوں کی مانگ کی جائیگی:

i. **کیا ان کے پاس ایک اچھی طرح سےڈیلوپ جسمانی ڈھانچہ ہے**

جسمانی ڈھانچے کی خراب افزائش غذائی قلت یا دیگر صحت کےمسائل کا ایک نتیجہ ہو سکتا ہے جو سنگین جوکھموں کو پیدا کرسکتے ہیں۔

ii. **مناسب خاندان تاریخ اور ذاتی تاریخ**

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

iii. **کیا خاندان مناسب طریقے سے بیمہ شدہ ہے**

نابالغوں کا بیمہ کرنے کی مشق عام طور پر بیمہ کی ثقافت والے خاندانوں کے ذریعے اپنائی جاتی ہے۔ اسلئے ایک ایسے بچے کے زندگی پر کوئی تجویز حاصل ہونے پر فرد کو ہوشیار رہنے کی ضرورت ہوگی جہاں والدین بیمہ شدہ نہیں ہے۔ اَنڈرراٹر کو یہ پتہ لگانے کی ضرورت ہوگی کہ والدین کا اس طرح کا بیمہ کیوں نہیں لیا گیا ہے۔ بیمہ کی رقم بھی والدین سے منسلک ہوتی ہے۔

c) **بڑی بیمہ رقم**

اگر بیمہ کی رقم تجویز بیمہ دار کی سالانہ آمدنی کے بہت بڑی ہے تو اَنڈرراٹر کو ہوشیار رہنے کی ضرورت ہے۔ عام طور پر بیمہ رقم فرد کی سالانہ آمدنی کا لگ بھگ دس سے بارہ گنا مانا جا سکتا ہے۔ اگر تناسب اس سے بہت زیادہ ہے تو یہ بیمہ کمپنی کے خلاف انتخاب کے امکان کو اُٹھاتا ہے۔

مثال
اگر کسی فرد کی سالانہ آمدنی 5 لاکھ روپے ہے اور وہ 3 کروڑ روپے کے بیمہ کور کی تجویز کرتا ہے تو یہ تشویش کا باعث بنتا ہے۔

ایسے معاملوں میں عام طور پر اس امکان کے سبب خدشات پیدا ہو سکتے ہیں کہ کہیں بیمہ کی اتنی بڑی رقم کی تجویز خود کشی کی توقع میں یا صحت میں متوقع کمی کے نتیجہ کے طور پر تو نہیں کی جا رہی ہے۔ اتنی بڑی رقم کا ایک تیسرا سبب فروخت شخص کے ذریعے غلط طریقے سے بہت زیادہ غلط فروخت ہوسکتا ہے۔

بڑی بیمہ رقم کا مطلب متناسب طور پربڑا پریمیم بھی ہے اور یہ اس سوال کو اُٹھاتا ہے کہ کیا اس طرح کی پریمیم کی ادائیگی جاری رکھی جائے - اسلئے عام طور پر بیمہ کی رقم کو محدود کرنا محتاط ہوگا تاکہ قابلِ ادائیگی پریمیم مان لیجیے کہ فرد کی سالانہ آمدنی کا زیادہ سے زیادہ ایک تہائی ہو سکے۔

d) **عمر**

جیسا کہ ہم نےکہیں اس کورس میں دیکھا ہے کہ اموات جوکھم کا عمر کے ساتھ قریب کا تعلق ہوتا ہے۔ اَنڈرراٹر کو زیادہ عمر

کے لوگوں کے لئے بیمہ پر غور کرتے وقت محتاط رہنے کی ضرورت ہے۔

مثال

اگر پہلی بار 50 سال کی عمر کے بعد بیمہ کی تجویز کی جا رہی ہے تو اخلاقی خطرے کا شک کرنے اور یہ پوچھنے کی ضرورت ہے کہ اس طرح کا بیمہ پہلے کیوں نہیں کرایا گیا تھا۔

ہمیں یہ بھی دھیان رکھنا چاہئے کہ کارڈیک کی بیماری اور گردے کی ناکامی جیسے انحطاطی امراض کے واقع ہونے کے امکان عمر کے ساتھ بڑھ جاتے ہیں اور زیادہ عمر میں تو اور بھی زیادہ ہو جاتے ہیں۔

زندگی بیمہ کمپنیاں کچھ مخصوص رپورٹوں کی مانگ بھی کر سکتی ہیں جب اعلی بیمہ رقم / زیادہ عمر یا دونوں کے مجموعہ کے لئے تجویز پیش کئے جاتے ہیں۔

مثال

ایسے رپورٹوں کے مثال ہیں، ای سی جی؛ ای ای جی؛ سینے کا ایکس رے اور بلڈ شوگر ٹیسٹ - یہ امتحان تجویز میں دیئے گئے جوابوں کے . یا ایک عام طبی امتحان مقابلے میں تجویز زندگی کے صحت کے بارے میں گہری بصیرت ظاہر کر سکتے ہیں -

ہامیداری عمل کا ایک اہم حصہ عمر کے ثبوت کی تصدیق کرنے کے بعد عمر کا داخلہ ہے۔ عمر ثبوت دو قسم کے ہوتے ہیں -

- ✓ معیاری
- ✓ غیر معیاری

معیاری عمر ثبوت عام طور پر ایک پبلک اتھارٹی کی طرف سے جاری کئے جاتے ہیں. مثال کے طور پر

- ✓ پیدائش کا سرٹیفکیٹ جو نگرپالیکا یا دیگر سرکاری باڈی کی طرف سے جاری کیا جاتا ہے؛
- ✓ اسکول چھوڑ سرٹیفکیٹ ؛
- ✓ پاسپورٹ؛ اور
- ✓ آجروں کا سرٹیفکیٹ

چہاں اس طرح کے ثبوت دستیاب نہیں ہیں، تدبیر کنندہ کو غیر معیاری عمر ثبوت لانے کے کہا جا سکتا ہے۔ **غیر معیاری عمر ثبوت** کے مثال ہیں، کنڈلی؛ خود اعلان

اگر **غیر معیاری عمر ثبوت** دستیاب نہ ہو تو ہے، غیر معیاری عمر ثبوت کو آسانی سے منظور نہیں کیا جانا چاہئے۔ اکثر زندگی بیمہ کمپنیاں بیمہ کی منصوبہ بندی ، بیمہ کی مدت ؛ زیادہ سے زیادہ پختگی عمر اور زیادہ سے زیادہ بیمہ رقم کے تعلق میں کچھ پابندیاں لگا سکتی ہیں۔

e) اخلاقی خطرہ

اخلاقی خطرہ اس وقت موجود ہونا کہا جا سکتا ہے جب کچھ حالات یا کسی فرد کی مالی حالت ، طرز زندگی اور عادات ، شہرت اور دماغی صحت کی خصوصیات یہ اشارہ دیتی ہیں کہ وہ جان بوجھ کر ایسے اعمال میں مشغول ہے جو جوکھم کو بڑھاتے ہیں۔ کئی ایسے عوامل ہو سکتے ہیں جو اس طرح کے اخلاقی خطرے کے بارے میں بتا سکتے ہیں۔

مثال
جب کوئی تجویز تجویز شدہ بیمہ دار کے رہائش گاہ کے مقام سے کافی دورواقع کسی شاخہ میں پیش کی جاتی ہے۔ کسی درد کی جگہ طبی امتحان کیا جاتا ہے جبکہ قابل طبی ممتحن فرد کے رہائش گاہ کے مقام کے پاس دستیاب ہی ہے۔ ایک تیسرا معاملہ وہ ہے جب کوئی تجویز واضح بیمہ قابل انٹرسٹ نہیں رکھنے والے کسی دیگر فرد کے زندگی پر کیا جاتا ہے، یا جب نامزد تجویز زندگی کا کوئی قریب انحصار نہیں ہے۔

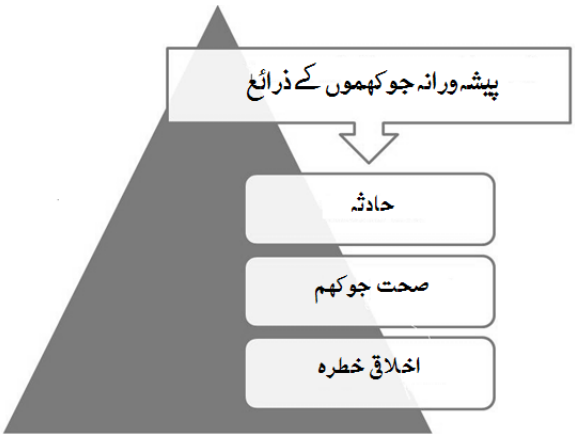
ایسے ہر ایک معاملے میں ایک پوچھ تاچھ کی جا سکتی ہے۔ آخر میں، جب ایجنٹ کی زندگی بیمہ دار فرد سے تعلق ، ایجینسی مینیجر / ترقی افسر جیسے کسی شاخہ افسر سے اخلاقی خطرہ رپورٹ کی مانگ کی جا سکتی ہے۔

f) ملازمت

پیشہ ورانہ جوکھم مندرجہ ذیل تین ذرائع میں سے کسی ایک سے پیدا ہو سکتے ہیں:

- ✓ حادثہ
- ✓ صحت جوکھم
- ✓ اخلاقی خطرہ

شکل ۵ : پیشہ ورانہ جوکھموں کے ذرائع



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

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

- ✓ رکشا چلانے جیسے کچھ ملازمتوں میں کافی جسمانی دباوٴ شامل ہوتا ہے اور یہ نظام تنفس کو متاثر کرتا ہے۔
- ✓ دوسری صورت حال وہ ہے جہاں فرد زہریلے مادے کے رابطہ میں ہو سکتا ہے جیسے کان کنی دھول یا کینسرکاری مادہ (جو کینسر کا سبب بنتے ہیں) جیسے کیمیکل اور جوہری تابکاری ۔
- ✓ ایک تیسری قسم کا جوکھم **اعلی دباوٴ والے ماحول** جیسے زیر زمین سرنگ یا گہرے سمندر کے سبب پیدا ہوتا ہے جو شدید ڈیکمپریشن والی بیماری کا سبب بن سکتے ہیں۔
- ✓ آخر میں، کچھ کام کی حالات (ایک کے پی او میں تنگ حالت میں اور کمپیوٹر سے چپک کر بیٹھنا یا بہت زیادہ شور والے ماحول میں کام کرنا) لمبے وقت میں جسم کے کچھ حصوں کی کام کاج کو خراب کر سکتی ہیں۔

iii. اخلاقی خطرہ اس صورت میں پیدا ہو سکتا ہے جب کسی کام میں جرائم پیشہ عناصر یا نشیلی منشیات اور شراب سے کشش ہوتی ہے یا انکی طرف جھکاو رہتا ہے۔اسکی مثال میں نائٹ کلب کا کوئی ڈانسر یا شراب کے بار میں شراب دینے والا فرد یا مجرمانہ لنک کے ساتھ ایک تاجر کا 'باڈی گارڈ' شامل ہے۔پھر سپر اسٹار فنکاروں جیسے کچھ فرد وں کے کام پروفائل انکو نشہ آور طرز زندگی کی طرف دھکیلتے ہیں جس کا نتیجہ کبھی کبھی دردناک آخر کے طور پر سامنے آتا ہے۔

جہاں کہیں بھی کاروبار خطرناک درج ملازمتوں کی کلاسوں میں آتا ہے، بیمہ کے درخواست دہندگان کو عام طور پر ایک پیشہ ورانہ سوالنامہ بھرنا ضروری ہوتا ہے جسمیں کام، اس میں شامل فرائض اور جوکھموں کے مخصوص تفصیلات کی مانگ کی جاتی ہے۔ ایک عام اضافی کے طور پر کاروبار کے لئے بھی ریٹنگ لگائی جا سکتی ہے (مثال کے لئے، دو روپے فی ہزار بیمہ رقم)۔ اس طرح کے اضافی کو کم یا ختم کیا جا سکتا ہےجب بیمہ دار کے کاروبار میں بدلاوٴ ہوتا ہے۔

g) طرز زندگی اور عادتیں

طرز زندگی اور عادتیں ایسی شرطیں ہیں جو انفرادی خصوصیات کی ایک وسیع کلاس کو کور کرتی ہیں۔ عام طور پر ایجنٹ کی خفیہ رپورٹ اور اخلاقی جوکھم کی رپورٹوں میں اس بات کا ذکرہونے کی توقع کی جاتی ہے کہ کیا ان میں سے کوئی بھی خصوصیات فرد کی طرز زندگی میں موجود ہے جو جوکھم کے دائرے میں ہونے کا اشارہ دیتے ہیں۔ مخصوص طور پر تین خصوصیات اہم ہیں:

i. **تمباکو نوشی اور تمباکو کا استعمال :** یہ بات اب اچھی طرح سے مان لی گئی ہے کہ تمباکو کا استعمال نہ صرف اپنے آپ میں ایک جوکھم ہے، بلکہ یہ دیگر طبی جوکھم کو بڑھانے میں شراکت دیتا ہے۔ آج کمپنیاں تمباکو نوشی کرنے والوں اور تمباکو نوشی نہیں کرنے والوں کے لئے الگ الگ شرح وصول کرتی ہیں چہاں تمباکو نوشی کرنے والوں کو بہت زیادہ پریمیم ادائیگی کرنا پڑتا ہے۔ گٹکھا اور پان مسالہ جیسے تمباکو کے استعمال کے دیگر طور پر بھی منفی اموات ریٹنگ کو متوجہ کر سکتے ہیں۔

ii. **الکوحل:** معمولی مقدار میں اور کبھی کبھی شراب پینا ایک جوکھم نہیں ہے۔ یہ کئی دیشوں میں سماجی زندگی کا ایک منظور یہ حصہ بھی ہے۔ تاہم ، جب جب ایک لمبے وقت تک اتیدھک ماترا میں اسکا سیون کیا جاتا ہے تو اسکا اموات جوکھم پر بڑا عمل پڑ سکتا ہے۔ لمبے وقت تک بہت زیادہ شراب کا سیون یکرت کے کام کاج کو خراب اور پاچن تنتر کو متاثر کر سکتا ہے۔ یہ دماغی وکاروں کو بھی پیدائش کا دے سکتا ہے۔

شراب خوری کی عادت حادثات، تشدد اور خاندان غلط استعمال ، ڈپریشن اور خود کشی کے ساتھ بھی منسلک ہوئی ہے۔ چہاں تجویز فارم سے شراب کے استعمال کا اشارہ ملتا ہے، اَنڈرراٹر زیادہ معلومات کی مانگ کر سکتا ہے اور استعمال کی تعداد اور ایسی کسی بھی پیچیدگی کی بنیاد پر معاملے پر فیصلہ لے سکتا ہے جو اسکے نتیجہ کے طور پر ہونے کا اشارہ دیتی ہے۔

iii. **مادہ کا ناجائز استعمال :** مادہ کا ناجائز استعمال سے مراد ہے مختلف قسم کے مادے جیسے ڈرگس یا منشیات، مسکن دوا اور اسی طرح کے دیگر محرک -ان میں سے کچھ غیرقانونی بھی ہیں اور انکا استعمال مجرمانہ فطرت اور اخلاقی خطرہ کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ چہاں مادہ کے ناجائز استعمال کا شک ہوتا ہے، اَنڈرراٹر کو ناجائز استعمال کی جانچ کرنے کے لئے کئی ٹیسٹ کی مانگ کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ایسے معاملوں میں اکثر بیمہ کو نامنظور کیا جاتا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ 2

مندرجہ ذیل میں سے کون اخلاقی جوکھم کی ایک مثال ہے؟

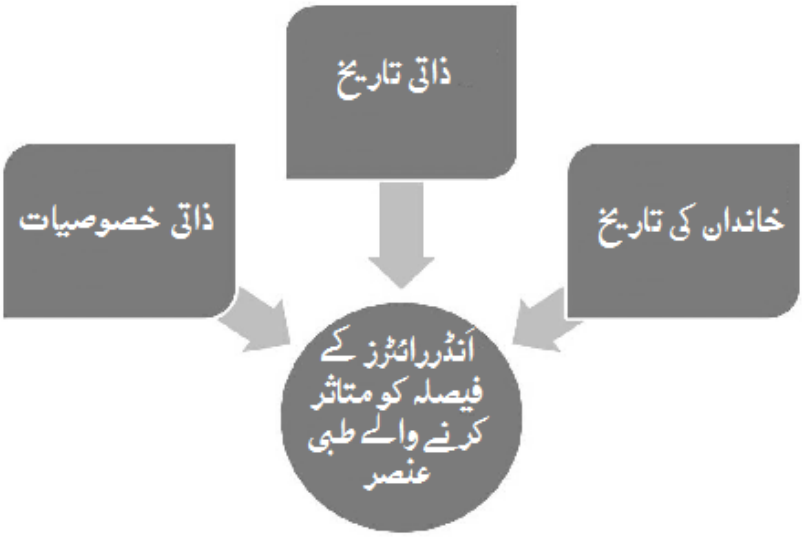
I. اسٹنٹ کرنے کے دوران اسٹنٹ فنکارکی موت ہو جاتی ہے
II. بہت زیادہ تعداد میں شراب پینے والا فرد کیونکہ وہ پینے کا عادی ہے
III. پریمیم ادائیگی میں ساقط کرنے والا بیمہ دار
IV. پالیسی دستاویز میں چھوٹی معلومات دینے والا تدبیر کنندہ

C. طبی ہامیداری

1. طبی ہامیداری

آئیے، اب ہم کچھ ایسے طبی عوامل پر غور کریں جو کسی اَنڈرائٹر کے فیصلہ کو متاثر کرینگے۔ انکی تشخیص عام طور پر طبی ہامیداری کے ذریعے سے کی جاتی ہے۔ انکے لئے اکثر ایک طبی ممتحن کی رپورٹ کی مانگ کی جا سکتی ہے۔ آئیے، اب ہم جانچ کئے جانے والے کچھ عوامل پر نظر ڈالیں۔

شکل 6: اَنڈرائٹرز کے فیصلہ کو متاثر کرنے والے طبی عنصر



a) خاندان کی تاریخ

اموات جوکھم پر خاندان کی تاریخ کے اثرات کا تین زاویہ سے مطالعہ کیا گیا ہے۔

i. **وراثت :** کچھ بیماریاں ایک نسل سے دوسری نسل جیسے والدسے بچے میں جا سکتی ہیں۔

ii. **خاندان کی اوسط لمبی عمر :** اگر کارڈیک کی بیماری یا کینسر جیسی کچھ بیماریوں کے سبب والدین کی جلد موت ہو جاتی ہے تو یہ ایک پوائنٹر ہو سکتا ہے کہ اولاد بھی لمبے وقت تک زندہ نہیں رہیگی۔

iii. **خاندان کا ماحول :** تیسرا، فرد جس ماحول میں رہتا ہے وہ انفیکشن اور دیگر جوکھموں کا سبب بن سکتا ہے۔

اسلئے زندگی بیمہ کمپنیاں منفی خاندانی تاریخ رکھنے والے فرد وں کے معاملوں کو دیکھتے وقت محتاط رہتی ہیں۔ وہ دیگر رپورٹوں کی مانگ کر سکتی ہیں اور ایسے معاملوں میں اضافی اموات ریٹنگ لگا سکتی ہیں۔

b) **ذاتی تاریخ**

ذاتی تاریخ انسانی جسم کی مختلف نظام کے ماضی کے نقائص سے مراد ہے جن کا سامنا قابلِ بیمہ زندگی کو کرنا پڑا ہے۔ زندگی بیمہ کے تجویز فارم میں عام طور پر سوالوں کا ایک سیٹ ہوتا ہے جسمیں یہ پوچھ تاچھ کی جاتی ہے کہ کیا قابلِ بیمہ زندگی ان میں سے کسی کے لئے علاج کے عمل میں رہا ہے۔

اس طرح کے مسائل کا پتہ طبی ممتحن کی رپورٹ یا مانگی گئی کسی مخصوص رپورٹ سے بھی چل سکتا ہے۔ اہم قسم کی قاتل بیماریوں میں شامل ہیں -

i. **قلبی بیماریاں** جو کارڈیک اور خون کے نظام کو متاثر کرتی ہیں – جیسے دل کا دورہ، اسٹروک اور سیلان خون

ii. نظام تنفس کے امراض جیسے تپ دق

iii. خلیات کی ضرورت سے زیادہ پیداوار اور تخلیق – جو مہلک ٹیومر کا سبب بنتا ہے، جسے کینسر بھی کہا جاتا ہے

iv. گردے کے نظام کی بیماریاں جن میں گردے اور دیگر پیشاب متعلقہ حصے شامل ہیں، جو گردے کی ناکامی اور موت کا سبب بن سکتی ہیں۔

v. اینڈوکرائن نظام کے نقائص، جن میں سے سب سے مشہور ہے ذیابیطس یہ خون کے بہاؤ میں چینی (یا گلوکوز) کے میٹابولیزم کے لئے کافی انسولن پیدا کرنے کی جسم کی ناکامی سے پیدا ہوتا ہے.

vi. نظام ہضم کے امراض جیسے گیسٹرک السر اور جگر کی سروسس۔

vii. اعصابی نظام کے امراض

c) **ذاتی خصوصیات**

یہ بھی بیماری کے رجحان کے اہم اشارے ہو سکتے ہیں۔

i. جسمانی تعمیر (بلڈ)

مثال کے لئے، فرد کے جسمانی تعمیر میں اسکی اونچائی، وزن، سینے اور پیٹ کا گھیرا شامل ہیں۔ مقررہ عمر اور اونچائی کے لئے ایک مقرر کیا گیا معیاری وزن دستیاب ہے اور اگر وزن اس معیارکے وزن کے مقابلے میں بہت زیادہ یا کم ہے تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ فرد زیادہ وزن یا کم وزن والا ہے۔

اسی طرح، یہ توقع کی جاتی ہے کہ ایک عام فرد کے ذریعے اپنے سینے کو کم سے کم چار سینٹی میٹر پھلایا جانا چاہئے اور پیٹ کا گھیرا فرد کے پھلائے گئے سینے کے مقابلے میں زیادہ نہیں ہونا چاہئے۔

ii. بلڈ پریشر

دوسرا اشارا فرد کا بلڈ پریشر ہے۔ اسکے دو اقدامات ہوتے ہیں۔

- ✓ سسٹولک
- ✓ انبساطی

عمر کو دیکھتے ہوئے عام بلڈ پریشر کی ریڈنگ پر پہنچنے کا ایک اہم قانون اس طرح ہے –

سسٹولک کے لئے: یہ 115 + عمر کا 2/5 ہے۔

ڈایسٹولک کے لئے: یہ 75 + عمر کا 1/5 ہے۔

اس طرح اگر عمر 40 سال ہے تو عام بلڈ پریشر سسٹولک 131 اور ڈایسٹولک 83 ہونا چاہئے۔

جب اصل ریڈنگ مندرجہ بالا اقدار کے مقابلے میں بہت زیادہ ہوتی ہے تو ہم کہتے ہیں کہ فرد کو ہائے بلڈ پریشر یا ہائپرٹینشن کا مسئلہ ہے۔ جب یہ بہت کم ہوتا ہے تو اسے کم بلڈ پریشر یعنی ہائپوٹینشن کہا جاتا ہے۔ ہائپرٹینشن کے سنگین نتیجے ہو سکتے ہیں۔

نظام میں بہنے والے خون کے دباؤ کا پتہ دل کی دھڑکن (پلس ریٹ) سے بھی چل سکتا ہے۔ پلس ریٹ میں 50 سے 90 بیٹ فی منٹ مختلف ہو سکتا ہے جہاں اوسط 72 ہے۔

iii. پیشاب - مخصوص کشش ثقل

آخر میں، فرد کے پیشاب کی مخصوص کشش ثقل کی ریڈنگ سے پیشاب کے نظام میں مختلف نمک کے درمیان توازن کی نشاندہی کر سکتے ہیں۔ اس سے نظام میں کسی بھی خرابی کا اشارہ مل جاتا ہے

اپنے آپ کو ٹیسٹ 3

طبی ہامیداری میں وراثت تاریخ کو اہمیت کیوں دی جاتی ہے؟

I. امیر والدین کے بچے صحت مند ہوتے ہیں
II. کچھ بیماریاں والدین سے بچوں میں جا سکتی ہیں
III. غریب والدین کے بچے ناکافی غذائیت کے شکار ہوتے ہیں
IV. خاندان کا ماحول ایک اہم عنصر ہوتا ہے

