

آئی سی - 38

بیمہ ایجنٹ

سیکشن-عام ابواب

شکرگزارى

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

مصنف/جائزہ لینے والا (حروف تہجی کی ترتیب میں)

ڈاکٹر آر کے ڈگل

ڈاکٹر ششیدھرن کے۔ کٹی

سی اے پی کوٹیشور راؤ

ڈاکٹر پردیپ سرکار

پرو مادھوری شرما

ڈاکٹر جارج ای تھامس

پروفیسر ارچنا وزے

اس کورس کا اردو ترجمہ اور تصدیق (جائزہ) مندرجہ ذیل ساتھیوں کے

تعاون سے کیا گیا ہے

سی۔ ڈیک، پونے

جناب نبال احمد

جناب این اے فاروقی



भारतीय बीमा संस्थान
**INSURANCE
INSTITUTE OF
INDIA**

جی - بلاک، پلاٹ نمبر-46-C، باندرا کرلا کمپلیکس، باندرا (E)، ممبئی -
400 051

بیمہ ایجنٹ سیکشن-عام ابواب آئی سی - 38

ایڈیشن کا سال : 2023

جملہ حقوق محفوظ ہیں

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

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

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

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

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

پیش لفظ

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

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

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

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

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

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

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

مشمولات

صفحہ نمبر	عنوان	باب نمبر
	عام ابواب	سیکشن
2	بیمہ کا تعارف	C-01
20	بیمہ کے بنیادی عناصر	C-02
30	بیمہ کے اصول	C-03
44	انشورنس معاہدوں کی خصوصیات	C-04
52	انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی	C-05
61	دعووں پر کارروائی	C-06
68	دستاویزات کی تیاری	C-07
77	گاہک سروس	C-08
93	شکایات کے ازالے کا نظام	C-09
102	انشورنس ایجنٹوں کے لیے ریگولیٹری پہلو	C-10

سیکشن
مختصر معلومات

باب C-01 انشورنس کا تعارف

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

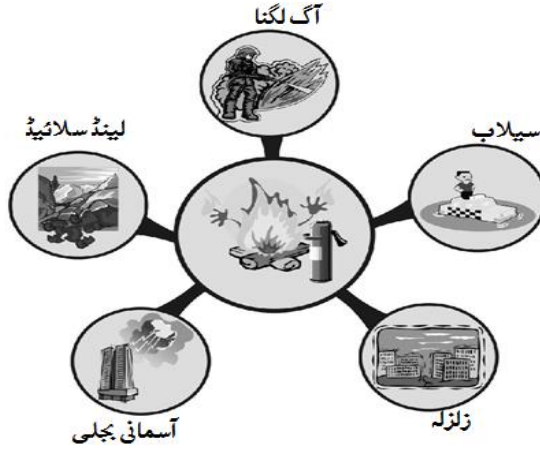
- A. انشورنس - تاریخ اور ارتقاء
- B. رسک پولنگ کا اصول
- C. رسک مینجمنٹ کی تکنیک
- D. بیمہ بطور رسک مینجمنٹ ٹول
- E. بیمہ کا انتخاب کرنے سے پہلے غور کرنے کی چیزیں
- F. انشورنس مارکیٹ کمپنیاں
- G. معاشرے میں بیمہ کا کردار

A. انشورنس - تاریخ اور ارتقاء

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

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

شکل 1: ہمارے ارد گرد ہونے والے واقعات



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

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

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

1. بیمہ کی تاریخ

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

2. صدیوں سے مروجہ بیمہ - کچھ مثالیں۔

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

3. بیمہ کے جدید تصورات

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

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

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

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

4. ہندوستان میں بیمہ کی تاریخ

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

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

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

اہم

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

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

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

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

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

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

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

(a) ہندوستان میں 24 لائف انشورنس کمپنیاں کام کر رہی ہیں۔ یقیناً، لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا (LIC) ایک پبلک سیکٹر کمپنی (PSU) ہے اور باقی 23 لائف انشورنس کمپنیاں نجی شعبے میں ہیں۔

(b) جنرل انشورنس کمپنیوں کی تعداد 34 ہے جن میں سے 4 کمپنیاں - نیشنل انشورنس کمپنی لمیٹڈ، نیو انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ، اورینٹل انشورنس کمپنی لمیٹڈ اور یونائیٹڈ انڈیا انشورنس کمپنی لمیٹڈ PSU کمپنیاں ہیں جو جنرل انشورنس کی تمام لائنوں سے متعلق ہے۔ 6 جنرل انشورنس کمپنیاں صرف ہیلتھ انشورنس میں کام کرتی ہیں۔ دو خصوصی انشورنس کمپنیاں ہیں۔۔۔ زرعی انشورنس کمپنی [AIC] اور ایکسپورٹ کریڈٹ اینڈ گارنٹیز کارپوریشن [ECGC]۔۔۔ دونوں کو پبلک سیکٹر کے اداروں کے طور پر تشکیل دیا گیا ہے۔

(c) ایک ری انشورنس کمپنی ہے - جنرل انشورنس کارپوریشن آف انڈیا [GIC Re] اور 11 غیر ملکی ری انشورنس کمپنیاں برانچ آفس کے ذریعے کام کر رہی ہیں۔

(d) حکومت ہند کا محکمہ ڈاک (جسے انڈیا پوسٹ کہا جاتا ہے) زندگی کا بیمہ بھی کرتا ہے۔ جسے پوسٹل لائف انشورنس کہتے ہیں۔ انڈیا پوسٹ کو انشورنس ریگولیٹر کے کنٹرول سے باہر رکھا گیا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں سے کون سا ہندوستانی انشورنس انڈسٹری کے لیے ریگولیٹری ادارہ ہے؟

I. انشورنس اتھارٹی آف انڈیا

II. انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا

III. لائف انشورنس کارپوریشن آف انڈیا

IV. جنرل انشورنس کارپوریشن آف انڈیا

انشورنس کیسے کام کرتا ہے

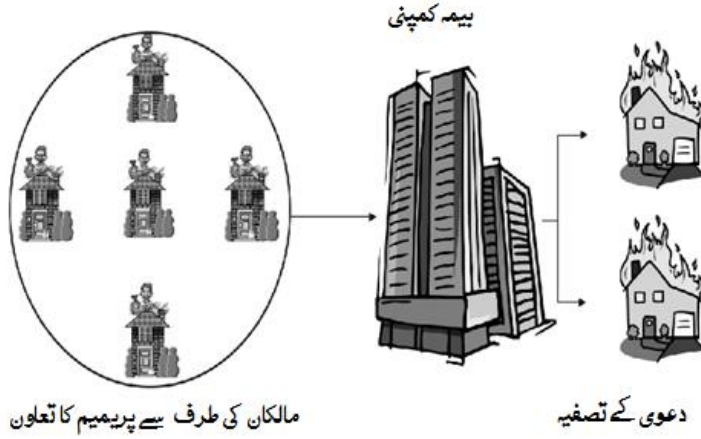
جدید کاروبار کا تصور جائیداد کی ملکیت کے اصول پر کیا گیا تھا۔ جب کسی اثاثے کی قدر میں کمی کی جاتی ہے (نقصان یا نقصان کی وجہ سے)، تو جائیداد کے مالک کو مالی نقصان اٹھانا پڑتا ہے۔ اس نقصان کی تلافی ایک مشترکہ فنڈ سے کی جا سکتی ہے جو اس طرح کی متعدد جائیدادوں کے مالکان کی طرف سے چھوٹے چنڈہ سے بنی۔ انشورنس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

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

تعریف

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

شکل 2: بیمہ کیسے کام کرتا ہے۔



تاہم، کچھ سوالات کا جواب دینا ضروری ہے۔

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

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

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

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

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

1. بیمہ کا تعلق قیمت سے ہے۔

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

i. جسمانی (جیسے کار یا عمارت) یا

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

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

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

(c) پولنگ کا ایک اصول ہے۔ اس میں، بہت سے لوگوں کے انفرادی تعاون (جسے پریمیم کہا جاتا ہے) کو جمع کیا جاتا ہے۔ ان لوگوں کے پاس ایک جیسے اثاثے ہیں اور وہ ایک جیسے جوکھم سے دوچار ہیں۔ بہت سے معاملات میں، ان کے اثاثوں کو 'جوکھم' بھی کہا جاتا ہے۔

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

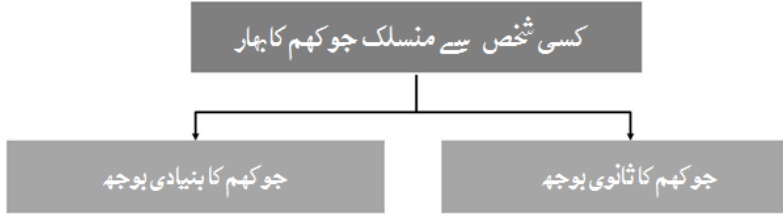
(e) فنڈز جمع کرنے اور چند بدقسمت افراد کو معاوضہ ادا کرنے کا یہ عمل بیمہ کنندہ (انشورنس کمپنی) نامی تنظیم کے ذریعے مکمل کیا جاتا ہے۔

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

2. جوکھم کے بہار کو کم کرتا ہے

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

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



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

(a) جوکھم کا بنیادی بوجھ

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

مثال

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

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

مثال

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

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

(b) جوکھم کا ثانوی بوجھ

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

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

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

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

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

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 2

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

I. کاروبار میں رکاوٹ کی لاگت

II. تباہ شدہ سامان کی قیمت

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

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

B. جوکھم پولنگ کا اصول

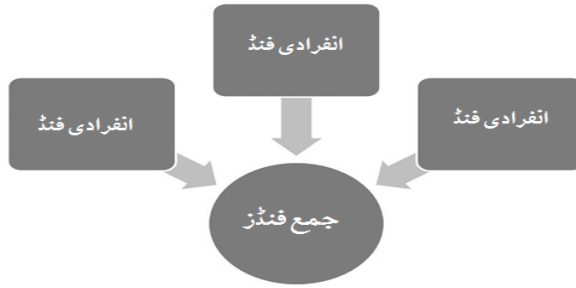
انشورنس کمپنیاں مختلف اداروں کے ساتھ معاہدہ کرتی ہیں یعنی پالیسی ہولڈرز، جو افراد یا کارپوریٹ ہو سکتے ہیں۔ پالیسی ہولڈرز کو فوائد

