[2021] 11 एस. सी. आर 1138

मनमोहन नंदा

वी.

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर

(सिविल अपील सं. 8386/2015)

6 दिसंबर, 2021

[डॉ. धनंजय वाई चंद्रचूड़ और

बी. वी. नागरत्ना, जे. जे.]

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986 - एस. 21 बीमा

दमन या भौतिक तथ्यों का खुलासा न करने के आधार पर दावे का खंडन-अपीलार्थी का संयुक्त राज्य अमेरिका की यात्रा करने का इरादा

अपीलार्थी को एक विदेशी मेडिक्लेम व्यवसाय और अवकाश पॉलिसी जारी की गई थी-मेडिक्लेम पॉलिसी जारी करने के लिए उसके अनुरोध पर विचार करने से पहले प्रतिवादी संख्या 1 बीमा कंपनी के कहने पर अपीलार्थी की चिकित्सकीय जांच की गई थी-चिकित्सा रिपोर्ट में स्पष्ट रूप से उल्लेख किया गया था कि अपीलार्थी को मधुमेह था-टाइप II (मेलिटस II)-कोई अन्य प्रतिकूल चिकित्सा स्थिति नहीं पाई गई थी-चिकित्सा परीक्षा रिपोर्ट में, विशिष्ट प्रश्न पूछे गए थे कि क्या कोई है।

अपीलार्थी के इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम परीक्षण में असामान्यताएं देखी गईं और कोई भी संभावित बीमारी या बीमारी जिसके लिए अपीलार्थी को संयुक्त राज्य अमेरिका की आगामी यात्रा में चिकित्सा उपचार की आवश्यकता हो सकती है-इन दोनों प्रश्नों के लिए, अपीलार्थी की जांच करने वाले डॉक्टर ने क्रमशः "सामान्य" और "नहीं" का उत्तर दिया था-इसके बाद बीमाकर्ता ने प्रस्ताव प्रपत्र स्वीकार कर लिया-इसके बाद, अपीलार्थी संयुक्त राज्य अमेरिका के लिए उड़ान में सवार हुआ, हवाई अड्डे से बाहर निकलने पर, अपीलार्थी को कमजोरी महसूस हुई और पसीना आने लगा-उसे एक चिकित्सा केंद्र में भर्ती किया गया-उसकी हृदय वाहिकाओं से रुकावट को दूर करने के लिए तीन स्टेंट डाले गए-अपीलार्थी

दावा किया गया लाभ चिकित्सा नीति के तहत-हालाँकि, अपीलार्थी को प्रत्यर्थी से एक पत्र प्राप्त हुआ जिसमें कहा गया था कि उसके दावे को अस्वीकार कर दिया गया था क्योंकि अपीलार्थी का हाइपरलिपिडेमिया और मधुमेह का इतिहास था और नीति में पहले से मौजूद स्थितियों और उससे उत्पन्न होने वाली जटिलताओं को शामिल नहीं किया गया था-पीड़ित, अपीलार्थी ने यू / 1986 के अधिनियम की धारा 21 (9)-आयोग ने अभिनिर्धारित किया कि पूर्व के संबंध में भौतिक तथ्यों को छिपाना या प्रकट नहीं करना।

बीमाकर्ता द्वारा अपील पर बीमा दावे को अस्वीकार करने के लिए मौजूदा हृदय रोग एक वैध आधार था, जिसमें कहा गया थाः अपीलार्थी ने प्रस्ताव प्रपत्र में खुलासा किया था कि वह मधुमेह मेलिटस-II से पीड़ित था और जिसके लिए चिकित्सा परीक्षण रिपोर्टें थीं

अपीलार्थी को पॉलिसी जारी किए जाने से पहले बीमा कंपनी द्वारा विचार किए गए प्रस्ताव प्रपत्र के साथ प्रस्तुत किया गया-वास्तव में, अपीलार्थी ने पॉलिसी के अस्वीकृति के खिलाफ अपने अभ्यावेदन में कहा कि वह लिपिड-कम करने वाली दवाएं ले रहा था, इसलिए नहीं कि वह हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था, बल्कि इसलिए क्योंकि वह था

चिकित्सक-डॉक्टर, जिसने पॉलिसी प्राप्त करने से पहले उसकी जांच की थी, उसके द्वारा ली जा रही दवाओं के बारे में-इसलिए, बीमा कंपनी इस तथ्य से अच्छी तरह से अवगत थी कि बीमित व्यक्ति मधुमेह रोगी था और आगे की जटिलताओं को रोकने और बीमारी को नियंत्रित करने के लिए सभी आवश्यक दवाएं ले रहा था-इसलिए, अपीलकर्ता द्वारा बीमाकर्ता को किसी भी भौतिक तथ्य का कोई दमन नहीं किया गया था-प्रतिवादी बीमा कंपनी द्वारा पॉलिसी का खंडन अवैध था और कानून के अनुसार नहीं था-नतीजतन, अपीलकर्ता पॉलिसी के तहत क्षतिपूर्ति का हकदार था। बीमा-मेडिक्लेम पॉलिसी-चिकित्सा स्थिति के मूल्यांकन के बाद-आयोजितः बीमाकर्ता को स्वास्थ्य की स्थिति और मौजूदा बीमारी, यदि कोई हो, से उत्पन्न होने वाले संभावित जोखिमों का आकलन करने में सक्षम होना चाहिए, जिसका खुलासा बीमाकृत द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में किया गया है।

बीमा पॉलिसी-बीमित व्यक्ति की चिकित्सा स्थिति का आकलन करने के बाद एक बार पॉलिसी जारी हो जाने के बाद, बीमाकर्ता इसे अस्वीकार नहीं कर सकता है।

बीमाकृत द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रकट की गई एक मौजूदा चिकित्सा स्थिति का हवाला देते हुए दावा, जिस स्थिति के कारण एक विशेष जोखिम पैदा हुआ है जिसके संबंध में बीमाकृत द्वारा दावा किया गया है।

बीमा-मेडिक्लेम पॉलिसी-उद्देश्य-आयोजितः मेडिक्लेम पॉलिसी मांगने का उद्देश्य इस संबंध में क्षतिपूर्ति की मांग करना है।

अचानक बीमारी या बीमारी जो अपेक्षित या आसन्न नहीं है और जो विदेशों में हो सकती है-यदि बीमित व्यक्ति को अचानक बीमारी या बीमारी होती है जिसे पॉलिसी के तहत स्पष्ट रूप से बाहर नहीं रखा गया है, तो बीमाकर्ता पर अपीलार्थी को उसके तहत किए गए खर्चों के लिए क्षतिपूर्ति करने का कर्तव्य डाला जाता है।

सिद्धांत/सिद्धांत-बीमाकर्ता और बीमाकृत के बीच 'उबरमा फिडेस' का सिद्धांत-आयोजितः बीमित व्यक्ति का कर्तव्य है कि वह सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करे, बीमाकर्ता को बीमित व्यक्ति को उस पॉलिसी के नियमों और शर्तों के बारे में भी सूचित करना चाहिए जो उसे जारी किए जाने वाले हैं और उसे प्रस्ताव प्रपत्र या विवरण पत्रिका में दिए गए बयानों या अपने एजेंटों के माध्यम से दिए गए बयानों का सख्ती से पालन करना चाहिए-इस प्रकार, सिद्धांत [2021] 11 एस. सी. आर.

सर्वोच्च न्यायालय की रिपोर्ट

अत्यधिक सद्भावना बीमित व्यक्ति द्वारा बीमाकर्ता को देय सार्थक पारस्परिक कर्तव्यों को लागू करती है और इसके विपरीत प्रकटीकरण का यह अंतर्निहित कर्तव्य मूल रूप से इक्विटी में स्थापित सद्भावना का एक सामान्य कानूनी कर्तव्य था, लेकिन बाद में इसे वैधानिक रूप से मान्यता दी गई है-यह भी खुला है

कर्तव्य का विस्तार करने या अनुबंध की शर्तों द्वारा इसे प्रतिबंधित करने के लिए अनुबंध में प्रवेश करने वाले पक्षों के लिए।

बीमा-मेडिक्लेम पॉलिसी-कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम-अपीलार्थी ने मेडिक्लेम पॉलिसी के तहत बीमा का दावा किया

उत्तरदाताओं ने तर्क दिया कि नीति के नियमों और शर्तों के अनुसार "पूर्व-मौजूदा स्थिति से उत्पन्न होने वाली सभी जटिलताएं देय नहीं हैं"-दावे को अस्वीकार कर दिया गया था-आयोजितः उत्तरदाताओं का यह कहना सही नहीं था कि पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार "पहले से मौजूद स्थिति से उत्पन्न होने वाली सभी जटिलताओं का भुगतान नहीं किया जा सकता है"-एक ऐसे व्यक्ति में तीव्र मायोकार्डियल उल्लंघन हो सकता है जिसका मधुमेह मेलिटस का कोई इतिहास नहीं है-II-उपरोक्त हृदय प्रकरण के लिए जोखिम कारकों में से एक मधुमेह मेलिटस है-II-तथ्य यह है कि अपीलार्थी को मधुमेह मेलिटस था-II को बीमा कंपनी को सूचित किया गया था-उपरोक्त खंड के खिलाफ पढ़ा जाना चाहिए।

प्रत्यर्थी बीमाकर्ता इसके खिलाफ अनुबंध नियम लागू करके-अन्यथा, बीमा का अनुबंध ही बन जाएगा

तत्काल मामले में अर्थहीन इसलिए, प्रतिवादी-बीमा कंपनी विचाराधीन पॉलिसी को अस्वीकार करने में सही नहीं थी।

शब्द और वाक्यांश-बीमा पॉलिसी में "सामग्री तथ्य" आयोजितः भौतिक तथ्य क्या है, यह प्रकृति पर निर्भर करेगा।

ली जाने वाली बीमा पॉलिसी, कवर किए जाने वाले जोखिम के साथ-साथ प्रस्ताव प्रपत्र में उठाए गए प्रश्न-यदि विशिष्ट हों प्रश्न एक प्रस्ताव प्रपत्र में किए जाते हैं तो यह उम्मीद की जाती है कि बीमित व्यक्ति द्वारा विशिष्ट उत्तर दिए जाएँ जो सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करने के कर्तव्य से बाध्य है।

अपील को अनुमति देते हुए, न्यायालय ने

पकड़नाः उबेररिमे फिदेई

1. बीमा अनुबंध विशेष अनुबंध हैं जो एक व्यक्ति के रूप में पूर्ण प्रकटीकरण के सामान्य सिद्धांतों पर आधारित हैं।

बीमा की मांग करना जोखिम से संबंधित सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करने के लिए बाध्य है। कानून बीमा अनुबंधों के मामलों में सद्भावना के उच्च मानक की मांग करता है जो कानूनी उबेरीमे फिदेई में व्यक्त किया गया है। [पैरा 30] [1157-बी-सी] मनमोहन नंदा बनाम।