خلاصہ

- اکوئٹی کی شروعات کرنے کے نظریہ سے، اَنڈرائٹر پہلے جوکھم درجہ بندی کرتا ہے چہاں انفرادی زندگیوں کو انکے جوکھموں کے سطح کی بنیاد پر مختلف جوکھم کلاسوں میں درجہ بندی اور تفویض کیا جاتا ہے۔
- یہ کہا جا سکتا ہے کہ ہامیداری یا انتخاب عمل دو سطحوں میں پوری ہوتی ہے:
  - ✓ فیلڈ سطح پر اور
  - ✓ ہامیداری محکمہ سطح پر
- بیمہ تجاویز کی ہامیداری کے لئے ہامیداری کے فیصلہ طریقہ کار یا عددی طریقہ کار کا وسیع طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔
- اَنڈرائٹر وں کے ذریعے لئے جانے والے ہامیداری فیصلوں میں معیاری شرح پر معیاری جوکھم کی منظوری یا غیر معیاری جوکھم کے لئے اضافی چارج وصول کرنا شامل ہے۔ کبھی کبھی بیمہ رقم پر لین کے ساتھ منظوری دی جاتی ہے۔ چہاں جوکھم بڑا ہوتا ہے، تجویز کو نامنظور یا ملتوی کر دیا جاتا ہے۔
- ایک بڑی تعداد میں زندگی بیمہ تجاویز کو بیمہ کے لئے انتخاب عام طور پر بیمہ تدبیر کنندہ کی بیمہ برداری کی جانچ کرنے کے لئے طبی امتحان کروائے بنا کیا جا سکتا ہے\ ایسے معاملوں کو غیر طبی تجاویز کے طور پر جانا جاتا ہے۔
- غیر طبی ہامیداری کے کچھ ریٹنگ عوامل میں شامل ہیں –
  - ✓ عمر
  - ✓ بڑی بیمہ رقم
  - ✓ اخلاقی خطرہ وغیرہ
- طبی ہامیداری میں غور کئے جانے والے کچھ عوامل میں شامل ہیں –
  - ✓ خاندان تاریخ ،
  - ✓ وراثت اور انفرادی تاریخ وغیرہ

اہم اصطلاحات

1. ہامیداری
2. معیاری زندگی
3. غیر طبی ہامیداری
4. ریٹنگ عنصر
5. طبی ہامیداری
6. منفی انتخاب

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

ہے۔درست آپشن III ہے ۔

ایڈس میں مبتلا فرد کو زندگی بیمہ کور سے انکار کئے جانے کی سب سے زیادہ امکان رہتا ہے۔

جواب 2

درست آپشن II ہے۔

بہت زیادہ تعداد میں شراب پینے والا فرد کیونکہ پینے کا عادی ہو چکا ہوتا ہے، اسلئے وہ ، اخلاقی جوکھم کی ایک مثال ہے۔

جواب 3

درست آپشن II ہے ۔

کچھ بیماریاں والدین سے بچوں میں جا سکتی ہیں اور اسلئے طبی ہامیداری میں وراثت تاریخ پر غور کیا جانا چاہئیے۔

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا آپشن بیمہ کمپنی میں اَنڈرراٹر کے کردار کو پیش کرتا ہے؟

I. دعویٰ عمل

II. جوکھموں کی منظوری کا فیصلہ

III. مصنوعات کے ڈیزائن معمار

IV. گاہک تعلقات مینیجر

سوال 2

ان میں سے کون سا ہامیداری فیصلہ نہیں ہے؟

I. معیاری شرح پر جوکھم منظوری

II. جوکھم نامنظور

III. جوکھم کا ملتوی

IV. دعویٰ مسترد

سوال 3

ان میں سے کون ایک معیاری عمر ثبوت نہیں ہے؟

I. پاسپورٹ

II. اسکول مقام منتقلی سرٹیفکیٹ

III. کنڈلی

IV. پیدائش کا سرٹیفکیٹ

سوال 4

مندرجہ ذیل میں سے کون سی حالت فرد کی بیمہ برداری کو منفی طور سے متاثر کریگی؟

I. روزانہ ورزش

II. مادہ کے ناجائز استعمال

III. سُست نیچر

IV. تاخیر یا ٹالوین

سوال 5

ہامیداری کے کون سے طریقہ کار کے تحت اَنڈرائٹر سبھی منفی یا منفی عوامل کے لئے مثبت شرح پوائنٹس تفویض کرتا ہے (کسی بھی مثبت یا ساز گار عنصر کے لئے منفی پوائنٹس)؟

I. فیصلہ

II. من مانی

III. عددی درجہ بندی

IV. ایک مرحلہ

سوال 6

جوکھم درجہ بندی کے تحت ، _____ میں ایسی زندگی شامل ہیں جن کی متوقع اموات ، اموات ٹیبل میں دکھائے گئے معیاری زندگی سے مساوی ہے۔

I. معیاری زندگی

II. ترجیحی جوکھم

III. غیر معیاری زندگی

IV. انکار کی گئ زندگی

سوال 7

امرتا حاملہ ہے۔ اس نے ایک میعادی بیمہ کورکے لئے درخواست کی ہے۔ نیچے دیا گیا کون سا آپشن اَنڈرائٹر کے ذریعے امرتا کو بیمہ دستیاب کرانے کے لئے سب سے اچھا آپشن ہوگا؟سب سے زیادہ ممکنہ آپشن منتخب کریں۔

I. عام شرح پر منظوری

II. اضافی پریمیم کے ساتھ منظوری

III. تجویز کو نامنظور کرنا

IV. پابندیوں کلاز کے ساتھ منظوری

سوال 8

مندرجہ ذیل میں سے وہ کون سا بیمہ تجویز ہے جسکی غیر طبی ہامیداری کے تحت اہل ہونے کے امکان کم ہے؟

I. سوتا، عمر 26 سال ، سافٹ ویئر انجینئر کے طور پر ایک آئی ٹی کمپنی میں کام کرتی ہے

II. مہیش، عمر 50 سال ، ایک کوئلے کی خان میں کام کرتا ہے۔

III. ستیش، عمر 28 سال ، ایک بینک میں کام کرتا ہے اور جس نے ۱ کروڑ روپے کے بیمہ کور کے لئے درخواست کیا ہے

IV. پروین، عمر 30 سال ، ایک ڈپارٹمینٹل اسٹور میں کام کرتی ہے اور 10 سال کی مدت والی بندوبستی بیمہ منصوبہ بندی کے لئے درخواست کیا ہے

سوال 9

شینہ شدید ذیابیطس میں مبتلا ہے۔ اس نے ایک بیمہ منصوبہ بندی کے لئے درخواست کیا ہے۔ اس معاملے میں اَنڈرائٹر کے ذریعے ہامیداری کے لئے _____ کا استعمال کئے جانے کی سب سے زیادہ امکان ہے۔ سب سے مناسب آپشن منتخب کریں۔

I. فیصلہ طریقہ کار

II. عددی طریقہ کار

III. مندرجہ بالا میں سے کوئی بھی طریقہ کار کیونکہ ذیابیطس جیسی بیماری ہامیداری عمل میں اہم کردار نہیں ادا کرتی ہے

IV. مندرجہ بالا میں سے کوئی بھی طریقہ کار نہیں کیونکہ ذیابیطس کے معاملوں کو سیدھے مسترد کردیا جاتا ہے

سوال 10

سنتوش نے میعادی بیمہ پالیسی کے لئے درخواست کیا ہے۔ اسکی متوقع اموات معیاری زندگی کے مقابلے میں کافی کم ہے اور اسلئے اس سے کم پریمیم لیا جا سکتا ہے۔ جوکھم درجہ بندی کے تحت سنتوش کو _____ کے تحت درجہ بندی کیا جائیگا۔

I. معیاری زندگی

II. ترجیحی جوکھم

III. غیر معیاری زندگی

IV. انکار کی گئی زندگی

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جوابات

جواب 1

درست آپشن II ہے -

اَنڈرائٹر جوکھموں کی منظور ی کا فیصلہ لیتا ہے-

جواب 2

درست آپشن IV ہے -

دعویٰ نامنظوری ہامیداری متعلقہ فیصلہ نہیں ہے-

جواب 3

درست آپشن III ہے -

کنڈلی معیاری عمر ثبوت نہیں ہے-

جواب 4

درست آپشن II ہے -

مادہ کی ناجائز استعمال پر پابندی فرد کی بیمہ برداری کو منفی طور پر متاثر کریگا-

جواب 5

درست آپشن III ہے -

ہامیداری کی عددی شرح طریقہ کار سبھی منفی یا منفی عوامل کے لئے مثبت شرح پوائنٹس تفویض کرتی ہے (کسی بھی مثبت یا ساز گار عنصر کے لئے منفی پوائنٹس)-

جواب 6

درست آپشن I ہے -

جوکھم درجہ بندی کے تحت معیاری زندگی میں ایسے زندگی شامل ہوتے ہیں جن کی متوقع اموات ، اموات ٹیبل میں دکھائے گئے معیاری زندگی سے مساوی ہے-

جواب 7

درست آپشن IV ہے -

امرتا کے معاملے میں، اسکی حمل پر غور کرتے ہوئے سب سے اچھا آپشن یہی ہے کہ اَنڈرائٹر ایک پابندیوں کلاج کے ساتھ امرتا کو بیمہ دستیاب کرانے کا آپشن منتخب کرسکتا ہے۔ یہ پابند کلاز مان لیجیے کہ پرسو کے تین مہینے کے اندر ہونے والی حمل سے متعلق موت کی صورت میں بیمہ ادائیگی کو محدود کرنے والا ہو سکتا ہے۔

جواب 8

درست آپشن II ہے۔

مہیش کے بیمہ تجویز کو غیر طبی ہامیداری کے تحت کوالیفائی کرنے کے امکان نہیں ہے کیونکہ اسکی عمر زیادہ (50 سال) اور اسکا کاروبار سافٹ ویئر، بینکنگ صنعت وغیرہ جیسے دیگر کاروباروں کے مقابلے میں زیادہ جوکھم سے بھر پور ہے۔

جواب 9

درست آپشن I ہے۔

شینہ جیسی شدید ذیابیطس میں مبتلا عورت کے پیچیدہ معاملے پر فیصلہ لیتے وقت اَنڈرائٹر ہامیداری کی فیصلہ طریقہ کار کا استعمال کریگا۔

جواب 10

درست آپشن II ہے ۔

جوکھم درجہ بندی کے تحت سنتوش کو ترجیحی جوکھم کے تحت درجہ بندی کیا جائیگا۔

باب 16
زندگی بیمہ پالیسی کے تحت ادائیگی

باب تعارف

یہ باب دعوے کی تصور اور دعویٰ کی کس طرح تحقیق کی جائے کے عمل کی وضاحت کرتا ہے۔ پھر اس باب میں دعووں کے اقسام کو سمجھایا گیا ہے۔ آخر میں آپ کو یہ جاننے کو ملےگا کہ موت سے متعلقہ دعوے کے لئے کون کون سے فارم پیش کرنے پڑتے ہیں۔ اسکے ساتھ ہی، اگر بیمہ کار نے کسی دعوی کو مسترد کردیا ہو تو ایسے میں مستفید کے حفاظت کے لیے کون سے تحفظ اقدامات (تردید کلاز اور پالیسی ہولڈر کےمفادات ضابطے تحفظ) دستیاب ہیں، بشرطیکہ بیمہ دار کی طرف سے کوئی اہم معلومات نہ چھپائی گئی ہو، اسکے بارے میں بھی آپ کو معلومات ملے گی۔

سیکھنے کے ماحاصل

A. دعویٰ قسم اور دعویٰ عمل

A. دعویٰ قسم اور دعویٰ عمل

1. دعوے کا تصور

بیمہ کمپنی اور بیمہ پالیسی کی حقیقی امتحان اس وقت ہوتا ہے جب پالیسی دعویٰ بن جاتی ہے۔ زندگی بیمہ کی صحیح قیمت کا پتہ دعویٰ تصفیے کے طور طریقوں اور فوائد کی ادائیگی سے چلتا ہے۔

تعریف

دعویٰ ایک مطالبہ ہے کہ بیمہ کمپنی کو معاہدہ میں مقرر اپنا وعدہ کو پورا کرنا چاہئیے۔

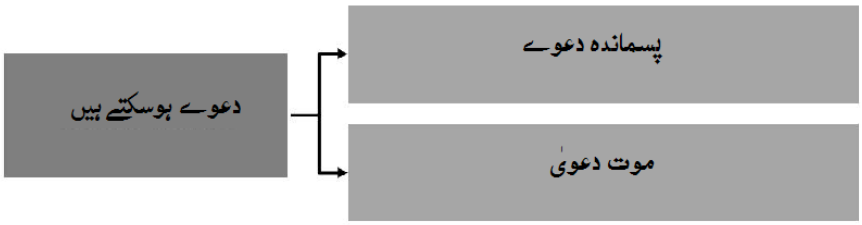
زندگی بیمہ معاہدہ کے تحت دعویٰ بیمہ معاہدہ کے تحت کور کیا گیا ایک یا ایک سے زیادہ واقعات سے واقع ہوتا ہے۔ تاہم ، کچھ دعووں میں معاہدہ جاری رہتا ہے، دوسروں میں معاہدہ ختم ہو جاتا ہے۔

شکل 1: جوکھم کا واقعہ اور دعویٰ

دعوے دو قسم کے ہو سکتے ہیں:

i. زندگی بیمہ دار فرد کے زندہ رہنے پر بھی پسماندہ دعوے قابلِ ادائیگی ہوتے ہیں اور
ii. موت دعویٰ

شکل 2: دعووں کےا قسام



جہاں **موت دعویٰ** صرف زندگی بیمہ دار فرد کی موت ہونے پر ہی پیدا ہوتا ہے، وہیں **پسماندہ دعوے** ایک یا ایک سے زیادہ واقعات کے سبب پیدا ہو سکتے ہیں۔

مثال

پسماندہ دعووں کے اچانک واقع ہونے والے واقعات کی مثال ہیں:

i. پالیسی کی پختگی ؛

ii. منی بیک پالیسی کے تحت ایک مقام پر پہنچنے پر قابلِ ادائیگی قسط؛
iii. رائڈر فائدہ کے طور پر پالیسی کے تحت کور کی گئی سنگین بیماریاں؛
iv. پالیسی ہولڈر یا تفویض کنندہ کے ذریعے پالیسی کی دستبرداری -

---

2. یہ پتہ لگانا کہ کیا دعوے کا واقعہ واقع ہوا ہے

i. پسماندہ دعوے کی ادائیگی کے لئے بیمہ کمپنی کو یہ پتہ لگانا ہوتا ہے کہ واقعہ پالیسی میں مقررہ شرطوں کے مطابق ہوا ہے-

ii. پختگی دعوے اور منی بیک کی قسط آسانی سے مقرر کئے جاتے ہیں کیونکہ یہ معاہدہ کی شروعات میں ہی مقررکی گئی مواد حقائق پر بنیاد ہوتے ہیں-

مثال کے لئے، پختگی کی تاریخ اور منی بیک پالیسی کے تحت ادائیگی کئے جانے والے پسماندہ فوائد کی قسطوں کی تاریخ معاہدہ تیار کرتے وقت واضح طور پر مقرر کر دی جاتی ہیں-

iii. دستبرداری قیمت ادائیگی دیگر دعویٰ ادائیگی سے الگ ہیں- دیگر دعووں کے مخالف، یہاں واقعہ پالیسی ہولڈر یا تفویض کنندہ کے ذریعے معاہدہ ردّ کرنے اور معاہدہ کے تحت اسے ڈیو رقم کے واپسی کے فیصلہ سے واقع ہوتا ہے- دستبرداری ادائیگی میں عام طور پر وقت سے پہلے کیے جانے والے واپسی کے لیے پینلٹی شامل ہوگی اور اسلئے یہ مکمل دعوے کی ادائیگی کئے جانے کی صورت میں ڈیو رقم کے مقابلے میں کم رہیگا-

iv. سنگین بیماری کے دعووں کا پتہ پالیسی ہولڈر کے ذریعے اپنے دعوے کے سپورٹ میں فراہم کئے گئے طبی اور دیگر ریکارڈز کی بنیاد پر لگایا جاتا ہے-

پیچیدگی ایسی پالیسی کے معاملے میں پیدا ہوتی ہے جسمیں سنگین بیماری والا دعویٰ رائڈر شامل ہوتا ہے اور ایسی پالیسی کا تفویض کیا گیا ہوتا ہے- سنگین بیماری فائدہ کا مقصد پالیسی ہولڈر کو ایسی بیماری کی صورت میں اپنے اخراجات کا حساب چکانے میں قابل بنانا ہے- اگر اس پالیسی کا تفویض کیا گیا ہوگا، تو سبھی فائدہ تفویض کنندہ کو قابلِ ادائیگی ہو نگے- حالانکہ یہ قانونی طور پر صحیح ہے، لیکن اس سے مخطوب مقصد پورا نہیں ہو سکتا- ایسی صورتحال سے بچنے کے لئے، پالیسی ہولڈر وں کو ان فوائد کی حد کے بارے میں تعلیم دینا اہم ہے جن کا وہ ایک مشروط تفویض کے ذریعے سے تفویض کر سکتے ہیں-

پختگی یا موت دعویٰ یا دستبرداری معاہدہ کے تحت بیمہ کور کی اختتام کا سبب بنتا ہے اور اگے کوئی بیمہ کور دستیاب نہیں ہوتا

ہے۔اس بات سے کوئی فرق نہیں پڑتا کہ اصل میں دعوے کی ادائیگی کی گئی ہے یا نہیں۔ دعوے کی ادائیگی نہ ہونا معاہدہ کے تحت بیمہ کور جاری رہنے کا یقین نہیں دیتا ہے۔

3. دعووں کے اقسام

پالیسی کی مدت کے دوران مندرجہ ذیل ادائیگی ابھر سکتے ہیں :

a) پسماندہ فوائد کی ادائیگی

پالیسی مدت کے دوران مقررہ وقت پر بیمہ کمپنی کے ذریعے بیمہ دار کو معیادی ادائیگی کی جاتی ہیں۔ پالیسی بانڈ پالیسی ہولڈر کو واپس کر دیا جاتا ہے جسمیں ہر ایک پسماندہ فائدہ کی قسط کے بعد کی گئی ادائیگی کی تظہیر شامل ہوتی ہے۔

b) **پالیسی کی دستبرداری**

پالیسی ہولڈر اپنی پالیسی کو وقت سے پہلے بند کرنے کا آپشن منتخب کرتا ہے۔ یہ پالیسی معاہدہ کا ایک رضاکارانہ خاتمہ ہے۔ پالیسی کی دستبرداری صرف تبھی کی جا سکتی ہے جب اس نے ایک ادا قیمت حاصل کر لی ہو۔ بیمہ دار کو قابلِ ادائیگی رقم دستبرداری قیمت عام طور پر پریمیم ادائیگی کا ایک فیصد ہوتا ہے۔ یہاں کم از کم ضمانت دستبرداری قیمت (جی ایس وی) بھی ہوتا ہے، لیکن بیمہ دار کو ادائیگی کی جانے والی اصل دستبرداری قیمت جی ایس وی سے زیادہ ہوتی ہے۔

c) **رائڈر فائدہ**

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

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

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

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

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

d) پختگی دعویٰ

اس طرح کے دعووں میں بیمہ کمپنی مدت کے آخر میں بیمہ دار کو ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرنے کا وعدہ کرتی ہے، اگر

بیمہ دار منصوبہ بندی کی پوری مدت میں زندہ رہتا ہے۔ اسے پختگی دعوے کے طور پر جانا جاتا ہے۔

i. **شرکت منصوبہ بندی :** پختگی دعوے کے تحت قابلِ ادائیگی رقم، اگر شرکت بیمہ ہے تو رقم سمیت جمع بونس میں سے بقیہ پریمیم ، نون اور سور اگر کچھ ہے تو کاٹ کر

ii. **پریمیم/واپسی (آر او پی) منصوبہ بندی :** کچھ معاملوں میں پالیسی کی چالو مدت میں ادا کئے گئے پریمیم پالیسی پختہ ہونے پر واپس کر دیئے جاتے ہیں۔

iii. **یونٹ لنکڈ بیمہ منصوبہ بندی (یولپ) :** یولپ کے معاملے میں، بیمہ کمپنی پختگی دعوے کے طور پر فنڈ قیمت کی ادائیگی کرتی ہے۔

iv. **منی بیک منصوبہ بندی :** منی بیک پالیسی کے معاملے میں بیمہ کمپنی پختگی دعوے میں سے پالیسی کی چالو مدت کے دوران حاصل پسماندہ فائدہ کو گھٹاکر ادائیگی کرتی ہے۔

دعوے کی ادائیگی کئے جانے کے بعد بیمہ معاہدہ ختم ہو جاتا ہے۔

e) موت دعویٰ

اگر بیمہ دار کی موت ، حادثاتی طور پر سے یا پھر، پالیسی کی جاری مدت کے دوران ہو جاتی ہے تو بیمہ کمپنی بیمہ رقم کے ساتھ ساتھ جمع بونس کی ادائیگی کرتی ہے۔ اگر شرکت رہی ہے، تو پالیسی کے بقایا لون اور پریمیم اور اس پر سود گھٹاکر ادائیگی کی جاتی ہے۔ یہ موت دعویٰ ہے جس کی ادائیگی نامزد یا تفویض کنندہ یا قانونی وارث کو، جو بھی حالت ہو، کی جاتی ہے۔ موت دعویٰ موت کے نتیجہ کے طور پر معاہدہ کے اختتام کی نشاندہی کرتا ہے۔

موت دعویٰ ہو سکتا ہے:

- ✓ ابتدائی (تین سال سے کم پالیسی کی مدت) یا
- ✓ غیر ابتدائی (تین سال سے زیادہ)

نامزد یا تفویض کنندہ یا قانونی وارث کو موت کی وجہ ، تاریخ اور مقام کے بارے میں بیمہ کمپنی کو مُطلع کرنا ہوتا ہے۔

i. موت کے دعوے کے لئے پیش کئے جانے والے فارم

دعوے کے دستاویز

دعوے کی کارروائی آگے بڑھانے کے لئے مستفید کے ذریعے مندرجہ ذیل فارم بیمہ کمپنی کو پیش کئے جاتے ہیں:

- ✓ نامزد کا دعویٰ فارم
- ✓ تدفین یا شمشان کا سرٹیفکیٹ
- ✓ علاج کرنے والے فزیشین کا سرٹیفکیٹ
- ✓ اسپتال کا سرٹیفکیٹ
- ✓ آجروں کا سرٹیفکیٹ
- ✓ پولیس کی رپورٹ کی عدالت کے ذریعے تصدیق کاپیاں جیسے پہلی اطلاع رپورٹ (ایف آئی آر)، تحقیقات کی رپورٹ، پوسٹ مارٹم رپورٹ، آخری رپورٹ جو حادثہ سے موت کے معاملے میں ضروری ہوتے ہیں۔

موت کے ثبوت کے طور پر میونسپل اتھارٹیز وغیرہ کے ذریعے جاری کیا گیا موت سرٹیفکیٹ۔

شکل 3: موت دعوے کے لئے پیش کئے جانے والے فارم

ii. موت دعوے کا مسترد

موت دعوے کی ادائیگی یا اسے مسترد کیا جا سکتا ہے۔ دعوے پر کارروائی کرتے وقت اگر بیمہ کمپنی کو پتہ چلتا ہے کہ تدبیر کنندہ نے کوئی غلط بیان دیا تھا یا پالیسی کے لئے متعلقہ اہم مواد حقائق کو چھپایا تھا تو معاہدہ باطل ہو جاتا ہے۔ پالیسی کے تحت سبھی فائدہ ضبط کر لئے جاتے ہیں۔

iii. سیکشن 45: تردید کلاز

تاہم ، یہ پینالٹی بیمہ ایکٹ ، 1938 کی سیکشن 45 کے تحت ہے۔

اہم

سیکشن 45 کہتی ہے:

زندگی بیمہ کی کسی بھی پالیسی پر اسے متاثر کئے جانے کی تاریخ سے دو سال ختم ہونے کے بعد اس بنیاد پر بیمہ کمپنی کے ذریعے کوئی سوال نہیں اٹھایا جا سکتا ہے کہ پالیسی جاری کرنے کا سبب بننے والے تجویز میں یا طبی افسر ، یا ریفری، یا بیمہ دار کے دوست کی کسی بھی رپورٹ میں، یا کسی بھی دیگر دستاویز میں دیا گیا بیان غلط یا جھوٹھا تھا، جب تک بیمہ کمپنی یہ ثابت نہیں کرتی ہے کہ اس طرح کا بیان ایک تاریخی موضوع یا چھپائے گئے مواد حقائق پر تھا جسمیں اسکا خلاصہ کیا جانا لازمی تھا اور یہ کہ یہ پالیسی ہولڈر کے ذریعے جان بوجھ کر کیا گیا تھا اور کہ یہ بیان دیتے وقت پالیسی ہولڈر کو معلومات تھی کہ بیان غلط تھا یا کہ اس نے ان اہم مواد حقائق کو چھپایا تھا جن کا خلاصہ کیا جانا لازمی تھا۔

وضاحت :

اگر کسی پالیسی ہولڈر نے پالیسی جاری کئے جانے سے 2 سال تک کسی بھی وقت اہم مواد حقائق کو چھپا لیا ہے تو بیمہ کمپنی تجویز فارم میں دئیے گئے غلط اہم مواد حقائق کی بنیاد پر اسے مسترد کرسکتی ہے۔

۲ - سال کی مدت گاہک کے لئے انتظار کی مدت ہے۔ اس مدت کے بعد بیمہ کمپنی کو یہ ثابت کرنا ہوگا کہ پالیسی ہولڈر نے دھوکا دہی کا بیان دیا تھا اور اصل مواد حقائق کو چھپایا تھا اور اسے معلوم تھا کہ دیئے گئے بیان غلط تھے۔ صرف ثبوت حاصل کرنے کے بعد ہی بیمہ کمپنی ۲ - سال کی مدت کے بعد کسی پالیسی کو نامنظور کر سکتی ہے۔

iv.موت کے اندازے

کبھی کبھی کسی فرد کو گمشدہ بتایا جاتا ہے اور اسکے ٹھور ٹھکانے کے بارے میں کوئی معلومات نہیں ہوتی ہے۔ بھارتی ثبوت ایکٹ ایسے معاملوں میں موت کے امکان کا ضابطے کرتا ہے اگر سات سالوں تک اسکے بارے میں کچھ بھی پتہ نہیں چلتا ہے۔ اگر نامزد یا وارث یہ دعویٰ کرتے ہیں کہ زندگی بیمہ دار فرد لاپتہ ہے اور اسے فوت مان لیا جانا چاہئیے، تو بیمہ کمپنیاں کسی قابل کورٹ سے آرڈر حاصل کرنے پر زور ڈالتی ہیں۔ عدالت کے ذریعے موت کے امکان کا آرڈر ملنے پر پریمیم کی ادائیگی کی جانی ضروری ہے۔ بیمہ کمپنیاں رعایت کے طور پر سات سال کی مدت کے دوران ڈیو پریمیم کو معاف کر سکتی ہیں۔

---

4 زندگی بیمہ پالیسی کے لئے دعویٰ عمل

آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈر کے مفادات کی حفاظت) قوانین، 2002 مندرجہ ذیل فراہم کرتی ہیں:

قانون ۸: زندگی بیمہ پالیسی کے تعلق میں دعووں کا نظام

i. زندگی بیمہ پالیسی بنیادی دستاویزوں کی مانگ کریگی جو عام طور پر دعوے کے تعاون میں کسی مدعی کے ذریعے پیش کیا جانا ضروری ہے۔

ii. زندگی بیمہ کمپنی دعویٰ حاصل ہونے پر کوئی بھی دیری کئے بنا دعوے پر کارروائی کریگی۔ کوئی بھی سوال یا اضافی دستاویزوں کی ضرورت، ممکن حد تک، دعوے کے حاصل کے 15 دنوں کی مدت کے اندر ، سبھی ایک ساتھ اٹھائے جا ئینگے، نہ کہ الگ الگ کرکے۔

iii. زندگی بیمہ پالیسی کے تحت کسی بھی دعوے کی ادائیگی کی جائےگی یا اس پر کوئی تنازعات سبھی متعلقہ کاغذات اور ضروری وضاحت حاصل ہونے کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر ، سبھی متعلقہ سبب دیتے ہوئے اٹھایا جائیگا۔ تاہم ، جہاں کسی دعوے کی حالات بیمہ کمپنی کی رائے میں جانچ کی مانگ کرتی

ہیں، یہ اس طرح کی جانچ کی اطلاع دیگی اور اسے جلد سے جلد پوری کرائےگی- چہاں بیمہ کمپنی کی رائے میں کسی دعوے کی حالات جانچ کی مانگ کرتی ہیں، وہ کسی بھی معاملے میں دعویٰ درج کرنے کے وقت سے زیادہ سے زیادہ 6 مہینوں کے اندر ، جلد سے جلد اس طرح کی جانچ شروع کریگی اور اسے پورا کرائےگی-

iv. ایکٹ کے سیکشن 47 کے پرویژن کے تابع ، چہاں کوئی دعویٰ ادائیگی کے لئے تیار ہے لیکن آداتا کی مناسب شناخت کے کسی بھی سبب سے اسکی ادائیگی نہیں کی جا سکتی ہے، زندگی بیمہ کمپنی آداتا کے فائدہ کے لئے اس رقم کو اپنے پاس رکھےگی اور اس طرح کی رقم کسی شیڈیولڈ بینک کے پاس بچت بینک کھاتے پر لاگو شرح پر سود حاصل کریگی (سبھی کاغذات اور معلومات پیش کرنے کے 30 دنوں کے بعد سے متاثر)-

v. چہاں اوپر لکھے- قوانین (iv) کے ذریعے کور کئے گئے وجوہات کے علاوہ کسی دیگر وجہ سے بیمہ کمپنی کی طرف سے دعوے پر کارروائی کرنے میں دیری ہو رہی ہو، زندگی بیمہ کمپنی دعویٰ رقم پر اسکے کے ذریعے دعوے کی نظر ثانی کئے جانے والے مالی سال کی شروعات میں مقبول بینک شرح سے 2٪ زیادہ کی شرح پر سود کی ادائیگی کریگی-

5. ایجنٹ کا کردار

ایجنٹ صحیح طریقے سے دعویٰ فارم کو بھرنے اور بیمہ کمپنی کے دفتر میں انکو جمع کرنے میں مدد کرتے ہوئے نامزد /قانونی وارث یا مستفید کو ہر ممکن روس فراہم کریگا-

اس طرح کی صورت سے ذمہ داریوں کے صبوبی کے علاوہ خیر سگالی بھی پیدا ہوتی ہے جس سے ایجنٹ کے لئے میت کے خاندان سے مستقبل میں کاروبار یا تناظر حاصل کرنے کے لئے کافی موقع ملتے ہیں-

اپنے آپ کو ٹیسٹ 1

نیچے دیا گیا کون سا بیان دعوے کے تصور کی سب سے اچھی طرح وضاحت کرتا ہے؟ سب سے مناسب آپشن منتخب کریں-

I. دعویٰ ایک درخواست ہے کہ بیمہ کمپنی کو معاہدہ میں مقررہ وعدہ کو پورا کرنا چاہئے-

II. دعویٰ ایک مانگ ہے کہ بیمہ کمپنی کو معاہدہ میں خصوصی ذکر کیا گیا وعدہ کو پورا کرنا چاہئے

III. دعویٰ ایک مانگ ہے کہ بیمہ دار کو سمجھوتے میں خصوصی ذکر کردہ پابندیوں کو پورا کرنا چاہئے

IV. دعویٰ ایک درخواست ہے کہ بیمہ دار کو سمجھوتے میں خصوصی ذکر وعدہ کو پورا کرنا چاہئیے

خلاصہ

- دعویٰ ایک مانگ ہے کہ بیمہ کمپنی کو معاہدہ میں خصوصی ذکر کردہ وعدہ کو پورا کرنا چاہئیے۔
- کوئی دعویٰ پسماندہ دعویٰ یا موت دعویٰ ہو سکتا ہے۔ جہاں موت دعویٰ زندگی بیمہ دار فرد کی موت ہونے پر ہی پیدا ہوتا ہے، وہیں پسماندہ دعوے ایک یا ایک سے زیادہ واقعات کی وجہ سے ہو سکتے ہیں۔
- پسماندہ دعوے کی ادائیگی کے لئے بیمہ کمپنی کو یہ پتہ لگانا ہوتا ہے کہ واقعہ پالیسی میں مقررہ شرطوں کے مطابق ہوا ہے۔
- مندرجہ ذیل ادائیگی پالیسی کی مدت کے دوران ہو سکتے ہیں:
  - ✓ پسماندہ فائدہ کی ادائیگی
  - ✓ پالیسی کی دستبرداری
  - ✓ رائڈر فائدہ
  - ✓ پختگی دعویٰ
  - ✓ موت دعویٰ
- بیمہ ایکٹ کی سیکشن 45 (تردید کلاز) بیمہ کمپنی کے ذریعے دعوے کے مسترد سے بیمہ دار کی حفاظت کرتا ہے، بشرطیکہ پالیسی نے دو سال پورے کر لئے ہوں اور بیمہ دار نے کسی بھی تاریخی معلومات کو نہیں چھپایا ہو۔
- آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈر کے مفادات کی حفاظت) قانون ، 2002 کے تحت، آئی آر ڈی اے نے دعووں کے معاملے میں بیمہ دار یا مستفید کی حفاظت ا / بچاو کے لئے قانون مقرر کئے ہیں۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ کے جواب

جواب 1

درست آپشن II ہے -

دعویٰ ایک مانگ ہے کہ بیمہ کمپنی کو معاہدہ میں خصوصی ذکر کردہ وعدہ پورا کرنا چاہئے-

ذاتی امتحان کے سوالات

سوال 1

نیچے پالیسیوں کی ایک فہرست دی گئی ہے- کون سی پالیسی کے تحت میعادی پسماندہ دعوے ادائیگی کے طور پر دعویٰ ادائیگی کی جاتی ہے، شناخت کریں-

I. منی بیک پالیسی
II. یونٹ لنکڈ بیمہ پالیسی
III. پریمیم پالیسی کی واپسی
IV. میعادی بیمہ پالیسی

سوال 2

مہیش نے سنگین بیماری رائڈر کے ساتھ ایک زندگی بیمہ پالیسی خریدی ہے- اس نے کرن کے حق میں پالیسی کا مطلق تفویض کیا ہے- مہیش کو دل کا دورہ پڑتا ہے اور سنگین بیماری رائڈر کے تحت 50،000 روپے کا ایک دعویٰ پیدا ہوتا ہے- اس معاملے میں ادائیگی کسے کی جائے گی ؟

I. مہیش
II. کرن
III. ادائیگی مہیش اور کرن کے درمیان یکساں طور پر تقسیم کی جائے گی-
IV. دونوں میں سے کوئی نہیں، کیونکہ مہیش کو دل کا دورہ پڑا ہے لیکن پالیسی کرن کے حق میں تفویض ہے

سوال 3

ایک کار حادثہ میں پروین کی موت ہو گئی- مستفید موت دعوے کے لئے دستاویز پیش کرتا ہے- نیچے دیا گیا کون سا دستاویز ایک اضافی دستاویز ہے جو قدرتی موت کے مقابلے میں حادثاتی موت کے معاملے میں پیش کیا جانا ضروری ہے؟

I. تدفین یا شمشان کا سرٹیفکیٹ
II. علاج کرنے والے ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ
III. آجروں کا سرٹیفکیٹ
IV. تحقیقات کی رپورٹ

سوال 4

نیچے دیئے گئے کون سے موت دعوے کو ایک جلدی موت دعویٰ مانا جائیگا؟

I. اگر پالیسی مدت کے تین سالوں کے اندر بیمہ دار کی موت ہو جاتی ہے۔

II. اگر پالیسی مدت کے پانچ سالوں کے اندر بیمہ دار کی موت ہو جاتی ہے۔

III. اگر پالیسی مدت کے سات سالوں کے اندر بیمہ دار کی موت ہو جاتی ہے۔

IV. اگر پالیسی مدت کے دس سالوں کے اندر بیمہ دار کی موت ہو جاتی ہے۔

سوال 5

نیچے کچھ ایسے واقعات دئیے گئے ہیں جو پسماندہ دعووں کو متحرک کرینگے شناخت کریں، نیچے دیا گیا کون سا بیان غلط ہے؟

I. میعادی بیمہ پالیسی کی پختگی پر دعووں کی ادائیگی
II. منی بیک پالیسی کے تحت کسی مقام پر پہنچنے پر قابلِ ادائیگی ایک قسط
III. رائڈر فائدہ کے طور پر پالیسی کے تحت کور کی گئی سنگین بیماریوں کے لئے دعوے کی ادائیگی
IV. پالیسی ہولڈر کے ذریعے بندوبستی پالیسی کی دستبرداری پر کیے جانے والے دستبرداری قیمت کی ادائیگی

سوال 6

ایک مخصوص مقام پر پہنچنے پر منی بیک پالیسی کے تحت کئ گئ ادائیگی کو کس قسم کے دعوے میں درجہ بندی کیا جائیگا؟

I. موت دعویٰ
II. پختگی دعویٰ
III. معیادی پسماندہ دعویٰ
IV. دستبرداری دعویٰ

سوال 7

شنکر نے ایک 10 سالہ یونٹ لنکڈ بیمہ منصوبہ بندی خریدی ہے۔ اگر پالیسی پختہ ہونے سے پہلے اسکی موت ہو جاتی ہے تو ان میں سے کیا ادائیگی کیا جائیگا؟

I. بیمہ رقم یا فنڈ قیمت جو بھی کم ہو
II. بیمہ رقم یا فنڈ قیمت جو بھی زیادہ ہو
III. ادائیگی کئے گئے پریمیم بینک کی بچت جمع رقم کے مقابلے میں 2٪ زیادہ سود کی شرح کے ساتھ واپس کئے جا ئینگے
IV. دستبرداری قیمت

سوال 8

دعووں کی درجہ بندی (ابتدائی یا غیر ابتدائی) کی بنیاد پر متفرق آپشن کو منتخب کریں۔

I. میعادی بیمہ منصوبہ بندی خریدنے کے 6 مہینے بعد رامیا کی موت ہو جاتی ہے
II. میعادی بیمہ منصوبہ بندی خریدنے کے ڈیڑھ سال بعد منوج کی موت ہو جاتی ہے
III. میعادی بیمہ منصوبہ بندی خریدنے کے دو اور نصف سال بعد ڈیوڈ کی موت ہو جاتی ہے
IV. میعادی بیمہ منصوبہ بندی خریدنے کے ساڑھے پانچ سال بعد پروین کی موت ہو جاتی ہے

سوال 9

نیچے زندگی بیمہ دار کی موت کی صورت میں سبھی مستفید کے ذریعے عام موت دعوے کے لئے پیش کئے گئے دستاویزوں کی ایک فہرست دی گئی ہے- متفرق آپشن کو منتخب کریں جو صرف حادثہ موت کے معاملے میں اضافی دستاویز کے طور پر پیش کیا جانا ضروری ہے-

I. تحقیقات کی رپورٹ
II. دعویٰ فارم
III. تدفین یا شمشان کا سرٹیفکیٹ
IV. اسپتال کا سرٹیفکیٹ

سوال 10

آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈروں کا مفاد تحفظ) قانون ، 2002 کے مطابق ، زندگی بیمہ پالیسی کے تحت دعوے کی ادائیگی یا اس پر تنازعات سبھی متعلقہ کاغذات اور ضروری وضاحت حاصل ہونے کی تاریخ سے _____ کے اندر اٹھایا جائیگا-

I. 7 دن
II. 15 دن
III. 30 دن
IV. 45 دن

ذاتی امتحان کے سوالوں کے جواب

جواب 1

درست آپشن I ہے-

ایک منی بیک پالیسی کے معاملے میں دعویٰ ادائیگی معیادی ادائیگی کے طور پر کیا جاتا ہے-

جواب 2

درست آپشن II ہے -

اس معاملے میں 50،000 روپے کی پوری ادائیگی کرن کو کی جائے گی کیونکہ پالیسی کا تفویض ایک مکمل بنیاد پر کرن کے حق میں کیا گیا ہے۔

جواب 3

درست آپشن IV ہے ۔

نامزد کے ذریعے دعویٰ فارم ، تدفین یا شمشان کا سرٹیفکیٹ ، علاج کرنے والے ڈاکٹر کا سرٹیفکیٹ ، اسپتال کا سرٹیفکیٹ ، آجروں کا سرٹیفکیٹ وغیرہ جیسے دستاویز قدرتی موت کے ساتھ ساتھ حادثاتی موت کے معاملے میں پیش کیا جانا ضروری ہے۔

پہلی اطلاع رپورٹ (ایف آئی آر)، تحقیقات کی رپورٹ، پوسٹ مارٹم رپورٹ، آخری رپورٹ وغیرہ اضافی دستاویز ہیں جنہیں قدرتی موت کے مقابلے میں حادثاتی موت کے معاملے میں پیش کیا جانا ضروری ہے۔

جواب 4

درست آپشن I ہے۔

اگر پالیسی مدت کے تین سالوں کے اندر بیمہ دار کی موت ہو جاتی ہے تو موت دعوے کو جلدی دعوے کے طور پر دیکھا جائیگا۔

جواب 5

درست آپشن I ہے۔

میعادی بیمہ پالیسی کی پختگی پر کوئی دعویٰ ادائیگی نہیں ہوتا ہے۔

جواب 6

درست آپشن III ہے ۔

مخصوص مقام پر پہنچنے پر منی بیک پالیسی کے تحت کئے گئے ادائیگی کو معیادی پسماندہ دعوے کے تحت درجہ بندی کیا جائیگا۔

جواب 7

درست آپشن II ہے۔

اگر یولپ پالیسی کی پختگی سے پہلے شنکر کی موت ہو جاتی ہے تو بیمہ رقم یا فنڈ قیمت ، جو بھی زیادہ ہو، کی ادائیگی کی جائے گی۔

جواب 8

درست آپشن IV ہے ۔

آپشن متفرق آپشن ہے کیونکہ اسے ایک غیر جلدی دعوے کے طور پر دیکھا جائیگا۔آپشن ۱، ۲ اور کو جلدی دعووں کے طور پر دیکھا جائیگا۔

جواب 9

درست آپشن I ہے -

تحقیقات کی رپورٹ حادثے سے ہونے والی موت کے معاملے میں اضافی دستاویز کے طور پر پیش کیا جانا ضروری ہے-دعویٰ فارم ، تدفین یا شمشان سرٹیفکیٹ ، اسپتال کا سرٹیفکیٹ جیسے دیگر دستاویزوں کو زندگی بیمہ دار فرد کی موت کی صورت میں سبھی مستفید کے ذریعے پیش کیا جانا ضروری ہے-

جواب 10

درست آپشن III ہے-

آئی آر ڈی اے (پالیسی ہولڈر وں کا مفاد تحفظ) قانون، 2002 کے مطابق ، کسی زندگی بیمہ پالیسی کے تحت کسی دعوے کی ادائیگی یا اس پر تنازعات سبھی متعلقہ کاغذات اور ضروری وضاحت حاصل ہونے کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر اٹھایا جائیگا-

3 کشنیس

کشنیس صحت

باب 17
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.

آیورویدک 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 آیورویدک 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 60 سال 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 جہاں 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،000 سے زیادہ خاندانوں کا تھا جو 3ملین سے زیادہ فائدہ اٹھانے کی نمائندگی کرتے ہیں .

c) پیشہ ورانہ صحت کی انشورنس

پیشہ ورانہ صحت کی انشورنس، انشورنس کی صنعت کو قومیا نہ کے پہلے اور بعد کچھ غیر زندگی انشورنس کمپنیوں کی طرف سے فراہم کیا جاتا تھا. لیکن، چونکہ شروع میں یہ سب سے زیادہ بیمہ کرتا کے لئے خسارے کا سودا ہوتا تھا، یہ کافی حد تک صرف کارپوریٹ گاہکوں کے لئے اور ایک خاص حد تک ہی دستیاب تھا.

1986میں، افراد اور ان کے خاندانوں کے لئے پہلے معیاراتی صحت کی انشورنس کی مصنوعات کو تمام چار قومی تحویل غیر زندگی انشورنس کمپنیوں (اس وقت یہ بھارتی عام انشورنس کارپوریشن کی معاون کمپنیاں تھیں) کی طرف سے بھارتی بازار میں اتارا گیا. میڈیکل نامی اس کی مصنوعات کو زچگی، پہلے سے موجود بیماریاں وغیرہ جیسے کچھ معاوضہ کے ساتھ ایک مخصوص سالانہ حد تک اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کا کوریج فراہم کرنے کے لئے

شروع کیا گیا تھا. مارکیٹ کی ترقی کے ساتھ اس ترمیم کے کئی دور سے گزرنا پڑا، آخری ترمیم 2012میں ہوا تھا.

تاہم، کئی ترامیم سے گزرنے کے بعد بھی اسپتال میں داخل ہونے، معاوضہ پر مبنی سالانہ معاہدہ آج بھی میڈیکل کے موجودہ ورژن کی قیادت میں ہندوستان میں ذاتی صحت کی انشورنس کی سب سے زیادہ مقبول شکل بنا ہوا ہے .اس کی مصنوعات کو اس قدر مقبول ہے کہ ذاتی صحت کی انشورنس کی مصنوعات کو اکثر کئی لوگ انشورنس کمپنیوں کی طرف سے فراہم جانے والے ایک مخصوص مصنوعات کے بجائے مصنوعات کی ایک قسم مان کر 'میڈکل کور' کا نام دیتے ہیں.

2001 میں نجی کمپنیوں کے انشورنس علاقے میں آنے کے ساتھ صحت کی انشورنس میں کافی پیش رفت ہوئی ہے، لیکن آج بھی ایک بڑا غیر مستعمل مارکیٹ دستیاب ہے .کورز میں کافی اختلافات اخراج اور نئے ایڈ - آن کورو کی شروعات کی گئی ہے جن کے بارے میں بعد کے ابواب میں بحث کی جائے گی.

آج بھارتی مارکیٹ میں 300 سے زیادہ صحت کی انشورنس کی مصنوعات دستیاب ہیں.

G. صحت کی انشورنس مارکیٹ

آج کی صحت کی انشورنس مارکیٹ میں بہت سے کھلاڑی شامل ہیں، ان میں سے کچھ صحت کی خدمات سہولیات فراہم کرتے ہیں جن فراہم کرنے والے کہا جاتا ہے، دیگر انشورنس خدمات اور مختلف بچولیے بھی دستیاب ہیں . کچھ بنیادی ڈھانچہ بنتے ہیں جبکہ دیگر کی مدد کی سہولیات فراہم کرتے ہیں .کچھ سرکاری شعبے میں ہیں جبکہ دیگر نجی شعبے میں ہیں .یہ نیچے مختصر میں بیان کر رہے ہیں:

A. بنیادی سہولیات (انفراسٹرکچر)

1. عوامی صحت کے علاقے

عوامی صحت کے نظام قومی سطح، ریاست کی سطح، ضلع کی سطح پر اور ایک محدود حد تک گرام کی سطح پر کام ہوتا ہے جہاں گاؤں میں قومی صحت پالیسیوں کو لاگو کرنے کے لئے سمدایک رضاکاروں کو شامل کیا گیا ہے جو گرام کمیونٹی اور سرکاری انفراسٹرکچر کے درمیان لنک کے طور پر کام کرتے ہیں . ان میں شامل ہیں:

a) **آنگن باڑی کارکن** (ہر 1،000کی آبادی کے لئے) 1جن کو انسانی وسائل کی ترقی کی وزارت کے غذائیت ضمیعہ کاری پروگرام اور انوائسز بال کی ترقی کی خدمت کی منصوبہ بندی(آئی سی ڈی ایس) کے تحت نامزد کیا گیا ہے.

b) **تربیت یافتہ پیدائش حاضرین** (ٹی بی اے) اور **گرام صحت گائیڈ** (ریاستوں میں صحت محکموں کی ایک ابتدائی منصوبہ بندی)

c) **امید** (تسلیم سماجی صحت کارکن) رضاکار ، جن کو منتخب کمیونٹی کی طرف سے این آر ایچ ایم (قومی دیہی صحت مشن) پروگرام کے تحت کیا گیا ہے جو دیہی علاقوں میں صحت کے علاقے کے لنک کے طور پر خدمت کرنے کے لئے تربیت یافتہ نئے، گرام کی سطح، رضاکارانہ صحت کارکن ہیں.