کی ادائیگی ایک معاہدہ کی ذمہ داری ہے۔ بیمہ کے معاہدے صرف اس صورت میں معنی خیز ہیں جب انشورنس کمپنیاں مالی طور پر خطرہ مول لینے اور نقصان کی صورت میں نقصانات کا معاوضہ ادا کرنے کی اہل ہوں۔ یہ فریم ورک باہمی تعاون یا پولنگ کے اصول کو لاگو کرنے پر بنایا گیا ہے۔

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

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

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



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

C. جوکھم کے انتظام کی تکنیک

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

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

1. جوکھم سے بچنا

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

مثال

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

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

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

2. جوکھم کی برقراری

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

مثال

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

3. جوکھم کو کم اور کنٹرول کرنا

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

اہم

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

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

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

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

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

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

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

4. رسک فنانسنگ

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

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

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

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

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

5. انشورنس (انشورنس بمقابلہ یقین دہانی)

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

انشورنس کا مطلب ہے ایک توسیع شدہ مدت یا موت تک مالی کوریج۔ زندگی کے معاملے میں موت (ایک نقصان کا واقعہ) ہونا یقینی ہے۔ صرف اس کا وقت مقرر نہیں ہے۔ مزید یہ کہ کسی شخص کی موت سے ہونے والے معاشی نقصان کی مقدار کا اندازہ لگانا بھی ممکن

نہیں۔ نقصان کی تلافی کی رقم پہلے سے طے کی جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ لوگ لائف انشورنس کے معاملے میں انشورنس کا استعمال کرتے ہیں۔

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

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



اپنے آپ کو چیک کریں 3

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

I. بینک فکسڈ ڈپازٹ

II. انشورنس

D. جوکھم مینجمنٹ ٹول کے طور پر انشورنس

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

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

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

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

شکل 6: انشورنس کا انتخاب کرنے سے پہلے غور و فکر**E. انشورنس کا انتخاب کرنے سے پہلے غور کریں۔**

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

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

کیا سادہ قلم کا بیمہ کروانا کوئی معنی رکھتا ہے؟

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

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

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 4

ان میں سے کن حالات میں انشورنس کی ضرورت ہوگی؟

I. خاندان کے واحد کمانے والے کی قبل از وقت موت

II. کوئی اپنا بٹوہ کھو سکتا ہے۔

III. حصص کی قیمتیں تیزی سے گر سکتی ہیں۔

IV. ایک گھر عام ٹوٹ پھوٹ کی وجہ سے اپنی قیمت کھو سکتا ہے۔

۴. انشورنس مارکیٹ کے کھلاڑی (کمپنیاں)

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

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

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

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

ممکنہ گاہک کی طرف انشورنس ایجنٹ/ بیچوان کی ڈیوٹی

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

ضابطے میں کہا گیا ہے کہ جہاں ایک ممکنہ صارف انشورنس کمپنی یا اس کے ایجنٹ یا انشورنس بیچوان کے مشورے پر انحصار کرتا ہے، ایسا شخص ممکنہ صارف کو مناسب طریقے سے مشورہ دے گا۔ اس میں یہ بھی کہا گیا ہے کہ "ایک بیمہ کمپنی یا اس کا ایجنٹ یا دیگر ثالث ممکنہ گاہک کو کسی بھی مجوزہ کور سے متعلق تمام مادی معلومات فراہم کرے گا، تاکہ ممکنہ صارف اپنے مفاد میں بہترین کور کے بارے میں کوئی فیصلہ کر سکے۔"

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

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

G. معاشرے میں انشورنس کا کردار

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

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

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

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

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

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

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

(g) بیمہ ملک کے لیے زرمبادلہ بھی پیدا کرتا ہے، جیسے تجارت، شپنگ اور بینکنگ خدمات۔

(h) انشورنس کمپنیاں ایسے اداروں سے وابستہ ہیں جو آگ سے ہونے والے نقصان کی روک تھام، کارگو کے نقصان کی روک تھام، صنعتی حفاظت اور سڑک کی حفاظت میں شامل ہیں۔

(i) انشورنس کے ذریعے فراہم کردہ تحفظ نئے اور نسبتاً نامعلوم علاقوں میں سرمایہ کاری کرنے کے لیے کاروباری افراد میں اعتماد پیدا کرتا ہے۔

معلومات

انشورنس اور سماجی تحفظ

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

(b) بیمہ کمپنیاں حکومت کے زیر اہتمام سماجی تحفظ کی اسکیموں میں اہم کردار ادا کرتی ہیں، جیسے

1. پی ایم جے جے بی وائے - پردھان منتری جیون جیوتی بیمہ یوجنا۔

2. پی ایم ایس بی وائے - پردھان منتری سورکشا بیمہ یوجنا۔

3. پی ایم ایف بی وائے - پردھان منتری فصل بیمہ یوجنا۔

4. پی ایم جے اے وائے - پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا (آیوشمان بھارت)

5. پی ایم وی وی وائے - پردھان منتری ویا وندنا یوجنا - ایک پنشن اسکیم

6. اے پی وائے - اٹل پنشن یوجنا

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

(c) سرکاری اسکیموں کی حمایت کے علاوہ، انشورنس انڈسٹری تجارتی بنیادوں پر انشورنس کور بھی فراہم کرتی ہے، جس کا بنیادی مقصد

سماجی تحفظ فراہم کرنا ہے۔ تجارتی بنیادوں پر چلائی جانے والی
دیہی انشورنس اسکیمیں دیہی گھرانوں کو سماجی تحفظ فراہم کرنے
 کے حساب سے ڈٹزائن کی گئی ہیں۔

خود کو چیک کریں 5

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

I. پی ایم جن آروگیہ یوجنا - آیوشمان بھارت

II. پی ایم فصل بیمہ اسکیم

III. پی ایم تحفظ بیمہ یوجنا۔

IV. اوپر کے سبھی

خلاصہ

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

- ✓ احتیاط سے جوکھم کے ممکنہ نتائج پر غور کریں اور
✓ چھوٹے فوائد کے لیے بہت بڑا جوکھم مول نہ لیں۔

کلیدی اصطلاح

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

خود جوابات چیک کریں

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

باب C-02 بیمہ کے بنیادی عناصر

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

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

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

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

A. بیم کے عناصر

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

✓ اثاثہ

✓ جوکھم

✓ جوکھم پولنگ

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

1. اثاثہ

تعریف

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

ایک اثاثہ میں یہ خصوصیات ہوسکتی ہیں:

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

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

مثال

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

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

مثال

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

➤ قلت اور ملکیت

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

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

اس کی دو وجوہات ہیں:

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

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

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

➤ جائیداد کی انشورنس

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

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

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

مثال

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

➤ زندگی انشورنس

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

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

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

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

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

2. جوکھم

انشورنس کی عمل میں دوسرا عنصر جوکھم کی منظوری ہے۔ جوکھم کو نقصان کے امکان کے طور پر بیان کر سکتے ہیں۔ جوکھم سے مراد کسی حادثہ کی وجہ سے ممکنہ نقصان ہے۔ [جوکھم بسا اوقات انشورنس کے موضوع کے طور پر بھی جانا جاتا ہے۔ کوئی بھی شخص اپنے گھر کو جلتا ہوا دیکھنے کی

امید نہیں کرتا ہے یا اپنی کار کو حادثہ کا شکار ہوتے نہیں دیکھنا چاہتا ہے۔

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

اس دو مضمرات ہیں

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

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

مثال

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

قدرتی ٹوٹ پھوٹ

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

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

مثال

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

خطرے کی نمائش کی ڈگری:

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

3. جوکھم مینجمنٹ

➤ **نقصان کی حد جو ہو سکتی ہے۔**

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

➤ مبصرانہ

جہاں نقصان کی شدت اتنی زیادہ ہو کہ مکمل نقصان یا دیوالیہ ہونے کا خطرہ ہو۔ نقصانات اس وقت شدید ہو سکتے ہیں جب حادثے کا اثر بہت بڑا اور شدید ہو۔ جسمانی معذوری ہے؛ سازوسامان اور ماحول کو پہنچنے والا نقصان جسے کسی حد تک ٹھیک کیا جا سکتا ہے۔ سنگین نقصانات میں وہ نقصانات شامل ہوں گے جن کے نتیجے میں بہت بڑا مالی نقصان ہوتا ہے، جو فرم کو اپنا کام جاری رکھنے کے لیے قرض لینے پر مجبور کرتا ہے۔

مثال: سنگین (نازک)

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

➤ تباہ کن نقصان

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

مثال : تباہ کن نقصان

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

➤ جزوی/معمولی نقصان

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

✓ ایک معمولی کار حادثے میں اس کی سائیڈ پر معمولی خراشیں پڑ جاتی ہیں جس کی وجہ سے پینٹ کا کچھ حصہ خراب ہو جاتا ہے اور فینڈر تھوڑا سا مڑ جاتا ہے۔

✓ ایک شخص جو عام نزلہ زکام کا سامنا کر رہا ہے۔

4. خطرے اور جوکھم

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

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

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

اہم معلومات

➤ خطرات کی اقسام

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

مثال

i. عمارت میں ناقص وائرنگ

ii. پانی کے کھیلوں میں حصہ لینا

iii. ایک غیر فعال طرز زندگی کو اپنانا

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

مثال

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

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

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

مثال

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

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

5. بیمہ کا ریاضیاتی اصول (جوکھم پولنگ)

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

مثال

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

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

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

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

یہ ایک یکساں خطرہ اور اس خطرے کی وجہ سے نقصانات کی امکانی نمائش میں آنے والے تمام بیمہ شدہ کو بہت سے جوکھموں کا پول

تیار کر کے کیا جاتا ہے۔ اس کے لیے کمپنی کا جو کہم اور اس کے مالیاتی اثر کو قبول کرنے میں قابل اعتماد ہونا ہے۔

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

(b) جو کہم پولنگ اور بڑی تعداد کا قانون

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

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

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

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

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

لیے مختلف اقدامات استعمال کرتے ہیں۔ ہندوستان میں آئی آر ڈی اے آئی نے اسے لازمی قرار دیا ہے۔ کہ انشورنس کمپنیوں کو کم از کم 1.5 کا سالوینسی تناسب برقرار رکھنے کی ضرورت ہے۔

مثال

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

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

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

اہم

جوکھم کا بیمہ کرنے کی شرطیں

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

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

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

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

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

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

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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