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर।

2. जिस तरह बीमित व्यक्ति का कर्तव्य है कि वह सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करे, उसी तरह बीमाकर्ता को बीमित व्यक्ति को उस पॉलिसी के नियमों और शर्तों के बारे में भी सूचित करना चाहिए जो उसे जारी की जाने वाली है और उसे प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए विवरणों का सख्ती से पालन करना चाहिए या

विवरण-पत्र, या जो उसके एजेंटों के माध्यम से बनाए गए थे। इस प्रकार, अत्यंत सद्भावना का सिद्धांत बीमाकृत द्वारा बीमाकर्ता को दिए गए सार्थक पारस्परिक कर्तव्यों को लागू करता है और इसके विपरीत। प्रकटीकरण का यह अंतर्निहित कर्तव्य सद्भावना का एक सामान्य कानूनी कर्तव्य था जो मूल रूप से समानता में स्थापित किया गया था, लेकिन बाद में इसे वैधानिक रूप से मान्यता दी गई जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है। यह एक अनुबंध में प्रवेश करने वाले पक्षों के लिए भी खुला है

3. उन सभी प्रासंगिक तथ्यों और मामलों का पूरा खुलासा किया जाना चाहिए जो उस समय तक हुए हैं जब एक अनुबंध पूरा किया। यह इस सिद्धांत का अनुसरण करता है कि किसी विशेष तथ्य की भौतिकता उस समय मौजूद परिस्थितियों से निर्धारित होती है जब इसे प्रकट किया जाना चाहिए था, न कि उन घटनाओं से जो बाद में घटित हो सकती हैं। पूर्ण प्रकटीकरण करने का कर्तव्य बातचीत के दौरान लागू होता रहता है।

अनुबंध के लिए लेकिन यह अनुबंध समाप्त होने पर समाप्त हो जाता है; इसलिए, प्रस्तावक के ज्ञान में आने वाले भौतिक तथ्यों को बाद में प्रकट करने की आवश्यकता नहीं है। [पैरा 40]

[1160 - डी-एफ]

4. इस प्रकार, एक प्रस्तावक का कर्तव्य है कि वह बीमाकर्ता को उन सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करे जो उसकी जानकारी में हैं। प्रस्तावक है

प्रस्तावित बीमा से संबंधित सभी तथ्यों और परिस्थितियों को जानने की धारणा है। जबकि प्रस्तावक केवल वही खुलासा कर सकता है जो उसे पता है, प्रस्तावक का प्रकटीकरण का कर्तव्य उसके वास्तविक ज्ञान तक ही सीमित नहीं है, यह उन भौतिक तथ्यों तक भी फैला हुआ है जिन्हें उसे व्यवसाय के सामान्य पाठ्यक्रम में जानना चाहिए। हालाँकि, बीमित व्यक्ति का कर्तव्य नहीं है कि वह उन तथ्यों का खुलासा करे जिन्हें वह नहीं जानता था और जिनसे उसकी यथोचित अपेक्षा नहीं की जा सकती थी।

भौतिक समय पर जानने के लिए। सद्भावना के कर्तव्य का दूसरा पहलू बातचीत के दौरान किए गए अभ्यावेदन के संबंध में उत्पन्न होता है, और इस उद्देश्य के लिए पाठ्यक्रम के दौरान प्रस्तावक द्वारा दिए गए भौतिक तथ्यों के संबंध में सभी बयान।

अनुबंध के लिए बातचीत का प्रतिनिधित्व होता है और इसे सद्भावना से किया जाना चाहिए। [पैरा 41]

5. प्रस्ताव बनाने में पालन किए जाने वाले बुनियादी नियम

बीमा को संक्षेप में इस प्रकार प्रस्तुत किया जा सकता हैः

(क) जो प्रश्न पूछा जाता है और जिसका उत्तर दिया जाता है, उसकी भाषा पर एक निष्पक्ष और उचित निर्माण किया जाना चाहिए।

इसी तरह से समझा जाएगा। इसमें किसी भी मामले में उपयोग की जाने वाली भाषा पर पूरा ध्यान देना शामिल है, क्योंकि प्रश्न को इस तरह से तैयार किया जा सकता है कि एक अयोग्य उत्तर द्वारा एक दावे के बराबर हो।

प्रस्तावक कि उसे तथ्यों का ज्ञान है और वह

ज्ञान दिया जा रहा है। हालांकि, बशर्ते इन नियमों का पालन किया जाए, पदार्थ के सभी मामलों में सटीकता पर्याप्त होगी।

(ख) लापरवाही कोई बहाना नहीं है, जब तक कि त्रुटि इतनी स्पष्ट न हो कि किसी को भी गुमराह नहीं माना जा सकता।

यदि प्रस्तावक 'नहीं' कहता है जब उसका अर्थ 'हाँ' होता है तो उसे यह कहने में कोई फायदा नहीं होगा कि यह कलम की एक पर्ची थी; जवाब स्पष्ट रूप से इसके विपरीत है।

सत्य; (ग) एक ऐसा उत्तर जो शाब्दिक रूप से सटीक है, जहाँ तक इसका विस्तार है, पर्याप्त नहीं होगा यदि वह जो नहीं कहा गया है उसके कारण भ्रामक है। प्रस्तावक के लिए यह कहना काफी सही हो सकता है कि उसने पहले एक बीमा कंपनी पर दावा किया है, लेकिन

उत्तर में, उचित अनुमान यह हो सकता है कि उत्तर के रूप में दर्ज करने के लिए कुछ भी नहीं है। यदि वास्तव में जवाब के रूप में दर्ज करने के लिए कुछ है, तो बीमाकर्ताओं को उनके उचित अनुमान में गुमराह किया जाता है। झुठलाया जाता है। तब यह निर्माण का विषय होगा कि क्या यह केवल गैर-प्रकटीकरण है, प्रस्तावक ने कोई सकारात्मक बात नहीं की है।

बयान, या क्या सार में उसे इस बात पर जोर देने के रूप में माना जाना चाहिए कि वास्तव में कहने के लिए कुछ भी नहीं है; (ई) जहां कोई उत्तर असंतोषजनक है, क्योंकि यह अधूरा या असंगत है, तो बीमाकर्ताओं को उचित व्यक्ति माना जा सकता है।

जैसा कि जाँच पर रखा गया है, ताकि यदि वे बिना किसी आगे की जाँच के कोई नीति जारी करते हैं तो यह माना जाता है कि उन्होंने कोई और जानकारी माफ कर दी है। तथापि, शीर्ष (4) में उल्लिखित निष्कर्ष को ध्यान में रखते हुए

ऊपर, केवल एक खाली स्थान छोड़ना सामान्य रूप से नहीं होगा

बीमाकर्ताओं से पूछताछ करने के लिए पर्याप्त माना जाता है; (च) प्रस्तावक को दो या दो से अधिक प्रश्नों को एक साथ जोड़ना और समग्र उत्तर देना सुविधाजनक लग सकता है। उनके मनमोहन नंदा बनाम करने पर कोई आपत्ति नहीं है।

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर।

दिए जाने पर, इसे लिखे जाने के समय कितना भी सटीक और ईमानदार क्यों न हो, इसे ठीक किया जाना चाहिए, यदि प्रस्ताव की स्वीकृति के समय तक, कोई भी घटना या परिस्थिति इसे बनाने में सक्षम नहीं है। गलत या भ्रामक। [पैरा 42] [1161-ए-एच; 1162-ए-सी]

कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम

अक्सर, जिसके परिणामस्वरूप गंभीर कानूनी निहितार्थ होते हैं। जब इस तरह के मानक फॉर्म अनुबंधों में आम तौर पर अपवाद खंड होते हैं, तो उन्हें हमेशा उस व्यक्ति के खिलाफ नियम के विपरीत माना जाता है जिसने इसका मसौदा तैयार किया है। [पैरा 44] [1162-एफ-एच] 7. उपरोक्त निर्णयों पर विचार करने पर निम्नलिखित सिद्धांत सामने आएंगेः (i) बीमित व्यक्ति द्वारा किसी भी भौतिक तथ्य के बारे में खुलासा करने का कर्तव्य या दायित्व है।

प्रस्ताव बनाने का समय। एक भौतिक तथ्य क्या है

प्रस्तावक; (iii) यदि प्रस्ताव प्रपत्र में विशिष्ट प्रश्न किए जाते हैं। तब यह अपेक्षा की जाती है कि बीमित व्यक्ति द्वारा विशिष्ट उत्तर दिए जाएँ जो सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करने के कर्तव्य से बाध्य है; (iv) यदि प्रस्ताव प्रपत्र में कोई प्रश्न या कॉलम खाली छोड़ दिया जाता है तो बीमा कंपनी को बीमित व्यक्ति से उसे भरने के लिए कहना चाहिए। यदि कोई कॉलम खाली रहने के बावजूद, बीमा कंपनी प्रीमियम स्वीकार करती है।

और एक नीति जारी करता है, यह बाद के चरण में, जब नीति के तहत एक दावा किया जाता है, तो यह नहीं कह सकता है कि एक दमन या गैर [2021] 11 एस. सी. आर. था।

एक भौतिक तथ्य का प्रकटीकरण, और दावे को अस्वीकार करने की कोशिश; (v)

बीमा कंपनी को प्रस्तावक को प्राप्त करके प्रस्तावक की चिकित्सा स्थिति, यदि कोई हो, के बारे में विवरण लेने का अधिकार है।

पॉलिसी, इसके बाद, यह तर्क नहीं दे सकता है कि एक संभावित पहले से मौजूद बीमारी या बीमारी थी जिसके कारण बीमित व्यक्ति द्वारा दावा किया जा रहा है और इस कारण से दावे को अस्वीकार कर देता है; (vi) बीमाकर्ता को संभावित जोखिमों का आकलन करने में सक्षम होना चाहिए जो उत्पन्न हो सकते हैं। बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा जारी करने से पहले प्रस्ताव प्रपत्र में स्वास्थ्य की स्थिति और मौजूदा बीमारी, यदि कोई हो, का खुलासा किया गया है।

नीति। बीमित व्यक्ति की चिकित्सा स्थिति का आकलन करने के बाद एक बार पॉलिसी जारी होने के बाद, बीमाकर्ता एक मौजूदा चिकित्सा स्थिति का हवाला देते हुए दावे को अस्वीकार नहीं कर सकता है, जिसका खुलासा बीमित व्यक्ति द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में किया गया था, जिस स्थिति के कारण एक विशेष जोखिम पैदा हुआ है जिसके संबंध में बीमित व्यक्ति द्वारा दावा किया गया है; (vii) दूसरे शब्दों में, एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता को संभावित जोखिम का अनुमान लगाना होता है कि पॉलिसी को कवर करना होगा।

और तदनुसार या तो प्रस्ताव प्रपत्र को स्वीकार करने और नीति जारी करने या ऐसा करने से इनकार करने का निर्णय लेते हैं। ऐसी कवायद प्रस्ताव प्रपत्र में किए गए प्रश्नों और प्रस्तावक द्वारा दिए गए उक्त प्रश्नों के उत्तर पर निर्भर करती है। [पैरा 52] [1172-ए-जी]

8. प्रत्यर्थी बीमा कंपनी इस आधार पर पॉलिसी को अस्वीकार नहीं कर सकती थी कि तीव्र मायोकार्डियल