ہر 5،000کی آبادی (پہاڑی، قبائلی اور پسماندہ علاقوں میں 3،000) کے لئے **نائب مرکز** قائم کئے گئے ہیں اور ان میں معاون نرس مڈ-وائف (اے این ایم) نامی ایک خاتون صحت اہلکار اور ایک مرد کی صحت کارکن کو شامل کیا گیا ہے.

بنیادی صحت مرکز (پی ایچ سی) جو تقریبا چھ نائب مراکز کے لئے ریفرل یونٹیں ہیں، ان کی تنصیب ہر 30،000کی آبادی (پہاڑی، قبائلی اور پسماندہ علاقوں میں 20،000) کے لئے کی گئی ہے. تمام پی ایچ سی بھرگ مریض خدمات فراہم کرتے ہیں اور

سب سے زیادہ میں چار سے چھ اتروگی بستر بھی دستیاب ہوتے ہیں ۔ان کے عملے میں ایک طبی اہلکار اور 14 پیرا میڈیکل عملہ شامل ہوتے ہیں (جس میں ایک مرد اور ایک خاتون صحت اسسٹنٹ ، ایک نرس-مڈوائف ، ایک لیبارٹری تکنیشین، ایک فارماسسٹ اور دیگر آلات ملازمین شامل ہوتے ہیں)۔

کمیونٹی صحت کے مرکز (سی ایچ سی) چار بنیادی صحت مراکز (پی ایچ سی) کے لئے پہلی ریفرل یونٹیں ہیں اور ماہر کی دیکھ بھال بھی فراہم کرتے ہیں - اصولوں کے مطابق ہرسی ایچ سی (ہر 1 لاکھ کی آبادی کے لئے) میں کم از کم 30 بیڈ، ایک آپریشن تھیٹر، ایکسرے مشین، پر لیبر روم اور لیبارٹری سہولیات ہونی چاہئے اور کم سے کم چار ماہرین یعنی ایک سرجن، ایک ڈاکٹر، ایک عورت مرض کے ماہر اور ایک بچے کے ماہر کا عملہ ہونا چاہئے جن 21 پیرا میڈیکل اور دیگر ملازمین کا تعاون حاصل ہونا چاہئے.

دیہی اسپتالوں کی بھی قائم کی گئی ہے اور ان میں نائب ضلع اسپتال شامل ہیں جنہیں سب-ڈویژنل /تالک اسپتال /خصوصیت اسپتال کہا جاتا ہے (ملک میں تقریبا 2000ہونے کا اندازہ ہے) -

مہارت اور تعلیم اسپتالوں کی تعداد کم ہے اور ان میں میڈیکل کالج (موجودہ میں تقریبا 300) اور دیگر ترتیبک ریفرل سینٹر شامل ہیں. یہ زیادہ تر ضلع شہروں اور شہری علاقوں میں ہوتے ہیں لیکن ان میں سے کچھ بہت ماہر اور اعلی درجے کی طبی خدمات فراہم کرتے ہیں.

حکومت سے متعلق دیگر ایجنسیاں جیسے ریلوے، دفاع اور اسی طرح کے بڑے محکموں (بندرگاہ /کان وغیرہ) کے اسپتال اور ڈسپنسریوں کو بھی صحت کی خدمات فراہم کرنے میں ایک اہم کردار ادا کرتے ہیں. تاہم، ان کی خدمات اکثر متعلقہ تنظیموں اور ان کے منحصرین کے ملازمین کے لئے محدود ہوتی ہیں.

2. نجی شعبے کے فراہم کنندگان

ہندوستان میں بہت بڑا ذاتی صحت علاقہ ہے جو تمام تین قسم کی - بنیادی، ثانوی اور ترتیبک صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرتے ہیں - ان میں رضاکارانہ غیر منافع بخش تنظیموں اور افراد سے لے کر فائدہ مند کارپوریٹ، ٹرسٹ، ایک ڈاکٹر، ایک ماہر کی خدمات، طبی لیباریٹری، دوا کی دکانیں اورنااہل فراہم کرنے والے (نیم حکیم) تک شامل ہیں .ہندوستان میں تقریبا 77% ایلوپیتھک (ایم بی بی ایس اور اس سے زیادہ) ڈاکٹر ذاتی علاقے میں کام کر رہے ہیں .ذاتی صحت اخراجات

بھارت میں تمام صحت اخراجات کے 75 فیصد سے زیادہ کے لئے ذمہ دار ہے .نجی شعبے تمام بھارتی سطح پر تمام آؤٹ پیشنٹ رابطوں کے 82% اور اسپتال میں داخل ہونے کے 52% کے معاملات کے لئے ذمہ دار ہے.

اس کے علاوہ بھارت میں طبی دوسرے نظام (آیورویدا /سدھا / یونانی /ہومیو پیتھی) میں اہل پریکٹیشنرز کی تعداد سب سے زیادہ ہے جو 7لاکھ سے زیادہ ہے. یہ عوامی کے ساتھ ساتھ نجی شعبے میں بھی کام کر رہے ہیں.

صحت کی خدمت کے فائدہ مند ذاتی فراہم کرنے والے کے علاوہ این جی او اور رضاکارانہ شعبے بھی کمیونٹی کو صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرنے کے کام میں مشغول ہیں.

اندازہ لگایا گیا ہے کہ 7،000سے زیادہ رضاکارانہ ایجنسیاں صحت سے متعلق سرگرمیوں میں شامل ہیں .ثانوی اور ترتیبک اسپتالوں کی ایک بڑی تعداد بھی غیر منافع سوسائٹیوں 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،000 کروڑ 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 20ارکان 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 'پریفری پروواڈر 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 گری 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 18

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 اس 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 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۔

جہاں 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 چاہئے۔

جہاں 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 بھی بھیج سکتی ہے۔ تجویز میں دستیاب معلومات کی بنیاد پر، اور جہاں طبی جانچ کا مشورہ دیا گیا ہے، میڈیکل رپورٹ اور ڈاکٹر کی سفارش کی بنیاد پر بیمہ کمپنی فیصلہ لیتی ہے۔ کبھی کبھی جہاں 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 چاہئے۔ 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 چاہئیے۔

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 چاہئے
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 فائدہ 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 قابلِ 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 معاہدوں کے معاملے کی طرح بیمہ معاہدوں 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 ہونگے۔ 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

ت. 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 مددگار 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

باب 19

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 میڈکلیم 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، میڈکلیم 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 چاہئے تاکہ وہ اسے آسانی سے فروخت کرسکیں۔

یہ صحت بیمہ مصنوعات کی کچھ مطلوبہ خصوصیات ہیں جو بیمہ کمپنیاں گاہک کے لئے مختلف شکلوں میں حاصل کرنے کی کوشش کرتی ہیں۔

3. صحت بیمہ مصنوعات کیوسیع درجہ بندی

مصنوعات کی ڈیزائن چاہے جو بھی ہو، صحت بیمہ مصنوعات کو موٹے طور پر ۳ کلاسوں میں درجہ بندی کی جا سکتی ہے:

a) معاوضہ کور

یہ مصنوعات ایک بڑا صحت بیمہ بازارتشکیل کرتے ہیں اور اسپتال میں بھرتی ہونے کی وجہ سے کئے گئے اصل طبی اخراجات کے لئے ادائیگی کرتے ہیں۔

b) مقررہ فائدہ کور

اسے 'ہاسپٹل کیش' بھی کہا جاتا ہے، یہ مصنوعات اسپتال میں بھرتی ہونے کی مدت کے لئے فی دن ایک مقررہ رقم کی ادائیگی کرتے ہیں۔ کچھ مصنوعات میں ایک مقررہ گریڈ کی سرجری کا فائدہ بھی شامل ہوتا ہے۔

c) شدید بیماری کور

یہ دل کا دورہ، فالج ، کینسر جیسی ایک پہلے سے مقرر شدید بیماری ہونے پر ادائیگی کے لئے ایک مقرر فائدہ اسکیم ہے۔

دنیا بھر میں صحت اور معذوری بیمہ ایک ساتھ چلتے ہیں لیکن بھارت میں، ذاتی حادثے کور کو روایتی طور پر صحت بیمہ سے الگ کرکے فروخت کیا گیا ہے۔

اس کے علاوہ صحت بیمہ میں عام طور پر بھارت سے باہر ہونے والے اخراجات کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ایک دیگر مصنوعات – بیرون ملک صحت بیمہ یا سفر بیمہ – خریدنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ صرف حال کے دنوں میں، نجی بیمہ کمپنیوں کے کچھ اعلی آخرصحت بیمہ مصنوعات میں کچھ شرائطوضوابط کے مشروط ، باقاعدہ صحت بیمہ کور کے حصے کے طور پر بیرون ملک بیمہ کور کو شامل کیا گیا ہے۔

4. گاہک طبقہ پر مبنی درجہ بندی

مصنوعات کو ہدف گاہک سیگمینٹ کو دھیان میں رکھتے ہوئے بھی ڈیزائن کیا گیا ہے۔ ہر ایک طبقہ کے لئے فائدہ ڈھانچہ ، قیمتوں کا تعین ، ہامیداری اور مارکیٹنگ کافی الگ طریقے سے ہوتی ہے۔ گاہک سیگمینٹ کی بنیاد پرمصنوعات کی درجہ بندی اس طرح ہیں :

a) خوردہ گاہکوں اور ان کے خاندان کے اراکین کے لئے پیش کردہ ذاتی کور

b) کارپوریٹ گاہکوں کے لئے دستیاب گروپ کور جسمیں ملازمین ،گروپوں اور انکے اراکین کو کور کیا جاتا ہے

c) سرکاری اسکیم کے لئے جامع پالیسیاں جیسے آرایس بی وائے جو آبادی کے بہت غریب طبقوں کو کور کرتی ہیں۔

B. صحت بیمہ میں معیار بندی پر آئی آر ڈی اے کے رہنُما اُصول

کئی قسم کے مختلف مصنوعات کو فراہم کرانے والی بیمہ کمپنیوں اور مختلف شرائطاوراخراج صورتوں کی مختلف تعریف کی وجہ سے بازار میں بھرم کی حالت پیدا ہو گئی تھی۔ گاہکوں کے لئے مصنوعات کا موازنہ کرنا اور تیسری پارٹی کے منتظمین کے لئے الگ الگ کمپنیوں کے مصنوعات کے خلاف دعووں کی ادائیگی کرنا مشکل ہو گیاتھا۔ اسکے علاوہ، شدید بیماری پالیسیوں میں اس بات کی کوئی واضح تفہیم نہیں تھی کہ ایک شدید بیماری کیا ہے اور کیا نہیں ہے۔ صحت بیمہ صنعت کے لئے الیکٹرانک ڈاٹا کو برقرار رکھنا بھی مشکل ہوتا جا رہا تھا۔

بیمہ کمپنیوں، خدمات فراہم کنندگان ، ٹی پی اے اور اسپتالوں کے درمیان بھرم کی حالت اور بیمہ کرنے والی عوام کی شکایتوں کو دور کرنے کے لئے آئی آر ڈی اے ، خدمات فراہم کنندگان ، اسپتال، تجارت اورصنعت کی چیمبرزفیڈریشن کےہیلتھ ایڈوائزری کمیٹی جیسے مختلف تنظیمیں صحت بیمہ میں کچھ قسم کی معیار بندی لانے کے لئے ایک ساتھ آئے ہیں۔ ایک مشترکہ تفہیم کی بنیاد پر 2013 میں آئی آر ڈی اے نے صحت بیمہ میں معیار بندی سے متعلق رہنُما اُصول جاری کئے ہیں۔

یہ رہنُما اُصول اب انکی معیار بندی کے لئے فراہم کرتے ہیں:

1. بیمہ میں عام طور پر استعمال ہونے والے اصطلاحات کی تعریفیں
2. شدید بیماریوں کی تعریفیں
3. اسپتال میں بھرتی ہونے کی معاوضہ پالیسیوں میں اخراجات کے خارج کردہ آئٹمس کی فہرست
4. دعویٰ فارم اور قبل اجازت سے متعلق فارم
5. بلنگ کے فارمیٹس
6. اسپتال سے ڈسچارج کا خلاصہ
7. ٹی پی اے ، بیمہ کمپنیوں اور اسپتالوں کے درمیان معیاری معاہدے
8. نئی پالیسیوں کے لئے آئی آر ڈی اے آئی حاصل کرنے کے لئے معیاری فائل اور استعمال فارمیٹ

یہ صحت بیمہ فراہم کنندگان اور بیمہ صنعت کی خدمت کی کوالیٹی کو بہتر بنانے کے لئے ایک بڑا قدم ثابت ہوا ہے۔ ساتھ ہی اس سے بامعنی صحت اور صحت بیمہ ڈاٹا کیوصولی میں بھی مدد ملے گی۔

C. اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ مصنوعات

ایک معاوضہ مبنی صحت بیمہ پالیسی بھارت میں سب سے عام اور سب سے زیادہ فروخت کی جانے والی صحت بیمہ مصنوعات ہے۔ پیایس یو بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے اسّی کے دہائی میں شروع کی گئی میڈکلیم پالیسی سب سے پہلا معیاری صحت بیمہ مصنوعات تھا اور ایک لمبے وقت تک بازار میں دستیاب صرف ایک مصنوعات رہا تھا۔حالانکہ کچھ تبدیلیوں کے ساتھ اس مصنوعات کو الگ الگ برانڈ نام کے تحت مختلف بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے فروخت کیا گیا ہے، پھر بھی میڈکلیم ملک میں سب سے زیادہ بکنے والا صحت بیمہ مصنوعات بنا ہوا ہے۔

اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق معاوضہ مصنوعات ان اخراجات سے افراد کی حفاظت کرتے ہیں جو اسپتال میں بھرتی ہونے کی حالت میں کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ زیادہ تر معاملوں میں، یہ اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے دنوں کی ایک مخصوص تعداد کو بھی کور کرتے ہیں لیکن

اسپتال میں بھرتی نہیں ہونے پر کئے گئے کسی بھی اخراجات کو شامل نہیں کرتے ہیں۔

اس طرح کا کور 'معاوضہ ' بنیاد پر فراہم کیا جاتا ہے یعنی اسپتال میں بھرتی ہونے کے دوران کئے گئے اخراجات یا خرچ کی گئی رقم کو حصہ میں یا مکمل طور پر معاوضہ کیا جاتا ہے۔یہ 'فائدہ ' بنیاد پر دستیاب بیمہ کوریج کے برعکس ہو سکتا ہے جہاں ایک خاص واقعہ (جیسے اسپتال میں بھرتی ہونا، شدید بیماری کا علاج یا بھرتی ہونے کا ہر ایک دن) واقع ہونے پر ادائیگی کی جانے والی رقم بیمہ پالیسی میں بیان کے مطابق ہوتی ہے اور اصل میں خرچ کی گئی رقم سے متعلقہ نہیں ہوتی ہے۔

مثال

رگھو کا ایک چھوٹا سا خاندان ہے جس میں اس کی بیوی اور ایک 14 سالہ بیٹا شامل ہے۔ اس نے ایک صحت بیمہ کمپنی سے اپنے خاندان کے ہر ایک رکن کو کور کرنے والی ایک میڈی کلیم پالیسی لی ہے جس میں 1 لاکھ روپے ہر ایک کا ذاتی کور دستیاب ہے۔ اسپتال میں بھرتی ہونے کے معاملے میں ان میں سے ہر ایک کو 1 لاکھ روپے تک کے طبی اخراجات کی بازیابی ہو سکتی ہے۔

رگھو کو دل کا دورہ پڑنے کی وجہ سے اور ضروری سرجری کے لئے اسپتال میں بھرتی کیا گیا تھا۔ اس میں 1-25 لاکھ روپے کا طبی بل بنایا گیا۔ بیمہ کمپنی نے اسکیم کوریج کے مطابق 1 لاکھ روپے کی ادائیگی کی اور رگھو کو 25،000 روپے کی باقی رقم کی ادائیگی اپنی جیب سے کرنا پڑی۔

معاوضہ مبنی میڈکلیم پالیسی کی اہم خصوصیات کی تفصیلات نیچے دی گئی ہے، حالانکہ کور کی حد ، اضافی اخراج یا فائدہ یا کچھ ایڈ آن ہر ایک بیمہ کمپنی کے ذریعے سے فروخت کیے جانے والے مصنوعات کے لئے لاگو ہو سکتے ہیں۔ طالب علم کو یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ نیچے مصنوعات کے بارے میں صرف ایک جامع خیال دیا گیا ہے اور اسے ایک خاص بیمہ کمپنی کے مصنوعات سے اپنے آپ کو واقف کرا لینا چاہئے 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 ، ڈاکٹر وں 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۔

b) 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 کئے ساتھ بیمہ دار کی پہلی پالیسی شروع ہونے کئے وقت سے، ایسے بیمہ دار افراد کی لگاتار کوریج کئے 48 مہینے گزر جانے تک، کوئی بھی پہلے سے موجود مسئلے -

1. وزن کنٹرول پروگرام / فراہمی / 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 (کئے 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 کئے لئے اسپتال میں داخل ہونا
14. تحقیقات / بیماری سے الگ علاج جن کئے 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 کئے لئے پالیسی شروع ہونے کئے وقت سے 30 دن کی ایک انتظار کی مدت لاگو ہوتی ہے .اگرچہ یہ ایک حادثے کی وجہ اسپتال میں بھرتی ہونے کئے 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 بدلاؤ کئے گئے ہیں اور نئی قیمت شامل خصوصیات شامل کی گئی ہیں- ہم ان میں سے کچھتبدیلیوں پر بحث کرینگے- یہ دھیان دیا جانا چاہئے 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،منحنی یخطوطوحدانی،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،ٹاپاپکورکومتعارفکرانےکےلیےاہموجہابتدائیطورپر اعلیرقمبیمہمصنوعاتکیکمی 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 چہاں 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، چہاں 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 ڈ 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 کاٹنی
- ✓ موٹر نیوران کی بیماری
- ✓ اعضاءکی مستقل معذوری
- ✓ بڑے حادثات کی وجہ سے مستقل معذوری

شدید بیماریوں کی فہرست جامد نہیں ہے اور بڑھتی رہتی ہے۔ کچھ بین الاقوامی بازاروں میں بیمہ کمپنیاں بیماریوں کو 'کور' اور 'اضافی ' میں درجہ بندی کرتے ہیں جہاں الزائمر بیماری جیسی بیماریوں کو بھی کور کیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی 'ٹرمینل بیماری' کو بھی کوریج کے لئے شامل کیا جاتا ہے، حالانکہ پریمیم ظاہر ہے بہت زیادہ ہوتا ہے۔

f) جہاں زیادہ تر شدید بیماری پالیسیاں بیماری کا پتہ چلنے پر ایک مشت رقم کے ادائیگی کا پرویژن کرتی ہیں، کچھ ایسی پالیسیاں بھی ہیں جو صرف اخراجات کے معاوضہ کے طور پر اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے کور فراہم کرتی ہیں۔کچھ مصنوعات دونوں کوروں کا مجموعہ یعنی اِن پیشینٹ اسپتال میں بھرتی ہونے کے اخراجات کے لئے معاوضہ اور پالیسی میں نامزد اہم بیماریوں کا پتہ چلنے پر ایک مشت ادائیگی فراہم کرتے ہیں۔

g) شدید بیماری پالیسیاں عام طور پر 21 سال سے لیکر 65 سال تک کے عمر کے طبقہ کے افراد کے لئے دستیاب ہوتی ہیں۔

h) ان پالیسیوں کے تحت پیش کردہ بیمہ رقم بہت زیادہ ہوتی ہے کیونکہ اس طرح کی پالیسی کی بنیادی وجہ ایسی بیماریوں کے ساتھ منسلک طویل مدتی دیکھ بھال کے مالی بوجھ کے لئے پرویژن کرنا ہوگا۔

i) ان پالیسیوں کے تحت ایک شدید بیماری کا پتہ چلنے پر عام طور پر بیمہ رقم کی 100٪ ادائیگی کی جاتی ہے-کچھ معاملوں میں معاوضہ بیمہ رقم کے 25٪ سے 100٪ تک مختلف ہوتی ہے جو پالیسی کے شرائطوضوابط اور بیماری کی شدت پر انحصار کرتا ہے-

j) سبھی شدید بیماری پالیسیوں میں دیکھی جانے والی ایک معیاری شرط کسی بھی فائدہ کے پالیسی کے تحت قابلِ ادائیگی ہونے کے لئے پالیسی کی شروعات سے 90 دنوں کی انتظار کی مدت اور بیماری کی تشخیص کے بعد 30 دنوں کا سروائول کلاج ہے-اس فائدہ کے طور پر شامل کئے گئے سروائول کلاج کے ساتھ "موت فائدہ " کا بھرم نہیں ہونا چاہئے بلکہ اسے " سروائول (زندہ ہونے کے) فائدہ " کے طور پر زیادہ واضح کیا گیا ہے یعنی ایک شدید بیماری کے بعد آنے والی مشکلات کو دور کرنے کے لئے دیا گیا فائدہ -

k) شدید بیماری پالیسی لینے کے خواہاںافراد، خاص طور سے 45 سال سے زیادہ کی عمر کے لوگوں کے لئے سخت طبی جانچ کے طریقہ کار سے گزرنا ضروری ہوتا ہے-معیاری اخراج صحت بیمہ مصنوعات میں پائے جانے والے اخراج کے کافی یکساں ہوتے ہیں، طبی مشورہ مانگنے یا عمل کرنے میں ناکامی یا انتظار کی مدت کو چکمہ دینے کی صورت میں طبی علاج میں تاخیر کرنے کو بھی خاص طور سے الگ کیا گیا ہے-

l) بیمہ کمپنی پالیسی میں کور کی گئی کسی بھی ایک یا ایک سے زیادہ بیماری کے لئے بیمہ دار کو صرف ایک بار معاوضہ دے سکتی ہے یا ایک سے زیادہ ادائیگی فراہم کر سکتی ہے لیکن ایک مقرر محدود تعداد تک- کسی بھی بیمہ دار افراد کے تعلق میں پالیسی کے تحت ایک بار معاوضے کی ادائیگی کر دیئے جانے پر پالیسی ختم ہو جاتی ہے-

m) شدید بیماری پالیسی گروپوں کو خاص طور سے کمپنیوں کو بھی فراہم کی جاتی ہے جو اپنے ملازمین کے لئے پالیسیاں لیتے ہیں-

G. طویل مدتی دیکھ بھال بیمہ

آج زندگی کے متوقع بڑھنے کے ساتھ دنیا بھر میں بزرگ لوگوں کی آبادی بڑھ رہی ہے۔ ایک بڑھتی ہوئی آبادی کی وجہ سے دنیا بھر میں طویل مدتی دیکھ بھال بیمہ کی اہمیت بھی بڑھتی جا رہی ہے۔ بزرگ لوگوں کو اور اسکے علاوہ کسی بھی قسم کی معذوری میں مبتلا لوگوں کو لمبے وقت تک دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔ لمبے وقت تک دیکھ بھال کا مطلب ہے ایسے لوگوں کے لئے لگاتار ذاتی یا نرسنگ سے متعلق دیکھ بھال کی تمام شکلیں، جو مدد کی ایک ڈگری کے بنا اپنی دیکھ بھال کر پانے میں ناقابل ہیں اور جن کی صحت مستقبل میں بہتر نہیں ہونے والی ہے۔

طویل مدتی دیکھ بھال کے لئے دو قسم کی منصوبہ بندی دستیاب ہیں:

a) پری فنڈڈ منصوبہ بندی جو صحت مند بیمہ دار کے ذریعے سے اپنے مستقبل کے طبی اخراجات کا دھیان رکھنے کے لئے خریدی جاتی ہیں اور

b) فوری ضرورت کی منصوبہ بندی جو ایک مشت پریمیم کے ذریعے سے خریدی جاتی ہیں جب بیمہ دار کو لمبے وقت تک دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔

معذوری کی شدت(اورتوقعکیبقامدت) فائدہ کی مقدار کو مقرر کرتی ہے۔ طویل مدتی دیکھ بھال کے مصنوعاتبھارتی بازار میں ابھی تک ترقی یافتہ نہیں ہوئے ہیں۔

بھویشیہ آروگیہ پالیسی

پہلی پری فنڈڈ بیمہ اسکیم سرکاری شعبے کی چار عام بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے فروخت کی جانے والی بھویشیہ آروگیہ پالیسی تھی۔ سال 1990 میں شروع کی گئی یہ پالیسی بنیادی طور پر ایک بیمہ دار افراد کی ریٹائرمنٹ کے بعد اسکی صحت دیکھ بھال سے متعلق ضروریات کا دھیان رکھنے کے لئے ہے۔ یہ ایک زندگی بیمہ پالیسی لینے کے برابر ہے سوائے اسکے کہ یہ موت کے بجائے مستقبل کے طبی اخراجات کو کور کرتی ہے۔

a) ملتوی میڈکلیم

یہ پالیسی ایک قسم کی ملتوی یا مستقبل میڈکلیم پالیسی ہے اور میڈکلیم پالیسی کے برابر کور فراہم کرتی ہے۔ تجویز کار 25 سال اور 55 سال کی عمر کے درمیان کسی بھی وقت اسکیم میں شامل ہو سکتا ہے۔

b) ریٹائرمنٹ کی عمر

وہ ایک شرط کے ساتھ 55 اور 60 سال کے درمیان ایک ریٹائرمنٹ کی عمر کا انتخاب کر سکتا ہے کہ اِنٹری کی عمر اور منتخب کی گئی ریٹائرمنٹ کی عمر کے درمیان 4 سالوں کا ایک واضح فرق ہونا چاہئے۔ 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.