I. آگ

II. چوری کا سامان

III. چوری

IV. جہاز الٹنے سے سامان کا نقصان

خلاصہ

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

کلیدی اصطلاح

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

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

باب 03-C بیمہ کے اصول

باب کا تعارف

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

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

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

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

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

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

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

قابل غور امور

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

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

1. انتہائی نیک نیتی یا 'Uberrima Fides'

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

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

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

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

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

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

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

✓ کیا وہ جوکھم قبول کریں گے؟

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

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

مثال

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

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

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

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

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

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

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

مثال

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

مثال

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

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

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

اسی طرح، جنرل انشورنس کے معاملے میں، کسی انٹریپرائز/فیکٹری کے لیے فائر انشورنس پالیسی کی تجدید کرتے وقت، بیمہ دار کو انشورنس کمپنی کو مطلع کرنا ہوگا کہ آیا عمارت کے استعمال میں کوئی تبدیلی ہوئی ہے۔

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. قابل بیمہ مفاد

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

قابل بیمہ مفاد کے تین ضروری عناصر ہیں:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

✓ کیا مکان میں بینک کا قابل بیمہ مفاد ہے؟

✓ اُن کے پڑوسی کے بارے میں کیا کہیں گے؟

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

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

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

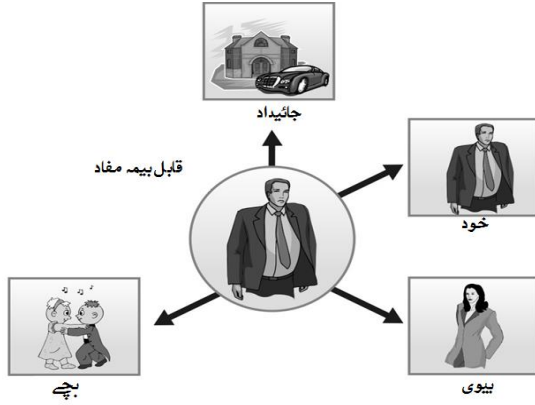
✓ ان کے پڑوسی کے بچوں کا کیا ہوگا؟ کیا مسٹر داس کو ان کے لیے بھی کوئی قابل بیمہ مفاد ہوگا؟

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

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

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

شکل 1: عام قانون کے تحت قابل بیمہ مفاد



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

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

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

C. قریبی وجہ

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

جب کوئی غیر زندگی دعوے نقصان ہوتا ہے، تو اکثر واقعات کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جو واقعہ کا باعث بنتا ہے۔ اس لیے بعض اوقات قریب ترین یا قریبی وجہ کا پتہ لگانا مشکل ہو جاتا ہے۔ اس اصول کے تحت، انشورنس کمپنی اس اہم وجہ کی تلاش کرتی ہے جو نقصان کا سبب بننے والے واقعات کے سلسلے کو حرکت میں لاتی ہے۔ ضروری نہیں کہ یہ واقعہ سے فوراً پہلے کا آخری واقعہ ہو، یعنی ضروری نہیں کہ یہ واقعہ نقصان کی وجہ کے قریب ترین یا براہ راست ذمہ دار ہو۔ مثال کے طور پر، آگ لگنے کی وجہ سے پانی کا پائپ پھٹ سکتا ہے۔ اس کے باوجود کہ اس کے نتیجے میں ہونے

والا نقصان پانی سے ہونے والا نقصان ہے، آگ کو اب بھی واقعے کی ایک قریبی وجہ سمجھا جائے گا۔ دیگر وجوہات کو دور کی وجوہات میں درجہ بندی کیا جا سکتا ہے، پھر قربت کے اسباب سے الگ۔ دور کی وجوہات موجود ہو سکتی ہیں لیکن وہ واقعہ کی وجہ میں تعاون نہیں کریں گے۔

تعریف

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

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

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

مثال

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

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

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

ایسے نقصانات کی مثالیں یہ ہو سکتی ہیں۔

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

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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

I. نمونیا

II. گھوڑا

III. گھڑ سواری کا حادثہ

IV. بد قسمتی

D. معاوضہ

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

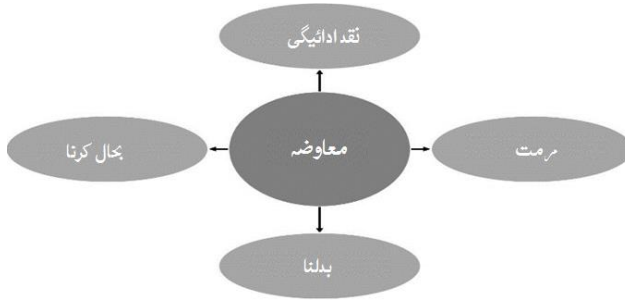
اس کے پیچھے اصول یہ ہے کہ فرد کو اپنی جائیدادوں کا بیمہ کروانے سے کوئی فائدہ نہیں ہونا چاہیے اور نقصان کی زیادہ تلافی نہیں کرنی چاہیے۔ انشورنس کمپنی نقصان کی معاشی قیمت کا اندازہ لگائے گی اور اس کے مطابق معاوضہ ادا کرے گی۔

مثال

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

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

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



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

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

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

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

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

E. متبادل

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

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

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

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

مثال

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

اگر اس معاملے پر مقدمہ چلایا جاتا ہے اور عدالت مسٹر کشور کو سلوین ٹرانسپورٹ کو 35,000 روپے بطور معاوضہ ادا کرنے کی ہدایت کرتی ہے، لہذا مسٹر کشور پلیسمنٹ کی شق کے تحت 30,000 روپے کی دعویٰ رقم انشورنس کمپنی کو ادا کرنے کے ذمہ دار ہیں اور وہ 5,000 روپے کی بقیہ رقم اپنے پاس رکھ سکتے ہیں۔

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

مثال

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

F. شراکت (تعاون)

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

مثال: مسٹر سری نواس نے اپنے گھر پر دو انشورنس کمپنیوں سے فائر انشورنس پالیسی لی ہے اور دونوں کے ساتھ اس نے 12 لاکھ روپے کی پوری

قیمت کا بیمہ کرایا ہے۔ فرض کریں کہ اس کے گھر میں آگ لگ جاتی ہے اور اس سے 3 لاکھ روپے کا نقصان ہوتا ہے، لہذا وہ ہر انشورنس کمپنی سے 1.5 لاکھ روپے کی رقم کا دعویٰ کر سکتا ہے۔

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

اپنے آپ کو چیک کریں 2

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

- I. ہمیشہ مضمون جانے بغیر معاہدے پر دستخط کرتا ہے۔
- II. ہمیشہ ہمیش کو دھمکی دیتا ہے کہ اگر وہ معاہدہ پر دستخط نہیں کرتا تو اسے جان سے مار ڈالے گا۔
- III. ہمیشہ ہمیش سے معاہدہ پر دستخط کروانے کے لیے اپنی پیشہ ورانہ حیثیت کا استعمال کرتا ہے۔
- IV. ہمیشہ ہمیش سے معاہدہ پر دستخط کروانے کے لیے غلط معلومات دیتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

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

- I. ہمیشہ کا مکان
- II. ہمیشہ کی بیوی
- III. ہمیشہ کا دوست
- IV. ہمیشہ کے والدین

اپنے آپ کو چیک کریں 4

شراکت کے اصول کی کیا اہمیت ہے؟

- I. اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ انشورنس کمپنی کے ساتھ ساتھ بیمہ دار بھی دعوے کے کچھ حصے میں شراکت کرتا ہے۔
- II. اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ تمام بیمہ دار جو پول کا حصہ ہیں پول کے کسی بھی شریک کے ذریعہ کئے گئے دعوے کے لئے اپنے پریمیم کی ادائیگی کے تناسب سے شراکت ڈالیں۔
- III. اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ ایک ہی موضوع کا احاطہ کرنے والی متعدد بیمہ کمپنیاں، ایک ساتھ مل کر موضوع سے ان کی نمائش کے تناسب سے، دعوے کی رقم میں حصہ لیتے ہیں۔
- IV. اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ بیمہ شدہ کئی سالوں تک مساوی قسطوں میں پریمیم کا حصہ دیتے رہیں گے۔

خلاصہ

انشورنس پالیسیوں کی اہم خصوصیات میں شامل ہیں:

i. انتہائی نیک نیتی،

ii. قابل بیمہ مفاد،

iii. قریبی وجہ

iv. معاوضہ

v. متبادل

vi. شراکت

کلیدی اصطلاح

1. عدم انکشاف

2. غلط بیانی

3. اہم حقائق

4. متفقہ قیمت

5. کم بیمہ

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 4 - صحیح آپشن III ہے۔

باب 04-C

انشورنس معاہدوں کی خصوصیات

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

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

A. بیمہ کا معاہدہ - قانونی پہلو اور خاص خصوصیات

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

1. بیمہ کا معاہدہ

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

2. انشورنس معاہدے کے قانونی معاملات

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

اہم معلومات

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

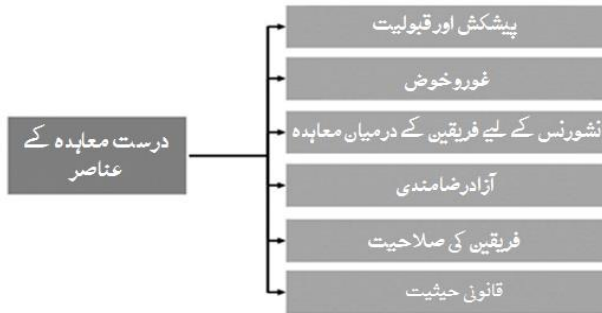
بیمہ دو فریقوں کے درمیان ایک معاہدہ ہے، یعنی بیمہ کمپنی (بیمہ کنندہ) اور پالیسی ہولڈر، جسے بیمہ شدہ کہا جاتا ہے، اور یہ معاہدہ ہندوستانی معاہدہ ایکٹ، 1872 کے تحت ضروریات کو پورا کرتا ہے۔

شکل 1: بیمہ کا معاہدہ



B. درست معاہدے کے عناصر

تصویر 2 درست معاہدے کے عناصر



کسی بھی چیز کو تسلیم کیا جاتا ہے:

1. پیشکش اور قبولیت

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

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

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

2. غور و خوض

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

3. دونوں فریقوں کے درمیان معاہدہ

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

4. باہمی رضامندی

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

✓ دباؤ/زبردستی

✓ غیر ضروری اثر و رسوخ

✓ دھوکہ

✓ غلط بیانی

✓ غلطی

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

5. بیمہ کے لیے فریقین کی اہلیت

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

6. قانونی حیثیت

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

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

C. پریمیم کی پیشگی ادائیگی

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

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

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

درخواست

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

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

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

D. دفعات کی منظوری

1. رعایتی مدت

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

اہم معلومات

i. زبردستی / دباؤ - اس میں مجرمانہ طریقوں سے کیا گیا زبردستی بھی شامل ہے۔

ii. غیر مناسب اثر و رسوخ کا استعمال - کسی دوسرے شخص کی مرضی پر اثر انداز ہونے کے لیے اپنے اثر و رسوخ کا استعمال، تاکہ اس شخص سے ناجائز فائدہ حاصل کیا جا سکے۔

iii. دھوکہ دہی / جعلسازی - نمائندگی کے ذریعہ ایک غلط تاثر بنا کر دوسرے کو آزمانا جس کو دوسرا شخص سچ نہیں مانتا ہے۔ اس کی وجہ حقائق کو جان بوجھ کر چھپانا یا ان کے بارے میں غلط معلومات دینا ہو سکتا ہے۔

iv. غلطی - کسی کے علم یا ادراک یا کسی چیز یا واقعہ کی تشریح میں خلل۔ اس سے معاہدے کے موضوع کو سمجھنے اور اس سے اتفاق کرنے میں تضاد پیدا ہو سکتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

درج ذیل میں سے کون سا ایک درست بیمہ معاہدہ کا عنصر نہیں ہو سکتا؟

i. پیشکش اور قبولیت

ii. زبردستی/ دباؤ

iii. غور و خوض

iv. قانونی حیثیت

خلاصہ

i. انشورنس میں ایک سمجھوتے کا معاہدہ شامل ہے جس میں انشورنس کمپنی قیمت یا غور کے بدلے مخصوص جوکھم کے خلاف تحفظ فراہم کرنے پر راضی ہوتی ہے۔ اس غور کو پریمیم کہا جاتا ہے۔

ii. معاہدہ بیمہ کے فریقین کے درمیان ایک سمجھوتہ ہے جسے قانون کے تحت نافذ کیا جا سکتا ہے۔

iii. ایک درست معاہدے کے عناصر میں شامل ہیں:

• پیشکش اور قبولیت

• غور و خوض،

• اتفاق رائے،

• آزادانہ رضامندی

• بیمہ کے لیے فریقین کی اہلیت اور

• مقصد کی درستگی

کلیدی اصطلاح

1. پیشکش اور قبولیت

2. قانونی غور

3. اتفاق رائے (Consensus ad idem)

اپنے آپ کو چیک کریں 2

فری لوک کی مدت کے دوران، اگر پالیسی بولڈر، جس نے کسی ایجنٹ کے ذریعے پالیسی خریدی ہے، اس کی کسی بھی شرائط و ضوابط سے متفق نہیں ہے، تو وہ اسے واپس کر سکتا ہے اور رقم کی واپسی حاصل کر سکتا ہے۔ یہ رقم کی واپسی ان شرائط کے ساتھ ہوگی:

I. وہ پالیسی دستاویز کی وصولی کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر اس اختیار کو استعمال کر سکتا ہے۔

II. اسے انشورنس کمپنی کو تحریری طور پر مطلع کرنا ہوگا۔

III. پریمیم کی واپسی کو احاطہ شدہ مدت کے لیے رسک پریمیم کے تناسب سے ایڈجسٹ کیا جائے گا۔ اس کے علاوہ، بیمہ کمپنی کی طرف سے اٹھائے جانے والے طبی معائنے اور اسٹامپ ڈیوٹی کے اخراجات کو بھی پریمیم کی واپسی کی رقم سے کاٹ لیا جائے گا۔

IV. مندرجہ بالا تمام

اپنے آپ کو چیک کریں 3

اگر پالیسی بولڈر نے کوئی پالیسی خریدی ہے اور وہ اسے رکھنا نہیں چاہتا ہے تو وہ اسے _____ کی مدت کے دوران واپس کر سکتا ہے اور رقم کی واپسی حاصل کر سکتا ہے۔

I. آزاد تشخیص

II. فری لوک

III. منسوخ کرنا

IV. فری ٹرائل

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن IV ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشن II ہے۔

باب C-05 انڈر رائٹنگ اور درجہ بندی

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

A. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول

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

C. درجہ بندی کے بنیادی اصول

D. درجہ بندی کے عوامل

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

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

A. انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول

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

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

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

تعریف

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

انشورنس میں انڈر رائٹنگ کے درج ذیل مراحل ہوتے ہیں :

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

۲. پالیسی کی کوریج اور شرائط و ضوابط کی تشکیل

۳. پریمیم کی شرح کی ترتیب

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

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

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

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

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

انڈر رائٹنگ کے لیے معلومات کے ذرائع

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

معلومات کے ذرائع یہ ہیں:

i. پروپوزل فارم یا انڈر رائٹنگ کی پرزینٹیشن

ii. جوکہم کا سروے

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

انڈر رائٹنگ، ایکویٹی اور کاروبار کو برقرار رکھنا

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

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

انڈر رائٹنگ کی اہم خصوصیات درج ذیل ہیں:-

i. علامات کی بنیاد پر خطرے کی نشاندہی کرنا

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

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

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

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

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

ریگولیٹر انشورنس کمپنی سے یہ بھی کہتا ہے کہ وہ یہ وعدہ کرے کہ پالیسی میں مذکور چیزوں کی وضاحت کی گئی ہے اور قیمتوں کا تعین سائنسی بنیادوں پر کیا گیا ہے۔

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

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

C. شرح سازی کی بنیادی باتیں

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

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

نوٹ کریں کہ شرحیں اور پریمیم ایک جیسے نہیں ہیں۔

پریمیم = (بیمہ کی رقم) × (ریٹ)

مثال

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

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

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

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

مثال

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

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

متوقع اوسط نقصان $Rs. 1,00,000 \times 0.01 = Rs. 1000$ ہوگا۔

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

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

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

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

مثال

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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

I. جوکھم کا امکان اور شدت

II. جوکھم کا ماخذ اور نوعیت

III. جوکھم کا ذریعہ اور وقت

IV. جوکھم کی نوعیت اور اثرات

1. پریمیم کی شرح کی ترتیب

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

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

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

فرض کریں:

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

اس فارمولے کو لاگو کرنے سے، نتیجہ یہ ہوگا:

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

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

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

لہذا، موٹر سائیکل کا مالک جو پریمیم ریٹ ادا کرے گا وہ 50,000/- روپے کا نصف فیصد ہے، یعنی 25000/- سالانہ۔ اسے 'نیٹ' پریمیم اور 'برننگ لاگت' بھی کہا جاتا ہے۔

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

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

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

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

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

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

✓ نقصانوں کی ادائیگی

✓ نقصان کے اخراجات (مثلاً، سروے فیس)

✓ ایجنسی کمیشن

✓ انتظامی اخراجات

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

✓ منافع سے مارجن

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

اپنے آپ کو چیک کریں 2

خالص پریمیم کیا ہے؟

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

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

III. انتظامی اخراجات کے لیے لوڈنگ کے بعد پریمیم

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

2. کٹوتیاں (Deductible)

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

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

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

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

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

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

D. درجہ بندی کے عوامل

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

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

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

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

کلیدی اصطلاح

- کٹوتیاں
- فرنچائز

خود جوابات چیک کریں۔

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

باب 06-C دعووں پر کارروائی

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

- A. نقصان کی تشخیص اور دعویٰ کا تصفیہ
- B. دعووں کے زمرے
- C. ثالثی
- D. دیگر تنازعات کے حل کے طریقہ کار

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

1. دعووں کا تصفیہ
2. دعوے کے طریقہ کار کی اہمیت

A. نقصان کی تشخیص اور دعویٰ کا تصفیہ

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

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

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

انشورنس دعویٰ کے اہم پہلو

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

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

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

✓ بجائے گئے سامان کی قیمت

✓ کم بیمہ کا اطلاق

✓ شراکت اور پیشکش کی شرائط کا اطلاق کیا جانا

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

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

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

B. دعووں کے زمرے

بیمہ کے دعوے ان زمروں میں آتے ہیں:

i. معیاری دعوے

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

ii. اوسط شرط یا اوسط کلان

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

iii. قدرتی واقعات سے وابستہ خطرات - تباہ کن نقصان

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

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

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

iv. اکاؤنٹ میں ادائیگی

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

اگر دعویٰ درست پایا جاتا ہے، تو دعویدار کو ادائیگی کر کے اسے کمپنی کے ریکارڈ میں درج کیا جاتا ہے۔ کو-انشورنس کمپنیوں اور ری انشورنس کمپنیوں سے مناسب فنڈز (اگر کوئی ہیں) موصول ہوتے ہیں۔ بعض صورتوں میں، یہ ہو سکتا ہے کہ بیمہ شدہ وہ شخص نہیں ہے جسے رقم ادا کی جانی ہے۔

۷. ڈسچارج و اوچر

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

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

۷.۱. تصفیہ کے بعد کی کارروائی

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

مثال

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

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

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

۷.۲. سالویج

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

مثال

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

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

viii. وصولیاں

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

مثال

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

ix. دعووں سے متعلق تنازعات

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

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

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

C. ثالثی

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

تنازعات کو ثالثی کے زیادہ غیر رسمی، کم خرچ اور نجی عمل میں جمع کرائیں۔

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

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

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

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

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

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

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

مثال

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

D. تنازعات کے حل کے دیگر طریقے

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

کاروبار کے ذاتی خطوط کے تحت آنے والے دعووں کی صورت میں، ایک بیمار بیمہ دار بیمہ محتسب سے رجوع کر سکتا ہے۔ اس عمل پر باب 9 میں تفصیل سے بحث کی گئی ہے۔ انشورنس محتسب کے دفتر کے بارے میں معلومات پالیسی میں دی گئی ہیں۔ محتسب کا فیصلہ انشورنس کمپنی پر پابند ہے لیکن بیمہ شدہ کے لیے نہیں۔

محتسب کے مالی اختیارات اور حدود پر بھی باب 9 میں تفصیل سے بات کی گئی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

ان میں سے کون سی سرگرمیوں کو دعووں کے پیشہ ورانہ تصفیے کے تحت درجہ بندی نہیں کیا جائے گا؟