सैन फ्रांसिस्को, यू. एस. ए. में उतरने पर अपीलार्थी द्वारा किया गया उल्लंघन एक "पहले से मौजूद और संबंधित जटिलता" थी जिसे नीति के तहत बाहर रखा गया था। बीमाकर्ता को अपीलार्थी की पहले से मौजूद स्थिति, अर्थात् मधुमेह रोग II के बारे में सूचित किया गया था और यह बीमाकर्ता के लिए था कि वह एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में पॉलिसी के तहत संबंधित जटिलता का आकलन करे और फिर संतुष्ट होने पर पॉलिसी जारी करे। इसके अभाव में, संयुक्त राज्य अमेरिका में तीव्र हृदय संबंधी उल्लंघन के लिए अपीलार्थी द्वारा लिए गए उपचार को हाइपरलिपिडेमिया और मधुमेह मेलिटस का प्रत्यक्ष उपशाखा नहीं कहा जा सकता था ताकि इसे पहले से मौजूद बीमारी के रूप में लेबल किया जा सके या

जिस बीमारी से अपीलार्थी पीड़ित था और उसने उसका खुलासा नहीं किया था। किसी भी तरह से, अपीलार्थी के पास प्रस्ताव प्रपत्र मनमोहन नंदा बनाम था।

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर।

उसने खुलासा किया कि वह मधुमेह रोग-II से पीड़ित था और जिसके लिए प्रस्ताव प्रपत्र के साथ चिकित्सा परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत की गई थी, जिस पर अपीलार्थी को पॉलिसी जारी करने से पहले बीमा कंपनी द्वारा विचार किया गया था। वास्तव में, अपीलार्थी ने 16 नवंबर, 2009 के अपने अभ्यावेदन में नीति के खंडन के खिलाफ कहा कि वह लिपिड कम करने वाली दवाएं ले रहा था, इसलिए नहीं कि वह हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था, बल्कि इसलिए कि मधुमेह रोगियों में हृदय-संवहनी जटिलताओं की रोकथाम के लिए ऐसी दवा लेने की प्रथा थी। उन्होंने यह भी कहा कि उन्होंने उस चिकित्सक को सूचित कर दिया था, जिसने पॉलिसी प्राप्त करने से पहले उनकी जांच की थी, कि वे क्या दवाएं ले रहे थे। इसलिए, बीमा कंपनी इस तथ्य से अच्छी तरह वाकिफ थी कि बीमित व्यक्ति मधुमेह रोगी था और आगे की जटिलताओं को रोकने और बीमारी को नियंत्रित करने के लिए सभी आवश्यक दवाएं ले रहा था। अतः इस न्यायालय को ध्यान में रखते हुए, अपीलार्थी द्वारा बीमाकर्ता को किसी भी भौतिक तथ्य का कोई दमन नहीं किया गया था। [पैरा 66] [1177-एच; 1178-ए-ई]

10. इसके अलावा अपीलार्थी द्वारा अपनी मौजूदा बीमारी, अर्थात् मधुमेह मेलिटस-II के संबंध में किए गए खुलासों पर, बीमा कंपनी ने उसी पर विचार किया और अपीलार्थी को विचाराधीन पॉलिसी जारी की। प्रतिवादी बीमा कंपनी के रूप में

एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता ने प्रस्ताव प्रपत्र में अपीलार्थी द्वारा दिए गए विवरणों पर विचार किया और पॉलिसी जारी की। बीमा कंपनी ने यह नहीं सोचा कि अपीलार्थी की चिकित्सा और स्वास्थ्य स्थिति

ऐसा था जो मेडिक्लेम पॉलिसी जारी करने की गारंटी नहीं देता था। इसलिए बीमा कंपनी ने एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में बीमाकृत के प्रस्ताव को अस्वीकार नहीं किया। [पैरा 67] [1178-एफ-जी]

11. इसलिए, उत्तरदाताओं का यह कहना सही नहीं था कि नीति के नियमों और शर्तों के अनुसार "सभी

पूर्व-विद्यमान स्थिति से उत्पन्न होने वाली जटिलताएँ देय नहीं हैं। जैसा कि पहले से ही उल्लेख किया गया है, तीव्र मायोकार्डियल उल्लंघन उस व्यक्ति में हो सकता है जिसका मधुमेह मेलिटस-II का कोई इतिहास नहीं है। उपरोक्त हृदय प्रकरण के लिए जोखिम कारकों में से एक मधुमेह मेलिटस-II है। यह तथ्य कि अपीलार्थी को मधुमेह मेलिटस-II था, बीमा कंपनी को बताया गया था। अतः यह देखा गया है कि मधुमेह मेलिटस-II से उत्पन्न होने वाली जटिलता भी बीमाकर्ता के विचार में थी। बीमित व्यक्ति के चिकित्सा रिकॉर्ड के संबंध में उपरोक्त तथ्यों के बावजूद, बीमा सर्वोच्च न्यायालय की रिपोर्ट

1] 11 एस.

कंपनी ने अपीलार्थी को नीति जारी करने का निर्णय लिया। इससे पहले

खंड को प्रत्यर्थी बीमाकर्ता के खिलाफ ऐप द्वारा पढ़ा जाना चाहिए। अन्यथा, बीमा की धोखाधड़ी तुरंत अर्थहीन हो जाएगी।

इसलिए, इस न्यायालय के विचारशील दृष्टिकोण से, प्रत्यर्थी-बीमाकर्ता कंपनी प्रश्न में नीति को अस्वीकार करने में सही नहीं थी। [पैरा 68] [1178-जी-एच; 1179-ए-सी]

जनरल एस्योरेंस सोसाइटी लिमिटेड, v. चांदमुल जैन ए. आई. आर. 1966 एस. सी. 1644; दिल्ली विकास प्राधिकरण बनाम। दुर्गा चंद कौशिक ए. आई. आर. 1973 एस. सी. 2609; मो. कामगढ़ शाह बनाम। जगदीश चंद्र ए. आई. आर. 1960 एस. सी. 953; यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड बनाम। ओरिएंट ट्रेजर्स (पी) (2016)

3 एससीसी 49: [2016] 1 एस. सी. आर. 1; सेंट्रल बैंक ऑफ इंडिया बनाम हार्टफोर्ड फायर इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ए. आई. आर. 1965 एस. सी. 1288;

सुशीलाबेन इंद्रवदन गांधी बनाम। न्यू इंडिया एस्योरेंस कंपनी लिमिटेड (2021) 7 एस. सी. सी. 151: 2020 (4) जे. टी. 539-आश्रित

पर।

सतवंत कौर संधू बनाम। न्यू इंडिया एस्योरेंस कं.

(2009) 8 एससीसी316: [2009] 10 एस. सी. आर. 560; केनरा बैंक बनाम। यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी (2020) 3 एस. सी. सी. 455: 2020 (3) स्केल 228; ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड बनाम। महेंद्र कंस्ट्रक्शन (2019) 18 एस. सी. सी. 209; एल. आई. सी. ऑफ इंडिया बनाम। श्रीमती. जीएम। चन्नबसम्मा (1991) 1 एस. सी. सी. 357: 1991 (5) जे. टी. 73; केनरा बैंक बनाम यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी (2020) 3 एस. सी. सी. 455: 2020 (3) स्केल 228; हरि ओम अग्रवाल बनाम। ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी 2007 (98) डी. आर. जे. 246; सुशीलाबेन इंद्रवदन गांधी और अन्य। वी. द न्यू इंडिया एस्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अन्य। (2021) 7 एस. सी. सी. 151: 2020 (4) जे. टी. 539; एक्सपोर्ट क्रेडिट गारंटी सोसाइटी बनाम। गर्ग संस इंटरनेशनल (2014) 1 एस. सी. सी. 686: [2013] 1 एससीआर 336; सतवंत कौर संधू बनाम। नया भारत आश्वासन कंपनी (2009) 8 एस. सी. सी. 316: [2009] 10 एस. सी. आर. 560; एल. आई. सी. ऑफ इंडिया बनाम। श्रीमती. जी. एम. चन्नबसम्मा (1991) 1 एस. सी. सी. 357: 1991 (5) जे. टी. 73; केनरा बैंक बनाम यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी (2020) 3 एस. सी. सी. 455: 2020 (3) स्केल 228; रिलायंस लाइफ इंश्योरेंस बनाम। रेखाबेन नरेशभाई राठौड़ (2019) 6 एस. सी. सी. 175: [2019] 6 एस. सी. आर. 733; भारतीय जीवन बीमा निगम बनाम।

मनीष मनमोहन नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर।

गुप्ता, (2019) 11 एस. सी. सी. 371; शाखा प्रबंधक बजाज

एलियांज जीवन बीमा कंपनी। दलबीर कौर आकाशवाणी 2020

एससी 5210; सुलभा प्रकाश मोतेगांवकर और अन्य। वी.

भारतीय जीवन बीमा निगम, सिविल अपील सं।

8245/2015 ; मीनाक्षी सक्सेना और अन्र। बनाम ईसीजीसी

लिमिटेड (पहले निर्यात ऋण गारंटी के रूप में जाना जाता था)

भारतीय निगम लिमिटेड) और ए. एन. आर. - (2018) 7 एससीसी

479 [2018] 5 एस. सी. आर. 421-संदर्भित।

कार्टर बनाम। बोहम (1766) 3 बर 1905; रेनॉल्ड्स बनाम।

फीनिक्स एस्योरेंस कं. लिमिटेड (1978) 2 लॉयड के प्रतिनिधि। 440

संदर्भित किया गया।

हैल्सबरीज़ लॉज़ ऑफ़ इंग्लैंड, चौथा संस्करण, पैरा 375,

Vol.25: बीमा; बीमा कानून पर मैकगिलिव्रे (9 वां)

संस्करण, स्वीट एंड मैक्सवेल लंदन, 1997 पी। 280) ; कॉलिनवॉक्स का बीमा कानून (छठा संस्करण, 1990, पृ. 42)

- संदर्भित किया गया।

मामला कानून संदर्भ

[2009] 10 एससीआर 560

संदर्भित किया गया है

पै

रा 12

[2016] 1 एससीआर 1

पै

रा 45 (ई)

उस पर भरोसा करें

[2013] 1 एससीआर 336

पै

रा 45 (एफ)

संदर्भित किया गया है

[2009] 10 एससीआर 560

पै

रा 50 (i)

संदर्भित किया गया है

[2019] 6 एससीआर 733

पै

रा 50 (ii)

संदर्भित किया गया है

[2018] 5 एससीआर 421

पै

रा 71 (ii)

संदर्भित किया गया है

सिविल अपीलीय न्यायनिर्णयः सिविल अपील सं. 838

2015 से।

राष्ट्र के 22.05.2015 दिनांकित निर्णय और आदेश से

उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग, नई दिल्ली 2010 की उपभोक्ता शिकायत No.92 में।

गोपाल शंकरनारायणन, वरिष्ठ अधिवक्ता। , सुश्री जेहरा खान, श्रुतन्जय

भारद्वाज, मेसर्स लॉ एसोसिएट्स के लिए सुश्री श्रेया चौधरी, अधिवक्ता। अपीलार्थी के लिए।