"کامبي پروڈکٹ'" کو وقت وقت پر جاری سمت ہدایتوں کے مطابق حاصل کیا جائے گا اور مختلف منظوری لی جائے گی - دونوں خطرات کے پریمیم دھرك 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 ۱-۲

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 ۲-۲

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 ۳.۲

این ٹٹی	**پریمیم**
ایک فرد کے لئے	365/- رو۔ فی سال
پانچ افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچے سمیت)	548/- رو۔ فی سال
سات افراد تک کے ایک خاندان کے لئے (پہلے تین بچوں اور انحصار والدین سمیت)	730/- رو۔ فی سال
بی پی ایل خاندانوں کے لئے پریمیم سبسڈی	غریبی لائن سے نیچے کے خاندانوں کے لئے حکومت ایک پریمیم سبسڈی فراہم کریگی

K. راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم

حکومت نے مختلف صحت منصوبہ بندی بھی شروع کی ہیں، ان میں سے کچھ خاص ریاستوں کے لئے لاگو ہوتی ہیں۔ عام عوام تک صحت فوائد کی رسائی کو بڑھانے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے ساتھ مل کر راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم شروع کی گئی ہے۔ راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم (آرایس بی وائے) محنتوروزگاروزارت، بھارت حکومت کے ذریعے سے شروع کی گئی ہے جو غربت کی لکیر سے نیچے (بی پی ایل) کے خاندانوں کو صحت بیمہ کوریج فراہم کرنے کے لئے ہے ۔

راشٹریہ صحت بیمہ اسکیم کی خصوصیات مندرجہ ذیل ہیں:

a. ایک فیملی فلوٹر بنیاد پر 30،000 روپے فی بی پی ایل خاندان کی کل بیمہ رقم ۔

b. پہلے سے موجود بیماریوں کو کور کیا جائیگا۔

c. اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلقہ صحت خدمات کا کوریج اور جراحی نوعیت کی سروسس جو ایک ڈے کئیر کے بنیاد پر فراہم کی جا سکتی ہیں۔

d. تمام اہل صحت کی سہولیات کی نقدین کوریج.

e. اسمارٹ کارڈ کی فراہمی۔

f. اسپتال میں بھرتی ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کا پرویژن ۔

g. 100/- روپے فی وزیٹ کا ٹرانسپورٹ الاؤنس

h. مرکزی اورریاستی حکومت انشورنس کمپنی کےلئےپریمیم کی ادائیگی کرتا ہے ۔

i. انشورنس کمپنیوں کوایک 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 ویکو 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 وائے 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 مہینےکے 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-

گاہك 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 ایك طبقہ کے لئے بیمہ رقم منتخب کی گئی اسکیم کے مطابق بدلتی رہتی ہے-

3. فائدہ اسکیم

ایک فائدہ اسکیم ہونے کے ناطے پی اے پالیسیوں میں شراکت نہیں ہوتی ہے- اس طرح ، اگر کسی فرد کے پاس الگ الگ بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ایک سے زیادہ پالیسی دستیاب ہے تو حادثے میں موت ، پی ٹی ڈی یا پی پی ڈی کی حالت میں، تمام پالیسیوں کے تحت دعوؤں کی ادائیگی کی جائے گی -

4. کور کا دائرہ

ان پالیسیوں کو اکثر طبی اخراجات کو کور کرنے کے لئے بڑھایا جاتا ہے جو حادثے کے بعد اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اور دیگر طبی اخراجات کا معاوضہ کرتا ہے۔ آج ہمارے پاس ایسی صحت پالیسیاں ہیں جنہیں ایک حادثے کے نتیجے میں طبی /اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق اخراجات کو کور کرنے کے لئے جاری کیا جاتا ہے۔ اس طرح کی پالیسیاں بیماریوں اور انکے علاج کو کور نہیں کرتی ہے، اسکے بجائے صرف حادثے سے متعلقہ طبی اخراجات کو کور کرتی ہیں۔

5. قیمت شامل فائدہ

ذاتی حادثے کے ساتھ ساتھ کئی بیمہ کمپنیاں قیمت شامل فائدہ بھی دستیاب کراتی ہیں جیسے حادثے کی وجہ سے اسپتال میں بھرتی ہونے کے معاملے میں اسپتال میں نقدی، باقیاتکی نقل و حمل کی لاگت، ایک مقرر رقم کے لئے تعلیم فائدہ اور اصل یا مقرر حد کے بنیاد پر ایمبلینس چارجس ، جو بھی کم ہو۔

6. اخراج

ذاتی حادثے کور کے تحت عام اخراج اس طرح ہیں:

i. پالیسی شروع ہونے سے پہلے کوئی بھی موجودہ معذوری

ii. ذہنی عوارض یا کسی بھی بیماری کی وجہ سے موت یا معذوری

iii. براہ راست یا بالواسطہ طور سے جنسی بیماری ، جنسی طورپرمنتقل بیماریوں، ایڈز یا پاگل پن کی وجہ سے

iv. تابکاری، انفیکشن، وینکتتا کی وجہ سے موت یا معذوری ، سوائے ان معاملوں کے جہاں یہ ایک حادثے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

v. بیمہ دار فرد یا اسکے خاندان کے کسی بھی رکن کے ذریعے سے مجرمانہ ادارے سے قانون کی کوئی بھی خلاف ورزی کی وجہ سے یا اس کے نتیجے میں کوئی بھی چوٹ ۔

vi. جنگ ، حملے ، غیر ملکی دشمن کے ایکٹ ، (چاہے جنگ کا اعلان کیا گیا ہو یا نہیں) ، دشمنی ، خانہ جنگی ، بغاوت ، انقلاب ، بغاوت ، فوجی یا تحریف طاقت ، جبت ، گرفتاری،گرفتاریاں،پابندیاں اوررُکاوٹ کی وجہ سے یا ان سے براہ راست یا بالواسطہ طور سے منسلک ہونے کی وجہ سے کسی بھی حادثے سے متعلق چوٹ کی وجہ سے موت یا معذوری یا چوٹ ۔

vii. اگر بیمہ شدہ شخص کسی بھی غیر ارادتاً قتل 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 تارکھ 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 بہارت 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 دوہفتگی/ 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 کئے 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 چاہئیے۔

d. گروپ چھوٹ الگ الگ اراکین کو بڑھا دیا جانا چاہئیے اور وصول کیا جانے والا پریمیم بیمہ کمپنی کو دینے والے پریمیم سے زیادہ نہیں ہونا چاہئیے۔

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 چاہئیے 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 چھہ 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 نقدہین 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 چاہئیے 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 حوصلہ افزائی 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، چہاں ابھی تک ذاتی صحت پالیسیوں پر مالس وصول نہیں کیا جاتا ہے۔

حالانکہ، گروپ پالیسیوں کے معاملے میں دعویٰ تناسب کو مناسب حدوں کے اندر رکھنے کے لئے مجموعی پریمیم پر مناسب لوڈینگ کے طور پر مالس وصول کیا جاتا ہے۔ وہیں دوسری طرفتجربہ اچھا رہتا ہے تو پریمیم شرح میں چھوٹ کے طور پر بونس بھی دیا جاتا ہے۔

13. کوئی دعویٰ نہیں ہونے کی چھوٹ

کچھ مصنوعات ہر ایک دعویٰ مفت سال کے لئے بیمہ رقم پر ایک بونس دینے کے بجائے پریمیم پر چھوٹ فراہم کرتے ہیں۔

14. شریک ادائیگی / شریک ساجھیداری

شریک ادائیگی ایک صحت پالیسی کے تحت ہر ایک دعوے کا ایک حصہ بیمہ دار کے ذریعے سے برداشت کیے جانے کا تصور ہے۔ یہ مصنوعات کے بنیاد پر لازمی یا رضاکارانہ ہو سکتا ہے۔ شریک ادائیگی بیمہ داروں 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 مقررہ پیسے 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

چہاں 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 چاہئے۔

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 چاہئے۔
3. اسے بیمہ کمپنی سے تحریری طور پر بات چیت کرنا چاہئے۔
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 ہونگے 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 ہونگے 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 20
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 اَنڈرراٹر کے ذریعے سے پوری کی جاتی ہے۔ اَنڈرراٹر 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. امیداری - جوکھم تشخیص

امیداری جوکھم انتخاب کا ایک عمل ہے جو ایک گروپ یا شخص کی خصوصیات پر مبنی ہے۔ یہاں جوکھم کی ڈگری کی بنیاد پر اَنڈرراٹر یہ فیصلہ لیتا ہے کہ کیا جوکھم کو منظور کیا جائیگا اور کس قیمت پر۔ کسی بھی صورت میں، قبولیت کے عمل میں جانبداری کے ساتھ اور ایک منصفانہ بنیادوں پر پوری کی جانی چاہئیے یعنی ہر ملتے جلتےجوکھم کو کسی بھی تعصب کے بغیر یکساں طور پر درجہ بندی کی جانی چاہئیے۔ یہ درجہ بندی عام طور پر معیاری منظوری چارٹس کے ذریعے سے کی جاتی ہے جسکے کے ذریعے سے ہر ایک نمائندگی جوکھم کی تعداد تعین کی جاتی ہے اور اسی کے مطابق پریمیم کی گنتی کی جاتی ہے۔

حالانکہ عمر بیماری کے امکانات کے ساتھ ساتھ موت کو بھی متاثر کرتی ہے، یہ یاد رکھا جانا چاہئیے کہ بیماری عام طور پر موت سے بہت پہلے آتی ہے اور باربار ہو سکتی ہے۔ لہذا، موت کے کوریج کے مقابلے میں صحت کے کوریج کے لئے امیداری 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 امیداری رہنما اُصول اس شخص کو ایک اوسط جوکھم کے طور پر درجہ بندی کر سکتا ہے۔ حالانکہ، طبی امیداری کے لئے اسکی تشخیص ایک اعلی جوکھم کے طور پر کی جائے گی ۔

صحت بیمہ میں مالی یا آمدنی مبنی امیداری کے مقابلے میں طبی یا صحت کے نتائج پر زیادہ توجہ مرکوزکی جاتی ہے۔ حالانکہ، مالی یا آمدنی مبنی امیداری کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے کیونکہ یہاں ایک قابلِ بیمہ انٹرسٹ ہونا چاہئیے اور مالی امیداری کسی بھی منفی انتخاب کو خارج

کرنے اور صحت بیمہ میں تسلسل کو یقینی بنانے کے لئے اہم ہے۔

4. بیماری کے امکانات کو متاثر کرنے والے عوامل ۴

جوکھم کا تعین کرتے ہوئے مرض (بیمار پڑنے کے جوکھم) پر اثر انداز کرنے والے عوامل پر مندرجہ ذیل طور پر احتیاط سے غور کیا جانا چاہئیے:

a) **عمر:** پریمیم عمر اور جوکھم کی ڈگری کے ساتھ وصول کئے جاتے ہیں-مثال کے لئے، شیر خوار بچے اور بچوں کے معاملے میں مرض پریمیم انفیکشن اور حادثات کا خطرہ بڑھنے کے باعث نوجوان بالغوں کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے- اسی طرح، ۴۵سال سے زیادہ کی عمر کے بالغوں کے لئے پریمیم زیادہ ہوتا ہے کیونکہ ذیابیطس جیسی ایک دائمی بیماری میں مبتلا شخص کو اچانک دل کی بیماری یا ایسی دیگر بیماری ہونے کے امکانات بہت زیادہ رہتے ہیں -

b) **جنس :** خواتین حمل کے مدت کے دوران مرض کے اضافی جوکھم کے دائرے میں ہوتی ہیں- حالانکہ، خواتین کے مقابلے میں مردوں کو دل کے دورے سے متاثر ہونے یا نوکری سے متعلق حادثات کا شکار ہونے کے زیادہ امکانات رہتے ہیں کیونکہ وہ خطرناک روزگار میں زیادہ ملوث ہو سکتے ہیں-

c) **عادتیں:** کسی بھی طور پر تمباکو، شراب یا منشیات کی کھپت سے مرض کے جوکھم پر براہ راست اثر پڑتا ہے

d) **ملازمت :** ڈرائیور، بلاسٹر، ایوئیٹر وغیرہ جیسے کچھ پیشوں میں حادثات کے لئے اضافی جوکھم ممکن ہے- اسی طرح ، ایک ایکس رے مشین آپریٹر، ایسبیسٹس کی صنعت کے کارکنوں، کان کنوں وغیرہ جیسے کچھ پیشوں میں اعلی صحت جوکھم ہو سکتے ہیں-

e) **خاندان کی تاریخ:** اس کا تعلق بہت زیادہ ہے کیونکہ جینیاتی عوامل دمہ، ذیابیطس اور بعض کینسر جیسی بیماریوں پر اثر انداز کرتے ہیں- یہ مرض کو متاثر کرتا ہے اور جوکھم کو قبول کرتے ہوئے اسے ذہن میں رکھا جانا چاہئیے-

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 چاہئیے 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 چاہئیے۔ 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 چاہئے۔ 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 اَنڈرائٹر 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؟

جہاں 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 ماہرین 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 چاہئیے 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 نئی 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 بدلاؤ 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 کرائیگی۔

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. چہاں 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، چہاں 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، چہاں 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 چاہئے

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 چاہئے 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 اَنڈرائٹر کی معلومات کے ذرائع اور بنیاد ہیں جن پر جوکھم کی درجہ بندی کی جاتی ہے اور آخر میں پریمیم کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔ ہامیداری کے لئے اہم اوزار درج ذیل ہیں:

a) تجویز فارم

یہ دستاویز معاہدہ کی بنیاد ہے جہاں تجویز کار کی صحت اور ذاتی معلومات سے متعلق تمام اہم معلومات (یعنی عمر، پیشہ، جسمانی تعمیر ، عادتیں، صحت کی حالت ، آمدنی ، پریمیم ادا ئیگی کی تفصیلات وغیرہ) جمع کی جاتی ہے۔ اس میں آسان سوالوں کے ایک سیٹ سے لےکر پروڈکٹ اور کمپنی کی ضرورت /پالیسی کے مطابق ایک پوری طرح سے تفصیلی سوالنامے شامل ہو سکتے ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جا سکے کہ تمام مواد حقائق کا خلاصہ کیا گیا ہے اور اسی کے مطابق کوریج فراہم کیا گیا ہے۔ بیمہ دار

شخص کے ذریعے سے کوئی بھی خلاف ورزی یا معلومات کو چھپایا جانا پالیسی کو باطل کر دیگا۔

b) عمر کا ثبوت

پریمیم بیمہ دار کی عمر کی بنیاد پر تعین کئے جاتے ہیں۔ لہذا اندراج کے وقت بتائی گئی عمر کو ایک عمر کا ثبوت پیش کرکے تصدیق کیا جانا ضروری ہے۔

مثال

بھارت میں کئی قسم کے دستاویزوں کو عمر ثبوت مانا جا سکتا ہے لیکن یہ تمام قانونی طور پر قابلِ قبول نہیں ہوتے ہیں۔ زیادہ تر درست دستاویزات کو دو اقسام میں تقسیم کیا جاتا ہیں۔ وہ مندرجہ ذیل ہیں

a) معیاری عمر ثبوت : ان میں سے کچھ دستاویزات میں اسکول سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ، ڈومیسائل سرٹیفکیٹ، پین کارڈ وغیرہ شامل ہیں۔
b) غیر معیاری عمر ثبوت : ان میں راشن کارڈ، ووٹر آئی ڈی، بڑوں کے اعلامیہ، گرام پنچایت سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔

---

c) مالیاتی دستاویزات

تجویز کار کی مالی حیثیت کو جاننا منافع مصنوعات کے لئے اور اخلاقی جوکھم کو کم کرنے کے لئے خاص طور سے متعلقہ ہے۔ حالانکہ، عام طور پر مالی دستاویزات کی مانگ صرف ان معاملات میں کی جاتی ہے

a. ذاتی حادثے کور یا
b. اعلی بیمہ رقم کوریج یا
c. جب مانگے گئے کوریج کے مقابلے میں بتائی گئی آمدنی اور پیشہ کا تال میل نہیں بیٹھتا ہے۔

d) میڈیکل رپورٹ

میڈیکل رپورٹ کی ضرورت بیمہ کمپنی کے معیاروں پر مبنی ہے اور عام طور پر بیمہ دار کی عمر پر اور کبھی کبھی منتخب کیے گئے کور کی رقم پر انحصار کرتا ہے۔ تجویز فارم کے کچھ جوابات میں کچھ ایسی معلومات بھی شامل ہو سکتی ہے جو مانگی گئی میڈیکل رپورٹ کی وجہ بنتی ہے۔

e) فروخت کے اہلکاروں کی رپورٹیں

فروخت کے اہلکاروں کو بھی کمپنی کے لئے نیچلی سطح پر کے اَنڈرائٹر وں کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے اور انکی رپورٹ میں انکے کے ذریعے سے دی گئی معلومات ایک اہم

لحاظ بن سکتی ہے۔ حالانکہ، فروخت اہلکاروں کو زیادہ کاروبار جنریٹ کرنے کے لئے حوصلہ افزائی کی جاتی ہے، یہاں مفاد کا تصادم ہوتا ہے جس پر نظر رکھنا ضروری ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۲

ہامیداری میں _____ کے ذریعے سے انتہائی نیک نیتی کے اُصول پر عمل کیا جانا ضروری ہے۔

I. بیمہ کمپنی
II. بیمہ دار
III. بیمہ کمپنی اور بیمہ دار دونوں
IV. طبی ممتحن

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۳

قابلِ بیمہ انٹرسٹ _____ سے مراد ہے۔

I. اثاثہ کابیمہ کروانے میں شخص کے مالی مفاد

II. پہلے سے بیمہ کیا گیا اثاثہ

III. نقصان کے لئے ہر ایک بیمہ کمپنی کا حصہ، جب ایک سے زیادہ کمپنی ایک ہی نقصان کو کور کرتی ہے

IV. نقصان کی رقم جو بیمہ کمپنی سے وصول کی جاسکتی ہے

F. ہامیداری عمل

ضروری معلومات موصول ہو جانے کے بعد اَنڈرائٹر پالیسی کی شرائط تعین کرتا ہے۔ صحت بیمہ کاروبار کے ہامیداری کے لئے استعمال ہونے والے عام فارم اس طرح ہے:

1. طبی ہامیداری

طبی ہامیداری ایک ایسا عمل ہے جسمیں صحت بیمہ پالیسی کے لئے درخواست کرنے والے شخص کی صحت کی حالت تعین کرنے کے لئے تجویز کار سے میڈیکل رپورٹ کی مانگ کی جاتی ہے۔ پھر جمع کی گئی صحت کی معلومات کا بیمہ کمپنیوں کے ذریعے سے یہ طے کرنے کے لئے تشخیص کی جاتی ہے کہ کیا کوریج دیا جائیگا، کس حد تک اور کن شرائط اور اخراجات کے ساتھ اس طرح طبی ہامیداری جوکھم کی منظوری یا نامنظوری اور اسکے علاوہ کور کی شرائط کا بھی تعین کر سکتا ہے۔

تاہم ، طبی ہامیداری میں میڈیکل رپورٹ حاصل کرنے اور تحقیقات کے حوالے میں اعلی اخراجات بھی شامل ہوتے ہیں۔ اسکے علاوہ، جب بیمہ کمپنیاں طبی ہامیداری کی ایک اعلی ڈگری کا استعمال کرتی ہیں، ان پر صرف 'ملائی کھانے' کا الزام لگایا جاتا ہے (جسمیں صرف بہترین قسم کے جوکھم کو منظور کیا جاتا ہے اور دیگر کو نکار کردیا جاتا ہے)۔ یہ ممکنہ گاہکوں کے درمیان مایوسی کا سبب بنتا ہے اور ان بیمہ کمپنیوں کے ساتھ بیمہ کرنے کے خواہش مند لوگوں کی تعداد کم کر دیتا ہے کیونکہ وہ ضروری معلومات اورتفصیل فراہم کرنے اور ضروری ٹیسٹ کے عمل سے گزرنا نہیں چاہتے ہیں۔

صحت حیثیت اور عمر ذاتی صحت بیمہ کے لئے ہامیداری کے اہم تحفظات ہیں۔ اسکے علاوہ موجودہ صحت کی حالت ، ذاتی اور خاندانی طبی تاریخ ایک اَنڈرراٹر 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 اَنڈرراٹر 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 چاہئیے۔

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 اَنڈرائٹرز 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 کاروں کو طبی جانچ کی ضرورت نہیں پڑتی ہے۔ اگر اسے درستگی کی ایک منصفانہ ڈگری کے ساتھ جانا جا سکتا ہے تو اس طرح کے معاملات کے صرف دسویں حصے یا اس سے کم میں طبی جانچ کے دوران منفی نتائج آئے گےا، پھر بیمہ کمپنیاں زیادہ تر معاملات میں طبی امتحان کے ساتھ تقسیم کر سکتے ہیں۔

یہاں تک کہ اگر تجویز کار تمام مواد حقائق کا خلاصہ پوری طرح سے اور سچائی سے کرتا ہے اور ایجنٹ کے ذریعے سے احتیاط سے اسکی جانچ کی گئی ہے، پھر بھی طبی معائنے کی ضرورت بہت کم ہو سکتی ہے۔ اصل میں، دعووں کے تناسب میں معمولی اضافہ کو منظور کیا جا سکتا ہے اگر طبی جانچ کی لاگتوں اور دیگر اخراجات میں بچت ہوتی ہے اور کیونکہ اس سے تجویز کار کی تکلیف بھی کم ہوگی۔

اسلئے، بیمہ کمپنیاں کچھ ایسی طبی پالیسیاں لیکر آ رہی ہیں جہاں تجویز کار کو کسی طبی جانچ سے گزرنے کی ضرورت نہیں

ہے۔ ایسے معاملات میں، کمپنیاں عام طور پر ایک 'میڈیکل گرڈ' بناتی ہیں جس سے یہ پتہ چلےگا کہ کس عمر اور مرحلےمیں طبی ہامیداری کی جانی چاہئیے، اور اسلئے ان غیر طبی حدود کو احتیاط سے ڈیزائن کیا جاتا ہے تاکہ کاروبار اور جوکھم کے درمیان ایک مناسب توازن قائم کیا جا سکے۔

مثال

اگر کسی شخص کو طبی ٹیسٹ، انتظار طریقوں اور کارروائی میں تاخیر کے ایک طویل عمل سے گزرے بغیر فوری صحت بیمہ کوریج لینا ہے تو وہ ایک غیر طبی ہامیداری پالیسی لینے کا آپشن منتخب کر سکتا ہے۔ ایک غیر طبی ہامیداری پالیسی میں، پریمیم شرح اور بیمہ رقم عام طور پر عمر، جنس ، تمباکو نوشی کی کلاس، جسمانی تعمیر وغیرہ پر مبنی کچھ صحت سے متعلق سوالات کے جوابات کی بنیاد پر تعین کی جاتی ہیں۔ یہ عمل فوری ہے لیکن پریمیم نسبتا زیادہ ہو سکتا ہیں۔