I. نقصان کی وجہ سے متعلق معلومات حاصل کرنا

II. تعصب کے ساتھ دعویٰ پر غور کریں

III. یہ معلوم کرنا کہ نقصان بیمہ شدہ خطرے کا نتیجہ تھا۔

IV. دعوے کے تحت قابل ادائیگی رقم کا تعین کرنا

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

کلیدی اصطلاح

وقت کے گرد گھومنا

بچایا ہوا سامان

رسیدیں (وصولی)

دعووں کی تشخیص

باب 07-C دستاویزات کی تیاری

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

ان چیزوں کی اہمیت کو سمجھیں :

A. پراسپیکٹس

B. تجویز فارم

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

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

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

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

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

- متعلقہ انشورنس پروڈکٹ کے لیے اتھارٹی کی طرف سے الاٹ کردہ منفرد شناختی نمبر یا منفرد شناختی نمبر (UIN)
- انشورنس کور کا دائرہ کار
- ضمانت یافتہ اور غیر ضمانتی فوائد/حقوق کا دائرہ (اسکوپ)
- وارنٹی، اخراج/انشورنس کور کے اخراج (مکمل تفصیلات کے ساتھ)
- انشورنس کور کی شرائط و ضوابط
- حادثاتی واقعہ یا واقعات کی تفصیلات جو انشورنس میں شامل کی جائیں گی۔
- زندگی یا جائیداد کی وہ کلاس یا زمرے جو اس طرح کے پراسپیکٹس کی شرائط میں بیمہ کی ضروریات کو پورا کرتے ہیں۔
- منصوبہ شریک ہے یا غیر شریک

پروڈکٹ پر ایڈ آن کور (جسے لائف انشورنس میں رائڈر بھی کہا جاتا ہے) کی اجازت ہے اور ان کے فوائد بھی بیان کیے گئے ہیں۔ پراسپیکٹس میں شامل کی جانے والی دیگر اہم معلومات:

1. کور اور پریمیم کے درمیان کوئی فرق۔ مثال کے طور پر، مختلف عمر کے گروپوں کے لیے یا انشورنس میں داخلے کی مختلف عمروں کے لیے
2. پالیسی کی تجدید کی شرائط
3. بعض حالات میں پالیسی کی منسوخی کی شرائط
4. انفرادی حالات میں قابل اطلاق چھوٹ یا لوڈنگ کے بارے میں معلومات

5. پریمیم کے ساتھ پالیسی کی شرائط میں کسی ترمیم یا تبدیلی کا امکان
6. ابتدائی داخلے پر پالیسی ہولڈرز کو انعام دینے کے لیے کوئی ترغیب، اسی انشورنس کمپنی کے ساتھ بار بار تجدید، دعویٰ کا سازگار تجربہ وغیرہ۔
7. پراسپیکٹس میں لازمی طور پر **IRDAI** کے ذریعہ الاٹ کردہ پروڈکٹ کا **UIN** ہوگا۔
8. **IRDAI** کے ضوابط کا حکم ہے کہ پراسپیکٹس میں سیکشن 41 کی ایک کاپی شامل ہوگی۔ یہ سیکشن نئی انشورنس خریدنے، ہندوستان میں زندگی یا جائیداد سے متعلق انشورنس کی کسی بھی شکل کو جاری رکھنے یا تجدید کرنے کے لیے کسی بھی قسم کی ترغیب سے منع کرتا ہے۔ اس میں پالیسی پر قابل ادائیگی مکمل یا جزوی کمیشن کی کوئی چھوٹ شامل ہے۔
- خاص طور پر، پراسپیکٹس تجویز کنندہ کو نامزدگی کی سہولت کی دستیابی کے بارے میں مطلع کرتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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

I. محتسب کا نام

II. فوائد کے دائرہ کار کی تاریخ

III. استحقاق

IV. رعایت

B. تجویز فارم

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

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

اہم معلومات کو ظاہر کرنے کی یہ ذمہ داری تجویز کے مرحلے کے بعد، بیمہ کے معاہدے کو حتمی شکل دینے کے بعد بھی جاری رہتی ہے۔ یعنی نان لائف انشورنس پالیسیوں کے معاملے میں ضروری ہے کہ پالیسی کی مدت کے دوران کسی بھی وقت ہونے والی کسی بھی مادی تبدیلیوں کو ظاہر کیا جائے۔

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

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

(a) پروپوزل فارم - تفصیلات

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

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

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

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

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

انشورنس صلاح کار کی سفارشات کے ساتھ ایسی سفارش کی وجوہات بھی تجویز فارم کا حصہ بن سکتی ہیں۔ اس میں ایک اعلان بھی شامل ہوگا کہ تجویز کردہ پالیسی کی تجویز کنندہ کو اچھی طرح سے وضاحت کی گئی ہے اور تجویز کنندہ نے اسے قبول کر لیا ہے۔

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

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

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

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

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

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

(b) تجویز فارم میں اعلان

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

مثال

اس طرح کے اعلانات کی مثالیں درج ذیل ہیں :

میں/ہم اس کے ذریعے یہ اعلان اور ضمانت دیتے ہیں کہ مندرجہ بالا بیانات ہر لحاظ سے درست اور مکمل ہیں ؛ ایسی کوئی دوسری معلومات

نہیں ہے جو بیمہ کی درخواست سے متعلق ہو اور آپ کو اُس کا خلاصہ نہ کیا گیا ہو۔

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

اپنے آپ کو چیک کریں 2

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

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

اس طرح کے نوٹ کے کچھ مثالیں درج ذیل ہیں:

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

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

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

اینٹی منی لانڈرنگ اور کے وائے سی معیارات

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) عمر کا ثبوت - انفرادی لائون کے لیے

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

i. معیاری عمر کا ثبوت

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

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

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

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

i. اسکول یا کالج کا سرٹیفکیٹ

ii. پیدائشی سرٹیفکیٹ میونسپل ریکارڈ سے نکالا گیا۔

iii. پاسپورٹ

iv. پین کارڈ

v. سروس رجسٹر (سروس رجسٹر)

vi. ڈیفنس پرسنل کی صورت میں شناختی کارڈ

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

ii. غیر معیاری عمر کا ثبوت

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

i. زائچہ

ii. راشن کارڈ

iii. خود اعلان کی شکل میں ایک حلف نامہ

iv. گرام پنچایت کا سرٹیفکیٹ

اپنے آپ کو چیک کریں 3

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

- I. میونسپل ریکارڈ سے پیدائش کا سرٹیفکیٹ
- II. ایم ایل اے کے ذریعہ جاری کردہ پیدائش کا سرٹیفکیٹ
- III. پاسپورٹ
- IV. پین کارڈ

خود جوابات چیک کریں۔

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

خلاصہ

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

کلیدی اصطلاح

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

باب 08-C گاہک سروس

باب کا تعارف

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

قابل غور امور

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

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

گاہک سروس کی اہمیت کو سمجھنا

1. سروس کے معیار کے بارے میں بتانا

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

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

4. مواصلات کے عمل کی وضاحت

5. غیر زبانی بات چیت کی اہمیت کو ظاہر کرنا

6. اخلاقی برتاؤ کی تجویز کرنا

1. کیوں کسٹمر سروس؟

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

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

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

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

2. سروس کا معیار

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

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

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

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

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

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

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

(e) **ٹھوس سامان:** اس سے مراد وہ پیشہ ورانہ رویہ ہے جو گاہک کی طرف سے اختیار کیا جاتا ہے اور ساتھ ہی وہ جسمانی ماحولیاتی عوامل جیسے مقام، ترتیب اور صفائی جو صارف کسی خدمت فراہم کنندہ سے رابطہ کرتے ہوئے محسوس کرتا ہے۔ پہلا اثر طویل عرصے تک رہتا ہے۔

3. گاہک سروس اور انشورنس

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

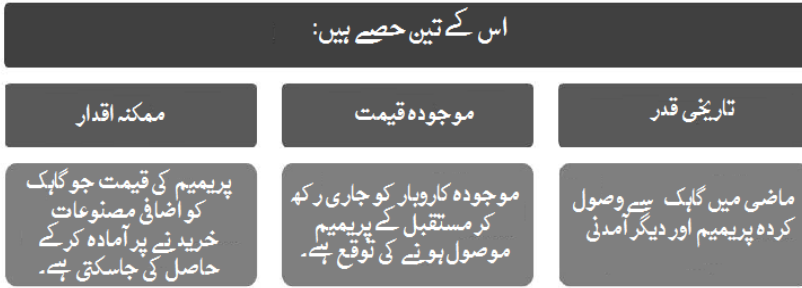
یہ گاہک موجودہ معاہدوں کی تجدید سے کمیشن کا ذریعہ ہیں۔ یہ نئے گاہکوں کو حاصل کرنے کے لیے ایک اہم ذریعہ ہو سکتے ہیں۔

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

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

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

شکل 1: گاہک کی زندگی بھر کی قیمت



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

اپنے آپ کو چیک کریں 1

گاہک زندگی بھر کی قیمت سے کیا مراد ہے؟

I. گاہک کو زندگی کی خدمت فراہم کرنے میں ہونے والے اخراجات کا مجموعہ

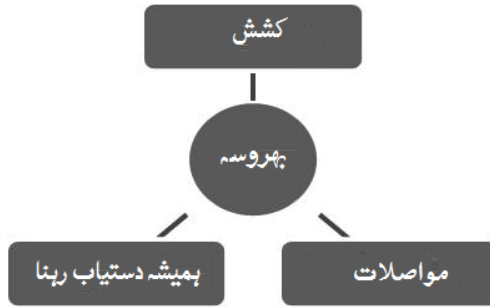
- II. گاہک کے ٹرن اور کی بنیاد پر گاہک کو تفویض کردہ رینک
- III. گاہک کے ساتھ طویل مدتی تعلقات استوار کرنے سے حاصل ہونے والے معاشی فوائد کا مجموعہ
- IV. زیادہ سے زیادہ بیمہ جو کسی صارف کو دیا جا سکتا ہے۔

4. گاہک تعلقات اور خدمت

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

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

شکل 2: اعتماد کے عناصر



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

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

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

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

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

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

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

1. فروخت

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

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

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

• **انٹرویو کے لیے کال کرنا :** اگرچہ ذاتی تعلقات وہ بنیاد ہیں جس پر انشورنس کا کاروبار قائم ہے، یہ بھی ضروری ہے کہ کمائے گئے کریڈٹ کو سیلز میں تبدیل کیا جائے۔ یہ تب شروع ہوتا ہے جب سیلز کا نمائندہ ایک تفصیلی سیلز انٹرویو کے لیے باضابطہ ملاقات کرتا ہے۔ یہ مرحلہ آپ کی پیشہ ورانہ اسناد بنانے کے ساتھ ساتھ کاروبار کو غیر رسمی بات چیت سے الگ کرنے کے لیے اہم ہے۔