सुश्री सुनैना फुल, मोहित पॉल, अधिवक्ता। उत्तरदाताओं के लिए।

1] 11 एस सी आर।

सर्वोच्च न्यायालय की रिपोर्ट

न्यायालय का निर्णय इसके द्वारा दिया गया था

नागरत्ना जे।

1. यह अपील 22 मई, 2015 के आदेश पर आधारित है, जिसे

उपभोक्ता शिकायत संख्या 92/2010 में राष्ट्रीय उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग (इसके बाद संक्षिप्तता के लिए "आयोग" के रूप में संदर्भित) जिसके द्वारा अपीलार्थी द्वारा दायर शिकायत को खारिज कर दिया गया था।

2. संक्षेप में तथ्य यह है कि अपीलकर्ता ने एक विदेशी मेडिक्लेम नीति-बी (जिसे इसके बाद "मेडिक्लेम" के रूप में संदर्भित किया गया है) की मांग की थी

") क्योंकि वह अपनी साली की बेटी की शादी में शामिल होने के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका (" यू. एस. ए ".) की यात्रा करने का इरादा रखता था। प्रत्यर्थी संख्या 1 बीमा के कहने पर अपीलार्थी की चिकित्सकीय जांच की गई थी।

मेडिक्लेम पॉलिसी जारी करने के लिए उनके अनुरोध पर विचार करने से पहले कंपनी। उसकी चिकित्सीय जाँच पर, रिपोर्ट में स्पष्ट रूप से उल्लेख किया गया कि अपीलार्थी को मधुमेह-प्रकार II (जिसे मधुमेह मेलिटस के रूप में भी जाना जाता है) था। कोई अन्य प्रतिकूल चिकित्सा स्थिति नहीं पाई गई। 3. चिकित्सा परीक्षा रिपोर्ट में एक विशिष्ट प्रश्न पूछा गया था कि क्या इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम परीक्षण में कोई असामान्यता देखी गई थी

संख्या 190100/46/09/44/70000008 अपीलार्थी के लिए 19 मई, 2009 से 1 जून, 2009 तक वैध है। इसके बाद, अपीलार्थी 19 मई, 2009 को लगभग 1 बजे सैन फ़्रांसिस्को, यू. एस. ए. के लिए एक उड़ान में सवार हुआः 00 दिल्ली हवाई अड्डे से सुबह करीब 2 बजे सैन फ़्रांसिस्को पहुँचे। 00 अपराह्न (स्थानीय समय)। सैन फ्रांसिस्को हवाई अड्डे पर सीमा शुल्क अनुभाग से बाहर निकलने पर, अपीलार्थी ने कमजोरी महसूस की और पसीना आने लगा। उनकी पत्नी ने उन्हें सैन फ्रांसिस्को हवाई अड्डे पर एस. एफ. ओ. चिकित्सा केंद्र में भर्ती कराया और प्रारंभिक चिकित्सा उपचार प्राप्त करने के बाद उन्हें मिल्स पेनिनसुला चिकित्सा केंद्र में स्थानांतरित कर दिया गया। संक्षिप्तता) जहां अपीलार्थी पर 19 मई, 2009 और 22 मई को एंजियोप्लास्टी की गई थी और रुकावट को दूर करने के लिए तीन स्टेंट लगाए गए थे

हृदय वाहिकाओं से।

मनमोहन नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

5. मेडिक्लेम नीति के तहत लाभ प्राप्त करने के लिए, अपीलार्थी के दामाद ने मैसर्स कॉरिस इंटरनेशनल से संपर्क किया, जो प्रतिवादी नंबर 1 और 2 का एक विदेशी सहयोगी था, जिसे आपात स्थिति प्रदान करनी थी।

बीमित व्यक्ति को सहायता देना और प्रशासनिक सेवाओं का दावा करना। मेसर्स कॉरिस इंटरनेशनल ने चिकित्सा केंद्र द्वारा दिए गए उपचार के विवरण के साथ-साथ अपीलार्थी को क्षतिपूर्ति देने के लिए उसी पर विचार करने के उद्देश्य से मेडिक्लेम नीति के विवरण के संबंध में कुछ दस्तावेज मांगे। अपीलार्थी को 24 मई, 2009 को आरोपमुक्त कर दिया गया था।

6. ढाई महीने बाद, अपीलार्थी को प्राप्त होने लगा

चिकित्सा केंद्र उन्हें उनकी सुविधा में प्राप्त उपचार के लिए। 19 अगस्त, 2009 को अपीलार्थी ने एक पत्र भेजा जिसमें सभी बिलों को मूल के साथ-साथ निर्वहन सारांश में संलग्न किया गया था। प्रतिवादी नं. 1 अपने भोपाल कार्यालय में। यही पत्र प्रत्यर्थी संख्या 2 को भी भेजा गया था।

7. 22 अगस्त, 2009 को, अपीलार्थी को एक पत्र प्राप्त हुआ

प्रत्यर्थी संख्या 2 ने कहा कि उनके दावे को अस्वीकार कर दिया गया था क्योंकि अपीलार्थी का हाइपरलिपिडेमिया और मधुमेह का इतिहास था और नीति में ऐसा नहीं था मौजूदा स्थितियों और उनसे उत्पन्न होने वाली जटिलताओं को कवर करता है। उक्त अस्वीकृति बिल संख्या 1 के संबंध में थी अर्थात मेडिकल सेंटर द्वारा यू. एस. डी. 2,29,719 के लिए उठाया गया बिल। याचिकाकर्ता ने किया विरोध

अस्वीकार और उनके दावे को प्राथमिकता के आधार पर निपटाने का अनुरोध किया क्योंकि संयुक्त राज्य अमेरिका में चिकित्सा केंद्र और अन्य केंद्र जहां उन्होंने इलाज कराया था, ने भुगतान जारी करने के लिए दबाव डालना शुरू कर दिया था। इस संबंध में 16 नवंबर, 2009 को एक ज्ञापन भेजा गया था। तथापि, 9 अप्रैल, 2010 के अपने पत्र द्वारा प्रत्यर्थी संख्या 1 ने अपीलार्थी द्वारा किए गए दावे के अपने खंडन को दोहराया।

8. पीड़ित होने के कारण, अपीलार्थी ने आयोग के समक्ष उपभोक्ता शिकायत No.92/2010 होने के कारण उत्तरदाताओं के खिलाफ उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986 की धारा 21 (9) (इसके बाद संक्षिप्तता के लिए "अधिनियम" के रूप में संदर्भित) के तहत शिकायत दर्ज की। प्रत्यर्थी संख्या 1 द्वारा शिकायत पर एक जवाब दायर किया गया था जिसमें कहा गया था कि अपीलार्थी के दावे को सही तरीके से खारिज कर दिया गया था प्रत्यर्थी सं. 2 ने अपीलार्थी की उपचार रिपोर्ट के रूप में पहले से मौजूद बीमारी का खुलासा न करने के आधार पर स्टैटिन जैसी पूर्व दवा दिखाई, जो एक लिपिड कम करने वाली दवा है। उक्त जवाब 3 मार्च, 2011 को दाखिल किया गया था। प्रत्यर्थी संख्या 2 ने भी 27 अप्रैल, 2011 को अपना जवाब दाखिल किया। अपीलार्थी ने अगस्त, 2011 में उत्तरदाताओं के जवाबों के लिए अपना जवाब दाखिल किया। अपीलार्थी ने हलफनामे पर तीन डॉक्टरों की चिकित्सा राय को संलग्न करते हुए एक अतिरिक्त हलफनामा भी दायर किया जिसमें कहा गया था कि एक व्यक्ति को स्टैटिन का प्रिस्क्रिप्शन [2021] 11 एस. सी. आर.

सर्वोच्च न्यायालय की रिपोर्ट

टाइप II मधुमेह एहतियात के तौर पर होता है न कि इसलिए कि

रोगी किसी भी हृदय रोग से पीड़ित होगा। प्रत्यर्थी संख्या 1 और 2 ने हलफनामे के माध्यम से अपना साक्ष्य दायर किया और उसके बाद दोनों पक्षों द्वारा लिखित प्रस्तुतियाँ दायर की गईं। इसके बाद, आयोग ने भौतिक तथ्यों का खुलासा न करने के आधार पर अपीलार्थी द्वारा दायर शिकायत को खारिज कर दिया। इसलिए दावेदार द्वारा यह अपील।

9. आगे बढ़ने से पहले, आयोग द्वारा दायर शिकायत को खारिज करने के लिए आयोग के तर्क को समाहित करना उपयोगी होगा। यहाँ अपीलार्थी, निम्नानुसारः (i) आयोग ने निष्कर्ष निकाला कि शिकायतकर्ता को मधुमेह मेलिटस के अलावा हाइपरलिपिडेमिया और पेप्टिक-अल्सर रोग का इतिहास था। चूंकि शिकायतकर्ता द्वारा संयुक्त राज्य अमेरिका में चिकित्सा अधिकारियों को इसका खुलासा किया गया था, इसलिए आयोग ने पाया कि ऐसा कोई कारण नहीं था कि वह मेडिक्लेम पॉलिसी प्राप्त करते समय प्रतिवादी-बीमा कंपनी को शर्त का खुलासा नहीं कर सकता था।

वह स्टैटिन लिपिड कम करने वाले एजेंट होते हैं जो पाए जाते हैं

((ख)

मधुमेह रोगियों में कार्डियो वैस्कुलर जटिलताओं की प्राथमिक और माध्यमिक रोकथाम में फायदेमंद। यह देखते हुए कि शिकायतकर्ता ने स्वीकार किया था कि वह स्टैटिन दवा ले रहा था, यह पाया गया कि उसे पहले से ही एक बीमारी थी

जिसका खुलासा नहीं किया गया था।

आयोग ने माना कि यह शिकायतकर्ता का कर्तव्य था

(iii)

यह सुनिश्चित करना कि बीमा पॉलिसी प्राप्त करते समय उनकी स्वास्थ्य स्थिति के बारे में पूरी जानकारी बीमा कंपनी को दी जाए। शिकायतकर्ता ने प्रकटीकरण के इस कर्तव्य का उल्लंघन किया और बीमाकर्ता और बीमित व्यक्ति के बीच 'उबरमा फिडेस' के सिद्धांत के विपरीत काम किया।

(iv) पॉलिसी की सामान्य शर्त 10 को ध्यान में रखते हुए, आयोग ने पाया कि किसी भी बीमारी के लिए जिसके लिए बीमित व्यक्ति ने सलाह मांगी थी या पॉलिसी जारी करते समय भी चिकित्सा उपचार लिया था, बीमित व्यक्ति पॉलिसी के तहत लाभ का दावा करने का हकदार नहीं था।

नीति के तहत "बहिष्करण"।

(v) आयोग ने अभिनिर्धारित किया कि पूर्व-विद्यमान हृदय रोग के संबंध में भौतिक तथ्यों को छिपाना या प्रकट न करना बीमा दावे को अस्वीकार करने के लिए एक वैध आधार था।