---

3. عددی درجہ بندی کے طریقہ کار

یہ ہامیداری میں اپنایا جانے والا ایک ایسا عمل ہے جسمیں جوکھم کے ہر ایک جزو کے بارے میں عددی یا فی صد کے تعین کئے جاتے ہیں۔

اس میں عمر، جنس ، نسل ، کاروبار ، رہائش گاہ، ماحول، جسمانی تعمیر ، عادات، خاندان اور ذاتی تاریخ جیسے عوامل کی جانچ کی جاتی ہے اور پہلے تعین معیار کی بنیاد پر عددی طور پر نمبر دیئے جاتے ہیں۔

4. ہامیداری فیصلے

موصول معلومات کا احتیاط سے تعین کرنے اور مناسب جوکھم اقسام میں درجہ بندی کئے جانے پر ہامیداری عمل مکمل ہو جاتا ہے۔ مندرجہ بالا آلات اور اپنے فیصلہ کی بنیاد پر، اَنڈرائٹر جوکھم کو درج ذیل اقسام میں درجہ بندی کرتا ہے:

a) معیاری شرح پر جوکھم کو قبول کرنا

b) ایک اضافی پریمیم (لوڈینگ) پر جوکھم کو منظور کرنا، حالانکہ یہ عمل تمام کمپنیوں میں نہیں اپنایا جا سکتا ہے

c) ایک مقرر مدت /وقت کے لئے کور کو ملتوی کرنا

d) کور کو رد کرنا

e) کاؤنٹر آفر (کور کے کچھ حصے کو محدود یا انکار کرنا)

f) اعلی کٹوتی یا شریک تنخواہ نافذ کرنا

g) پالیسی کے تحت لیوی مستقل اخراج لگانا

اگر کسی بھی بیماری کو مستقل طور پر خارج کر دیا جاتا ہے تو، اسے پالیسی سرٹیفکیٹ پر توثیق کیا جاتا ہے۔ یہ پالیسی کے معیاری اخراج کے علاوہ ایک اضافی اخراج بن جاتا ہے اور معاہدہ کا ایک حصہ ہوتا ہے۔

اَنڈرائٹر وں کے ذریعے سے ماہر ذاتی جوکھم تشخیص بیمہ کمپنیوں کے لئے اہم ہے کیونکہ یہ بیمہ نظام کو توازن میں رکھتا ہے۔ ہامیداری بیمہ کمپنیوں کو ایک ہی سطح کے توقع جوکھم والے لوگوں کو ایک ساتھ گروپ جمع کرنے اور انکے کے ذریعے سے منتخب کی گئی تحفظ کے لئے ایک جیسے پریمیم وصول کرنے میں قابل بناتا ہے۔ پالیسی ہولڈر کے لئے فائدہ ایک منصفانہ اور مسابقتی قیمت پر بیمہ کی دستیابی ہے جبکہ ایک بیمہ کمپنی کے لئے منافع پورٹفولیو کے تجربہ کو مرض کی مفروضات کے ساتھ لائن میں بنائے رکھنے کی صلاحیت ہے۔

5. عام یا معیاری اخراجات کا استعمال

زیادہ تر پالیسیوں میں اپنے تمام اراکین پر لاگو ہونے والے اخراج شامل ہوتے ہیں۔ انھیں معیاری اخراج کے طور پر جانا جاتا ہے یا کبھی کبھی عام اخراج کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں معیاری اخراجات کو لاگو کرکے اپنے جوکھم کو محدود کرتی ہیں۔

اسکا مباحثہ پہلے کے باب میں کیا گیا ہے۔

اپنے آپ کو ٹیسٹ ۴

طبی ہامیداری کے بارے میں اس میں سے کون سا بیان درست نہیں ہے؟

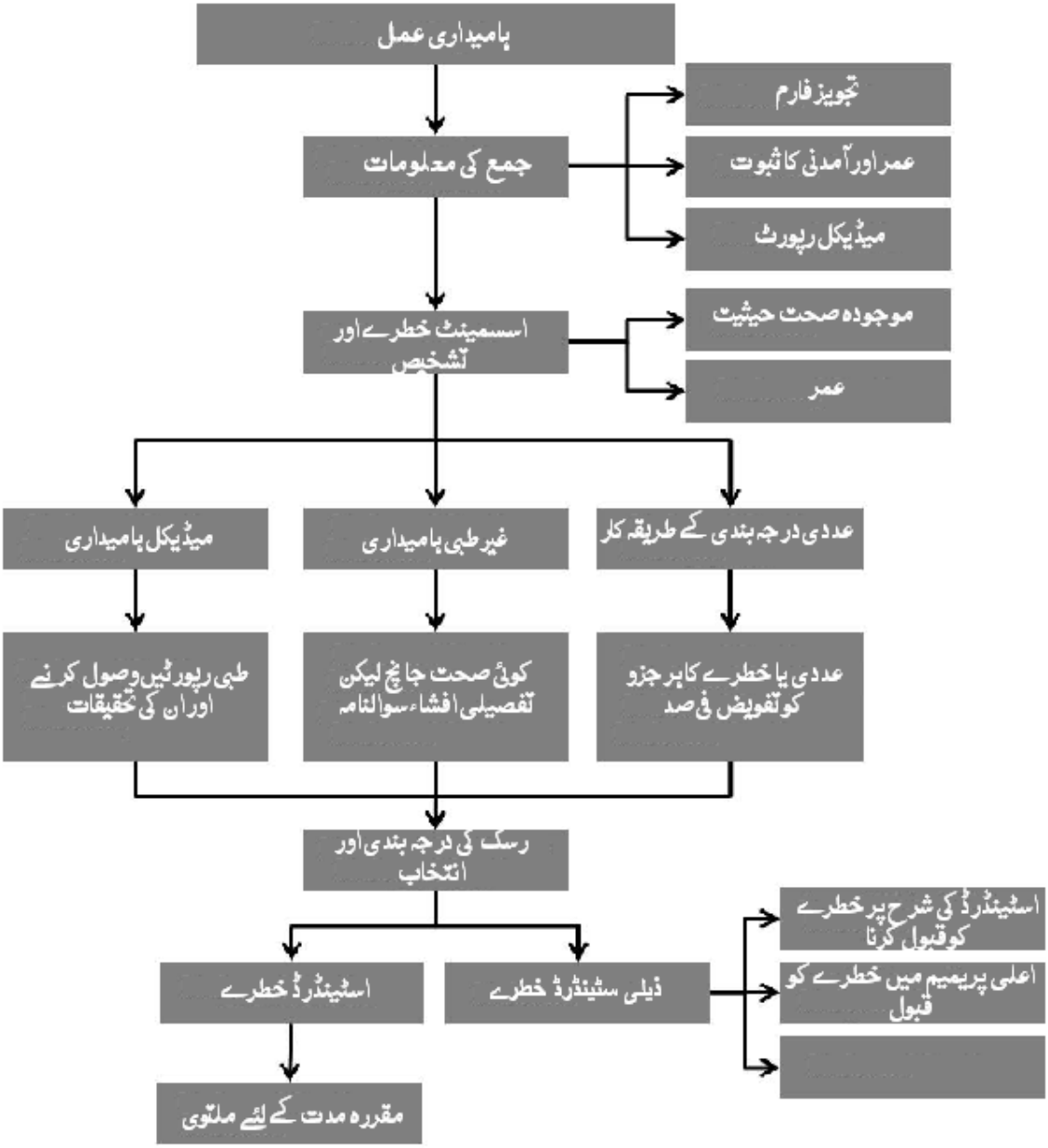
I. اس میں میڈیکل رپورٹ موصول کرنے یا اسکا تعین کرنے کی اعلی لاگت شامل ہے۔

II. موجودہ صحت حالت اور عمر صحت بیمہ کے طبی ہامیداری میں اہم عوامل ہیں۔

III. تجویز کار وں کو اپنے صحت جوکھم پروفائل کا تعین کرنے کے لئے طبی اور پیتھولوجیکل تحقیقات کے عمل سے گزرنا ہوتا ہے۔

IV. جوکھم کے ہر ایک جزو کے بارے میں فی صد تعین کیا جاتا ہے۔

شکل ۱ : ہامیداری عمل



G. گروپ صحت بیمہ

1. گروپ صحت بیمہ

گروپ بیمہ کی ہامیداری بنیادی طور پر اوسط کے قانون کے مطابق کی جاتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ جب ایک معیاری گروپ کے تمام اراکین کو ایک گروپ صحت بیمہ پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے تو گروپ میں شامل ہونے والے شخص بیمہ کمپنی کے خلاف منفی انتخاب نہیں کر سکتے ہیں۔ صحت بیمہ کے لئے ایک گروپ کو منظور کرتے وقت بیمہ کمپنیاں گروپ میں کچھ ایسے اراکین کی موجودگی پر غور کرتی ہیں جنکو شدید اور لگاتار ہونے والی صحت مسائل ہو سکتے ہیں۔

گروپ صحت بیمہ کی ہامیداری کے لئے گروپ کی خصوصیات کا تجزیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ یہ تشخیص کی جا سکیں کہ کیا یہ بیمہ کمپنی کے ہامیداری ہدایات اور بیمہ ریگولیٹرز کے ذریعے سے گروپ بیمہ کے لئے طے کردہ رہنما اُصولوں کے اندر اندر آتے ہے۔

گروپ صحت بیمہ کے لئے معیاری ہامیداری عمل کے لئے درج ذیل عوامل پر مجوزہ گروپ کا جائزہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے:

a) گروپ کی قسم

b) گروپ کی سائز

c) صنعت کی قسم

d) کوریج کے لئے قابل شخص

e) کیا پورے گروپ کو کور کیا جا رہا ہے یا اراکین کو باہر نکالنے کے لئے کوئی آپشن دستیاب ہے

f) کوریج کی سطح - کیا سب کے لئے ایک جیسے یا الگ الگ ہے

g) جنس ، عمر، یا ایک سے زیادہ مقامات، گروپ کے اراکین کی آمدنی کے سطح ، ملازموں کے ٹرن اوور کی شرح، کیا پریمیم کا ادائیگی پوری طرح سے گروپ ہولڈر کے ذریعے سے یا اراکین کے ذریعے سے کی گئی ہے یا اراکین کو پریمیم ادا ئیگی میں حصہ لینے کی ضرورت ہے

h) مختلف جغرافیائی مقامات میں پھیلے کئی مقامات کے معاملے میں تمام خطوں میں صحت دیکھ بھال کے اخراجات میں فرق

i) ایک تیسری پارٹی کے ایڈمنسٹریٹر کے ذریعے سے گروپ بیمہ کے انتظامیہ کے لئے گروپ ہولڈر کی پسند (انکی پسند یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے منتخبہ آپشن کے بارے میں) یا بیمہ کمپنی کے ذریعے سے اپنے آپ

j) مجوزہ گروپ کے پچھلے دعووں کا تجربہ

مثال

بارودی سرنگوں یا فیکٹریوں میں کام کرنے والے اراکین کا ایک گروپ آئر کنڈیشنڈ دفاتر میں کام کرنے والے اراکین کے ایک گروپ کے مقابلے میں زیادہ صحت جوکھم کے دائرے میں ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ بیماریوں کی نوعیت (جن کے دعوے) بھی دونوں گروپوں کے لئے کافی الگ ہونے کے امکانات ہے۔ اسلئے، بیمہ کمپنی دونوں ہی معاملات میں گروپ صحت بیمہ پالیسی کی قیمت اسی کے مطابق طے کریگی۔

اسی طرح آئی ٹی کمپنیوں جیسے زیادہ تعداد میں نوکری چھوڑنے والے گروپوں کے معاملے میں منفی انتخاب سے بچنے کے لئے، بیمہ کمپنیاں احتیاطی معیار متعارف کرا سکتی ہیں جسکے لئے ملازمین کو بیمہ کے لئے قابل بننے سے پہلے اپنی آزمائشی مدت میں کام کرنے کی ضرورت ہوگی۔

گروپ صحت بیمہ کاروبار کی انتہائی مسابقتی نوعیت کے باعث بیمہ کمپنیاں گروپ بیمہ منصوبہ بندی کے فوائد میں کافی لچک اور اصلاح کرنے کی اجازت دیتی ہیں۔ آجر ملازم گروپ بیمہ منصوبہ بندی میں، فوائد کی ڈیزائن عام طور پر وقت کے ساتھ تیار ہوتی ہے اور آجر کے انسانی وسائل محکمہ کے ذریعے سے اسے ایک ملازم برقراری اوزار کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ اکثر، لچک کاروبار پر قبضہ کرنے اور بدلنے کے لئے ایک دیگر بیمہ کمپنی کے ذریعے سے دیئے گئے موجودہ گروپ بیمہ منصوبہ بندی کے فوائد سے تال میل بٹھانے یا بہتر بنانے کے لئے بیمہ کمپنیوں کے درمیان مقابلہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

2. آجر ملازم گروپوں کے علاوہ دیگر ہامیداری

آجر ملازم گروپ روایتی طور پر گروپ صحت بیمہ کے لئے پیش سب سے عام گروپ ہیں۔ حالانکہ، صحت بیمہ کو صحت دیکھ بھال کے اخراجات کے فنانسنگ کے ایک موثر ذریعہ کے طور پر منظور کئے جانے کی وجہ سے گروپ فارمیشنوں کے مختلف اقسام تیار ہو گئے ہیں۔ ایسے منظر نامے میں، گروپ صحت بیمہ کے اَنڈرائٹر 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 (آرایس 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 چہاں 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 رہنما 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 / چہاں 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 چاہئے 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 چاہئے، 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 چاہئے۔

.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 چاہئے۔

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 چاہئے 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 چاہئے۔

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 چاہئے 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 چاہئے۔ 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 چاہئے۔ گروپ رعایت یا دیگر سہولت موصول کرنے کے لیے مجوزہ گروپ کو درج ذیل میں سے کسی ایک زمرہ جات میں ہونا چاہئے۔

- 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
IV. بیان ۱ اور بیان ۲ غلط ہیں

معلومات

جوکھم انتظامیہ کے عمل کے حصے کے طور پر، اَنڈرائٹر 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 گاہک کو جاننے کی سب سے اچھی حالت میں ہوتا ہے-

g) بیمہ کے بنیادی اُصول ہیں: انتہائی نیک 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 ایک 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 ایک 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 ایک عمل ہے جسمیں جوکھم کے ہر ایک 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 ایک معیاری گروپ کے تمام اراکین کو ایک 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 چاہئے۔

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

اَنڈررائٹر 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 اَنڈررائٹر 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۔

اَنڈرائٹر 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 21
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. ترتیبی 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 سچتی 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

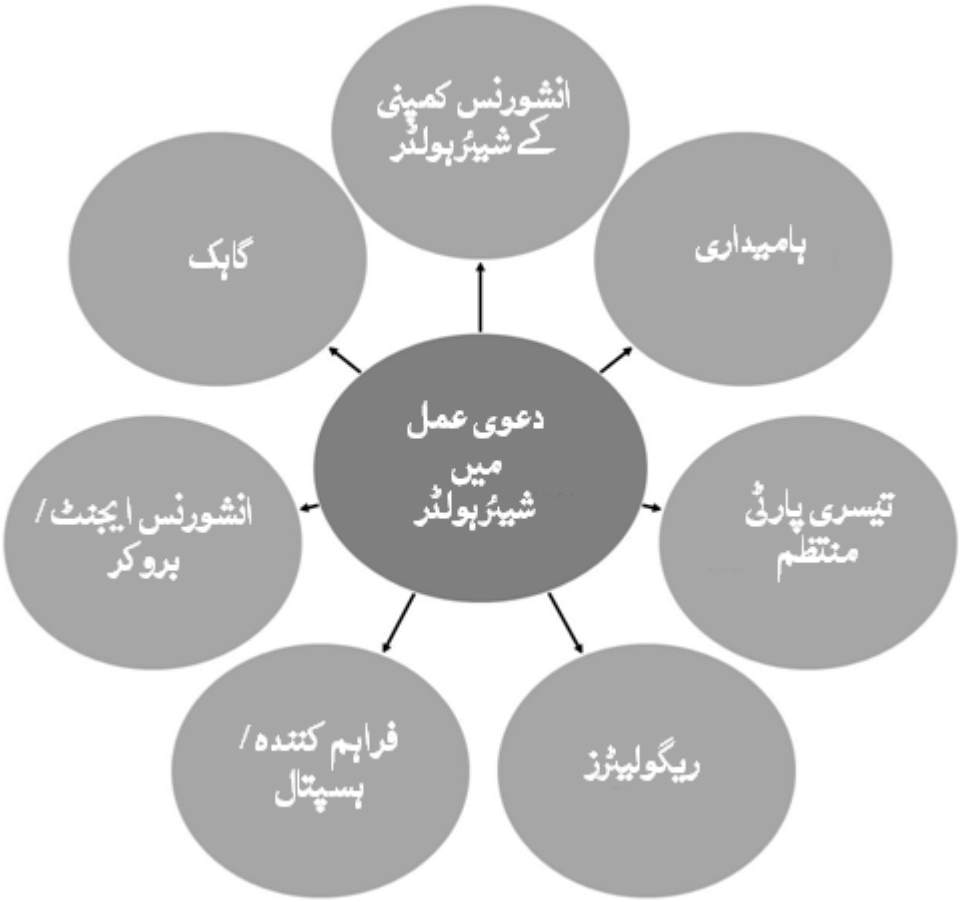
یہ بات بہت اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے کہ انشورنس ایک' وعدہ 'ہے اور پالیسی اس وعدے کے لئے ایک 'گواہ 'ہے .پالیسی کے تحت دعوے کی وجہ بننے والی ایک بیمہ شدہ واقعہ کا واقع ہونا اس وعدے کا اصل امتحان ہے. ایک انشورنس کمپنی کتنا اچھا

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.
دامیداری	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 ٪100نقصان 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 پھلو 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 /ٹیپے 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 / ٹیپے 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 کے معاملے میں اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور ہنگامی صورتحال کے معاملے میں اسپتال میں داخل ہونے کے 24گھنٹے کے اندر اندر اس کی اطلاع دینا ضروری ہوتا ہے.

اسپتال میں داخل ہونے کے 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 کے میدان میں ترقی کے ساتھ اب انشورنس کمپنیوں /ٹیپے کی طرف سے طاقت 24گھنٹے کھلے رہنے والے کال سینٹر کی طرف سے اورانٹرنیٹ اور ای میل کے 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 کرکے کسی بھی وقت دعوے کے 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 کے ملاپ کرنے کے بعد ہی رجسٹریشن اور حوالہ نمبر تیار کی جاتی ہے.

سسٹم میں دعوی رجسٹرڈ ہو جانے کے بعد، اسی دعوے کے لئے انشورنس کمپنی کے اکاؤنٹس میں ایک سچتي بنائی جائے گی .انفارمیشن /رجسٹریشن کے وقت درست دعوی رقم یا متوقع رقم کے بارے میں نہیں جانا جا سکتا ہے. اس ابتدائی ریزرو رقم (زیادہ تر تاریخی طور پر اوسط دعوے کے سائز پر مبنی ہوتا ہے) معیار طور پر محفوظ ہوتی ہے. ایک بار جب ضرورت کی ذمہ داری رقم یا متوقع رقم کے

بارے میں پتہ چل جاتا ہے تو پھر اسی کے 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، اینیستھیسیا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کی فیس، سرجری آلات، ادویات، تحقیقات مواد اور ایکس رے، ڈایلسس، کیموتھیراپی، ریڈیوتھیراپی، پیسمیکر کی لاگت، مصنوعی اعضاء اور کوئی دیگر طبی اخراجات جو آپریشن کا اٹوٹ حصہ ہے۔
- ✓ سرجن، اینیستھیسٹ، 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) ا رتھوپیڈک پیکج

d) آنکھ طبی پیکج

سرجری کے بعد کی پیچیدگیوں کی وجہ سے اضافی اخراجات آتی ہے تو اسے اصلی بنیاد پر الگ سے وصول کیا جاتا ہے، اگر یہ اس کے علاوہ ہوتی ہے.

پیکجوں میں شامل لاگت کی یقین اور عمل کے مانکیکرن کا فائدہ ہوتا ہے اور اس وجہ سے اس طرح کے دعووں کو نپٹانا آسان ہوتا ہے.

e) دعووں کی کوڈنگ

عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او) کی طرف سے تیار بیماریوں کے بین الاقوامی درجہ بندی) ایسيڈي (کوڈ استعمال کیا جانے والا سب سے اہم کوڈ سیٹ ہے.

اگرچہ آئی ایس ڈی کا استعمال مانکیکرن شکل میں بیماری کو سمجھنے کے لئے کیا جاتا ہے، موجودہ عمل اصطلاحات(سی پی ٹی) جیسے عمل سے متعلق کوڈ بیماری کے علاج کے لئے اپنایي گئی کے عمل کو سمجھتے ہیں.

انشورنس کمپنیاں تیزی سے اس کوڈنگ پر بھروسہ کر رہے ہیں اور انشورنس کی معلومات بیورو (آئی آئی بی)، جو انشورنس ریگولیٹری اور ترقی اتھارٹی (آئی آرڈی اے آئی) کا حصہ ہے، اس نے ایک معلوماتی بینک کی شروعات کی ہے جہاں اس طرح کی معلومات کا تجزیہ کیا جا سکتا ہے.

f) دعووں پر کارروائی کرنا

صحت کی انشورنس پالیسی کو پڑھنے کے بعد پتہ چلتا ہے کہ جہاں یہ ایک کاروباری معاہدہ ہے اس میں ایسی طبی اصطلاحات پر مشتمل ہے جو یہ وضاحت کرتی ہے کہ دعوی کب قابل ادائیگی ہے اور کس حد تک قابل ادائیگی ہے. کسی بھی انشورنس پالیسی میں دعوے پر کارروائی کا مرکز نقطہ دو اہم سوالات کا جواب دینے میں ہے :

- ✓ کیا دعوی پالیسی کے تحت قابل ادائیگی ہے ؟
- ✓ اگر ہاں، اصل واجبات کیا ہے ؟

ان میں سے ہر ایک سوال میں جاری کی گئی پالیسی کے قوانین اور شرائط اور اسپتال کے ساتھ اتفاق کی شرح کو سمجھنے کی ضرورت ہے، اگر علاج کسی نیٹ ورک اسپتال میں کیا گیا ہے.

دعوے کی منظوری

صحت دعوی کو قبول ہونے کے لئے مندرجہ ذیل شرائط کو پورا کرنا چاہئے.

i. اسپتال میں داخل ہوئے رکن کو انشورنس پالیسی کے تحت احاطہ کرتا ہونا چاہئے.

اگرچہ یہ سادہ لگتا ہے، ہم نے اس طرح کے حالات کو بھی دیکھا ہے جہاں احاطہ کئے گئے شخص کا نام (زیادہ صورتوں میں، عمر) اور اسپتال میں داخل ہوئے شخص کا نام نہیں ملتا ہے .ایسا ہو سکتا ہے کیونکہ :

اس بات کا یقین کرنا ضروری ہے کہ پالیسی کے تحت احاطہ کرتا شخص اور اسپتال میں داخل ہوا شخص ایک ہی ہے.- صحت کی انشورنس میں اس طرح کی دھوکہ دہی بہت عام ہے -

ii. انشورنس کی مدت کے اندر اندر مریض کی بھرتی ہونا

iii. اسپتال کی تعریف

جس اسپتال میں شخص کو بھرتی کیا گیا تھا اس پالیسی کے تحت "اسپتال یا نرسنگ ہوم "کی تعریف کے مطابق ہونا چاہئے ورنہ دعوی قابل ادائیگی نہیں ہوتا ہے.

iv. رہائشی اسپتال میں داخل ہونا

کچھ پالیسیاں رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا احاطہ کرتی ہیں یعنی ہندوستان میں ایک ایسی بیماری کے لئے 3 دن سے زیادہ کی مدت تک گھر پر کیا گیا علاج جس کے لئے عام اسپتال /نرسنگ ہوم میں علاج کرانے کی ضرورت ہوتی ہے.

