

11

दावे

अध्याय सामग्री	पाठ्यक्रम अध्ययन परिणाम
क) एक मान्य दावे की आवश्यकताएँ	11.1
ख) एक दावा अमान्य क्यों होता है	11.2
ग) मृत्यु के बाद दावाकर्ता के कर्तव्य और दस्तावेजी सबूत	11.3, 11.4
घ) दावा निपटान	11.5
च) दावों में धोखाधड़ी	11.6, 11.7
छ) शून्य और शून्यकरणीय अनुबन्ध	11.8
अध्ययन के उद्देश्य	
<p>इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद आपको निम्नलिखित में सक्षम होना चाहिए :</p> <p>दावे को परिभाषित करना</p> <p>विभिन्न प्रकार के दावों की पहचान करना</p> <p>मान्य दावों की औपचारिकताओं पर चर्चा करना</p> <p>अमान्य दावों की पहचान करना</p> <p>मृत्यु दावा निपटान के लिए प्रस्तुत किये जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों की सूची बनाना</p> <p>शीघ्र मृत्यु दावों का वर्णन करना</p> <p>परिपक्वता, विद्यमानता हित लाभ और मृत्यु दावा निपटान की प्रक्रिया की व्याख्या करना</p> <p>दावों के निपटान से संबंधित आईआरडीए के दिशा निर्देशों को याद रखना</p> <p>धोखाधड़ी वाले दावों को निपटाने के परिणामों को बताना</p> <p>शून्य और शून्यकरणीय अनुबन्ध के बीच के अंतर को समझाना</p> <p>जीवन बीमा में निर्विवादिता खंड को समझाना</p>	

परिचय

जीवन बीमा खरीदने का निर्णय लेते समय, ग्राहक कई कारकों को ध्यान में रखेगा। इन में शामिल हैं:

- उत्पाद के मूल्य
- उत्पाद की विशेषताएँ
- अन्य बीमा और निवेश उत्पादों की तुलना में उत्पाद द्वारा प्रदान की जाने वाली आय
- योजना अवधि, प्रीमियम भुगतान, नकदीकरण आदि के संदर्भ में प्रस्तुत लचीलापन उत्पाद से प्राप्त होने वाले टैक्स लाभ
- कंपनी द्वारा प्रदान की जा रही ग्राहक सेवा का स्तर

यह सभी कारक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, लेकिन एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू जिसपर कुछ लोग ही ध्यान देते हैं, वह है कि बीमा कंपनी किस प्रकार से दावे को स्वीकारती और निबटाती है। एक पॉलिसीधारक के जीवनकाल के दौरान किसी बीमा उत्पाद में क्या कुछ अच्छा है अगर नामित/लाभार्थी/ समनुदेशिती को बीमा कंपनी से उचित समय में और आसानी से दावे प्राप्त नहीं होते? बीमा कंपनी और बीमा पॉलिसी की असली परीक्षा तब होती है, जब पालिसी में दावा उत्पन्न होता है। लोग बीमा इसलिए लेते हैं क्योंकि वे दुर्भाग्य की संभावना को लेकर चिंतित रहते हैं। अधिकतर व्यक्तियों द्वारा बीमा का मूल्य, अंततः उनके दावे को किस प्रकार से निपटाया जाता है इसपर आंका जाता है।

हालांकि, आईआरडीए द्वारा दावे निपटाने के लिए व्यापक दिशा निर्देश जारी किये गये हैं, लेकिन यह प्रत्येक कंपनी और दावा निपटाने वाले उनके कर्मचारियों पर निर्भर करता है कि जब भी कोई दावा उत्पन्न होता है तो वे इसे कैसे शीघ्रता और कुशलता से निपटाते हैं। दावा निपटान अनुपात (सूचित किये गये हर 100 दावों में से कितने दावे निपटाये गये) भी एक मानक है जिस पर एक बीमा कंपनी को परखा जाता है। इसलिए, दावों को स्वीकारना और निपटाना एक महत्वपूर्ण मुद्दा बन गया है।

इस अध्याय में, आप एक बीमा एजेंट के रूप में, दावों के बारे में सभी आवश्यक बातों जैसे उनके प्रकार और उनके निपटारे के विषय में सीखेंगे। आप मान्य और अमान्य दावों के विषय में

और जब आपके ग्राहक की पॉलिसी में दावा उत्पन्न होता है तो आपको क्या करना चाहिये, इस विषय में सीखेंगे।

महत्वपूर्ण शब्दावली		
इस अध्याय में निम्नलिखित शब्दावली और अवधारणाओं का स्पष्टीकरण दिया गया है:		
दावा	परिपक्वता दावे	विद्यमानता हित लाभ भुगतान
मान्य दावा धोखाधड़ी वाले दावे	पॉलिसी जो लागू नहीं निष्प्रभावी दावे	पॉलिसी की शर्तों का उल्लंघन
दावा दस्तावेज सम्पूरक लाभ	शीघ्र मृत्यु दावा	मृत्यु का अनुमान
शून्यकरणीय अनुबंध	निर्विवादित अनुबंध	दावेदार का बयान

प्रीमियम की वापसी (आरओपी) टर्मिनल बोनस

ए एक मान्य दावे की औपचारिकताएँ

एक मान्य दावा के लिए औपचारिकताओं पर चर्चा करने से पहले हम यह देखेंगे कि एक दावा क्या है और दावों के विभिन्न प्रकार क्या हैं।

ए1 दावा क्या है?

दावा एक मांग है कि संबंधित बीमा कंपनी, अनुबंध में किए गए वादे को निभाए। फिर, यह सुनिश्चित कर लेने पर कि दावे के निपटान के लिए सभी शर्तों और औपचारिकताओं का पालन किया गया है, बीमा कंपनी को अनुबंध में उसके लिये निर्धारित किये गये कार्य करने होते हैं, इसको दावे का निपटारा कहते हैं। इस खंड में हम तीन मुख्य प्रकार के दावों पर विचार करेंगे – परिपक्वता दावा, मृत्यु दावा और राइडर लाभ।

ए2 परिपक्वता दावा

कुछ जीवन बीमा योजनाएँ जैसे बंदोबस्ती योजना और आजीवन योजना में, योजना के पूरा होने पर बीमित को एक निर्धारित राशि का भुगतान करने का वादा शामिल रहता है, यदि वे इन योजनाओं की पूरी अवधि तक जीवित रहते हैं। इस राशि को परिपक्वता लाभ राशि या परिपक्वता दावा राशि के रूप में जाना जाता है। परिपक्वता पर देय राशि की गणना, बीमित राशि में जो भी निहित बोनस हो उसे जोड़ कर उसमें से बकाया प्रीमियम यदि हो तो, और ब्याज को घटाकर की जाती है।

कुछ मामलों में, योजना की अवधि के दौरान भुगतान किये गये प्रीमियम को योजना की परिपक्वता पर, लौटा दिया जाता है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा इस योजना को 'प्रीमियम की वापसी' (आरओपी) कहा जाता है।

उदाहरण

अजय ने एक बंदोबस्ती योजना खरीदी है जिसकी बीमित राशि ₹0 25 लाख है और यह 30 वर्षों तक चलेगी। इस योजना की शर्तों के अनुसार, यदि अजय 30 वर्ष के अंत तक जीवित रहता है और सभी प्रीमियमों का भुगतान करता है तो बीमा कंपनी उसे निहित बोनस के साथ (यदि कोई हो), परिपक्वता लाभ राशि या परिपक्वता दावे के रूप में ₹0 25 लाख का भुगतान करेगी।

परिपक्वता पर बीमा कंपनी, अजय को अर्जित बोनस के साथ एक बार देय टर्मिनल बोनस(जो हर वर्ष घोषित दर के अनुसार दिया जाता है) का भुगतान भी कर सकती है। यह बोनस, पॉलिसीधारक को प्रोत्साहित करने के लिए होता है ताकि वह पॉलिसी को पूरी अवधि के लिए जारी रखे और प्रीमियम का नियमित रूप से समय पर भुगतान करता रहे।