उत्तरदाता-बीमाकर्ता।

10. हमने श्री गोपाल शंकरनारायणन, विद्वान वरिष्ठ वकील के साथ-साथ अपीलार्थी की ओर से विद्वान वकील सुश्री जेहरा खान और प्रतिवादी नंबर 1 की विद्वान वकील सुश्री सुनैना फुल को सुना है।

अभिलेख पर सामग्री।

11. अपीलार्थी के लिए विद्वान वरिष्ठ वकील ने प्रस्तुत किया कि अपीलार्थी की आयु लगभग 55 वर्ष थी जब उन्होंने और उनकी पत्नी ने यात्रा की थी।

सैन फ़्रांसिस्को, यू. एस. ए. अपनी साली की बेटी की शादी में शामिल होने के लिए। अपीलार्थी को प्रत्यर्थी संख्या 1 द्वारा विदेशी मेडिक्लेम नीति जारी की गई थी। आवश्यक चिकित्सा परीक्षणों से गुजरने के बाद अर्थात्: 1) रक्त शर्करा परीक्षण, 2) मूत्र परीक्षण 3) इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम परीक्षण। डॉ. जितेंद्र जैन,

पीपुल्स मेडिकल कॉलेज, भोपाल के चिकित्सा विभाग में सहायक प्रोफेसर ने अपीलार्थी की जांच की और प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई चिकित्सा प्रश्नावली का उत्तर दिया। अपीलार्थी को जारी की गई मेडिक्लेम नीति 19 मई, 2009 और 1 जून, 2009 के बीच की अवधि के लिए थी और बाद में इसे 21 जून, 2009 तक बढ़ा दिया गया था। विचाराधीन नीति में कवरेज की प्रकृति शामिल थी और सामान्य स्थिति 10 में परिभाषित पूर्व मौजूदा शर्तों को बाहर रखा गया था। 19 मई, 2009 को दिल्ली हवाई अड्डे से सैन फ्रांसिस्को के लिए उड़ान में चढ़ने पर, अपीलार्थी ने अच्छे स्वास्थ्य के साथ यात्रा की और उड़ान में स्वस्थ था। सैन फ्रांसिस्को हवाई अड्डे पर पहुंचने पर ही अपीलार्थी ने कमजोरी महसूस की और उसे प्रारंभिक उपचार के लिए एस. एफ. ओ. चिकित्सा केंद्र में भर्ती कराया गया। बाद में उन्हें मेडिकल सेंटर में स्थानांतरित कर दिया गया। अपीलार्थी ने उस उपचार का लाभ उठाया जिसके लिए शुल्क USD 2,41,932, लगभग रु। 1,08,86,940 Rs.45 प्रति अमरीकी डॉलर पर। चूंकि प्रत्यर्थी बीमाकर्ता ने अपीलार्थी द्वारा किए गए दावे को गलती से अस्वीकार कर दिया था, इसलिए उपभोक्ता शिकायत आयोग के समक्ष दायर की गई थी। आयोग ने 22 मई, 2015 के अपने आदेश के अनुसार,

अपीलार्थी के मामले की उसके सही परिप्रेक्ष्य में सराहना किए बिना, शिकायत को इस आधार पर खारिज कर दिया कि अपीलार्थी ने नीति लेते समय अपने स्वास्थ्य के बारे में सही और पूरी जानकारी का खुलासा नहीं किया था और इसलिए खंडन खंड लागू हुआ।

12. अपीलार्थी के विद्वान वकील के साथ विद्वान वरिष्ठ वकील द्वारा यह तर्क दिया गया था कि अपीलार्थी द्वारा पूर्व-विद्यमान बीमारी के दमन के आधार पर अनुबंध का खंडन पूरी तरह से गलत था। हमारा ध्यान इस तथ्य की ओर आकर्षित किया गया कि प्रत्यर्थी संख्या 1 ने इस आधार पर दावे को अस्वीकार कर दिया था कि अपीलार्थी पीड़ित था

बीमा पॉलिसी लेने के समय हाइपरलिपिडेमिया और वास्तव में स्टैटिन निर्धारित किए गए थे, जो तथ्य बीमाकर्ता को नहीं बताया गया था। यह तर्क दिया गया था कि अपीलार्थी को इस बात की कोई जानकारी नहीं थी कि वह [2021] 11 एस. सी. आर. जमा करने के समय हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था।

13. इसके बाद यह तर्क दिया गया कि प्रस्ताव प्रपत्र को इस तरह से लिखा गया था कि कोई विशिष्ट प्रश्न नहीं था जिसके कारण अपीलार्थी यह खुलासा कर सके कि वह हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था। यह तर्क इस धारणा पर एक वैकल्पिक प्रस्तुति के रूप में दिया गया था कि अपीलार्थी को वास्तव में जानकारी थी कि वह पीड़ित था। बीमा पॉलिसी के लिए प्रस्ताव प्रपत्र भरने के समय हाइपरलिपिडेमिया।

14. यह आगे तर्क दिया गया कि प्रस्ताव प्रपत्र और बीमा पॉलिसी "पहले से मौजूद बीमारी", "पहले से मौजूद बीमारी" शब्दों को परिभाषित नहीं करती है। मौजूदा बीमारी, "पहले से मौजूद स्थिति", "बीमारी" या "बीमारी"। कि

प्रस्ताव प्रपत्र में "चिकित्सा इतिहास" से संबंधित भाग 2 का प्रश्न संख्या 2, अर्थात् "क्या आप इस प्रस्ताव को बनाने की तारीख तक कभी किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित हैं", बहुत अस्पष्ट था और अपीलार्थी ने कॉलम को खाली छोड़ दिया। प्रस्ताव प्रपत्र में सभी प्रश्नों को भरने में विफलता

केनरा बैंक बनाम द्वारा इसे दमन या गलत घोषणा नहीं कहा जा सकता है। यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी-(2020) 3 एस. सी. सी. 455।

15. इसके अलावा, प्रश्न संख्या 5 जिसमें लिखा है, "क्या आप कभी किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित हैं या इससे पहले कोई दुर्घटना हुई है? बीमा का पहला दिन भी व्यापक है क्योंकि कोई भी व्यक्ति इस तरह के सवाल का जवाब नकारात्मक में नहीं दे सकता है। प्रत्येक व्यक्ति जिसके लिए एक मेडिक्लेम है

पॉलिसी की पेशकश की जाती है, किसी समय, किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित होता, लेकिन उसी के लिए एक पूर्व-मौजूदा बीमारी, बीमारी, स्थिति या बीमारी के रूप में माना जाता है, जिसके आधार पर एक दावा मनमोहन नंदा बनाम हो सकता है।

अस्वीकार किए जाने पर, नीति में एक विशिष्ट परिभाषा को शामिल करने की आवश्यकता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि प्रत्येक बीमारी या बीमारी को पहले से मौजूद बीमारी या स्थिति के रूप में नहीं माना जा सकता है ताकि पॉलिसी धारक को पॉलिसी का लाभ न मिले। विद्वान वरिष्ठ वकील के अनुसार

अपीलार्थी, किसी बीमारी या बीमारी की प्रकृति जो किसी पॉलिसी धारक या बीमित व्यक्ति को उक्त पॉलिसी के लाभों से बाहर करती है, का उल्लेख पॉलिसी में ही स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए। यह अस्पष्ट या गैर-विशिष्ट नहीं हो सकता है। ताकि बीमाकर्ता को जब भी मेडिक्लेम पॉलिसी के तहत कोई दावा किया जाए तो वह पॉलिसी की व्याख्या उसके लाभ के लिए कर सके।

16. यह प्रस्तुत किया गया था कि एक बीमाकर्ता के लिए पॉलिसी को अस्वीकार करने के लिए उसे दमन या भौतिक तथ्यों की गलत प्रस्तुति स्थापित करनी चाहिए।

ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड बनाम के माध्यम से बीमाकृत का हिस्सा। महेंद्र कंस्ट्रक्शन-(2019) 18 एस. सी. सी. 209 और एल. आई. सी. ऑफ इंडिया बनाम। श्रीमती. जीएम। चन्नबसम्मा-(1991) 1 एस. सी. सी. 357। पॉलिसी को अस्वीकार करने के लिए, बीमा कंपनी को निम्नलिखित साबित करना भी आवश्यक थाः

कि अपीलार्थी को 19 मई को दिल का दौरा पड़ा,

(अ)

2009 मधुमेह मेलिटस-टाइप II के कारण हुआ था और

हाइपरलिपिडेमिया,

वह हाइपरलिपिडेमिया एक "पहले से मौजूद स्थिति" थी।

(ख)

कि यह तथ्य अपीलार्थी को ज्ञात था और था

((ग)

प्रस्ताव प्रपत्र भरने के समय उसके द्वारा दबा दिया गया,

अर्थात 15 मई, 2009 को।

17. इसके बजाय, प्रत्यर्थी बीमाकर्ता ने केवल इस बात से इनकार किया कि तीव्र कोरोनरी सिंड्रोम जिसके लिए शिकायतकर्ता-अपीलार्थी का इलाज किया जाना था

चिकित्सा केंद्र में अचानक और अप्रत्याशित बीमारी हो गई। दूसरी ओर, उत्तरदाताओं ने पाया कि मधुमेह मेलिटस और हाइपरलिपिडेमिया का पिछला इतिहास हृदय रोग का मुख्य कारण था जिसके लिए बीमित व्यक्ति का इलाज किया गया था। इस स्थिति के समर्थन में, बीमाकर्ता ने अपने पैनल डॉक्टर, डॉ. पी. आर. पुरंदरे के साक्ष्य का केवल एक हलफनामा दायर किया, जिसमें केवल यह राय दी गई थी-"यह स्पष्ट है कि

बीमित व्यक्ति मधुमेह मेलिटस और हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था। इसके अलावा, वह उसी के लिए दवाएं ले रहा था।

18. उत्तरदाताओं द्वारा यह दिखाने के लिए कोई सबूत नहीं दिया गया था कि मधुमेह मेलिटस-टाइप II की पूर्व-मौजूदा स्थिति इसका कारण थी। अपीलार्थी को 19 मई, 2009 को दिल का दौरा पड़ा था या अपीलार्थी को हृदय संबंधी कोई पूर्व-विद्यमान बीमारी, बीमारी या स्थिति थी।

19. यह भी आग्रह किया गया कि अपीलार्थी ने चिकित्सा केंद्र में डॉक्टरों के छुट्टी सारांश नोट दाखिल किए थे, जहाँ वह थे।

19 मई, 2009 और 24 मई, 2009 के बीच की अवधि के लिए व्यवहार किया गया और उक्त दस्तावेजों के अवलोकन से संकेत मिलता है कि अपीलार्थी था

" पूर्व कोरोनरी इतिहास के बिना "। कि निर्वहन सारांश टिप्पणियों से, अपीलार्थी के पीड़ित होने का कोई प्रमाण नहीं हो सकता है 15 मई, 2009 को हाइपरलिपिडेमिया जब उन्होंने प्रस्ताव प्रपत्र भरा था या यह कि यह एक पहले से मौजूद स्थिति थी। वास्तव में, निर्वहन सारांश ने 24 मई, 2009 को अपीलार्थी को दिए गए "निर्वहन निदान" का संकेत दिया जिसमें केवल उल्लेख किया गया थाः