پالیسی کے تحت احاطہ کرتا کئے جانے پر، رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا خرچ صرف تبھی قابل ادائیگی ہوتا ہے جب:

- ✓ مریض کی حالت ایسی ہے کہ اسے اسپتال / نرسنگ ہوم نہیں لے جایا جا سکتا ہے یا
- ✓ رہائشی سہولت کی کمی کی وجہ مریض کو اسپتال / نرسنگ ہوم میں نہیں لے جایا جا سکتا ہے

v. اسپتال میں داخل ہونے کی مدت

کچھ پالسیاں رہائشی اسپتال میں داخل ہونے کا احاطہ کرتی ہیں یعنی ہندوستان میں ایک ایسی بیماری کے لئے 3 دن سے زیادہ کی مدت تک گھر پر کیا گیا علاج جس کے لئے عام اسپتال /نرسنگ ہوم میں علاج کرانے کی ضرورت ہوتی ہے.

ڈے-کیئر علاج

صحت کی خدمات کی صنعت میں ہوئے تکنیکی ترقی نے اسپتال میں داخل ہونے کے لئے ضروری مشرق کی پیچیدہ اور طویل والی کئی عمل کا سرلیکر کیا ہے. 24 گھنٹے سے زیادہ اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت کے بغیر دن بھر کی دیکھ بھال کی بنیاد پر کئی عمل کی شروعات کی گئی ہے. زیادہ تر ڈےکےیر عمل کو سابق اظہار رضامندی کے پیکج کی شرح کی بنیاد پر لاگو کیا گیا ہے جس کے نتیجے میں لاگت میں ایک یقین آئی ہے-

vi. او پی ڈی

کچھ پالیسیاں بھرگ مریض کے طور پر بھی علاج /مشاورت کا احاطہ کرتی ہیں جو ایک مخصوص انشورنس کی رقم پر انحصار کرتا ہے اور عام طور پر یہ اسپتال میں داخل ہونے کی انشورنس رقم سے کم ہوتا ہے.

اوپی ڈی کے تحت کوریج الگ الگ پالیسی کے معاملے میں مختلف ہوتا ہے . اس طرح کی آفسیٹ کے لئے، 24گھنٹے اسپتال میں داخل ہونے کا کلج لاگو نہیں ہوتا ہے.

vii. علاج کے عمل /علاج کے نظام

عام طور پر اسپتال میں داخل ہونے کو علاج کی ایلوپیتھک طریقہ کے ساتھ جوڑ کر دیکھا جاتا ہے .تاہم، مریض علاج کی دوسرے نظام کو بھی اپنا سکتا ہے، جیسے:

- ✓ یونانی
- ✓ سیدھا
- ✓ ہومیو پیتھی
- ✓ آیورویدا

✓ قدرتی میڈیسن وغیرہ

زیادہ تر پالیسیاں علاج کی ان کے نظام کو باہر رکھتی ہے وہیں کچھ پالیسیاں ایک نائب حد کے ساتھ علاج کی ان کے نظام میں سے ایک یا اس سے زیادہ کا احاطہ کرتی ہیں.

viii. پہلے سے موجود بیماریاں

تعریف
پہلے سے موجود بیماریوں کا مطلب ہے ایسی کوئی بھی صورتحال، بیماری یا چوٹ یا متعلقہ مسئلہ جس کے لئے بیمہ شدہ شخص میں اشارہ اور علامات دیکھے گئے ہیں اور / یا جن پتہ چلا تھا اور / یا کمپنی کے ساتھ اس کی صحت کی انشورنس پالیسی سے 48 ماہ پہلے کی مدت کے اندر اندر طبی مشورہ /علاج حاصل کیا گیا تھا، چاہے اس کے بارے میں اسے واضح طور پر معلوم تھا یا نہیں تھا -

انشورنس کے بنیادی اصولوں کی وجہ سے پہلے سے موجود بیماریوں کو باہر رکھا گیا ہے جس کے مطابق ایک یقین کو انشورنس کے تحت احاطہ نہیں کیا جا سکتا ہے-

تاہم، اس اصول کو لاگو کرنا بہت مشکل ہوتا ہے اور اس میں یہ پتہ لگانے کے لئے کہ انشورنس کے وقت انسان میں مسئلہ موجود تھی یا نہیں، علامات اور علاج کی ایک سویوستیت جانچ کرنا شامل ہے. چونکہ طبی پیشہ ور افراد میں بیماری کی مدت کے بارے میں اپنی الگ الگ رائے ہو سکتی ہے، کسی بھی دعوی سے انکار کرنے سے پہلے احتیاط سے یہ رائے لی جاتی ہے کہ بیماری پہلی بار جب دکھائی دی تھی -

پہلا ترمیم گروپ انشورنس کے معاملے میں ہے جہاں گروپ میں شامل تمام لوگ بیمہ ہوتے ہیں، اس میں انشورنس کمپنی کے خلاف انتخاب کی کوئی گنجائش نہیں ہوتی ہے .جیسے تمام سرکاری ملازمین، غربت کی لکیر سے نیچے کے تمام خاندانوں، بڑے کارپوریٹ گروپ کے ملازمین کے خاندان کے رکن وغیرہ کا احاطہ کرنے والی گروپ پالیسیوں کو پہلی بار احاطہ کا اختیار منتخب کرنے والے ایک خاندان کے مقابلے میں زیادہ دوستانہ سمجھا جاتا ہے. ان پالیسیوں میں اکثر رعایت کو ہٹا دیا جاتا ہے کیونکہ کافی قیمت کا رعایت بنیادی ہوتا ہے -

دوسرا ترمیم یہ ہے کہ پہلے سے موجود بیماریوں کو مسلسل کوریج کی ایک مقررہ مدت کے بعد احاطہ کیا جاتا ہے. یہ اس اصول کو مانتا ہے کہ انسان میں ایک پوزیشن موجودہ رہنے پر بھی اگر یہ ایک مخصوص وقت کی مدت میں دکھائی نہیں دیتا

ہے تو پھر اسے ایک یقین کے طور پر نہیں دیکھا جا سکتا ہے۔

ix. ابتدائی انتظار کی مدت

ایک عام صحت کی انشورنس پالیسی کو صرف ایک ابتدائی 30 دنوں کی مدت کے بعد (حادثہ سے متعلق اسپتال میں داخل ہونے کو چھوڑ کر) بیماریوں کا احاطہ کرتی ہے ۔

اسی طرح بیماریوں کی فہرست بھی دستیاب ہے جیسے :

موتیابد، معمولی پروسٹیٹک ہائپر ٹرافی، بچہ دانی نکالنا، فسٹیولا، بواسیر،	ہرنیا، ہائڈروسیل، 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 .ٹیپی 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
- ✓ پرنسکرپشن 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 -

ز) دعووں کا انکار

صحت سے متعلق دعووں کے تجربے سے پتہ چلتا ہے کہ پیش کئے گئے 10٪سے 15٪ دعوے پالیسی کی شرائط کے اندر اندر نہیں آتے ہیں . ایسا مختلف وجوہات کی بنا پر ہو سکتا ہے، جن میں سے کچھ مندرجہ ذیل ہیں:

i. داخل کی تاریخ انشورنس کی مدت کے اندر اندر نہیں ہے.

ii. جس رکن کے لئے دعوی کیا گیا ہے اسے احاطہ نہیں کیا گیا ہے.

iii. پہلے سے موجود بیماری کی وجہ سے (جہاں پالیسی ایسی حالت کو خارج کر دیا گیا کرتا ہے) -

iv. کسی جائز وجہ کے بغیر پیش کرنے میں نامناسب تاخیر

v. کوئی فعال علاج نہیں؛ داخل صرف تحقیقات کے مقصد سے کیا گیا ہے.

vi. جس بیماری کا علاج کیا گیا اس پالیسی کے تحت باہر رکھا گیا ہے.

vii. بیماری کی وجہ شراب یا منشیات کا غلط استعمال ہے.

viii. 24 گھنٹے سے کم وقت تک اسپتال میں داخل کیا گیا ہے.

دعوے کا انکار یا تردید(کی وجہ چاہے جو بھی ہو) کے بارے میں تحریری طور پر گاہک کو مطلع کیا جانا چاہئے . عام طور پر اس طرح کے انکار کے خط میں مسترد کرنے کی وجہ واضح طور پر بتائی جاتی ہے، جس پالیسی کے اس اصول / شرط کا ذکر ہوتا ہے جس کے بنیاد پر دعوے کو مسترد کیا گیا تھا.

زیادہ تر انشورنس کمپنیوں کے پاس ایک ایسی عمل ہوتی ہے جس کے ذریعے دعوے کو منظور کرنے کے لئے اختیار کے مینیجر سے ایک سینئر مینیجر کی طرف سے مسترد کو اختیار کیا جاتا ہے. ایسا اس بات کا یقین کرنے کے لئے ہے کہ کوئی بھی مسترد مکمل طور پر جواز بھی پیش ہے اور اگر بیمادھارک کوئی قانونی اقدامات چاہتا ہے تو اس کے بارے میں واضح کیا جائے گا-

انشورنس کمپنی کو نمائندگی کے علاوہ، دعوے کے انکار کے معاملے میں گاہک کے پاس مندرجہ ذیل سے رابطہ کرنے کا اختیار ہوتا ہے :

- ✓ انشورنس لوک پال (اومبڈسمین) یا
- ✓ صارفین فورم یا
- ✓ آئی آر ڈی آے آئی یا
- ✓ قانون کی عدالتیں

ہر انکار کے معاملے میں یہ اندازہ کرنے کے لئے فائل کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے کہ کیا انکار عام عمل میں قانونی جانچ پڑتال پر صحیح جواب پائے گا اور دستاویزات کو محفوظ مقام پر رکھا جاتا ہے تاکہ کہیں فیصلہ کا دفاع کرنے کی کوئی ضرورت نہ پیدا ہو جائے.

k) مزید تفصیلی جانچ پڑتال کے لئے مشتبہ دعوے

انشورنس کمپنیاں کاروبار کے تمام لائنوں میں دھوکہ دہی کے مسئلہ کو دور کرنے کی پوری کوشش کر رہی ہیں .دھوکہ دہی کے دعووں کے تصرف کی خالصتا تعداد کے تناظر میں صحت کی انشورنس، انشورنس کمپنیوں کے لئے ایک بڑا چیلنج پیش کرتا ہے.

صحت کی انشورنس کے علاقے میں کی گئی دھوکہ دہی کے کچھ مثالیں ہیں:

i. **جعلی شخصیت** ، بیمہ شدہ شخص علاج کئے گئے شخص سے مختلف ہے.

ii. دعوی کرنے کے لئے **جعلی دستاویزات** تیار کرنا ہے جہاں اسپتال میں داخل ہونے کا کوئی معاملہ نہیں ہے

iii. **اخراجات کو بڑھا چڑھا کر بتانا** ، یا تو اسپتال کی مدد سے یا جعل سازی کرکے بنائے گئے بیرونی بل کو شامل کرکے.

iv. **بیماری کا پتہ لگانے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لئے آؤٹ پیشنٹ علاج کو ان پیشنٹ /اسپتال** میں داخل ہونے میں تبدیل کر دیا گیا جو بعض صورتوں میں بہت زیادہ ہو سکتا ہے.

روزانہ کی بنیاد پر ابھرتی ہوئی دھوکہ دہی کے نئے طریقوں کی وجہ سے انشورنس کمپنیوں اور ٹی پی اے کو مسلسل زمینی سطح پر صورتحال پر نظر رکھنے اور اس طرح کی دھوکہ دہی کا پتہ لگانے اور اسے کنٹرول کرنے کے اقدامات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے.

دعووں دو طریقوں کی بنیاد پر تحقیقات کے لئے کیا جاتا ہے:

- ✓ باقاعدہ دعوے اور
- ✓ ٹرگر ہوئے دعوی

ایک ٹی پی اے یا انشورنس کمپنی ایک اندرونی معیار کا تعین کر سکتے ہیں کہ دعووں کے ایک مخصوص فیصد کو براہ راست طور پر تصدیق کیا جائے گا؛ یہ فیصد کیش لیس اور آفسیٹ دعووں کے لئے الگ الگ ہو سکتا ہے.

اس طریقہ میں دعووں کو بے ترتیب نمونہ طریقہ استعمال کرتے ہوئے کیا جاتا ہے .کچھ انشورنس کمپنیوں تعین کرتی ہیں کہ ایک مخصوص قیمت سے زیادہ کے تمام دعووں کی تحقیقات کی جائے گی اور اس کی حد سے نیچے کے دعووں کے ایک نمونہ سیٹ توثیق کے لئے لیا جاتا ہے.

دوسری طریقہ میں، ہر دعوے کو چےکپواٹ کا ایک سیٹ سے ہوکر گزرنا پڑتا ہے جو مطابق نہیں ہونے پر تحقیقات کے لئے بھیجا جا سکتا ہے جیسے

i. طبی ٹیسٹ یا منشیات سے متعلق دعوے کا ایک اعلی حصہ

ii. گاہک بھی ضائع کے شوقین ہے

iii. اوورائٹینگ والے بل وغیرہ

اگر دعوی اصلی نہیں ہونے کا شبہ ہے تو دعوے کی جانچ کی جاتی ہے، چاہے وہ کتنا ہی چھوٹا ہو.

n. ٹی پی اے کی طرف سے کیش لیس ضائع عمل

کیش لیس سہولت کیسے کام کرتی ہے؟ اس مرکز میں ایک معاہدہ ہے جو ٹی پی اے اور انشورنس کمپنی اسپتال کے ساتھ کرتی ہے .دیگر طبی سروس فراہم کرنے والے کے ساتھ بھی معاہدے ممکن ہیں .ہم اس سیکشن میں کیش لیس سہولت فراہم کرنے کے لئے اپنائی جانے والی عمل پر غور کریں گے:

ٹیبل 3.1

مرحلہ 1	صحت کی انشورنس کے تحت شامل کیا گیا گاہک کسی بیماری سے دوچار ہے یا اسے کوئی چوٹ لگی ہے اور اس وجہ سے اسپتال میں داخل کرنے کا مشورہ دیا گیا ہے .وہ (یا اس کی طرف سے کوئی دوسرے شخص) اس طرح کی انشورنس تفصیلات کے ساتھ اسپتال کے انشورنس میز پر پہنچتا ہے: i.ٹی پی اے کا نام، ii. اس کی رکنیت نمبر، iii. انشورنس کمپنی کا نام، وغیرہ
مرحلہ 2	اسپتال ضروری معلومات مرتب کرتا ہے جیسے: i.بیماری کی تشخیص (ڈایگنوسس) ii. علاج، iii. علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام، iv. .اسپتال میں بھرتی ہونے کے مجوزہ دنوں کی تعداد اور v. لاگت کا تخمینہ اسے ایک شکل میں پیش کیا ہے جو نقدین اجازت فارم کہلاتا ہے.
مرحلہ 3	ٹی پی اے نقدین اجازت فارم میں فراہم کردہ معلومات کا مطالعہ کرتا ہے.یہ پالیسی کی شرائط اور اسپتال کے ساتھ اتفاق کرتا ہوں ٹیرف، اگر کوئی ہو، کے ساتھ معلومات کی جانچ پڑتال کرتا ہے، اور اس فیصلے پر پہنچتا ہے کہ کیا نقدین اسپتال میں داخل ہونے کا اجازت فراہم کیا جا سکتا ہے اور اگر ایسا ہے تو، کتنی رقم کے لئے اس اختیار دیا جانا چاہئے. ٹی پی اے فیصلے پر پہنچنے کے لئے مزید معلومات مانگ سکتے ہیں .ایک بار فیصلہ ہو جانے پر بغیر کسی تاخیر کے اس کے بارے میں اسپتال

	کو مطلع کر دیا جاتا ہے. دونوں فارموں کو اب آئی آر ڈی آے آئی کے صحت کی انشورنس کی معیارات ہدایات کے تحت معیاری کر دیا گیا ہے؛ (آخر میں منسلکہ ملاحظہ کریں۔)
مرحلہ 4	اسپتال کی طرف سے مریض کا علاج مریض کے اکاؤنٹ میں جمع کے طور پر ٹی پی اے کی طرف سے اختیار رقم کو ذہن میں رکھتے ہوئے کیا جاتا ہے .رکن کو غیر علاج سے متعلق اخراجات کا احاطہ کرنے کے لئے ایک جمع رقم ادا کرنے اور پالیسی کے تحت کی ضرورت کوئی شریک ادائیگی کی رقم جمع کرنے کے لئے کہا جا سکتا ہے.
مرحلہ 5	جب مریض اسپتال سے چھٹی کے لئے تیار ہو جاتا ہے، اسپتال انشورنس کی طرف سے احاطہ کرتا کئے گئے حقیقی کے علاج کے اخراجات کے خلاف مریض کے اکاؤنٹ میں ٹیپیے کی طرف سے منظور جمع رقم کی جانچ پڑتال کرتا ہے. اگر جمع رقم کم ہوتی ہے تو اسپتال نقدین علاج کے لئے جمع رقم کی اضافی منظوری کی درخواست کرتا ہے. ٹی پی اے کا تجزیہ کرتا ہے اور اضافی رقم کو منظور کرتا ہے.
مرحلہ 6	مریض غیر قابل قبول چارج ادا کرتا ہے اور اسے اسپتال سے چھٹی دے دی جاتی ہے .دستاویزات کی تیاری کے عمل کو مکمل کرنے کے لئے اس دعوی فارم اور بل پر دستخط کرنے کے لئے کہا جائے گا.
مرحلہ 7	اسپتال کے تمام دستاویزات کو مستحکم کرتا ہے اور بل کی ادائیگی کی کارروائی آگے بڑھانے کے لئے مندرجہ ذیل دستاویز ٹی پی اے پیش کرتا ہے: i. دعوی فارم ii. اسپتال سے چھٹی کا خلاصہ / داخلے کی تبصرے iii. ٹی پی اے کی طرف سے جاری کیا گیا مریض / حرکت کا شناختی کارڈ اور تصویر شناختی کارڈ. iv. آخری مستحکم بل v. تفصیلی بل vi. جانچ رپورٹ

	vii. پریسکرپشن اور منشیات کا بل viii. ٹی پی اے کی طرف سے بھیجے گئے خط کی منظوری
مرحلہ 8	ٹی پی اے دعوے کے عمل کو آگے بڑھائے گا اور مندرجہ ذیل تفصیلات کی تصدیق کے بعد اسپتال کو ادائیگی کی سفارش کرے گا: i. علاج کیا گیا مریض وہی شخص ہے جس کے لئے منظوری فراہم کی گئی تھی. ii. مریض کا علاج اسی بیماری کے لئے کیا گیا ہے جس کے لئے منظوری مانگی گئی تھی. iii. خارج بیماری کے لئے اخراجات، اگر کوئی ہے، بل کا حصہ نہیں ہیں. iv. اسپتال کو بتائی گئی تمام حدود پر عمل کیا گیا ہے. v. اسپتال کے ساتھ اتفاق کرتا ہوں ٹیرف کی شرح پر عمل کیا گیا ہے، خالص قابل ادائیگی رقم کا حساب کریں.

نقدین سہولت کے قیمت میں شک کوئی نہیں ہے .گاہکوں کے لئے یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ خصوصیت کا بہترین استعمال کس طرح کیا جائے .توجہ دینے والی باتیں یہ ہیں :

i. گاہک کو اس بات کا یقین کرے گا کہ اس کے پاس آپ کے انشورنس کی تفصیلات دستیاب ہے .اس میں اس مندرجہ ذیل دستاویز شامل ہیں:

- ✓ ٹی پی اے کارڈ،
- ✓ پالیسی کاپی،
- ✓ کور کے شرائط و ضوابط -

ii. گاہک کو اس کی تحقیقات کرنی چاہئے کہ کیا اس مشیر ڈاکٹر کی طرف سے بتایا گیا اسپتال ٹی پی اے کے نیٹ ورک میں ہے .اگر نہیں تو اسے ٹیپے 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 ٹیپے 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 سارب
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 دےکھلے.

اگرچہ مستحکم بل مجموعی 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 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 ٹیپیے 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 ٹیپیے پالیسی کی خدمت فراہم کرتا ہے.

3. تیسری پارٹی منتظم (TPA) کے مقصد

صحت کی انشورنس میں تیسری پارٹی منتظم کے تصور مبینہ طور پر مندرجہ ذیل مقاصد کے ساتھ بنائی گئی ہے:

a) ضرورت کے وقت تمام ممکن طریقوں سے صحت کی انشورنس کے گاہک کو سروس فراہم کرنا.

b) نیٹ ورک اسپتالوں میں بیمادھارک مریض کے لئے نقدین علاج کا انتظام کرنا.

c) جمع دعوی دستاویزات کی بنیاد پر اور انشورنس کمپنی کے عمل اور ہدایات کے مطابق صارفین کو دعووں کا منصفانہ اور تیزی سے ضائع پیش کرنا.

d) صحت انشورنس دعووں اور متعلقہ خدمات کے کنٹرول میں فعال مہارت تیار کرنا.

e) وقت پر اور مناسب طریقے سے گاہکوں کو جواب دینا.

f) ایک ایسا ماحول تیار کرنا جہاں ایک مناسب قیمت پر معیاری صحت سروس کو استعمال کرنے کے قابل ہونے کے لئے ایک بیمہ شخص کے مارکیٹ کا مقصد کو حاصل کیا جاتا ہے اور

g) روگنتا، اخراجات، عمل، ٹھہرنے کے وقت وغیرہ سے متعلق متعلقہ اعداد و شمار تیار / جمع کرنے میں مدد کرنا.

4. انشورنس کمپنی اور ٹیپیے کے درمیان تعلقات

بہت سے انشورنس کمپنیاں صحت کی انشورنس پالیسیوں کی فروخت کے بعد کی خدمت کے لئے ٹی پی اے کی خدمات کا استعمال کرتی ہیں جبکہ کچھ انشورنس کمپنیوں، خاص طور پر زندگی

انشورنس کے علاقے کی کمپنیاں بھی پالیسی سے سابق طبی معائنے سروس کا انتظام کرنے کے لئے ایک ٹی پی اے کی مدد لیتی ہیں.

ایک انشورنس کمپنی اور ٹیپیے کے درمیان معاہدے تعلق ہوتا ہے جہاں کئی اقسام کی ضروریات اور عمل کے مرحلے معاہدے میں موجود ہوتے ہیں . ایارڈیےاي صحت کی انشورنس مانکیکرن ہدایات میں اب ٹیپیے اور انشورنس کمپنی کے درمیان معاہدہ کے لئے ہدایات مقرر کئے گئے ہیں اور مخصوص معیار کے کلجو کا ایک سیٹ فراہم کیا گیا ہے.
ایک انشورنس کمپنی ٹیپیے سے مندرجہ ذیل خدمات توقع کرتی ہے:

A. فراہم کرنے والے نیٹ ورکنگ کی خدمات

ٹی پی اے سے ملک بھر کے اسپتالوں کے ایک نیٹ ورک کے ساتھ تعلقات بنانے کی توقع کی جاتی ہے جس کا مقصد بیمہ افراد کو صحت سے متعلق دعوؤں کے لئے نقدین دعوی ادائیگی دستیاب کرانا ہے . ایارڈیےاي کے نئے رہنما خطوط کے مطابق یہ تعلقات انشورنس کمپنی کو ساتھ لے کر سہ رخی ہونا ضروری ہے، صرف ٹیپیے اور فراہم کرنے والے کے درمیان نہیں.

وہ اسپتال میں بھرتی ہونے کے مختلف طریقہ کار اور پیکجوں کے لئے اس طرح کے نیٹ ورک اسپتالوں سے بہتر شیڈول شرح پر سودے بازی کرتے ہیں جس بیمادھارك اور انشورنس کمپنی کی اخراجات کو کم کرنے کی اور پیکجوں کے لئے اچھا شیڈول شرح بات چیت.