टर्मिनल बोनस को अंतिम अतिरिक्त बोनस (एफएबी) या लॉयल्टी या परसिसटेन्सी बोनस के रूप में भी जाना जाता है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा यह पॉलिसी की शुरुआत में निर्धारित किया जा सकता है या वैकल्पिक रूप से यह पॉलिसी की अवधि में बीमा कंपनी के वित्तीय प्रदर्शन पर निर्भर करेगा। यह एक निर्दिष्ट अवधि (आमतौर पर कम से कम 15 वर्ष) के दौरान प्रीमियम का भुगतान नियमित रूप से किये जाने की दशा में दिया जाता है।

बीमा कंपनी, यूलिप में, योजना अवधि के अंत में, निधि मूल्य (या कुछ निधि मूल्य और बीमा राशि), परिपक्वता दावे के रूप में, या धन-वापसी पॉलिसी में, पॉलिसी की अवधि के दौरान प्राप्त उत्तरजीविता लाभ को घटाकर भुगतान करती है।

ए2ए उत्तरजीविता लाभ भुगतान

धन-वापसी पॉलिसियों के लिए बीमा कंपनी, पॉलिसी की अवधि के दौरान, विशिष्ट अवधि के बाद पॉलिसीधारक को निर्धारित भुगतान करती है। इन भुगतानों को उत्तरजीविता लाभ के रूप में जाना जाता है।

उदाहरण

अजय ने 20 साल के लिए रु0 20 लाख की बीमित राशि की एक धन-वापसी पॉलिसी खरीदी है, जो प्रत्येक पांच वर्ष बाद, उत्तरजीविता लाभ के रूप में, बीमा राशि का 25% का भुगतान करने का वादा करती है। इस मामले में बीमा कंपनी अजय को 5, 10, 15 और 20 साल के अंत में प्रत्येक बार रु0 5 लाख का भुगतान, उत्तर जीविता लाभ के रूप में करेगी। अगर पॉलिसी, एक सहभागिता पॉलिसी है तो बीमा कंपनी, 20वें वर्ष के अंत में, अंतिम भुगतान के साथ, निहित बोनस का भुगतान भी करेगी।

इस पर विचार करें

एक उत्तरजीविता दावा किस प्रकार से परिपक्वता दावे से भिन्न है ?

ए2बी घटी हुई बीमा राशि (चुकता मूल्य)

कभी कभी, किसी पॉलिसी की अवधि के दौरान पॉलिसीधारक को वित्तीय समस्याओं का सामना करना पड़ सकता है और वह प्रीमियम भुगतान जारी रखने की स्थिति में नहीं भी हो सकता है। ऐसी परिस्थिति में, पॉलिसी को समर्पण करने के बजाय पॉलिसीधारक के पास उसे चुकता मूल्य में बदलने का विकल्प होता है। ऐसी पॉलिसी के परिपक्व होने पर बीमा कंपनी द्वारा, आनुपातिक रूप से घटी हुई बीमा राशि का भुगतान किया जाता है।

ए2सी बड़ा दावे

बड़ा दावे वे विकल्प हैं जिनका प्रयोग, पॉलिसीधारक पॉलिसी की परिपक्वता की तारीख से एक वर्ष के भीतर करता है।

ए2डी किष्टों का नकदीकरण

वार्षिकी योजनाओं के लिए, नियमित/सावधिक वार्षिकी भुगतान प्राप्त करने से पहले, एक मुश्त राशि निकाल सकता है। इसे नकदीकरण के रूप में जाना जाता है। आम तौर पर बीमा

कंपनियों किसी व्यक्ति को संचित निधि के एक तिहाई भाग की निकासी के लिए अनुमति देती हैं। संचित निधि का शेष दो तिहाई भाग, व्यक्ति के लिए वार्षिकी खरीदने के लिए उपयोग किया जाना चाहिए।

ए2ई वार्षिकी निहित होने पर भुगतान

बीमा कंपनी द्वारा वार्षिकियों के मामले में, निहित होने पर, वार्षिकी ग्राही को नियमित वार्षिकी भुगतान शुरू किया जाता है। यह भुगतान मासिक, त्रैमासिक, अर्द्ध वार्षिक अथवा वार्षिक होगा जो योजना के नियमों और शर्तों पर निर्भर करता है।

ए3 मृत्यु दावे

एक मृत्यु दावा वह है जहां योजना की अवधि के दौरान बीमित की मृत्यु पर जीवन बीमा कंपनी उसके द्वारा नामांकित/लाभार्थी व्यक्ति को बीमा राशि का भुगतान करती है। आजीवन पॉलिसियों में, मृत्यु पर बीमा राशि का भुगतान किया जाता है, मृत्यु चाहे जब भी हो यानी कोई तय समयावधि नहीं होती है। अगर सहभागिता पॉलिसी है तो बीमा कंपनी तब तक निहित बोनस का भी भुगतान करेगी। अगर पॉलिसीधारक द्वारा कोई ऋण लिया गया है तो ऋण, ब्याज और बकाया प्रीमियम और ब्याज, यदि हो, को काट कर दावा राशि का भुगतान किया जाता है।

उदाहरण

अजय ने 20 साल के लिए रु0 25 लाख बीमित राशि का बीमा खरीदा है। पॉलिसी के 13वें साल में उसकी मृत्यु हो जाती है। ऐसी परिस्थिति में बीमा कंपनी, अजय द्वारा नामित/लाभार्थी व्यक्ति को रु0 25 लाख की बीमा राशि का भुगतान, मृत्यु दावा के रूप में करेगी।

ध्यान रखें

यूलिप के मामले में, यदि बीमित की मृत्यु हो जाती है तो बीमा कंपनी, बीमित राशि या निधि मूल्य, जो भी अधिक हो (या कुछ बीमा कंपनियों, शर्तों के अनुसार, निधि मूल्य और बीमा राशि दोनों) का भुगतान करती हैं।

- ऐसी भी कुछ पॉलिसियाँ हैं जिनमें मृत्यु पर बीमित राशि का भुगतान, नहीं किया है बल्कि पॉलिसी लेते समय, बीमित द्वारा निर्धारित तिथि पर भुगतान किया जाता है। उदाहरण के लिए, जब पॉलिसी लेने का उद्देश्य बेटी की शादी या बेटे की उच्च शिक्षा

के लिए एक मुश्त राशि प्राप्त करना है वहाँ बीमित राशि का भुगतान बीमित की मृत्यु पर नहीं बल्कि निर्धारित तिथि पर भुगतान देय होता है। उदाहरण के लिए:

- जब पुत्र/पुत्री 18 या 21 वर्ष की आयु के हो जाएंगे।

निसंदेह, यह पॉलिसी के नियम और शर्तों और प्रस्तावक द्वारा चयनित विकल्प के अनुसार होता है।

ए4 राइडर लाभ

बीमा कंपनी द्वारा, एक राइडर के तहत, किसी निर्दिष्ट घटना के घटित होने पर, राइडर के नियमों और शर्तों के अनुसार, भुगतान किया जाता है। उदाहरण के लिए:

दुर्घटना से मृत्यु होने पर लाभ (एडीबी) संबंधी राइडर के तहत, दुर्घटना से बीमित की मृत्यु की स्थिति में, बीमित को बीमाधन के बराबर एक अतिरिक्त राशि का भुगतान किया जाता है।

गंभीर बीमारी (सीआई) संबंधी राइडर के तहत, किसी गंभीर बीमारी का पता लगने की स्थिति में, राइडर के नियमों और शर्तों के अनुसार, एक निर्धारित राशि का भुगतान किया जाता है। वह बीमारी, बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट सीआई की सूची में शामिल होनी चाहिए (यह सूची अलग-अलग बीमा कंपनियों में अलग-अलग हो सकती है)।

अस्पताल में देखभाल संबंधी राइडर के तहत, बीमित के अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में, बीमा कंपनी, राइडर के नियमों और शर्तों के अधीन, बीमित के उपचार की लागत का भुगतान करती है।

राइडर संबंधी अपने ज्ञान को ताज़ा करने के लिए अध्याय 7, अनुभाग B3 को पढ़ें।

ए5 मान्य दावा

बीमा कंपनी जब एक दावे की सूचना प्राप्त करती है, तो वह भुगतान करने से पहले, यह सुनिश्चित करना चाहेगी कि दावा मान्य हो। इस कार्य के लिए, बीमा कंपनी निम्नलिखित की जाँच करेगी :

- क्या घटना होने के समय बीमा पॉलिसी प्रभावी थी ?
- क्या बीमित घटना घटित हुई है ?