(ए) कंजेस्टिव हार्ट के साथ तीव्र पूर्ववर्ती दीवार मायोकार्डियल इन्फ्रैक्शन,

(ख) मधुमेह-प्रकार II।

20. कि प्रत्यर्थी यह साबित करने में विफल रहा कि 19 मई, 2009 को अपीलार्थी को दिल का दौरा मधुमेह के कारण पड़ा था टाइप II और हाइपरलिपिडेमिया। उस अपीलार्थी ने खुलासा किया था कि वह एक मधुमेह रोगी था और दवा ले रहा था और उसके लिए किए गए परीक्षणों ने अच्छे परिणाम दिखाए। यह प्रस्तुत किया गया कि प्रतिवादी आगे यह साबित करने में विफल रहा कि अपीलार्थी प्रस्ताव प्रपत्र भरने के समय हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था और उसने गलत अभ्यावेदन किया था और भौतिक तथ्यों को दबा दिया था।

21. बीमा पॉलिसी की विशिष्ट शर्तों का उल्लेख करते हुए, अपीलार्थी के विद्वान वरिष्ठ वकील ने यह संतोष व्यक्त किया कि एक बीमा

पॉलिसी को इसमें बीमित अपीलार्थी के पक्ष में एक उद्देश्यपूर्ण व्याख्या दी जानी चाहिए। बीमा पॉलिसी और उसके घटकों को समग्र रूप से पढ़ा जाना चाहिए और एक ऐसा अर्थ दिया जाना चाहिए जो पार्टियों की अपेक्षाओं और बीमा व्यवसाय की वास्तविकताओं को भी आगे बढ़ाता है। यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी-(2020) 3 एस. सी. सी. 455। इसके अलावा, बीमा अनुबंधों में देयता खंडों की छूट को अस्पष्टता के मामले में बीमित व्यक्ति के पक्ष में माना जाना चाहिए, सुशीलाबेन इंद्रवदन गांधी बनाम। न्यू इंडिया एस्योरेंस कंपनी लिमिटेड-(2021) 7 एस. सी. सी. 151. रिलायंस को हरि ओम अग्रवाल बनाम पर भी रखा गया था। ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी-2007 (98) डी. आर. जे. 246, जिसमें दिल्ली उच्च न्यायालय ने पाया कि मधुमेह की पहले से मौजूद बीमारी के आधार पर दिल के दौरे के इलाज के दावे को अस्वीकार करना, जिसका खुलासा किया गया था, अवैध था क्योंकि बीमा पॉलिसी का उद्देश्य "बीमित व्यक्ति द्वारा किए गए चिकित्सा खर्चों को पूरा करना" था और इसलिए बहिष्करण खंड को उद्देश्य के आलोक में ओवरराइड किया जा सकता था।

22. अपीलार्थी के विद्वान वरिष्ठ वकील ने तर्क दिया कि बीमा कंपनी यह साबित करने में विफल रही है कि अपीलार्थी ने

किसी भी भौतिक तथ्य को दबा दिया गया जो प्रस्ताव प्रपत्र को भरने के समय उसकी जानकारी में था और यह कि 19 मई, 2009 को अपीलार्थी को दिल का दौरा पड़ा था, "पहले से मौजूद स्थिति से" उत्पन्न हुआ था और इसलिए बीमा पॉलिसी के दायरे से बाहर था।

23. उपरोक्त तर्कों के विपरीत, प्रतिवादी संख्या 1 के विद्वान वकील ने बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसी को अस्वीकार करने का समर्थन किया। और अपीलार्थी द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में गलत तरीके से प्रस्तुत करने और भौतिक तथ्यों का खुलासा न करने के आधार पर आयोग द्वारा शिकायत को खारिज करना। यह प्रस्तुत किया गया था कि क्या अपीलार्थी ने खुलासा किया था कि वह हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था जो एक था

प्रस्ताव बनाने की तारीख तक मौजूदा बीमारी, बीमाकर्ता ने उसे मेडिक्लेम पॉलिसी जारी नहीं की होगी। इसलिए बीमित व्यक्ति ने इस महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा नहीं किया और प्रस्ताव प्रपत्र भरने की तारीख तक बीमारी या बीमारी से संबंधित कॉलम का जवाब नहीं दिया था। यह तर्क दिया गया कि नीति की अनुसूची में निम्नलिखित प्रभाव के लिए "महत्वपूर्ण" शीर्षक के तहत एक विशिष्ट खंड थाः

" नीति में कुछ भी बताए जाने के बावजूद, यह सहमति है कि किसी भी बीमारी के कारण, उसके माध्यम से या उसके परिणामस्वरूप होने वाले सभी दावे जो उस तारीख को मौजूद हैं।

जोखिम की शुरुआत, चाहे विशेष रूप से घोषित किया गया हो या नहीं, बीमित व्यक्ति द्वारा पूरा किया गया प्रस्ताव प्रपत्र बाहर रखा गया है।

नीति के दायरे से "।

24. यह भी आवश्यक था कि पॉलिसी प्रपत्र को सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करते हुए पूरा किया जाए और ऐसा करने में विफलता नीति को रद्द कर सकती है।

स्वयं। 25. प्रत्यर्थी संख्या 1 के विद्वान वकील द्वारा यह तर्क दिया गया था कि चिकित्सा इतिहास जिसे अपीलार्थी द्वारा नीति जारी करने से पहले भरे जाने वाले प्रस्ताव प्रपत्र में दबा दिया गया था, वास्तव में संयुक्त राज्य अमेरिका में डॉक्टरों को यह बताते हुए खुलासा किया गया था कि उन्हें स्टेटिन निर्धारित किया गया था जो हाइपरलिपिडेमिया को नियंत्रित करने/इलाज करने के उद्देश्य से है। कुल मिलाकर, निवेदन यह था कि प्रस्ताव प्रपत्र में पूर्व-मौजूदा चिकित्सा स्थिति से संबंधित पिछले चिकित्सा इतिहास का खुलासा न करना या प्रकट करने में विफलता नीति को अस्वीकार करने का एक अच्छा कारण था।

आयोग द्वारा उचित रूप से सराहना की गई और परिणामस्वरूप आयोग ने अपीलार्थी की शिकायत को खारिज कर दिया, जो आदेश इस अपील में किसी भी हस्तक्षेप के लिए नहीं कहेगा।

26. संबंधित पक्षों के विद्वान वकीलों ने भरोसा किया है

उनकी प्रस्तुतियों के समर्थन में इस न्यायालय के कुछ निर्णय, जिन्हें बाद में संदर्भित किया जाएगा।

विचार करने के लिए बिंदु

27. विद्वान वरिष्ठ वकील और संबंधित पक्षों के विद्वान वकील की प्रस्तुतियों को ध्यान में रखते हुए, निम्नलिखित बिंदु होंगेः

हमारे विचार के लिएः

इसमें अपीलार्थी ने दबा दिया था या नहीं

((i)

प्रस्ताव प्रपत्र में भौतिक तथ्यों का खुलासा किया गया जिसके कारण बीमाकर्ता विचाराधीन पॉलिसी को अस्वीकार कर सकता था?

क्या आयोग को खारिज करना उचित था

((ख)

शिकायत?

कौन सा आदेश?

(iii)

28. तथ्य यह है कि विदेशी मेडिक्लेम पॉलिसी-बी नाम की पॉलिसी प्रत्यर्थी बीमा कंपनी द्वारा अपीलार्थी को जारी की गई थी

विवाद में। अपीलार्थी मई, 2009 में होने वाली अपनी साली की बेटी की शादी में शामिल होने के लिए अमेरिका जाने का इरादा रखता था। नतीजतन, अपीलार्थी ने एक विदेशी मेडिक्लेम नीति की मांग की। डॉ. जितेंद्र जैन, डॉक्टर जिन्होंने पॉलिसी जारी करने से पहले अपीलार्थी की जांच की थी, ने अनुलग्नक ए-2 के अनुसार नोट किया कि अपीलार्थी को मधुमेह मेलिटस-II (डीएम-2) था जो दवाओं पर नियंत्रित था। किसी भी बीमारी, ऑपरेशन, दुर्घटना, जांच आदि के पिछले इतिहास का कोई उल्लेख नहीं था। एक इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम परीक्षण (ई. सी. जी.) लिया गया और डॉक्टर ने इसे "सामान्य" बताया। डॉक्टर ने आगे कहा कि वर्तमान में ऐसी कोई बीमारी या बीमारी नहीं है जिसके लिए प्रस्तावक (अपीलार्थी) की आगामी यात्रा के दौरान संभवतः चिकित्सा उपचार की आवश्यकता हो। डॉक्टर ने किसी भी तनाव परीक्षण की सलाह नहीं दी। यह भी पाया गया कि अपीलार्थी के रक्त और मूत्र परीक्षणों में चीनी का कोई निशान नहीं था। सीरम

ग्लूकोज/उपवास परीक्षण परिणाम ने 92 प्रतिशत दिखाया, जो सामान्य मानों के भीतर था यानी 70-110 mgs% के बीच। मूत्र परीक्षण में भी कोई असामान्यता नहीं पाई गई। इसके बाद अपीलार्थी से प्रस्ताव प्रपत्र भरने का अनुरोध किया गया।

29. इससे पहले कि हम आगे बढ़ें, मामले के दो पहलुओं पर चर्चा करना आवश्यक है जो वर्तमान अपील में विवाद को जन्म देते हैं। पहला वह है जो कानूनी उबेर्रीमे फिदेई या सद्भावना के सिद्धांत और बीमा पॉलिसी के लिए पक्षों द्वारा सभी भौतिक तथ्यों के प्रकटीकरण के संबंधित सिद्धांत में व्यक्त किया जा सकता है। दूसरा सिद्धांत कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम में व्यक्त किया गया है।

उबेररिमे फिदेई

30. यह देखा गया है कि बीमा अनुबंध विशेष अनुबंध होते हैं।

पूर्ण प्रकटीकरण के सामान्य सिद्धांतों के आधार पर बीमा की मांग करने वाला व्यक्ति जोखिम से संबंधित सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करने के लिए बाध्य है। कानून बीमा अनुबंधों के मामलों में सद्भावना के उच्च मानक की मांग करता है जो कानूनी उबेर्रीमे फिदेई में व्यक्त किया गया है।

31. बीमा कानून 13 वें संस्करण पर मैक गिलिव्रे। संक्षेप में कहा है कि

बीमित व्यक्ति का कर्तव्य निम्नलिखित रूप में खुलासा करना हैः

" ..... बीमाकृत को बीमाकर्ता के जोखिम के मूल्यांकन के लिए सभी तथ्यों का खुलासा करना चाहिए जो ज्ञात या ज्ञात हैं।