B. کال سینٹر کی خدمات

ٹی پی اے سے عام طور پر راتوں کو، ہفتے کے آخر میں اور چھٹیوں کے دوران ہر وقت پہنچ قابل ٹول فری نمبر یعنی 24 * 7 * 365 پر ایک کال سینٹر سروس فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے .ٹیپیے کال سینٹر مندرجہ ذیل سے متعلق معلومات فراہم کرے گا:

a) پالیسی کے تحت دستیاب کوریج اور فوائد
b) صحت دعووں سے متعلق طریقہ کار اور طریقہ کار
c) خدمات اور نقدین اسپتال میں بھرتی ہونے سے متعلق رہنمائی
d) نیٹ ورک اسپتالوں کے بارے میں معلومات
e) پالیسی کے تحت دستیاب باقی انشورنس رقم کی معلومات
f) دعوے کی حیثیت کی معلومات
g) دعووں کے معاملے میں دستیاب نہیں دستاویزات کے بارے میں مشورہ

کال سینٹر ایک قومی ٹول فری نمبر سے پہنچ قابل ہونا چاہئے اور کسٹمر سروس کے عملے کو عام طور پر گاہکوں کی طرف سے بولی جانے والی اہم زبانوں میں بات چیت کرنے کے قابل ہونا چاہئے ۔ ان تفصیلات بلاشبہ انشورنس کمپنیوں اور ان کے ٹی پی اے کے درمیان معاہدہ کی طرف سے کنٹرول ہوتے ہیں۔

C. نقدین استعمال کی خدمات

تعریف

"نقدین سہولت "کا مطلب ہے انشورنس کمپنی کی طرف سے بیمادھارک کو فراہم کی گئی ایسی سہولت جہاں پالیسی کے قوانین اور شرائط کے مطابق بیمادھارک کی طرف سے کرائے گئے علاج کی اخراجات ادا انشورنس کمپنی کی طرف سے پہلے سے منظور اتھارٹی کی حد تک براہ راست نیٹ ورک فراہم کو کیا جاتا ہے۔

یہ سروس فراہم کرنے کے لئے، معاہدے کے تحت انشورنس کمپنی کی ضروریات یہ ہیں:

a) پالیسی سے متعلق تمام معلومات 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 ٹیپے کے قریب ایک متاثر کن شکایت کا سراغ لگانا انتظام رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے.

E. بلنگ سے متعلق خدمات

بلنگ سروس کے تحت انشورنس کمپنی ٹیپے سے تین کام کرنے کی توقع کرتی ہے:

a) معیاری بلنگ پیٹرن جو مختلف اشیاء کے تحت کوریج کے استعمال کا تجزیہ کرنے اور قیمت طے کرنے میں انشورنس کمپنی کی مدد کر سکتا ہے.

b) اس کی تصدیق کہ وصول کی گئی رقم اصل میں بیماری کے لئے ضروری علاج کے لئے متعلقہ ہے.

c) تشخیص (ڈایگنوسس) اور عمل کے کوڈ حاصل کئے جاتے ہیں تاکہ قومی یا بین الاقوامی معیار کے مطابق تمام ٹی پی اے بھر میں اعداد و شمار کا مانکیکرن ممکن ہو سکے.

اس کے لئے ٹیپے میں تربیت یافتہ اور موثر افرادی قوت کی ضرورت ہوتی ہے جو حاصل بلنگ ڈیٹا کی کوڈنگ، ٹیرف کی تصدیق اور بلنگ ڈیٹا مانکیکرن کرنے کے قابل ہیں.

F. دعوے پر کارروائی کرنے اور ادائیگی سے متعلق خدمات

اس ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی جانے والی سب سے اہم خدمت ہے .دعوے پر کارروائی کرنے کے لئے ٹی پی اے طرف

انشورنس کمپنی کو فراہم کی جانے والی خدمات عام طور پر شروع سے آخر تک کی خدمت ہوتی ہے جو معلومات درج کرنے سے لے کر اس پر کاروائی کرنے اور پھر منظوری اور ادائیگی کی سفارش کرنے تک چلتی ہے.

دعووں کی ادائیگی انشورنس کمپنی سے حاصل فنڈز کے ذریعے کیا جاتا ہے .فنڈز پیشگی رقم کے طور پر ٹی پی اے کی طرف سے فراہم کی جا سکتی ہے یا اس کا تصرف انشورنس کمپنی کی طرف سے براہ راست آپ کے بینک کے ذریعے کسٹمر کو یا اسپتال کو کیا جا سکتا ہے.

ٹی پی اے سے پیسوں کا حساب کتاب رکھنے اور انشورنس کمپنی سے حاصل رقوم کا وقت وقت پر حل فراہم کرنے کی توقع کی جاتی ہے .پیسوں کا استعمال منظور دعووں کی ادائیگی کے علاوہ کسی بھی دوسرے مقصد کے لئے نہیں کیا جا سکتا ہے.

G. مینجمنٹ انفارمیشن کی خدمات

چونکہ ٹی پی اے دعوے کی کارروائی پوری کرتا ہے، دعووں سے متعلق تمام معلومات کو ذاتی طور پر یا اجتماعی طور پر ٹیپیے کے پاس موجود ہوتی ہے .انشورنس کمپنی کو مختلف مقاصد کے لئے اعداد و شمار کی ضرورت ہوتی ہے اور ٹیپیے 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 دھوکہ دھڑی کا خدشہ ہونے پر کسی انویسٹگیٹر سے 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 انویسٹگیٹر 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 انوےسٹگےٹ کو اس بارے میں مشورہ دے ہے.

مثال

کیس ہدایات کی مثال:

سڑک ٹریفک حادثے

i. حادثہ کب پیش آیا - صحیح وقت، اور تارکھ 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 درگھٹناتمک موت بتانا

ڈسچارج واؤچر ذاتی حادثے داوو، خاص کر موت داوو میں ایک اہم دستاویز ہے .تجویز کے وقت ہی نامتي کی تفصیلات حاصل کرنا اہم ہوتا ہے جو پالیسی کا حصہ ہونا چاہئے.

3. دعوی دستاویزات

ٹیبل 2.3

موت دعوی	a) دعویدار کے نامتي / خاندان کے کسی رکن کی طرف سے دستخط ودوت بھرا ہوا ذاتی حادثے دعوی فارم b) مولما ساکھیاکت فی ایف آئی آر کی (ساکھیاکت فی شامل ایف آئی آر / پنچنامہ / تحقیقات پنچنامہ) c) موت سرٹیفکیٹ کی اصل یا ساکھیاکت فی d) پوسٹ مارٹم رپورٹ کی ساکھیاکت فی، اگر ہوا ہو e) نام کی تحقیقات کے لئے یےمیل دستاویزات (اینٹی منی لانڈرنگ) (پاسپورٹ / پین کارڈ / ووٹر آئی ڈی / ڈرائیونگ لائسنس)، خط کی تحقیقات کے لئے (ٹیلی فون بل / بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات / بجلی بل / راشن کارڈ.) f) تمام قانونی ورثاء کی طرف سے دستخط اور نوٹری کیا ہوا، حلف نامہ، اور ویکتپورتي نئی بانڈ فلم کے ساتھ قانونی وارث سرٹیفکیٹ
مستقل کل نااہلی اور عارضی نااہلی دعوی	a) دعویدار ڑاو ودیوت دستخط ذاتی حادثے دعوی فارم b) ایف آئی آر کی ساکھیاکت رپورٹ اگر قابل اطلاق ہو c) بیمادھارک کی نااہلی کو متاثر کرنے والا سول سرجن تھا ہم منصب قابل ڈاکٹر سے نااہلی سرٹیفکیٹ
عارضی کل	a) علاج کرنے والے ڈاکٹر سے نااہلی اور نااہلی مدت کی عکاسی والا چکتسا

نااہلی دعوی	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 (جوکہیم کے نشان کے فوٹو گراف حادثہ کھوپڑی کے فوٹو گراف) وغیرہ بھی مانگے جا سکتے ہے خاص کر دھوکہ دہی کی شروع ہونے پر تحقیقات کرائی جانی چاہئے۔

خود ٹیسٹ 4

مندرجہ ذیل میں سے کس دستاویز کی ضرورت مستقل کل نااہلی داوو کے لئے نہیں ہوتی ہے.

I. دعویدار کی طرف سے دستخط ودوت بھو ہوا ذاتی حادثے دعوی حاصل

II. ایف آئی آر کی ساکھیاکت فی، اگر لاگ ہو

III. بیمہ شدہ کی نااہلی کی تصدیق قابل ڈاکٹر کی طرف سے دیا گیا مستقل نااہلی ثبوت پرتر

IV. علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے دیا گیا فٹنس سرٹیفکیٹ کہ بیمادھارک معمول کے کام کے لئے فٹ ہے

G. دعوی انتظام: بیرون ملک سفر انشورنس

1. بیرون ملک سفر انشورنس پالیسی

اگرچہ کی خارجہ ٹریول انشورنس پالیسی کے غیر طبی سہولیات کا احاطہ کرنے والے کر خڈ ہے، اس کا ہامیداری اور دعوی انتظام روایتی طور سے صحت انشورنس پورٹ پولیو کے تحت ہی ہوتا ہے، کیوں کہ طبی اور بیماری خصوصیت اس پالیسی کے تحت اہم احاطہ ہیں.

پالیسی کے تحت کور کو موٹے طور پر مندرجہ ذیل طبقات میں تقسیم کیا جا سکتا ہے- ایک مخصوص مصنوعات نیچے دی گئی خصوصیات میں سے کچھ تھا سب کا احاطہ کر سکتا ہے.

a) طبی اور بیماری کے سیکشن

b) وطن واپسی اور انخلاء

c) ذاتی حادثہ کا احاطہ

d) ذاتی ذمہ داری

e) دیگر غیر طبی احاطہ

i. ٹرپ کا منسوخ ہونا
ii. دورے میں تاخیر
iii. دورے میں رکاوٹ
iv. مسڈ کنکشن
v. چیکڈ سامان نکالنے کی ضرورت تاخیر
vi. چیکڈ سامان نکالنے کی ضرورت کا نقصان
vii. پاسپورٹ کا نقصان
viii. ایمرجنسی نقد پیشگی
ix. ہائی جیک الاؤنس
x. بیل بانڈ انشورنس
xi. ہائی جیک کور
xii. سپنسر پروٹیکشن
xiii. فضل دورے
xiv. مطالعہ میں رکاوٹ
xv. گھر میں نقب زنی

جیسا کہ نام بتلاتا ہے یہ پالیسی بیرون ملک سفر کرنے والو کے لئے نہیں ہے، فطری ہے کہ ہین بھارت کے باہر ہوگی اور دعوے سروس کی ضرورت ہو گی، بیرون ملک سفر انشورنس دعوی کے معاملے میں دعوی سروسنگ کے لئے ا ترتي پارٹی کی خدمت فراہم کرنے والے کی ضرورت ہوگی جس کے پاس عالمی سطح پر ضروری تعاون اور مدد فراہم کرنے کے نیٹ ورک ہو.

دعوی خدمت میں مندرجہ ذیل شامل ہوتا ہے:

a) 7 * 24بنیاد پر دعوے کو درج کرنا
b) دعوی فارم اور پرکري کو بھجنا
c) گراہکو کو نقصان کے فورا بعد لے جانے والو سٹیپ کی معلومات دینا.
d) طبی اور روگنتا دعووں کے لئے 'کیش لیس' کروانا.
e) ملک انے اور ترک، حادثاتی کیش کا انتظام کرنا

2. مدد کمپنیاں - غیر ملکی دعووں میں ان کے کردار

سلسلے میں معاونت کمپنیوں کے پاس اپنا دفتر ہوتا ہے اور ایسے ہی فراہم کرنے سے پورے دنیا میں ان کا ٹا آپ ہوتا ہے۔ یہ مدد کمپنیاں پلس کے تحت احاطہ امکانات کے معاملے میں انشورنس کمپنیوں کے گراہکوں کو مدد فراہم کرتی ہیں.

یہ کمپنیاں 24 * 7 چلنے والے کال سینٹر چلاتی ہے ان کے پاس ارنتراشٹریي ٹول فری نمبر بھی ہوتا ہے جن کے سہارے داوو کی رجسٹریشن / معلومات حاصل کی جاتی ہے .یہ کمپنیاں مندرجہ ذیل خدمات فراہم کرتی ہیں جن کے لئے وہ کمپنی خاص سے ہوئے اپن معاہدے کے مطابق چارج کرتی ہے۔

a) طبی مدد

i. طبی سروس فراہم کرنے والے ریپھرلس
ii. اسپتال میں داخلے کا انتظام
iii. آرام دہ اور پرسکون طبی مدد
iv. آرام دہ اور پرسکون طبی ملک انے
v. مرتشریر کا ملک پرتیاورت
vi. فضل دورے انتظام
vii. چھوٹے بچوں کو مدد دینا

b) اسپتال میں رہنے کے دوران طبی مقدمات پر توجہ رکھنا

c) ضروری دواو کی تقسیم

d) پالیسی کی شرائط اور حالات اور انشورنس کپنیو سے منظوری کے تابع اسپتال میں رہنے کے دوران اپگت طبی اخراجات کی ضمانت

e) سابق دورہ انفارمیشن سروس اور دیگر سروس

i. وذا اور ویکسین سے متعلقہ جررتے
ii. سفارت خانے ریفرل کی خدمات
iii. گم ہوئے پاسپورٹ اور لاپتہ ہوئے سامان سے متعلق خدمات
iv. آرام دہ اور پرسکون پیغام نشر سروس
v. بیل بانڈ قرار

vi. مالی ہنگامی مدد

f) ترجمان ریفرل

g) قانونی ریفرل

h) ایڈووکیٹ سے ملاقات

3. نقدین طبی معاملات میں دعوی انتظام

نقدین طبی مقدمات، آفسیٹ طبی مقدمات اور غیر طبی معاملات میں دعوی انتظام کا نقطہ نظر مختلف ہوتی ہے .دوبارہ نقدین طبی دعوی انتظام دیگر ملکوں کے مقابلے میں، امریکہ میں بالکل ہوتا ہے .اب ہم قسط وار اس کا مطالعہ کریں گے

a) دعوی کے نوٹیفکیشن

جیسے ہی نقصان ہوتا ہے، مریض اسپتال میں داخلے لیتا ہے اور داخلہ کاؤنٹر پر انشورنس کے کاغذات کو ظاہر کرتا ہے .مدد کمپنی کو اس نئے کیس کے بارے میں اسپتال اور / یا مریض یا رشتہ دار / دوست سے معلومات حاصل ہوتی ہے، پھر دعویدار کو دعوی عمل کے بارے میں بتایا جاتا ہے.

b) کیس انتظام ترتیب

یہ کمپنی کی شرح کمپنی مختلف ہوتی ہیں لیکن عام ترتیب نیچے دیا جا رہا ہے

i. سپورٹ کمپنی کا کیس مینیجر خصوصیات، بیمہ رقم، پالسي مدت، پالیسی کی مدت، پالیسی ہولڈر کے نام وغیرہ کی جانچ پڑتال کرتا ہے.

ii. کیس مینیجر اسپتال سے رابطے کرکے مریض کی پوزیشن، بل، اور لاگت کے اندازے کے علاوہ طبی متعلق اپ ڈیٹ کی معلومات بھی حاصل کرتا ہے .مدد کمپنی کو متعلقہ اپ ڈیٹ کی معلومات حاصل ہوتی ہے جسے وہ بیمہ شدہ کو چینج دیتا ہے.

iii. دعوے کی منظوری کا تعین ہوتا ہے اور انشورنس کمپنی سے منظوری کے تابع ادائیگی کی ضمانت اسپتال کی پیش کر دی جاتی ہے.

iv. ایسی صورت بھی ہو سکتی ہے کہ بھارت (بیمہ شدہ کے مقام) اور / یا نقصان کے مقام پر تحقیقات ضروری ہوتی ہے .انکوائری کے عمل کو بھی ذاتی حادثے دعوی سیکشن کی مانند ہی ہوتی ہے .مدد کمپنی یا انشورنس کمپنی کے پرتینن رابطے سے انویسٹگیٹر کا الیکشن ہوتا ہے.

v. سپورٹ کمپنی کا کیس مینیجر روزانہ کی بنیاد پر کیس کو دیکھتا ہے اور بیماکرتا کو تمام معاملات میں اپ ڈیٹ معلومات فراہم کرتا ہے تاکہ باقاعدہ علاج کے لئے انموشن حاصل کیا جا سکے.

vi. مریض کے ڈسچارج کئے جانے پر کیس انتظام اسپتال کے ساتھ بات چیت کرکے آخری بل کی رقم طے کرتا ہے.

vii. سپورٹ کمپنی اس بات کا یقین کرتی ہے کہ بل کی صحیح طریقے سے جانچ کر لی جائے .کسی بھی طرح کی غلطی پائے جانے پر وہ اسپتال کے بل محکمہ کی معلومات میں بہتری کے لئے لایا جاتا ہے.

viii. پھر آخری بل، فراہم کرنے اور سپورٹ کمپنی یا مددگار رپراجگ ایجنٹ کے درمیان سہیتا قیمت پر تیار کر لیا جاتا ہے .اسپتال کو جتنی جلدی ادائیگی کی یقین دہانی حاصل ہے، اتنی ہی امکان بہےتر رعایت کی ہوتی ہے-

امریکہ کے ہیلتھ کیئر کی ایک مخصوص علامات قیمت دوبارہ تعین، جو غیر امریکی مقدمات میں نہیں لاگو ہوتا .یہ امریکہ میں نقدہین میڈیکل کیس اور غیر امریکی مقدمات میں بڑا فرق ہوتا ہے.

c) دعوی عمل ترتیب

i. دعوی تجزیہ دوبارہ مشہور / اصل بل کے حاصل ہوتے ہی اس کی جانچ کرتا ہے اور اس بات کا یقین کرتا ہے کہ کوریج، خدمت اور علاج کی تاریخ کے وقت درست تھا .مدد کمپنی کو حاصل ہونے والے بل کی اس بات کا یقین کرنے کے لئے ٹیسٹ کر رہے ہیں کہ کیا گایا چارج علاج کے مطابق ہے .چھوٹ کو دوبارہ یقینی بنایا جاتا ہے اور بل پر کارروائی کی جاتی ہے.

ii. بل کو دوبارہ مشہور معلومات خط اور سہولت کے وضاحت کے ساتھ بیماکرتا کو ادائیگی کے لئے بھیجا جاتا ہے.

iii. انشورنس کمپنی بل کے حاصل ہوتے ہی فوری طور پر مدد کمپنی کو ادائیگی کے لئے اختیار کر دیتی ہے.

d) ادائیگی کے عمل ترتیب

i. سپورٹ کمپنی بیمہ شدہ سے مقامی دفتر کے ذریعے اسپتال کو ادائیگی کی منظوری حاصل کرتی ہے.

ii. مالی محکمہ ادا کر دیتا ہے.

e) اسپتال میں بھرتی ہونے کے عمل

i. باہر کے ممالک میں، خاص کر امریکہ اور یو ایس میں یہ عمل بھارت کے اسپتالو سے بالکل مختلف ہے .کیونکہ وہاں کی بیشتر آبادی کے پاس یا تو نجی انشورنس کمپنیوں سے یا سرکاری منصوبوں کے مادھیام یونیورسل ہیلتھ کوریج ہوتا ہے. زیادہ تر اسپتال، بیمہ شدہ طرف درست صحت یا بیرون ملک سفر پالیسی پرادن کئے جانے پر تمام ارنتراشٹریي انشورنس کمپنیوں کی طرف سے ادائیگی کی ضمانت کو قبول کرتے ہیں.

زیادہ تر ممالک میں انشورنس کوریج یا نقد جمع کی تصدیق ہونے کے باعث علاج میں تاخیر نہیں ہے .

اسپتال فوری طور پر علاج شروع کر دیتے ہیں .اگر انشورنس ہیں تو ادائیگی انشورنس پالیسی کرے گی یا مریض کو ادا کرنا ہوگا .اسپتال چارج کو اس لئے بڑھاتے ہیں کیوں کہ ادائیگی میں تاخیر ہوتی ہے-

اگر ادائیگی فوری طور پر ہوتا ہے تو اسپتال فوری طور پر ادائیگی پر کافی چھوٹ دیتے ہیں - پری - پرائزینگ ایجنسی، ذیل کے ابتدائی ادائیگی کیلئے اسپتالوں سے بات چیت کرتی ہے.

ii. نیٹ ورک اسپتال اور عمل کے تعلق سے معلومات بیمہ شدہ کی، مدد کمپنیوں کی طرف سے ٹول فری نمبر پر دستیاب کرا دی جاتی ہے-

iii. اسپتال میں بھرتی ہونے کی صورت میں بیمہ شدہ اس کی اطلاع کال سینٹر کو دینی ہوتی ہے، اور جائز ٹریول انشورنس پالیسی کے ساتھ مخصوص اسپتال جانا ہوتا ہے.

iv. اسپتال عام طور پر مدد کمپنیوں / انشورنس کاروں کو پالیسی کی معقولیت اور کوریج کی تحقیقات کے لئے کال سینٹر کو فون کرتے ہیں.

v. اسپتال کی طرف پالیسی کو قبول کرتے ہی بیمہ ہولڈر کا اسپتال میں علاج نقدین بنیاد پر شروع ہو جاتا ہے.

vi. قبولیت کا تعین کرنے کے لئے بیماکرتا / سپورٹ فراہم کرنے کچھ بنیادی معلومات کی ضرورت ہوتی ہے

1. بیماری کی تفصیلات

2. کسی قبل از تاریخ کے معاملے میں ہندوستان کے اسپتال، مقامی میڈیکل آفیسر کی تفصیل:

- ✓ قبل از تاریخ، موجودہ علاج تک، اسپتال کی آئندہ کی منصوبہ بندی اور مندرجہ ذیل کو جلد بھجنے کی درخواست.
- ✓ ڈاکٹر کے بیان میں شرکت کے ساتھ ساتھ دعوی فارم
- ✓ پاسپورٹ کی کاپی
- ✓ طبی معلومات فارم

f) طبی اخراجات اور دیگر غیر طبی دعووں کی آفسیٹ

آفسیٹ دعوے عام طور پر بیمادھارک کی طرف سے بھارت واپس آنے پر فائل کئے جاتے ہیں .دعوی کاغذات کی وصولی پر انہیں عام عمل کے ارنتگت عملدرآمد کیا جاتا ہے .تمام قابل قبول دعووں کے لئے ادائیگی بھارتی روپے میں کیا جاتا ہے جب کہ نقدین دعووں میں اس کی ادائیگی غیر ملکی کرنسی میں ہوتا ہے.

آفسیٹ داوو کے پروسیسنگ کرنے کے لئے بھارتی روپے میں ذمہ داری کی مقدار طے کرنے کے لئے نقصان کی تارکھ پر کرنسی کی تبدیلی کی شرح کا اطلاق کیا جاتا ہے .اس کے بعد بھوگتان چیک یا الیکٹرانک منتقلی کے ذریعے کیا جاتا ہے.

i. ذاتی حادثے داوو کو بھی اسی طرح عملدرآمد کیا جاتا ہے جیسا کہ ذاتی حادثے دعوی سیکشن میں بتایا گیا ہے.

ii. بیل بنڈ معاملے اور مالی ہنگامی والے معاملات میں ادا سپورٹ کمپنی کی طرف سے فوری طور پر کر دیا جاتا ہے اور بعد میں انشورنس کمپنی سے اس کا دعوی کیا جاتا ہے

iii. دعووں کی مسترد کرنے کے لئے اسی عمل کا استعمال کیا جاتا ہے جو دوسرے مقدمات میں ہوتا ہے

g) طبی حادثہ اور بیماری کے اخراجات کے لئے دعوی دستاویزات

i. دعوی فارم

ii. ڈاکٹر کی رپورٹ

iii. بنیادی داخلہ / ڈسچارج کارڈ

iv. بنیادی بلوں / رسیدوں / نسخے

v. بنیادی ایکس رے رپورٹ / پیتھولوجکل / تحقیقاتی رپورٹ

vi. داخلی اور خارجی ٹکٹ کے ساتھ پاسپورٹ / ویزا کی نقل

مندرجہ بالا فہرست صرف نردےشا ہیں .معاملہ خصوصی، دعوی آباد کی پالیسی / خصوصی بیماکرتا کی طرف سے پیروی جانے والا عمل کی بنیاد پر اضافی معلومات / دستاویز کی کوشش کی جا سکتی ہے۔

خود ٹیسٹ

_____ادا فوری طور پر مدد کمپنی کی طرف کر دیا جاتا ہے اور بعد میں انشورنس کمپنی سے دعوی کیا جاتا ہے

I. بیل بانڈ معاملے

II. ذاتی حادثے دعوی

III. بیرون ملک سفر انشورنس دعوے

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 دھوکھادھڑیپور 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.