- क्या पॉलिसी के मूल दस्तावेज, पूर्ण रूप से भरे दावा प्रपत्र तथा अन्य सभी आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत किये गये हैं?
- क्या पॉलिसीधारक ने आयु और पॉलिसी से संबंधित अन्य प्रासंगिक तथ्यों का प्रकटन किया है? बीमा कंपनी द्वारा दावा निपटान की प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, इनकी जांच की जाएगी।

उदाहरण

बीमा कंपनी जांच करेगी कि पॉलिसीधारक ने अपनी सही आयु की घोषणा की है और उसकी पुष्टि के लिये मान्य आयु प्रमाण दिया है। अगर यह एक शीघ्र दावा है (पॉलिसी खरीदने या पॉलिसी के पुनर्जीवीकरण के 2 से 3 साल के भीतर मृत्यु हो जाती है) तो बीमा कंपनी यह जांच करेगी कि बीमा को बेहतर शर्तों पर पाने के लिए, बीमित द्वारा किसी प्रासंगिक/सारवान तथ्य को छुपाया तो नहीं गया है, उदाहरण के लिए, उनके स्वास्थ्य के बारे में या पहले से मौजूद बीमारी। यदि आप प्रासंगिक/सारभूत तथ्यों के अपने ज्ञान को ताज़ा करना चाहते हैं तो अध्याय 3, भाग 1 में इन पर की गयी चर्चा को देखें।)

- क्या दावा सही व्यक्ति(यों) द्वारा किया गया है अर्थात् वह व्यक्ति दावा राशि प्राप्त करने के हकदार है ? यह व्यक्ति नामित, विधिक उत्तराधिकारी या समनुदेशिती हो सकता है।
- क्या एक दावे के मान्य होने के लिए आवश्यक अन्य सभी औपचारिकताएं पूरी की जा चुकी हैं?

सुझाव

अपने परिवार या दोस्तों से पता करें कि उनमें से किसी ने, किसी जीवन बीमा कंपनी पर दावा किया है। उनसे दावों की प्रक्रिया और दावा निपटाने के लिए प्रस्तुत किये गये आवश्यक दस्तावेजों के बारे में पूछें।

प्रश्न 11.1

दावे के तीन मुख्य प्रकार क्या हैं?

बी एक दावा अमान्य क्यों हो सकता है

जब बीमा कंपनी अपनी जांच पूरी कर लेती है तो वह ये निष्कर्ष निकाल सकती है कि उसे दावे के भुगतान की जरूरत नहीं है क्योंकि, दावा **अमान्य** है। तीन मुख्य परिस्थितियों में यह संभव है:

<p>पॉलिसी चालू नहीं है:</p>	<p>यदि घटना के समय पॉलिसी चालू नहीं है तो बीमा कंपनी दावे को अस्वीकार कर देगी</p>	<p>उदाहरण: अजय ने 20 साल के लिए एक अवधि बीमा योजना ली है। वह हर साल पहली अप्रैल को वार्षिक प्रीमियम का भुगतान करता है। तीसरे साल में उसे एक गंभीर दिल का दौरा पड़ता है। अस्पताल के बड़े बिल की वजह से वित्तीय समस्याओं के कारण, अजय के लिए समय पर प्रीमियम का भुगतान करना संभव नहीं होता है। उसकी वित्तीय समस्याएं उम्मीद से अधिक लंबे समय तक चलती रहती हैं और वह अनुग्रह अवधि के दौरान भी प्रीमियम का भुगतान करने में सक्षम नहीं हो पाता। अजय का स्वास्थ्य कमजोर होता जाता है और 15 मई को उसकी मृत्यु हो जाती है।</p> <p>अजय द्वारा नामांकित व्यक्ति बीमा कंपनी में दावा</p>
------------------------------------	---	---

		<p>प्रस्तुत करता है लेकिन कंपनी दावा खारिज कर देती है क्योंकि प्रीमियम का भुगतान, अनुग्रह अवधि के दौरान भी, न होने के कारण, पॉलिसी लागू नहीं थी।</p>
<p>अपवर्जित शर्तें लागू होना:</p>	<p>यदि पॉलिसी के तहत आवरित जोखिमों के कारणों के अतिरिक्त किसी कारण से मृत्यु होती है तो दावा नहीं मिलेगा।</p>	<p>उदाहरण: बीमा पॉलिसियों, पहले वर्ष के दौरान आत्महत्या से हुई मृत्यु को दावे की सीमा से बाहर रखती हैं, इसलिए उस पॉलिसीधारक को, जो पॉलिसी के पहले वर्ष में आत्महत्या कर लेता है, मृत्यु दावा बीमा कंपनी द्वारा खारिज कर दिया जाएगा।</p>
<p>धोखाधड़ी पूर्ण दावा:</p>	<p>यदि, जांच के दौरान, बीमा कंपनी को पता चलता है कि बीमित द्वारा जान – बूझकर किसी प्रासंगिक/सारभूत तथ्य को छुपाया गया है तो वह बीमा दावा को अस्वीकार कर देंगी।</p>	<p>उदाहरण: यदि बीमा कंपनी को पता चलता है कि पॉलिसी लेने के समय बीमित द्वारा बतायी गयी आयु गलत है या बीमित किसी ऐसी बीमारी से पीड़ित था जिसे उसने जान – बूझकर प्रकट नहीं किया है तो बीमाकर्ता, गलत बयान के आधार पर</p>

		दावा अस्वीकार कर सकते हैं।
--	--	----------------------------

सुझाव

इंटरनेट से खोजकर कुछ ऐसे जीवन बीमा मामलों के बारे में पता लगाईये जिनमें बीमा कंपनी द्वारा दावा इसलिए खारिज कर दिया गया हो क्योंकि उनके विचार से दावा विभिन्न कारणों से अमान्य था। उन मामलों का अध्ययन करें।

सी मृत्यु उपरान्त दावेदार के कर्तव्य और दस्तावेजी साक्ष्य

जाहिर है, जब तक बीमा कंपनी को मृत्यु के बारे में पता नहीं चलेगा, वह बीमा राशि का भुगतान नहीं करेगी। इसलिए सबसे पहली आवश्यक बात यह है कि बीमित की मृत्यु के बाद बीमा कंपनी को सूचित किया जाय। यह सूचना, नामित व्यक्ति, समनुदेशिती, रिश्तेदार, व्यक्ति के नियोक्ता, या बीमा एजेंट द्वारा भेजी जा सकती है। हालांकि, मृत्यु की सूचना मात्र पर्याप्त नहीं है – बीमा कंपनी को प्रमाण की आवश्यकता होगी, केवल इस बात का ही नहीं है कि वास्तव में मृत्यु हुई है बल्कि इस बात का भी कि बीमा कंपनी द्वारा मृत व्यक्ति के जीवन का बीमा किया गया था। इसलिए, दावेदार का अगला कर्तव्य है कि वह ये सुनिश्चित करे कि बीमा कंपनी को निम्नलिखित दस्तावेज प्राप्त हों जाएं:

- पॉलिसी दस्तावेज़ (खोई पॉलिसियों पर अनुभाग ई देखें)
- समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन के अभिलेख : अगर पॉलिसी समनुदेशित की जा चुकी है तो बीमा कंपनी को इसका पता होना चाहिए जिससे वह सही व्यक्ति को भुगतान कर सकें। (समनुदेशन पर अपने ज्ञान को ताज़ा करने के लिए अध्याय 3, भाग 2, भाग एच 4 बी को पढ़ें।)
- आयु का प्रमाण, यदि पहले से आयु स्वीकार नहीं की गयी है।
- मृत्यु प्रमाण पत्र (मृत्यु का साक्ष्य)
- दावेदार के बयान
- एकल-स्वामित्व के विधिक साक्ष्य, यदि पॉलिसी को समनुदेशित या नामांकित नहीं किया है।

- बीमा कंपनी के द्वारा भेजा गया डिस्चार्ज फार्म, निष्पादन और प्रमाणन के साथ बीमा कंपनी को लौटाना चाहिए।

सी1 शीघ्र मृत्यु दावे

यदि दावा जोखिम प्रारंभ या उसके पुनरुज्जीवन की तारीख से तीन साल के भीतर होता है, तो सामान्य रूप से बीमा कंपनियों इसे शीघ्र मृत्यु दावे के रूप में वर्गीकृत करती हैं। ऐसे मामलों में बीमा कंपनियों एक विस्तृत जांच करती हैं। यह सुनिश्चित करने के लिए कि प्रस्ताव/पुनरुज्जीवन के समय कोई सारभूत तथ्य छुपाया तो नहीं गया है, बीमा कंपनियों, अतिरिक्त दस्तावेज की मांग कर सकती हैं। इन दस्तावेजों में शामिल हैं:

- पिछले चिकित्सा अधिकारी, जिसने मृत्यु से पहले मृतक का इलाज किया हो, उसकी रिपोर्ट जिसमें मृतक की बीमारी और किये गये इलाज के विषय में जानकारी हो।
- अस्पताल के चिकित्सक का बयान, यदि मृतक को अस्पताल में भर्ती कराया गया था
- उस व्यक्ति का बयान जिसने मृतक के अंतिम संस्कार में भाग लिया था और शव को देखा था
- मृतक द्वारा ली गयी छुट्टियों की जानकारी देते हुए नियोक्ता का बयान (यदि मृतक सेवारत था)

अगर बीमित व्यक्ति की अप्राकृतिक मृत्यु होती है, जैसे दुर्घटना में, आत्महत्या या किसी अज्ञात कारण से, तो निम्नलिखित दस्तावेजों को भी देखा जाएगा :

- पुलिस को की गयी प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर)
- पंचनामा (जांच)
- फोरेंसिक रिपोर्ट
- पोस्टमार्टम रिपोर्ट, और
- कोरोनर की रिपोर्ट

प्रारंभिक साक्ष्य के आधार पर, एक विशेष जांच का आदेश दिया जा सकता है।

उदाहरण

अजय ने, पच्चीस लाख रुपये के कवर के लिए 25 साल की अवधि के लिए, एक बंदोबस्ती बीमा योजना खरीदी है। आइये देखें कि कैसे विभिन्न परिदृश्यों में दावों को देखा जाएगा :

क) पॉलिसी खरीदने के पहले तीन वर्षों के भीतर अजय की मृत्यु हो जाती है। जीवन बीमा कंपनी द्वारा उनकी मृत्यु को शीघ्र मृत्यु दावा माना जाएगा। बीमा कंपनी, दावा निपटाने से पहले, सामान्य से अधिक विस्तृत जांच करती है। सामान्य आवश्यक दस्तावेजों और पूर्ण दावा प्रपत्र की जांच करने के अतिरिक्त, दावा निपटाने के लिए, बीमा कंपनी, मृत्यु से पहले अजय का इलाज करने वाले अंतिम चिकित्सक से जानकारी ले सकती है।

ख) अजय, सभी प्रीमियम का नियमित रूप से समय पर भुगतान करता है और पॉलिसी के 7 वें वर्ष में उसकी मृत्यु हो जाती है। जीवन बीमा कंपनी द्वारा उनकी मृत्यु को एक सामान्य दावा के रूप में माना जाएगा। अजय द्वारा नामांकित व्यक्ति/विधिक उत्तराधिकारी को पूर्ण रूप से भरे दावा प्रपत्र के साथ दस्तावेजों के नियमित सेट प्रस्तुत करने होंगे। बीमा कंपनी, विस्तृत जांच करे बिना, उचित समयावधि में दावा निपटान करेगी, बशर्ते दावा वैध हो।

ग) अजय, पॉलिसी के 5वें वर्ष में प्रीमियम का भुगतान करने में असमर्थ हो जाता है और पॉलिसी लैप्स हो जाती है। वह पॉलिसी के 6वें साल में पॉलिसी को पुनरुज्जीवित कराता है और पॉलिसी के 7 वें वर्ष में उसकी मृत्यु हो जाती है। इस दावे को सामान्य मृत्यु दावे से अलग माना जाएगा। हालांकि, पॉलिसी के 7वें वर्ष में उसकी मृत्यु होती है परन्तु जीवन बीमा कंपनी अभी भी इसे शीघ्र मृत्यु दावे के रूप में मानेगी क्योंकि अजय की मृत्यु, पॉलिसी के पुनरुज्जीवन के एक वर्ष के अन्दर हुई है। बीमा कंपनी, परिदृश्य क) के समान, दावा निपटाने से पहले सामान्य से अधिक विस्तृत जांच करेगी।

प्रश्न 11.2

मृत्यु दावे की पुष्टि में आवश्यक दस्तावेज क्या हैं?

डी दावा निपटान

खंड अ में हमने परिपक्वता और मृत्यु दावों के विषय में जाना और इस खंड में हम और अधिक विस्तार से देखेंगे कि कैसे इन दावों को निपटाया जाता है। तथापि ऐसा करने से पहले, हम आईआरडीए द्वारा दावे निपटाने हेतु निर्धारित दिशा निर्देशों पर विचार करेंगे क्योंकि ये दावा निपटान के लिए आधार प्रदान करते हैं।

डी 1 दावा निपटान के संबंध में आईआरडीए के दिशा निर्देश

इस अध्याय के परिचय में हमने देखा कि आईआरडीए ने दावों के निपटान के लिए दिशा निर्देश निर्धारित किये हैं। यह आईआरडीए (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 में उल्लिखित हैं जो इस प्रकार हैं.

जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावों की प्रक्रिया

1. आम तौर पर जीवन बीमा कंपनी किसी जीवन बीमा पॉलिसी में दावे की पुष्टि के लिये दावेदार द्वारा प्रस्तुत किये जाने वाले अपेक्षित प्राथमिक दस्तावेज की जानकारी देगी।
2. जीवन बीमा कंपनी, दावा प्राप्त होने पर, विलम्ब किये बिना दावा प्रक्रिया प्रारम्भ करेगी। कोई भी प्रश्न या अतिरिक्त दस्तावेज की आवश्यकता, जहां तक संभव हो, टुकड़ों में नहीं बल्कि एक साथ, दावे की प्राप्ति के 15 दिनों की अवधि के भीतर. मांगी जाएगी।
3. जीवन बीमा पॉलिसी के तहत सभी प्रासंगिक दस्तावेज और आवश्यक स्पष्टीकरण की प्राप्ति की तारीख से 30 दिनों के भीतर, या तो दावे का भुगतान किया जाएगा अथवा सभी प्रासंगिक कारणों को बताते हुए दावा विवादित होने की जानकारी दी जाएगी। जहां, बीमा कंपनी के विचार से किसी दावे की जांच की आवश्यकता है, तो ऐसी जांच को जल्द से जल्द शुरू करके पूर्ण किया जाएगा, जो किसी भी मामले में, दावा दर्ज कराने के समय से 6 महीने से अधिक नहीं होगा।
4. अधिनियम की धारा 47 के प्रावधानों के अधीन, जब दावा भुगतान स्वीकृत कर लिया गया है लेकिन किन्हीं कारणों से, आदाता की समुचित पहचान न होने के कारण, भुगतान नहीं किया जा सकता तो जीवन बीमा कंपनी आदाता के लाभ के लिए राशि को सुरक्षित रखेगी और इस तरह की राशि पर किसी अनुसूचित बैंक के बचत खाते पर लागू दर पर ब्याज देय होगा (सभी कागजात और जानकारी के प्रस्तुत किये जाने के 30 दिन के बाद प्रभावी)।
5. जहाँ उप विनियमन (4) द्वारा कवर किये गये कारणों के अतिरिक्त अन्य कारणों से बीमा कंपनी की ओर से दावा निपटान प्रक्रिया में विलम्ब होता है तो जीवन बीमा कंपनी, उस वित्तीय वर्ष की शुरुआत में (जिसमें दावे की समीक्षा की गयी है) दावा राशि पर, प्रचलित बैंक ब्याज दर से 2% अधिक ब्याज का भुगतान करेगी।

अब जब हमने सभी दावों के निपटान की रूपरेखा समझ ली है, हम आगे, विभिन्न दावों के प्रकारों पर विचार कर सकते हैं।

डी 2 परिपक्वा दावा

सामान्य रूप से परिपक्वता दावों पर बीमा कंपनी स्वयं ही कार्यवाही शुरू करती है। वह अपने रिकॉर्ड के आधार पर हर माह सामान्य रूप से परिपक्व होने वाली पॉलिसियों से संबंधित सूचना अग्रिम रूप से बीमित व्यक्ति को भेज देते हैं। तब बीमित व्यक्ति अनुभाग स में वर्णित कार्यवाही करता है। फिर भुगतान करने से पहले, बीमा कंपनी खुद को संतुष्ट करेगी कि

मूल पालिसी सौंप दी गयी	→	पालिसी धारक की पहचान सिद्ध हो गयी	→	डिस्चार्ज फार्म विधिवत भरा हुआ है	→	सही आयु स्वीकृत है और संबंधित प्रमाणपत्र जमा है	→	सभी प्रिमियम समय पर अदा किये गये हैं और कोई बकाया नहीं	→	कोई समनुदेशन नहीं है
------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------	---	---	---	--	---	----------------------

बीमा कंपनी से अपेक्षा की जाती है कि वह परिपक्वता तिथि पर भुगतान करें। आमतौर पर परिपक्वता की तारीख से कुछ दिनों पूर्व उत्तर दिनांकित चेक, पहले भेजे जाते हैं, बशर्त हस्ताक्षरित उन्मोचन बाउचर प्राप्त हो गया हो।

अगर पॉलिसी की खोने की सूचना दी गयी है, तो बीमाकर्ता क्षतिपूर्ति अनुबंध (अनुभाग ई देखें) के आधार पर निपटान कर सकता है। यह इसलिए संभव है क्योंकि पॉलिसी के तहत आगे कोई दायित्व नहीं बचते हैं।

समनुदेशित पॉलिसियों

ध्यान रखें

परिपक्वता दावों के मामले में, दावा भुगतान समनुदेशिती को किया जाएगा।

अगर समनुदेशन सशर्त है, जिसके अंतर्गत परिपक्वता पर पॉलिसीधारक के पक्ष में स्वत्वाधिकार लौटता हो तो बीमा कंपनी पॉलिसीधारक को भुगतान कर सकती है। फिर भी, यह विवेकपूर्ण होगा कि पहले यह जाँच कर लें कि समनुदेशिती पर कोई बकाया तो नहीं है।

ध्यान रखें

निपटान विकल्प: कुछ परिपक्वता दावे (उदाहरण के लिए यूलिप के मामले में) पॉलिसीधारक द्वारा चुनी गयी परिपक्वता की तारीख पर देय न होकर बाद में और किशतों में, एक मुश्त राशि के रूप में नहीं, देय होते हैं। इसे निपटान विकल्प के रूप में जाना जाता है। पॉलिसीधारक को यह विकल्प, पॉलिसी परिपक्व होने से पहले, अग्रिम रूप में चुनना पड़ेगा। जबकि, निपटान का निर्णय परिपक्वता की तारीख से पहले लिया जा सकता है, निपटान की प्रक्रिया, परिपक्वता तारीख के बाद कुछ वर्षों तक जारी रहेगी।

डी 3 उत्तरजीविता लाभ के भुगतान

उत्तरजीविता लाभ के भुगतान की प्रक्रिया परिपक्वता दावों के भुगतान के समान है। बीमाकर्ता द्वारा कार्यवाही शुरू की जाएगी और उत्तर दिनांकित चेक अग्रिम रूप से भेजे जाएंगे।

यदि पॉलिसी खोने की सूचना मिले तो डुप्लीकेट पॉलिसी जारी की जा सकती है जिसपर उत्तरजीविता लाभ के भुगतान विवरण को पृष्ठंकित किया जाएगा। धोखाधड़ी के दावों पर आगे अनुभाग ई देखें।

डी 4 मृत्यु के दावे

पहले दो प्रकारों के दावों के विपरीत, यहाँ दावेदार द्वारा प्रक्रिया शुरू की जाती है जो बीमा कंपनी को बीमित की मृत्यु की सूचना देगा। तब बीमा कंपनी, प्रासंगिक दस्तावेजों (अनुभाग सी देखें) की मांग करेगी, उसकी जांच करेगी और यदि आवश्यक समझे तो आगे की जांच करेगी। एक बार जब वह संतुष्ट हो जाती है कि दावा मान्य है तो निर्धारित समय सीमा के भीतर, विधिक उत्तराधिकारी या लाभार्थी को बीमा राशि का भुगतान कर देती है अर्थात् दावे का निपटान कर दिया जाता है।

प्रश्न 11.3

आईआरडीए के दिशा निर्देशों के अनुसार, किसी बीमा कंपनी को कितने समय में दावे की जांच पूरी करनी होती है?

ई धोखाधड़ी युक्त दावे

बीमे में अनुचित वित्तीय लाभ के लिए बीमा का उपयोग करने के प्रयास को धोखाधड़ी युक्त दावा कहते हैं। बीमा धोखाधड़ी में फर्जी दावे और तथ्यों की गलत बयानी शामिल है।

ध्यान रखें

पॉलिसी का खो जाना

बीमा कंपनियों, परिपक्वता दावा निपटाने में अत्यंत सावधानी बरतती हैं। कभी कभी मूल पॉलिसी खोने की सूचना मिलती है। इस परिस्थिति में यह सावधानी बरतनी चाहिए कि कोई धोखा देने का प्रयास नहीं कर रहा हो, या ऋण लेने के लिए कहीं गिरवी तो नहीं रखा गया है। लेकिन अगर पॉलिसी वास्तव में खो गई है तो सावधानी के लिए, समाचार पत्रों में एक विज्ञापन के साथ, क्षतिपूर्ति अनुबंध के आधार पर दावा निपटान संभव है।

क्षतिपूर्ति अनुबंध, दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित, एक बयान के रूप में होता है कि यदि मूल पॉलिसी का पता लगता है और किसी अन्य पार्टी द्वारा स्वामित्व के साक्ष्य प्रस्तुत किए जाते हैं तो वह, उसे किए गए भुगतान के लिए बीमा कंपनी की प्रतिपूर्ति करेगा।