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

حفاظتی خامیوں کو سمجھنے کی صلاحیت سے پہچانا جاتا ہے جو انشورنس کی ضروریات کو بڑھا سکتے ہیں۔

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

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

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

مثال

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

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

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

• اعتراضات سے نمٹنا اور فروخت مکمل کرنا: گاہک کو صحیح پروڈکٹ

خریدنے کے بارے میں بہترین مشورے اور تجاویز دینا کافی نہیں ہوگا۔ گاہک کو انشورنس خریدنے پر آمادہ کرنا بھی ضروری ہے۔ اکثر، گاہک کے ذہن میں بہت سے سوالات پیدا ہو سکتے ہیں اور وہ اعتراضات بھی دائر کر سکتے ہیں، جنہیں انشورنس خریدنے کا فیصلہ کرنے سے پہلے حل کرنے کی ضرورت ہے۔ ان سوالات سے نمٹنے کے دوران، یہ سمجھنا انتہائی ضروری ہے کہ دائر کیے جانے والے اعتراضات میں بنیادی خدشات ہو سکتے ہیں جن کی نشاندہی اور ان پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔

مختصراً، انشورنس ایجنٹ کا کردار صرف سیلز کے نمائندے سے کہیں زیادہ ہے۔ اسے نقصان کا جائزہ لینے والا، انڈر رائٹر، رسک مینجمنٹ کنسلٹنٹ،

ضرورت پر مبنی مفاہمت کرنے والا اور رشتہ بنانے والا (جو اعتماد اور طویل مدتی تعلقات استوار کرنے کی کوشش کرتا ہے) ہم جہت شخص ہونا چاہیے۔

2. تجویز کا مرحلہ

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

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

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

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

3. قبولیت کا مرحلہ

(a) کور نوٹ/انشورنس کا سرٹیفکیٹ

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

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

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

(b) پالیسی دستاویز

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

4. پریمیم ادائیگی

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

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

5. پریمیم ادائیگی کا طریقہ

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

- (a) نقدی
- (b) کسی تسلیم شدہ بینک کا ایک قابل تبادلہ آلہ، جیسے کہ چیک، ڈیمانڈ ڈرافٹ، پی آرڈر، بینکرز کا چیک، جو ہندوستان میں کسی شیڈول بینک پر نکالا جا سکتا ہے۔
- (c) پوسٹل منی آرڈر؛
- (d) کریڈٹ یا ڈیبٹ کارڈ؛
- (e) بینک گارنٹی یا کیش ڈپازٹ؛
- (f) انٹرنیٹ؛
- (g) ای ٹرانسفر؛
- (h) بینک ٹرانسفر کے ذریعے، تجویز کنندہ یا پالیسی ہولڈر یا لائف بیمہ شدہ کی مستقل ہدایات کے ذریعے دیا گیا براہ راست کریڈٹ؛
- (i) ادائیگی یا ادائیگی کا کوئی دوسرا طریقہ جو کہ اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً منظور کیا جا سکتا ہے۔

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

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

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

ایجنٹ یہ جاننے کے لیے بیمہ دار سے رابطہ کر سکتا ہے کہ آیا اسے انشورنس کمپنی سے پالیسی دستاویز موصول ہوئی ہے۔ یہ ایجنٹ کو گاہک کے ساتھ مشغول ہونے کا موقع فراہم کرتا ہے۔ ایجنٹ گاہک کے کسی بھی شک کو دور کر سکتا ہے۔ وہ پالیسی کی مختلف دفعات، پالیسی ہولڈر کے حقوق اور مراعات کے بارے میں وضاحت کر سکتا ہے۔ یہ گاہک سے وابستگی کو ظاہر کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ مسلسل تعاون اور خدمت کا وعدہ

کرنے کا بھی موقع ہے۔ گاہک کو فری ٹک مدت کی فراہمی کی بھی وضاحت کرنی چاہیے جس کے دوران پالیسی واپس کر کے پرمیم ری فنڈ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

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

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

7. پالیسی کی تجدید

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

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

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

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

8. دعوے کا مرحلہ

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

اپنے آپ کو چیک کریں 2

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

I. اثاثہ انشورنس

II. کاروباری ذمہ داری انشورنس

III. تیسری پارٹی کی ذمہ داری کے لیے موثر انشورنس

IV. آگ کی انشورنس

C. گاہک خدمت میں مواصلات کی مہارت

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

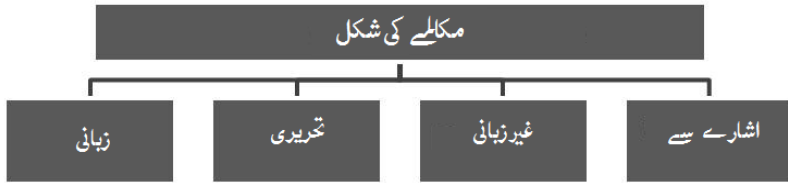
عام مہارتیں (سافٹ اسکیلز) کام کاج کی جگہ پر اور باہر، دوسروں کے ساتھ مؤثر طریقے سے بات چیت کرنے کی صلاحیت کا حوالہ دیتی ہیں۔ مواصلات کی مہارتیں ان سافٹ اسکلز میں سب سے اہم ہیں۔

1. مکالمے کا عمل

مکالمہ کیا ہے؟

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

شکل 1: مکالمے کی شکلیں۔



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

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

2. مؤثر مواصلات میں رکاوٹیں

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

اپنے آپ کو چیک کریں 3

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

I. کشش

II. اعتماد

III. مواصلات

IV. ناپسند کرنا

D. غیر زبانی مواصلات

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

اہم معلومات

1. ایک زبردست پہلا تاثر چھوڑنا

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

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

ii. اپنے آپ کو صحیح طریقے سے پیش کرنا۔

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

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

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

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

iv. سچا، پر اعتماد اور مثبت ہونا

✓ اشارہ اعتماد اور اعتماد کا مظاہرہ کرنا چاہئے

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

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

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

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

✓ دوسرے شخص کی بات کو غور سے سنیں۔

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

✓ انٹرویو کے دوران موبائل فون پر توجہ نہ دینا۔

2. جسمانی زبان

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

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

(a) خود اعتمادی

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

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

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

✓ صحیح نیت اور نیت کے ساتھ مثبت اشارے دکھانا

(b) اعتماد / اعتماد

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

3. سننے کی صلاحیت

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

غور سے سننا کیوں ضروری ہے:

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

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

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

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

(a) دکھائیں کہ وہ سن رہا ہے :

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

(b) توجہ دینا۔

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

براہ راست اسپیکر کو دیکھیں

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

(c) فلٹر ہٹانا:

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

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

(d) جذبات کے ساتھ سننا:

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

(e) صحیح جواب دینا:

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

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

یہ شامل ہیں:

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

مثال

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 4

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

I. پوری توجہ دیں۔

II. انتہائی متعصب ہو

III. ہمدردی سے سنبھلو

IV. صحیح جواب دیں

E. اخلاقی طرز عمل

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

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

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

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

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

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

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

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

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

اپنے آپ کو چیک کریں 5

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

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

خلاصہ

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

کلیدی اصطلاح

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

خود جوابات چیک کریں۔

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

باب 09-C شکایات کے ازالے کا نظام

باب کا تعارف

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

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

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

ii. شکایات کے فوری حل کے لیے عمل۔

قابل غور امور

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

A. شکایات کے ازالے کا نظام

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

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

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

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

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

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

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

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

B. انٹیگریٹڈ گریوینس مینجمنٹ سسٹم (IGMS)

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

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

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

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

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

C. صارف کا تحفظ

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

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

"صارف" کا مطلب ہے وہ شخص جو

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

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

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

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

✓ تجارت کی اجازت ہے یا تجارت کی پابندی والی بات

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

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

D. صارفین کے تنازعات کے ازالے کی ایجنسیاں

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

i. ضلعی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

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

ii. ریاستی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

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

iii. قومی صارف تنازعات ازالہ کمیشن

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

شکل 1: صارفین کے تنازعات کے ازالے کے چینل



(a) شکایات درج کرنے کا عمل

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

(b) صارفین کمیشن کے احکامات

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

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

(c) شکایات کی نوعیت

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

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

E. انشورنس محتسب

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) محتسب کو شکایت

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

محتسب سے شکایت کی جا سکتی ہے جب:

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

✓ انشورنس کمپنی نے شکایت کو مسترد کر دیا ہے یا

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

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

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

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

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

(b) محتسب کی سفارشات/تجاویز

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

(c) فیصلہ / ایوارڈ

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

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

F. معلومات حاصل کرنے کا حق

انشورنس میں شکایات کے ازالے کے لیے وضع کردہ اصول و ضوابط کے علاوہ، کچھ عمومی قوانین ہیں جو ملک میں سب پر یکساں طور پر لاگو ہوتے ہیں۔

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

اپنے آپ کو چیک کریں 1

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

I. ڈسٹرکٹ کمیشن

II. ریاستی کمیشن

III. ضلع پریشد

IV. قومی کمیشن

خلاصہ

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

کلیدی اصطلاح

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

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح جواب I ہے

باب 10-C

انشورنس ایجنٹوں کے لیے ریگولیٹری پہلو

باب کا تعارف

اس باب میں، ہم انشورنس ایجنٹوں کے ریگولیٹری پہلوؤں پر بات کریں گے۔

قابل غور امور

A. بیمہ ایجنٹوں کے لیے IRDAI کے جاری کردہ ضوابط

B. ایجنٹوں کے لیے قوانین کی تعمیل

C. ایجنٹوں کے لیے ضابطہ اخلاق

A. انشورنس ایجنٹس کے لیے ضابطے

آئی آر ڈی اے آئی (انشورنس ایجنٹس کی تقرری) کے ضوابط، 2016 جو یکم اپریل 2016 سے نافذ ہوئے، یہاں زیر بحث آئے ہیں۔