ई1 धोखाधड़ी के परिणाम

अगर धोखाधड़ी का पता नहीं लगता है और किसी धोखाधड़ी के दावा का भुगतान किया जाता है तो बीमा कंपनी, बीमित और धोखेबाज दावेदार के लिए प्रत्यक्ष परिणाम इस प्रकार है:

बीमा कंपनी के लिए परिणाम

- एकल बीमा कंपनी जो धोखाधड़ी का पता लगाने और उसके निवारण को गंभीरता से नहीं लेती, तो इसके परिणामस्वरूप उन्हें लाभ में कमी होगी। उनके दावे का मूल्य बढ़ जाएगा जिसका असर प्रीमियम पर होगा, जिससे वह बाजार में कम प्रतिस्पर्धी हो जाएंगे।
- इसके अतिरिक्त, एक दूसरे की बातों से, अन्य धोखेबाजों को पता लग जाएगा कि कौन सी बीमा कंपनियाँ, दावे का भुगतान करने से पहले भली-भांति जाँच नहां करती जिससे इस प्रकार के दावों में वृद्धि होगी।

बीमाकृत के लिए परिणाम

- वो बीमाकृत व्यक्ति जो धोखाधड़ी नहीं करते, वे भी धोखाधड़ी के दावों के भुगतान करने के कारण पीड़ित होंगे।
- यह इसलिए होगा क्योंकि प्रीमियम में वृद्धि होगी जिससे न केवल वे व्यक्ति जिन्होंने धोखाधड़ी के दावें किए हैं बल्कि सभी पॉलिसीधारकों पर प्रभाव पड़ेगा। आपको स्मरण होगा कि बीमा कंपनी यह सुनिश्चित करने का प्रयास करती है कि प्रस्तुत जोखिम के समूह के लिए, प्रत्येक बीमाकृत व्यक्ति उचित प्रीमियम दे। धोखाधड़ी के दावों के कारण इसका अनुपालन नहीं हो पाएगा।

धोखेबाज दावेदार के लिए परिणाम

धोखाधड़ी युक्त दावे का भुगतान हो जाने पर, धोखेबाज दावेदार के लिए परिणाम स्पष्ट हैं। यदि, कोई दावेदार धोखाधड़ी युक्त दावे का भुगतान पाने में सफल हो गया है तो उसे इस व्यवस्था को भविष्य में जारी रखने का लालच होगा।

ई2 मृत्यु दावे के निपटान के समय सावधानी

मृत्यु दावे की प्रकृति ऐसी हैं जहां सबसे अधिक धोखाधड़ी होती है और इसलिए बीमा कंपनियों, इनके निपटान में अधिक सतर्क होती हैं। निम्नलिखित कुछ संकेत हैं जिससे मृत्यु दावे के धोखाधड़ी के बारे में पता चल सकता है।

- यदि मृत्यु की सूचना एक अजनबी से प्राप्त होती है तो यह पूछना युक्तिसंगत है कि 'यह सूचना परिवार के किसी सदस्य या रिश्तेदार से क्यों नहीं आयी ?'
- दावे के निपटान की प्रगति के बारे में बहुत अधिक पूछताछ किये जाने पर संदेह उठना चाहिए।
- यदि मृत्यु की सूचना, मृत्यु की तिथि के तीन साल बाद प्राप्त होती है, तो संदेह होने का कारण है। ऐसे परिदृश्य में, सभी मामलों में, शीघ्र मृत्यु के दावों की जांच के समान ही जांच वांछनीय है जिससे धोखाधड़ी की संभावना से बचा जा सके। यदि दावा प्रस्तुत करने में देरी के कारण संतोषजनक नहीं हैं तो दावा 'काल वर्जित है' की दलील दी जा सकती है।

जबकि बीमा कंपनियों को, सद्विश्वास में, दावा निपटान में तेजी लानी चाहिए, पॉलिसीधारक के प्रीमियम और अपनी कंपनी के वित्त के लिये एक ट्रस्टी के रूप में, हमेशा धोखाधड़ी को रोकने की कार्यवाही करनी चाहिए। इस संतुलन को बनाए रखा जाना चाहिए।

ई3 मृत्यु की परिकल्पना

दावा निपटान के लिए मृत्यु का प्रमाण आवश्यक है। लेकिन, कभी कभी किसी व्यक्ति के ठिकाने के बारे में कोई भी जानकारी न होने पर, उसके लापता होने की सूचना दी जाती है। इस तरह के व्यक्ति के जीवन बीमा का क्या होता है – क्या दावा स्वीकार किया जा सकता है या बीमा कंपनी को शक होगा कि ऐसे सभी दावे फर्जी हैं?

भारतीय साक्ष्य अधिनियम 1872 की धारा 107 और 108, में मृत्यु की परिकल्पना के विषय में उल्लेख है। इस अधिनियम के अंतर्गत, यदि कोई व्यक्ति के बारे में सात साल तक सुना न गया हो तो उसे मृत मान लिया जाता है। इससे जीवन बीमा कंपनी के दावा निबटान संबंधी कार्यों पर निम्न प्रभाव पड़ता है :

यदि नामिति या उत्तराधिकारी का कथन है कि बीमित व्यक्ति लापता है और उसे मृत मान लिया जाना चाहिए, तो बीमा कंपनियों इस संबंध में किसी सक्षम न्यायालय से आदेश लाने पर जोर देती हैं।

यदि इस संबंध में यथोचित एवं सुदृढ़ साक्ष्य मिलें कि बीमित व्यक्ति किसी विशिष्ट या घातक दुर्घटना या खतरे के कारण जीवित नहीं बचा होगा तो न्यायालय के आदेश के बिना बीमा कंपनी स्वतः अपने विवेक से कार्यवाही कर सकती है।

यह आवश्यक है कि जब तक अदालत मृत्यु की परिकल्पना का आदेश नहीं जारी करती तब तक प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाना चाहिए, हालांकि बीमा कंपनियों, रियायत के रूप में, सात साल की अवधि के प्रीमियम को माफ कर सकती है। यह बीमा कंपनी के विवेक पर निर्भर करता है।

एफ शून्य और शून्यकरणीय संविदा

बीमा कंपनी द्वारा दावे को अस्वीकार किये जाने का एक बड़ा कारण बीमे के मूल अनुबंध का अमान्य शून्य या शून्यकारी हो जाना है ऐसी स्थिति में बीमा कंपनी स्वयं को दावे से असंबद्ध कर लेती हैं। इन दो शब्दों का क्या मतलब है और उन दोनों के बीच क्या अंतर है, हम इस खंड में इसका वर्णन करेंगे।

कई कारणों से अनुबंध अवैध हो सकता है या पूरी तरह से मान्य नहीं भी हो सकता है। किसी अमान्य अनुबंध का किसी भी पक्ष पर कोई बाध्यकारी प्रभाव नहीं होता है क्योंकि एक अमान्य अनुबंध, कोई अनुबंध नहीं होता है (वास्तव में यह एक विरोधाभासी अभिव्यक्ति है)। एक पॉलिसी को अमान्य बनाने वाली परिस्थितियों में निम्नलिखित शामिल हैं:

<p>त्रुटि</p>	<p>अगर कोई मौलिक गलती हो जाए जो अनुबंध की जड़ों को प्रभावित करती है, तो वहाँ विचारों का कोई मिलाप नहीं</p>	<p>उदाहरण: जीवन बीमा अनुबंध से संबद्ध होते समय, शराब के नशे में लिप्त व्यक्ति या ऐसा व्यक्ति जो स्वस्थ मस्तिष्क का</p>
----------------------	--	---

	होता है और इसलिए, कोई वैध अनुबंध स्थापित नहीं होता है।	नहीं है, से किया गया अनुबंध मान्य नहीं होगा क्योंकि अनुबंध के समय उस व्यक्ति का मस्तिष्क, अनुबंध के नियम और शर्तों को समझने की स्थिति में नहीं है।
नीतिविरुद्ध/अवैध परिस्थितियाँ	यदि किसी अवैध (गैरकानूनी) गतिविधि के समर्थन में बीमा कराया गया हो तो वह अमान्य होगा	उदाहरण: यदि कोई व्यक्ति आत्महत्या के इरादे से जीवन बीमा लेता है या कोई व्यक्ति, अपनी पत्नी की हत्या करके बीमा कंपनी से दावा राशि लेने के इरादे से जीवन बीमा लेता है
बीमायोग्य हित की अनुपस्थिति	यदि किसी बीमा पॉलिसी से बीमा हित न जुड़ा हो तो वह अमान्य और शून्य होगी।	

एक शून्यकरणीय अनुबंध तब तक बाध्यकारी रहता है जब तक दोनों पार्टियों में से कोई एक उसे रद्द करने के विकल्प का चयन नहीं करता है। बीमा अनुबंध, के शून्यकरणीय होने के कई कारण हो सकते हैं। उदाहरण हैं:

सद्विश्वास को तोड़ना: मिथ्याकथन या अप्रकटीकरण के कारण बीमा कंपनी को, किसी पॉलिसी को अमान्य मानने की अनुमति प्राप्त है।

आश्वस्तियों का उल्लंघन: ऐसा करने पर बीमा कंपनी पॉलिसी को शून्य मान सकती है।

हालांकि, भारतवर्ष में प्रचलित विधि के द्वारा किसी बीमा कंपनी को किसी पॉलिसी को अमान्य घोषित करने के अधिकार के संबंध में कुछ अपवाद लागू होते हैं। यह एक महत्वपूर्ण प्रावधान है, अतः इसपर हम अब विचार करेंगे।

एफ1 निर्विवादता अनुबंध

जैसा कि हमने अभी देखा है, अगर प्रस्तावक ने, प्रस्ताव के समय, प्रस्ताव फार्म या वैयक्तिक विवरण में कोई असत्य या मिथ्या विवरण दिया है, या किन्ही सारवान तथ्यों का प्रकटन नहीं

किया गया है, तो अनुबंध शुरुआत से (*अब इनीशियो*) अमान्य हो जाता है। इसका मतलब यह है कि पॉलिसी के तहत सभी लाभ समाप्त हो जाते हैं और प्रीमियम में भुगतान की गयी सभी राशि जब्त हो जाती है।

ध्यान रखें

अब इनीशियो एक लैटिन शब्द है जिसका अर्थ 'शुरुआत से' है। जब कोई पॉलिसी अनुबंध जब *अब इनीशियो* अमान्य घोषित की जाती है तो इसका मतलब है कि पॉलिसी शुरु से अमान्य थी और क्योंकि अनुबंध कानूनी रूप से लागू करने योग्य नहीं है, बीमा कंपनी को दावे के भुगतान की आवश्यकता नहीं है।

बहरहाल, इस दण्ड का प्रावधान, **बीमा अधिनियम 1938** की धारा 45 के अधीन है। इस धारा के तहत, किसी पॉलिसी, जो दो साल से चालू है, के प्रस्ताव पत्र और अन्य दस्तावेजों में किसी सारवान तथ्य के मिथ्या या असत्य कथन के आधार पर कोई बीमाकर्ता द्वारा तबतक विवाद उत्पन्न नहीं किया जा सकता है जब तक कि वह यह न सिद्ध कर दे कि उक्त कथन कपटपूर्ण तथा धोखा देने के उद्देश्य से दिया गया था। यह प्रावधान, पॉलिसीधारकों के कथनों में मामूली चूक से होने वाली परेशानियों से रक्षा करने के लिए है।

धारा 45

प्रभावी होने की तारीख से दो वर्ष की समाप्ति के बाद, जीवन बीमा की किसी पॉलिसी पर, बीमा कंपनी द्वारा इस आधार पर सवाल नहीं उठाया जाएगा कि प्रस्ताव में दिये गये बयान में या चिकित्सा अधिकारी, या रेफरी की किसी रिपोर्ट में या बीमाकृत के दोस्त के कथन या पॉलिसी जारी करने के लिए आवश्यक किसी अन्य दस्तावेज में गलत या झूठा बयान था, जब तक बीमा कंपनी यह सिद्ध न कर दे कि ऐसा बयान, महत्वपूर्ण तथ्य संबंधी था और प्रकटन करते समय पॉलिसी धारक को पता था कि यह बयान गलत है तथा जानबूझ कर धोखा देने के उद्देश्य से छुपाया जा रहा है जबकि इसका प्रकटन आवश्यक था।

प्रमुख बिंदु

किसी वैध दावे की औपचारिकताएं

<ul style="list-style-type: none"> • बीमा कंपनी द्वारा अनुबंध में किए गए वादे की पूर्ति के लिये की गई माँग दावा है।
<ul style="list-style-type: none"> • परिपक्वता दावा राशि, बीमा राशि और कुल निहित बोनस के बराबर होती है। इसका भुगतान बीमाधारक या प्रस्तावक को (यदि प्रस्ताव किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर है, जैसे प्रमुख व्यक्ति बीमा, भागीदारी बीमा आदि)या समनुदेशिती को परिपक्वता पर मिलता है अगर पॉलिसी पूर्ण राशि के दावे के लिये प्रस्तुत गयी थी (अगर वे इस योजना की पूरी अवधि में जीवित रहते हैं।) • एक टर्मिनल या अंतिम अतिरिक्त बोनस का भुगतान किया जा सकता है.
<ul style="list-style-type: none"> • धन वापसी बीमा योजनाओं में बीमा कंपनी विनिर्दिष्ट अवधि की समाप्ति पर पॉलिसी धारक को विनिर्दिष्ट राशि का भुगतान करती हैं, इन भुगतानों को उत्तरजीविता लाभ के रूप में जाना जाता है।
<ul style="list-style-type: none"> • जीवन बीमा कंपनी द्वारा बीमा योजना की अवधि के दौरान बीमित की मृत्यु होने की स्थिति में नामिति/लाभार्थी/समनुदेशिती को किया गया बीमा धन का भुगतान मृत्यु दावे के रूप में जाना जाता है।
<p>कोई दावा अमान्य क्यों हो सकता है</p>
<ul style="list-style-type: none"> • बीमा कंपनी दावे के भुगतान से मना कर सकती हैं क्योंकि <ul style="list-style-type: none"> ○ जब घटना घटी तब पॉलिसी प्रभावी नहीं थी ○ कोई अपवर्जन शर्त लागू हो या ○ या दावा धोखाधड़ी युक्त रहा हो .
<p>हानि होने के बाद के कर्तव्य और दस्तावेज आधारित सूचनाएं</p>
<ul style="list-style-type: none"> • बीमित व्यक्ति की मृत्यु के बाद दावेदार को बीमा कंपनी को सूचित करना तथा दावा स्वीकार करने हेतु वांछित दस्तावेजों को प्रस्तुत करना आवश्यक है।
<ul style="list-style-type: none"> • शीघ्र दावा की स्थिति में सामान्य मृत्यु दावा की अपेक्षा कुछ अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है।
<p>दावा निपटान</p>
<ul style="list-style-type: none"> • परिपक्वता दावे के लिए परिपक्वता की तारीख से पहले ही बीमा कंपनी द्वारा प्रक्रिया शुरू कर