سیکھنے والوں سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ IRDAI کے ذریعہ جاری کردہ انشورنس ایجنٹس کے ضوابط کو پڑھیں اور سمجھیں جس میں اس سلسلے میں متعدد شرائط کی وضاحت کی گئی ہے۔ چونکہ ضابطے وقتاً فوقتاً تبدیل ہوتے رہتے ہیں، اس لیے IRDAI کی ویب سائٹ پر دستیاب اصل اور نظر ثانی شدہ/اپ ڈیٹ شدہ ورژن کا حوالہ دینا ضروری ہے۔

تعریفیں:

کئی تعریفیں جو انشورنس مارکیٹ پر لاگو ہوتی ہیں ضوابط میں بیان کی گئی ہیں۔ مثال کے طور پر، ایک "انشورنس ایجنٹ" کی تعریف "ایک شخص جو انشورنس کمپنی کی طرف سے انشورنس کاروبار کو طلب کرنے یا حاصل کرنے کے ساتھ ساتھ انشورنس پالیسی کو جاری کرنے، تجدید کرنے یا بحال کرنے کے کاروبار کے لیے مقرر کیا گیا ہے" کے طور پر کیا گیا ہے۔

یہ ضوابط "کمپوزٹ انشورنس ایجنٹ" کی وضاحت کرتے ہیں "ایک ایسا شخص جسے دو یا دو سے زیادہ انشورنس کمپنیوں نے انشورنس ایجنٹ کے طور پر مقرر کیا ہو، جہاں شرط یہ ہے کہ وہ ایک سے زیادہ لائف انشورنس کمپنی، ایک جنرل انشورنس کمپنی، ایک ہیلتھ انشورنس کمپنی اور ہر مونو لائن انشورنس کمپنی کے لیے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرے گا۔

کچھ اہم اصطلاحات کی بھی تعریف کی گئی ہے جن سے ایجنٹ کو آگاہ ہونا چاہیے۔

مثال کے طور پر، "اپائنٹمنٹ لیٹر" کی تعریف "انشورنس کمپنی کی طرف سے کسی شخص کو انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنے کے لیے جاری کردہ تقرری خط" کے طور پر کی گئی ہے۔

اسی طرح، "نامزد افسر" کی تعریف "ایک افسر کے طور پر کی گئی ہے جسے انشورنس کمپنی کے ذریعہ کسی شخص کو انشورنس ایجنٹ کے طور پر مقرر کرنے کا اختیار دیا گیا ہے"۔ درخواست کی وصولی پر، ایجنٹ کی تقرری سے پہلے، نامزد افسر خود کو مطمئن کرے گا کہ درخواست دہندہ کے پاس (i) ایجنسی کو تمام معاملات میں مکمل درخواست جمع کرائی ہے؛ (ii) ایجنسی نے درخواست فارم کے ساتھ PAN کارڈ کی معلومات جمع کرائی ہے۔ (iii) ضوابط کے تحت بیان کردہ انشورنس کا امتحان پاس کر لیا ہے؛ (iv) اسے ضابطوں میں مذکور کسی بھی نااہلی کا سامنا نہیں کرنا پڑتا ہے۔ (v) انشورنس کے کاروبار کو طلب کرنے اور حاصل کرنے کے لیے ضروری معلومات رکھتا ہے۔ اور (vi) وہ پالیسی بولڈرز کو ضروری خدمات فراہم کرنے کی اہلیت رکھتا ہے؛

نامزد افسر درخواست فارم کی تصدیق کرے گا اور اس بات کا پتہ لگائے گا کہ آیا درخواست دہندہ کے پاس ایک لائف انشورنس کمپنی، ایک جنرل انشورنس کمپنی، ایک ہیلتھ انشورنس کمپنی اور ایک مونو لائن انشورنس کمپنی سے زیادہ ایجنسیوں کی تقرری ہے۔ نامزد افسر اتھارٹی کے ساتھ ایجنٹوں کی مرکزی فہرست کی تصدیق کرے گا اور ساتھ ہی تصدیق کرے گا کہ درخواست دہندہ کو بلیک لسٹ نہیں کیا گیا ہے۔ مطمئن ہونے پر، نامزد افسر درخواست دہندہ سے تمام دستاویزات کی وصولی کے 15 دنوں کے

اندر درخواست دہندہ کو انشورنس ایجنٹ کے طور پر مقرر کر سکتا ہے، ایجنسی کوڈ نمبر اور شناختی کارڈ کمپنی کے نام کے مخفف کے ساتھ ایجنٹ کو جاری کیا جا سکتا ہے۔ اگر درخواست دہندہ مقررہ شرائط کو پورا نہیں کرتا ہے، نامزد افسر ایجنسی کو تقرری دینے سے انکار کر سکتا ہے اور درخواست دہندہ کو درخواست کی وصولی کے 21 دنوں کے اندر تحریری طور پر اس کی وجوہات سے آگاہ کر سکتا ہے۔ اگر درخواست دہندہ بیمہ ایجنسی فراہم کرنے سے انکار کرنے کے لیے نامزد افسر کے فیصلے سے مطمئن نہیں ہے، تو وہ فیصلے پر نظرثانی کے لیے انشورنس کمپنی کو نظرثانی کے لیے درخواست جمع کرا سکتا ہے۔ انشورنس کمپنی نظرثانی کی درخواست پر غور کرے گی اور درخواست کی وصولی کی تاریخ سے 15 دنوں کے اندر اپنا حتمی فیصلہ بتائے گی۔

اپیلوں کی فراہمی: بیمہ کمپنیوں کے پاس "اپیلٹ آفیسرز" ہوتے ہیں جنہیں انشورنس کمپنی کی طرف سے مقرر کردہ انشورنس ایجنٹ سے موصول ہونے والی اپیلوں اور نمائندگیوں پر غور کرنے اور نمٹانے کا اختیار حاصل ہوتا ہے۔ اگر اپوائنٹمنٹ منسوخ ہو جاتی ہے، تو متاثرہ ایجنٹ اس حکم کے 45 دنوں کے اندر اپیل اتھارٹی سے اپیل کر سکتا ہے۔ افسر اپیل کی وصولی کے 30 دنوں کے اندر اس معاملے پر اپنا فیصلہ تحریری طور پر دے گا۔

"امتحانی ادارے" کی تعریف "ایک ادارہ کے طور پر کی گئی ہے جو انشورنس ایجنٹوں کے لیے بھرتی سے پہلے کے امتحانات کا انعقاد کرتا ہے اور جسے اتھارٹی کی طرف سے تسلیم کیا گیا ہے۔" [نوٹ: 30 ستمبر 2021 تک، انشورنس انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا واحد 'امتحانی ادارہ' ہے جسے IRDAI نے منظور کیا ہے۔]

B. ایجنٹوں کے لیے قواعد کی تعمیل

یہاں کسی انشورنس کمپنی کا ایجنٹ بننے کے طریقہ کار پر تفصیل سے بات کی گئی ہے۔ کسی انشورنس کمپنی سے رجوع کرنے سے پہلے ایک شخص کے پاس جو پہلے سے طے شدہ قابلیت ہونی چاہیے ان کی بھی تفصیل سے وضاحت کی گئی ہے۔ شامل طریقہ کار ضوابط میں تفصیلی ہیں۔

ایجنٹ کو اس کے حقوق سے آگاہ کرنے کے لیے، درخواست کے طریقہ کار اور طریقہ کار کے ساتھ ساتھ انشورنس کمپنی کی طرف سے عمل کرنے کا طریقہ مقرر کیا گیا ہے۔

اگر درخواست گزار عمل کے کسی بھی مرحلے پر مطمئن نہیں ہے، تو شکایت کرنے کے طریقہ کار کی وضاحت کی گئی ہے۔ کمپنی اس طرح کی شکایات سے کیسے نمٹے گی اس کے لیے انتظامات کیے گئے ہیں۔ اگر درخواست گزار اب بھی مطمئن نہ ہو تو کمپنی کے فیصلوں کے خلاف اپیل کرنے کی دفعات پر بھی بات کی جاتی ہے۔

ضابطے زندگی، جنرل یا ہیلتھ انشورنس کے معاملات میں 'ایگزامینیشن انسٹی ٹیوشن' کے ذریعے منعقد کیے جانے والے انشورنس ایجنسی کے امتحان میں شرکت سے متعلق معلومات فراہم کرتے ہیں، جیسا کہ معاملہ ہو؛ انشورنس ایجنٹ کے طور پر تقرری کے اہل ہونے کے لیے یہ امتحان اتھارٹی کے تجویز کردہ نصاب کے مطابق منعقد کیا جاتا ہے۔ انشورنس کمپنی کی ذمہ داریاں بھی مقرر کی گئی ہیں کہ وہ درخواست دہندہ کو ایجنسی کے امتحان کے لیے اہل ہونے کے لیے کافی انشورنس سے متعلق معلومات کے ساتھ تیار کرنے کے لیے ضروری مدد اور رہنمائی فراہم کرے۔

بیمہ ایجنسی کے امتحان میں کامیاب ہونے والے درخواست دہندہ کو امتحانی ادارہ کی طرف سے پاس ہونے کا سرٹیفکیٹ جاری کیا جائے گا۔ پاسنگ کا سرٹیفکیٹ پہلی بار کسی انشورنس کمپنی میں ایجنٹ کے طور پر تقرری کے لیے بارہ ماہ کی مدت کے لیے لاگو ہوگا۔

ایک امیدوار انشورنس ایجنسی کا امتحان پاس کرنے اور امتحانی ادارے کی طرف سے جاری کردہ لاگو پاسنگ سرٹیفکیٹ رکھنے کے بعد ہی ایجنٹ کے طور پر تقرری کا اہل ہو سکتا ہے۔

C. ایجنٹوں کے لیے ضابطہ اخلاق

ہر ایجنٹ جس ضابطہ اخلاق کی پیروی کرے گا اس پر تفصیل سے بات کی گئی ہے۔ ایجنسی کا شناختی کارڈ دکھا کر اپنی اور اپنی بیمہ کمپنی کی صحیح طریقے سے شناخت کرنے اور کسی ممکنہ کلانٹ کو مانگے جانے پر ایجنسی کا تقرری خط دکھانے کی ذمہ داری جیسے مسائل پر بھی بات کی گئی ہے۔

ضابطہ اخلاق میں ایجنٹوں کی ذمہ داریوں کو تفصیل سے بیان کیا گیا ہے۔ اہم ذمہ داریاں جن سے ایجنٹ کے درخواست دہندگان کو آگاہ ہونا ضروری ہے ذیل میں درج ہیں:

✓ اپنی انشورنس کمپنی کی طرف سے فروخت کے لیے پیش کی جانے والی انشورنس مصنوعات کے بارے میں ضروری معلومات فراہم کریں اور کسی خاص انشورنس پلان کی سفارش کرتے وقت ممکنہ کسٹمر کی ضروریات پر غور کریں۔

✓ فروخت کے لیے دستیاب انشورنس پروڈکٹ کے لیے انشورنس کمپنی کی طرف سے وصول کیے گئے پریمیم کی مکمل تفصیلات دینا؛

✓ فروخت کے لیے دستیاب انشورنس پروڈکٹ کے سلسلے میں کمیشن کے پیمانے بتانا؛

✓ ایک سے زیادہ انشورنس کمپنی کی نمائندگی کرتے وقت احتیاط برتیں جو مصنوعات کی ایک ہی لائن پیش کرتی ہے۔

✓ ممکنہ گاہک کو تجویز فارم میں انشورنس کمپنی کی طرف سے درخواست کی گئی معلومات کی نوعیت اور انشورنس معاہدے کی خریداری میں اہم معلومات کے افشاء کی اہمیت کی وضاحت کریں۔

✓ انشورنس کمپنی کے ساتھ پروپوزل فارم جمع کرانے کے وقت ضروری دستاویزات حاصل کرنے کے لیے؛ اس کے علاوہ، پیشکش کو مکمل کرنے کے لیے بعد میں انشورنس کمپنی کی طرف سے مانگے گئے دیگر دستاویزات حاصل کریں۔

✓ انشورنس کمپنی کو بیمہ کی انڈر رائٹنگ کے لیے تجویز کنندہ کی ہر متعلقہ حقیقت سے آگاہ کریں، بشمول تجویز کنندہ کی منفی عادات یا آمدنی میں تضادات سے متعلق معلومات جو ایجنٹ کے علم میں ہوسکتی ہیں۔

✓ ہر تجویز کنندہ کو پالیسی کے تحت اندراج کرنے کا مشورہ دینا؛

✓ انشورنس کمپنی کی طرف سے پیشکش کو قبول کرنے یا مسترد کرنے کے تجویز کنندہ کو فوری طور پر مطلع کریں؛

✓ پالیسی کی فراہمی سے متعلق معاملات میں اپنے کلائنٹس/پالیسی ہولڈرز کی مدد اور مشورہ؛ اس میں پالیسی کی تفویض، ایڈریس کی تبدیلی یا پالیسی کے تحت دستیاب اختیارات کا استعمال یا پالیسی سے متعلق کوئی دوسری خدمت شامل ہے جیسا کہ ضروری ہو؛

✓ دعویٰ سیٹلمنٹ سے متعلق عمل میں اپنے صارفین/ پالیسی ہولڈرز/دعویداروں/ فائدہ اٹھانے والوں کی مدد کرنا۔

ضابطہ اخلاق یہ بھی بتاتا ہے کہ ایجنٹوں کو کیا نہیں کرنا چاہیے۔ چند اہم چیزیں ہیں جن کے بارے میں ایجنٹ کے درخواست دہندگان کو آگاہ ہونا ضروری ہے جنہیں کرنے سے منع کیا گیا ہے:

انشورنس ایجنٹوں کو درج ذیل کام کرنے سے منع کیا گیا ہے:

✓ بیمہ کمپنی کی طرف سے مجاز نہیں کیے جانے پر بھی انشورنس کاروبار کی درخواست کرنا یا وصولی کرنا۔

✓ پیشکش کرنے والے کو مواد کی معلومات چھپانے یا پیشکش کے فارم میں غلط معلومات فراہم کرنے پر آمادہ کرنا؛

✓ انشورنس پالیسیاں طلب کرنے اور وصول کرنے اور/یا کسی تجویز کنندہ/پالیسی ہولڈر کو متعدد فروخت کے منصوبوں کے بارے میں مطلع کرنے کے لیے متعدد سیلز کا سہارا لینا؛

✓ پیشکش کی شرح، فوائد، شرائط و ضوابط جو اس کی انشورنس کمپنی کی طرف سے پیش کردہ شرائط سے مختلف ہیں؛

✓ انشورنس معاہدے کے تحت فائدہ اٹھانے والے سے انشورنس کی آمدنی کا ایک حصہ طلب کرنا یا وصول کرنا؛

✓ انشورنس کمپنی کی تحریری منظوری کے بغیر انشورنس سے متعلق اشتہارات جاری کرنا۔

ایجنٹوں کو زبانی طور پر پالیسی ہولڈر کو متنبہ کرنا چاہیے اور انہیں نوٹس جاری کرنا چاہیے، تاکہ موصول ہونے والے کاروبار کو محفوظ رکھا جا سکے۔

ایجنٹوں کے خلاف کارروائی:

ایجنٹ کی تقرری کئی وجوہات کی بنا پر منسوخ یا معطل کی جا سکتی ہے۔ کچھ سنگین وجوہات ذیل میں بیان کی جاتی ہیں۔

ایجنٹ کے خلاف مقدمہ چلایا جائے گا اگر وہ:

➤ ایکٹ، قواعد یا ضوابط کے تحت متعلقہ دفعات جو کہ وقتاً فوقتاً ترمیم شدہ ہو اُس کی خلاف ورزی کرتا ہے،

➤ مقررہ ضابطہ اخلاق پر عمل کرنے میں ناکام رہتا /رہتی ہے

➤ تقرری کی شرائط کی خلاف ورزی کرتا ہے،

➤ غلط یا جھوٹی معلومات پیش کرتا ہے،

➤ انشورنس ایجنٹ کی تقرری کے لیے جمع کرائی گئی درخواست میں مادی حقائق کو روکنا یا ظاہر کرنے میں ناکام رہتا ہے،

- انشورنس کمپنی/ اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً ریٹرن پیش نہیں کرتا،
- اتھارٹی کی طرف سے کی جانے والی کسی بھی انکوائری یا معائنہ میں تعاون نہیں کرتا،
- پالیسی ہولڈرز کی شکایات کو دور کرنے میں ناکام، رہتا ہے۔
- انشورنس کمپنی کی جانب سے پالیسی ہولڈرز/تجاویز سے وصول کردہ پیریمیم/نقد کے غبن میں براہ راست یا بالواسطہ ملوث ہے۔

ایسی ایجنسی کی منسوخی/معطلی کے لیے اپنانے کا طریقہ کار اور اس کے مضمرات کو انشورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی (انشورنس ایجنٹس کی تقرری) کے ضوابط، 2016 میں تفصیل سے بیان کیا گیا ہے۔ اس میں ان ایجنٹوں کو بلیک لسٹ کرنے کا انتظام ہے جن کی تقرری ضابطہ اخلاق کی خلاف ورزی اور/یا دھوکہ دہی کی بنیاد پر انشورنس کمپنی کے نامزد افسر کے ذریعہ منسوخ/معطل کر دی گئی ہے۔ اگر انشورنس ایجنٹ کی ایجنسی منسوخ ہو جاتی ہے، تو وہ اس حکم کی تاریخ سے انشورنس ایجنٹ کے طور پر کام کرنا چھوڑ دے گا۔ اتھارٹی "بلیک لسٹڈ ایجنٹس کی مرکزی فہرست" کو برقرار رکھتی ہے جن کی تقرری منسوخ/معطل کر دی گئی ہے۔ معطلی منسوخ ہونے پر اس کا نام بلیک لسٹ سے نکال دیا جاتا ہے۔ انشورنس ایجنٹ کے ذریعہ تقرری کو ترک کرنے/سرنڈر کرنے کی صورت میں عمل کرنے کا طریقہ بھی دیا گیا ہے۔

یہ ضوابط IRDAI کو انشورنس ایجنٹ کے ذریعہ کئے جانے والے انشورنس کاروبار سے متعلق کسی بھی معلومات کو طلب کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ ایجنٹ مقررہ وقت کے اندر ایسی معلومات فراہم کرے گا۔ IRDAI انشورنس ایجنٹ کے معاملات کی چھان بین کے لیے ایک "انکوائری آفیسر" کا تقرر کر سکتا ہے، تاکہ یہ معلوم کیا جا سکے کہ آیا اس نے یہ کاروبار ایکٹ، ضابطوں اور اتھارٹی کی طرف سے وقتاً فوقتاً جاری کردہ ہدایات کے مطابق کیا ہے۔ اس کے علاوہ ایجنٹ کے اکاؤنٹس، ریکارڈ اور دستاویزات کی بھی چھان بین کی جائے گی۔

کلیدی اصطلاح

1. ایجنٹوں کے لیے قواعد کی تعمیل
2. ایجنٹوں کے لیے ضابطہ اخلاق

اپنے آپ کو چیک کریں 1

ان میں سے کون سا قول درست ہے؟

انشورنس ایجنٹ ایسا نہیں کرے گا

- I. بیمہ کنندہ کے ذریعہ کام کرنے کے لئے مقرر کئے بغیر بیمہ کے کاروبار کی درخواست یا خریداری کرے گا۔
- II. تجویز کنندہ کو پروپوزل فارم میں کسی بھی مادی معلومات کو چھپانے کے لیے آمادہ کرنا؛
- III. فروخت کے لیے دستیاب انشورنس پروڈکٹ کے سلسلے میں کمیشن کا پیمانہ بتانا، اگر تجویز کنندہ کی طرف سے مطالبہ کیا جائے؛

IV. پیشکش کی شرح، فوائد، شرائط و ضوابط جو اس کی انشورنس کمپنی کی طرف سے پیش کردہ نرخوں، فوائد، شرائط و ضوابط سے مختلف ہیں

اپنے آپ کو چیک کریں 2

صحیح جواب کا انتخاب کریں

انشورنس ایجنٹ کو اس کی اجازت ہوتی ہے۔

I. کسی دوسرے انشورنس ایجنٹ کی طرف سے دی گئی تجویز میں مداخلت کرنا

II. انشورنس پالیسیاں پوچھنے اور وصول کرنے کے لیے ملٹی لیول سیلز کا استعمال

III. انشورنس معاہدے کے تحت فائدہ اٹھانے والے سے انشورنس کی آمدنی کا ایک حصہ وصول کرنا

IV. فروخت کے لیے پیش کردہ انشورنس پروڈکٹ کے سلسلے میں انشورنس کمپنی کی طرف سے وصول کیے گئے پریمیم کو بتانا۔

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن IV ہے۔