दी जाती है
<ul style="list-style-type: none"> परम् समनुदेशन के मामलों में भुगतान समनुदेशिती को किया जाता है
<ul style="list-style-type: none"> उत्तरजीविता लाभ भुगतान के लिए बीमा कंपनी द्वारा कार्यवाई शुरू की जाती है और उत्तर-दिनांकित चेक पर्याप्त समय पहले ही पॉलिसीधारक को भेजा जाता है
<ul style="list-style-type: none"> आईआरडीए द्वारा दावा निपटान संबंधी दिशा निर्देश(पॉलिसीधारक हित संरक्षण) विनियम 2002 द्वारा जारी किया गया हैं।
धोखाधड़ी युक्त दावे
<ul style="list-style-type: none"> बीमा में धोखाधड़ी किसी अनुचित वित्तीय लाभ को प्राप्त करने के लिये बीमा का उपयोग करने का प्रयास है. अगर धोखाधड़ी का पता नहीं चलता है और फर्जी दावे का भुगतान हो जाता है तो बीमा कंपनी, उसके बीमाधारकों और धोखेबाज दावेदार पर इसका प्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है.
शून्य और शून्यकरणीय अनुबंध
<ul style="list-style-type: none"> एक शून्य अनुबंध का किसी भी पक्ष पर कोई बाध्यकारी प्रभाव नहीं पड़ता है.
<ul style="list-style-type: none"> परिस्थितियां जिनमें कोई बीमा पॉलिसी शून्य मानी जाती हैं: <ul style="list-style-type: none"> ○ त्रुटि: ○ नीति विरुद्ध/अवैध परिस्थितियां और ○ बीमायोग्य हित के अभाव
<ul style="list-style-type: none"> एक शून्यकरणीय अनुबंध तब तक बाध्यकारी रहता है जब तक दोनो में से कोई एक पक्ष इसे रद्द करने का विकल्प नहीं चुनती है।
<ul style="list-style-type: none"> बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अंतर्गत जो पालिसी पिछले दो साल से चल रही हो वह प्रस्ताव में गलत या झूठे बयान के आधार पर तब तक विवादित नहीं की जा सकती हैं जब तक कि किसी सारभूत तथ्य के संबंध में होना सिद्ध न किया गया हो और और यह कि ऐसा धोखा देने के उद्देश्य से किया गया हो।

प्रश्न उत्तर

11.1

दावे तीन मुख्य प्रकार के हो सकते हैं:

- परिपक्वता के दावे
- मृत्यु दावे
- राइडर लाभ

11.2 मृत्यु दावे के समर्थन में आवश्यक दस्तावेज हैं:

- पॉलिसी दस्तावेज
- समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन अभिलेख
- आयु के साक्ष्य अगर आयु पहले से स्वीकृत नहीं की गयी है।
- मृत्यु प्रमाण पत्र
- दावेदार का बयान
- स्वत्वाधिकार के विधिक साक्ष्य, यदि पॉलिसी समनुदेशित या नामांकित नहीं है
- बीमा कंपनी के द्वारा भेजा गया उन्मोचन बाउचर, निष्पादित और साक्षी द्वारा हस्ताक्षरित करा कर बीमा कंपनी को लौटा दिया जाना चाहिए।

11.3

आइआरडीए दिशा निर्देशों के अनुसार, बीमा कंपनी को किसी दावे की जांच दावा प्रस्तुत होने के छह महीने के अंदर पूरी करनी होगी.

मृत्यु दावे की पुष्टि हेतु आवश्यक दस्तावेज हैं:

* पॉलिसी दस्तावेज.

* समनुदेशन/पुनर्समनुदेशन के अभिलेख

- * आयु के साक्ष्य, अगर आयु पहले से स्वीकृत न हो।
- * मृत्यु प्रमाण पत्र.
- * दावेदार का बयान.
- * स्वत्वाधिकार के विधिक साक्ष्य, यदि पॉलिसी समनुदेशित या नामांकित नहीं की गयी हो
- * बीमा कंपनी के द्वारा भेजा गया डिस्चार्ज फार्म, निष्पादित और साक्षी के द्वारा हस्ताक्षरित कराके बीमा कंपनी को वापस भेज दिया जाए.

स्व-परीक्षण प्रश्न

1. मान्य मृत्यु दावे की औपचारिकताएं क्या हैं?
2. किन परिस्थितियों में बीमा कंपनी दावे का भुगतान करने से मना कर सकती हैं?
3. कौन सी परिस्थितियां किसी पॉलिसी को शून्य बना सकती हैं?
4. धोखाधड़ी युक्त दावे के भुगतान के परिणामों की संक्षेप में व्याख्या कीजिये?

अगले पृष्ठ पर आपको उत्तर मिल जाएगा ।

स्व- परीक्षण प्रश्नों के उत्तर

1.

मृत्यु के वैध दावे के लिए औपचारिकताएँ हैं:

- बीमित घटना घटी हो
- जब बीमित घटना घटी हो तो उस समय पॉलिसी चल रही हो
- मूल पॉलिसी दस्तावेज पूर्ण रूप से भरा हुआ दावा प्रपत्र और मृत्यु प्रमाण पत्र आदि सहित सभी आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत किये गये हैं
- पॉलिसीधारक ने आयु प्रमाण प्रस्तुत किया हो और पॉलिसी से संबन्धित सभी प्रासंगिक तथ्यों का प्रकटन किया है
- दावा राशि प्राप्त करने के हकदार व्यक्ति ने दावा प्रस्तुत किया है
- अन्य सभी आवश्यक औपचारिकताओं को पूरा कर लिया गया है.

2. बीमा कंपनी किसी दावे का भुगतान करने से मना कर सकती है यदि

- जब घटना हुई तब पॉलिसी चालू नहीं थी
- हानि किसी अपवर्जित घटना की वजह से हुई हो, या
- धोखाधड़ी युक्त दावा किया गया था.

3. वह परिस्थितियाँ जो पॉलिसी को शून्य बना देती हैं उनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

- त्रुटि: अगर कोई मौलिक गलती हुई है जो कि अनुबंध की जड़ों को प्रभावित करती है। वहाँ विचारों का कोई मिलाप नहीं है और इसलिए किसी वैध अनुबंध का अस्तित्व नहीं है।
- अवैध/विधि विरुद्ध: यदि किसी अवैध/विधि विरुद्ध गतिविधि के समर्थन में बीमा कराया गया है तो वह मान्य नहीं होगा।
- बीमायोग्य हित का अभाव: अगर एक पॉलिसी को लेने में कोई बीमायोग्य हित नहीं है, तो वह शून्य घोषित की जाएगी।

4. अगर धोखाधड़ी का पता नहीं चलता है और फर्जी दावे का भुगतान हो जाता है, तो बीमा कंपनी, उसके बीमाधारकों और धोखेबाज दावेदार पर प्रत्यक्ष प्रभाव पड़ता है.

क) धोखाधड़ी का बीमा कंपनी पर प्रभाव

बीमा कंपनियों यदि स्वयं धोखाधड़ी का पता लगाने और इसकी रोकथाम को गंभीरता से नहीं लेती तो उनके लाभ प्रभावित होंगे। उनकी दावा लागत में वृद्धि होगी और प्रीमियम पर इसका प्रभाव पड़ेगा जो उन्हें बाजार में कम प्रतिस्पर्धी बना देगा। इसके अलावा कंपनी की प्रतिष्ठा खराब होगी कि वह पूरी तरह से जाँच करके दावों का भुगतान नहीं करती, जिससे उन्हें आगे भी धोखाधड़ी युक्त के दावों का भुगतान करना पड़ सकता है।

ख) बीमाधारकों पर धोखाधड़ी के प्रभाव

केवल धोखेबाज दावेदार के लिए ही नहीं, सभी के लिए प्रीमियम में बढ़ोतरी होगी क्योंकि बीमा कंपनी की प्रत्येक बीमा पूल के लिए एक उचित प्रीमियम प्रभारित करने की क्षमता विकृत हो जाएगी।

ग) धोखेबाज दावेदार पर धोखाधड़ी के प्रभाव

किसी धोखेबाज दावेदार के लिये एक फर्जी दावे के भुगतान के परिणाम स्पष्ट है। यदि दावेदार किसी फर्जी दावे के भुगतान को प्राप्त करने में सफल हो जाता है तो भविष्य में भी उसे ऐसा ही करने का प्रलोभन रहेगा।