बीमाकृत द्वारा ज्ञात माना जाता है लेकिन न तो ज्ञात और न ही

बीमाकर्ता द्वारा ज्ञात माना जाता है। बीमाकृत द्वारा इस शुल्क का उल्लंघन बीमाकर्ता को बीमा के अनुबंध से बचने का अधिकार देता है जब तक कि वह यह दिखा सकता है कि गैर-प्रकटीकरण ने बीमाकर्ता को बीमा के अनुबंध से बचने के लिए प्रेरित किया है।

सुसंगत शर्तों पर अनुबंध करना।

32. कार्टर बनाम में लॉर्ड मैन्सफील्ड। बोहम (1766) 3 बुर 1905 ने निम्नलिखित शब्दों में बीमाकृत द्वारा प्रकटीकरण की आवश्यकता वाले सिद्धांतों का सारांश दिया हैः

" बीमा अटकलबाजी का अनुबंध है। विशेष तथ्य

जिस पर आकस्मिक अवसर की गणना की जानी है, वह आमतौर पर केवल आश्वस्त व्यक्ति के ज्ञान में निहित है। अंडरराइटर
अपने प्रतिनिधित्व पर भरोसा करता है, और आगे बढ़ता है

विश्वास है कि वह अंडरराइटर को इस विश्वास में गुमराह करने के लिए अपने ज्ञान में किसी भी परिस्थिति को पीछे नहीं रखता है कि परिस्थिति मौजूद नहीं है। ऐसी परिस्थितियों से बचना एक धोखाधड़ी है, और इसलिए नीति अमान्य है। हालाँकि दमन गलती से होना चाहिए, बिना किसी धोखाधड़ी के इरादे के, फिर भी अंडरराइटर को धोखा दिया जाता है और नीति अमान्य है; क्योंकि जोखिम रन वास्तव में [2021] 11 एस. सी. आर. में समझे जाने वाले और चलाए जाने वाले जोखिम से अलग है।

समझौते का समय। अंडरराइटर के खिलाफ नीति समान रूप से अमान्य होगी यदि वह छिपाता है। सद्भावना किसी भी पक्ष को, जो वह निजी तौर पर जानता है उसे छिपाकर, दूसरे को तथ्य के बारे में उसकी अज्ञानता और उसके विपरीत विश्वास से सौदेबाजी में लाने से मना करती है।

तथ्य जिसका अनुबंध की नींव पर असर पड़ता है बीमा और पॉलिसी के तहत कवर किया जाने वाला जोखिम एक "भौतिक तथ्य" होगा।

33. बीमा विनियामक के प्रावधानों के तहत और

विकास प्राधिकरण (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 "प्रस्ताव प्रपत्र" को परिभाषित करने वाली धारा 2 (डी) का स्पष्टीकरण इस बात पर प्रकाश डालता है कि "सामग्री" का अर्थ और सामग्री क्या है। एक के लिए

उपरोक्त विनियमों के तहत स्पष्टीकरण के साथ "प्रस्ताव प्रपत्र" की परिभाषा का आसान संदर्भ नीचे दिया गया है:

" 2. परिभाषाएँ। इन नियमों में, जब तक कि संदर्भ

अन्यथा आवश्यक है

(घ) "प्रस्ताव प्रपत्र" से बीमाकर्ता द्वारा जोखिम के संबंध में बीमाकर्ता द्वारा आवश्यक सभी सामग्री जानकारी प्रस्तुत करने के लिए बीमाकर्ता द्वारा भरा जाने वाला एक प्रपत्र अभिप्रेत है, ताकि बीमाकर्ता को यह तय करने में सक्षम बनाया जा सके कि उसे स्वीकार करना है या अस्वीकार करना है,

जोखिम उठाना, और स्वीकार करने की स्थिति में

जोखिम, कवर की दरों, नियमों और शर्तों को निर्धारित करने के लिए

दिया जाता है।
व्याख्या: " इन विनियमों के उद्देश्य के लिए सामग्री का अर्थ होगा और इसमें जोखिम को कम करने के संदर्भ में सभी महत्वपूर्ण, आवश्यक और प्रासंगिक जानकारी शामिल होगी।

बीमाकर्ता द्वारा कवर किया गया।

इस प्रकार, विनियमन "सामग्री" शब्द को भी परिभाषित करता है जिसका अर्थ है और इसमें बीमाकर्ता को यह तय करने में मार्गदर्शन करने के संदर्भ में सभी "महत्वपूर्ण", "आवश्यक" और "प्रासंगिक" जानकारी शामिल है कि जोखिम उठाना है या नहीं।

या नहीं।

मनमोहन नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

34. जिस तरह बीमित व्यक्ति का कर्तव्य है कि वह सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करे, उसी तरह बीमाकर्ता को भी बीमित व्यक्ति को इसके नियमों और शर्तों के बारे में सूचित करना चाहिए।

वह नीति जो उसे जारी की जाने वाली है और उसे प्रस्ताव प्रपत्र या विवरण पत्रिका में दिए गए बयानों या उसके एजेंटों के माध्यम से दिए गए बयानों का सख्ती से पालन करना चाहिए। इस प्रकार, अत्यंत सद्भावना का सिद्धांत बीमाकृत द्वारा बीमाकर्ता को दिए गए सार्थक पारस्परिक कर्तव्यों को लागू करता है और इसके विपरीत। प्रकटीकरण का यह अंतर्निहित कर्तव्य सद्भावना का एक सामान्य कानूनी कर्तव्य था जो मूल रूप से समानता में स्थापित किया गया था, लेकिन बाद में इसे वैधानिक रूप से मान्यता दी गई जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है। यह शुल्क बढ़ाने या अनुबंध की शर्तों द्वारा इसे प्रतिबंधित करने के लिए एक अनुबंध में प्रवेश करने वाले पक्षों के लिए भी खुला है।

35. बीमित व्यक्ति का परम सद्भावना का पालन करने का कर्तव्य उसे एक प्रस्ताव प्रपत्र का जवाब देने की आवश्यकता के द्वारा लागू किया जाता है जो इस प्रकार तैयार किया गया है -

पॉलिसी में शामिल करने और इसे अनुबंध का आधार बनाने के लिए सभी प्रासंगिक जानकारी प्राप्त करें। इस प्रकार लगाया गया संविदात्मक कर्तव्य यह है कि प्रस्ताव प्रपत्र में बयानों में किसी भी दमन या झूठ का परिणाम होगा।

सद्भावना के कर्तव्य के उल्लंघन में और पॉलिसी को अमान्य कर देगा और परिणामस्वरूप बीमाकर्ता के कहने पर इसे अस्वीकार कर देगा।

36. बीमित व्यक्ति पर प्रकटीकरण के कर्तव्य के संबंध में, कोई भी तथ्य जो एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के निर्णय को प्रभावित करेगा, न कि

विशेष बीमाकर्ता एक भौतिक तथ्य है। परीक्षण यह है कि क्या विचाराधीन परिस्थितियाँ विवेकपूर्ण बीमाकर्ता को प्रभावित करेंगी और न कि क्या यह रेनॉल्ड्स बनाम के माध्यम से उसे प्रभावित कर सकती हैं। फीनिक्स एस्योरेंस कं. लिमिटेड (1978) 2 लॉयड के प्रतिनिधि। 440. इसलिए बीमा पॉलिसी जारी करते समय परीक्षण एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता का होना चाहिए।

37. बुनियादी परीक्षण इस बात पर निर्भर करता है कि क्या एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता का दिमाग प्रभावित होगा, या तो यह तय करने में कि जोखिम लेना है या नहीं। प्रीमियम को ठीक करना, किसी विशेष तथ्य के ज्ञान से यदि यह किया गया था

खुलासा किया। इसलिए, तथ्य जोखिम को प्रभावित करने वाला होना चाहिए। यदि इसका जोखिम पर कोई प्रभाव नहीं पड़ता है तो इसका खुलासा करने की आवश्यकता नहीं है और यदि यह बीमाकर्ताओं को बीमा जारी करने में देरी करने के लिए पूछताछ करने के अलावा और कुछ नहीं करेगा, तो यह महत्वपूर्ण नहीं है यदि पूछताछ के परिणाम का विवेकपूर्ण बीमाकर्ता पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। 38. चाहे कोई तथ्य भौतिक हो, यह विशेष मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा, जैसा कि साक्ष्य द्वारा साबित होता है। यह अदालत को कानून के मामले के रूप में निर्णय देना है कि क्या कोई विशेष तथ्य भौतिक होने में सक्षम है और लागू किए जाने वाले परीक्षण के बारे में निर्देश देना है। इसलिए सार्वभौमिक अनुप्रयोग के नियमों की अपेक्षा नहीं की जानी चाहिए, लेकिन निम्नलिखित पैराग्राफ में निर्धारित प्रस्ताव अच्छी तरह से स्थापित हैं:

(क) कोई भी तथ्य ऐसी सामग्री है जो विशेष मामले की परिस्थितियों में इस निष्कर्ष की ओर ले जाती है कि बीमा की विषय वस्तु एक सामान्य जोखिम नहीं है, लेकिन इसके खिलाफ बीमित जोखिम से प्रभावित होने के लिए असाधारण रूप से उत्तरदायी है। इसे कहा जाता है

‘ शारीरिक खतरा "।

(ख) कोई भी तथ्य ऐसी सामग्री है जो इस निष्कर्ष की ओर ले जाती है कि विशेष प्रस्तावक एक व्यक्ति है, या व्यक्तियों के एक वर्ग में से एक है, जिसका

बीमा के प्रस्ताव को सामान्य दर के अधीन या स्वीकार किया जाना चाहिए। इसे आमतौर पर 'नैतिक खतरा' कहा जाता है।
किसी विशेष तथ्य की भौतिकता इस प्रकार निर्धारित होती है -

प्रत्येक मामले की परिस्थितियाँ और तथ्य का प्रश्न है।

41. इस प्रकार, एक प्रस्तावक का कर्तव्य है कि वह बीमाकर्ता को उन सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करे जो उसकी जानकारी में हैं। प्रस्तावक को माना जाता है कि प्रस्तावित बीमा से संबंधित सभी तथ्यों और परिस्थितियों को जानें। जबकि प्रस्तावक केवल वही खुलासा कर सकता है जो उसे पता है, प्रस्तावक का प्रकटीकरण का कर्तव्य उसके वास्तविक ज्ञान तक ही सीमित नहीं है, यह उन भौतिक तथ्यों तक भी फैला हुआ है जिन्हें उसे व्यवसाय के सामान्य पाठ्यक्रम में जानना चाहिए। हालांकि, बीमित व्यक्ति का कर्तव्य नहीं है कि वह उन तथ्यों का खुलासा करे जिन्हें वह नहीं जानता था और जिन्हें वह उचित रूप से नहीं बता सकता था।

भौतिक समय पर जानने की उम्मीद है। सद्भावना के कर्तव्य का दूसरा पहलू बातचीत के दौरान किए गए अभ्यावेदन के संबंध में उत्पन्न होता है, और इस उद्देश्य के लिए अनुबंध के लिए बातचीत के दौरान प्रस्तावक द्वारा दिए गए भौतिक तथ्यों के संबंध में सभी बयान अभ्यावेदन का गठन करते हैं और सद्भावना से किए जाने चाहिए।

हान नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं.

लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

प्रस्ताव बनाने में पालन किए जाने वाले बुनियादी नियम

इसका सारांश इस प्रकार दिया जाए:

एक निष्पक्ष और उचित निर्माण किया जाना चाहिए

पूछे गए प्रश्न की भाषा और दिए गए उत्तर का भी यही अर्थ लगाया जाएगा। इसमें किसी भी मामले में उपयोग की जाने वाली भाषा पर पूरा ध्यान देना शामिल है, क्योंकि सवाल यह हो सकता है

इस तरह से तैयार किया गया है कि एक अयोग्य उत्तर एक

प्रस्तावक द्वारा दावा कि उसे तथ्यों का ज्ञान है

और यह कि ज्ञान दिया जा रहा है। हालांकि, बशर्ते इन नियमों का पालन किया जाए, पदार्थ के सभी मामलों में सटीकता पर्याप्त होगी और इसमें गलत कथन या चूक होगी।

तुच्छ और अनुचित सम्मान को नजरअंदाज किया जाएगा।

सच्चाई। एक ऐसा उत्तर जो शाब्दिक रूप से सटीक है, जहाँ तक इसका विस्तार है, पर्याप्त नहीं होगा यदि वह जो नहीं कहा गया है उसके कारण भ्रामक है। प्रस्तावक के लिए यह कहना काफी सटीक हो सकता है।

कंपनी, लेकिन जवाब गलत है अगर वास्तव में उसने किया है एक से अधिक।

जहाँ उत्तर के लिए जगह खाली छोड़ दी जाती है, प्रश्न का उत्तर नहीं दिया जाता है, वहाँ उचित अनुमान यह हो सकता है कि उत्तर के रूप में दर्ज करने के लिए कुछ भी नहीं है। यदि वास्तव में जवाब के रूप में दर्ज करने के लिए कुछ है, तो बीमाकर्ता गुमराह होते हैं

कि उनका उचित अनुमान गलत है। तब यह निर्माण का विषय होगा कि क्या यह केवल गैर-प्रकटीकरण है, प्रस्तावक ने कोई सकारात्मक बयान नहीं दिया है, या क्या सार में उसे दावा करने वाला माना जाना चाहिए।

कि वास्तव में कहने के लिए कुछ भी नहीं है।

जहां कोई जवाब असंतोषजनक है, क्योंकि यह अधूरा या असंगत है, तो बीमाकर्ताओं को उचित व्यक्ति के रूप में जांच के लिए रखा जा सकता है, ताकि यदि वे कोई जवाब जारी करते हैं तो

बिना किसी आगे की जांच के यह माना जाता है कि उन्होंने किसी भी आगे की जानकारी को माफ कर दिया है। हालाँकि, [2021] 11 एस. सी. आर. को ध्यान में रखते हुए।

ऊपर शीर्ष (4) में उल्लिखित अनुमान के लिए, मात्र

खाली स्थान छोड़ना आम तौर पर बीमाकर्ताओं को पूछताछ पर रखने के लिए पर्याप्त नहीं माना जाएगा।

प्रस्तावककेँ दू गोटकेँ जोड़ब सुविधाजनक लागि सकैत अछि।

(च)

या अधिक प्रश्न और एक समग्र उत्तर दें। उसके ऐसा करने पर कोई आपत्ति नहीं है, बशर्ते बीमाकर्ताओं को इसके अंतर्गत आने वाले सभी बिंदुओं पर पर्याप्त और सटीक जानकारी दी जाए।

सवाल करते हैं। कोई भी जवाब दिया जाता है, चाहे वह कितना भी सटीक और ईमानदार क्यों न हो

(जी)

जिस समय इसे लिखा गया था, उसे ठीक किया जाना चाहिए, यदि प्रस्ताव की स्वीकृति के समय तक, कोई घटना या

परिस्थिति इसे गलत या भ्रामक बनाने के लिए अनुकूल है।

[स्रोतः हैल्सबरीज़ लॉज़ ऑफ़ इंग्लैंड, चौथा संस्करण,

पैरा 375, Vol.25: बीमा]

43. कभी-कभी प्रकटीकरण के कर्तव्य का मानक

बीमित व्यक्ति बीमित व्यक्ति को असुरक्षित बना सकता है क्योंकि प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए विवरण बीमित व्यक्ति के खिलाफ रखे जा सकते हैं। इसके विपरीत, बीमा पॉलिसी के कुछ खंडों की व्याख्या बीमाकर्ता के खिलाफ कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम के आलोक में की जा सकती है। बीमित व्यक्ति से विशिष्ट जानकारी प्राप्त करने के लिए, प्रस्ताव प्रपत्र में विशिष्ट प्रश्न होने चाहिए ताकि पॉलिसी में अंतर्निहित जोखिमों के बारे में स्पष्टता प्राप्त की जा सके, जो सामान्य जोखिमों से अधिक हैं।

कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम

फिर, वह व्याख्या जो उन शब्दों या अभिव्यक्तियों का उपयोग करने या उनका मसौदा तैयार करने वाले व्यक्ति के खिलाफ है जिसने कठिनाई को जन्म दिया है। निर्माण, लागू होता है। इस नियम को अक्सर मानक रूप अनुबंधों की व्याख्या करते समय लागू किया जाता है। इस तरह के अनुबंधों में मुद्रित शर्तों वाले प्रपत्र शामिल होते हैं जो हमेशा एक ही प्रकार के अनुबंधों के लिए उपयोग किए जाते हैं। इसके अलावा, इस तरह के अनुबंधों को व्यक्तियों के खिलाफ कठोर शब्दों में लिखा जाता है और अक्सर पढ़ा और समझा नहीं जाता है, जिसके परिणामस्वरूप गंभीर कानूनी निहितार्थ होते हैं। जब इस तरह के मानक रूप अनुबंधों में

आम तौर पर अपवाद खंड होते हैं, तो उन्हें हमेशा उस व्यक्ति के खिलाफ नियम के विपरीत माना जाता है जिसने इसका मसौदा तैयार किया है।

हान नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

उन निर्णयों में से जिन पर विचार किया गया है

नियम को निम्नानुसार संदर्भित किया गया हैः

जनरल एस्योरेंस सोसाइटी लिमिटेड, v. चांदमुल जैन-ए. आई. आर. 1966 एस. सी. 1644 में यह अभिनिर्धारित किया गया था कि जहां बीमा या संदेह के अनुबंध में अस्पष्टता है, उसे बीमा के विरुद्ध माना जाना चाहिए।

कंपनी।

दिल्ली विकास प्राधिकरण बनाम। दुर्गा चंद

कौशिस-ए. आई. आर. 1973 एस. सी. 2609, यह देखा गयाः

" किसी दस्तावेज़ को समझने में पक्षकारों के अनुमानित इरादे को नहीं, बल्कि उनके द्वारा उपयोग किए गए शब्दों के अर्थ को ध्यान में रखना चाहिए। अगर दो व्याख्याएँ

दस्तावेज़ संभव है, जो इसके सभी भागों को प्रभाव और अर्थ देगा, उसे अपनाया जाना चाहिए और इस उद्देश्य के लिए, अनिश्चितता पैदा करने वाले शब्द दस्तावेज़ को नजरअंदाज किया जा सकता है।

इसके अलावा, सेंट्रल बैंक ऑफ इंडिया बनाम. हार्टफोर्ड फायर बीमा कंपनी लिमिटेड ए. आई. आर. 1965 एस. सी. 1288, यह आयोजित किया गया थाः

" जिसे कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम कहा जाता है, उसे लागू किया जाना चाहिए और चूंकि पॉलिसी अकेले बीमाकर्ता द्वारा तैयार किए गए एक मानक रूप अनुबंध में थी, इसलिए इसकी व्याख्या इस तरह से की जानी चाहिए जो बीमाकृत के लिए अनुकूल हो।

में एम. कामगढ़ शाह बनाम। जगदीश चंद्र आकाशवाणी 1960

एस. सी. 953 में यह कहा गया कि जहां कोई अस्पष्टता है, वहां अदालत का कर्तव्य है कि वह दस्तावेज़ के सभी हिस्सों को देखे ताकि यह पता लगाया जा सके कि वास्तव में पक्षों का क्या इरादा था। लेकिन

यहाँ भी नियम को ध्यान में रखना होगा कि दस्तावेज़ अनुदानकर्ता का दस्तावेज़ होने के कारण इसकी सख्ती से व्याख्या की जानी चाहिए।

उसके खिलाफ और अनुदान प्राप्तकर्ता के पक्ष में।

यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड बनाम पूर्वी खजाने (पी) (2016) 3 एस. सी. सी. 49 इस न्यायालय ने हैल्सबरी के इंग्लैंड के कानूनों (5 वीं संस्करण) को उद्धृत किया। खण्ड. 60, पैरा 105) कॉन्ट्रा पर

प्रोफेरेंटम नियम निम्नानुसार हैः

" प्रोफेरेंटम नियम का उल्लंघन करें। - जहां नीति में अस्पष्टता है, अदालत कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम नियम लागू करेगी। जहाँ बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसी तैयार की जाती है, वह [2021] 11 एस. सी. आर. होती है।

जेपीआरईएमई अदालत की रिपोर्ट

यदि बीमाकृत ने कोई अस्पष्टता पैदा की है तो बीमाकर्ता प्रबल होंगे। हालाँकि, यह नियम केवल तभी लागू होता है जब शब्द वास्तव में अस्पष्ट होते हैं; यह अस्पष्टता को हल करने के लिए एक नियम है और इसे संदेह पैदा करने की दृष्टि से लागू नहीं किया जा सकता है। इसलिए, जहाँ शब्दों का उपयोग किया जाता है वे इस अर्थ में अस्पष्टता से मुक्त हैं कि, निष्पक्ष और यथोचित रूप से, वे केवल एक ही अर्थ को स्वीकार करते हैं, नियम का कोई अनुप्रयोग नहीं है।

अपीलार्थी के विद्वान वकील ने इस पर भरोसा किया है सुशीलाबेन इंद्रवदन गांधी और अन्य। वी. द न्यू इंडिया एस्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अन्य। (2021) 7 एस. सी. सी. 151 जिसमें यह देखा गया था कि दायित्व की कोई छूट

एक बीमा अनुबंध में खंड का अर्थ, अस्पष्टता के मामले में, बीमाकर्ता के खिलाफ माना जाना चाहिए। उक्त मामले में निर्यात ऋण पर निर्भरता रखी गई थी

गारंटी सोसायटी बनाम। गर्ग संस इंटरनेशनल (2014) 1 एस. सी. सी. 686 जिसमें इस अदालत ने निम्नानुसार अभिनिर्धारित कियाः

" बीमित व्यक्ति बीमा पॉलिसी द्वारा कवर की गई राशि से अधिक कुछ भी दावा नहीं कर सकता है। अनुबंध की शर्तों को सख्ती से समझा जाना चाहिए, बिना

अनुबंध की प्रकृति में परिवर्तन करने से पक्षों के हितों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है। बीमा पॉलिसी के खंडों को वैसे ही पढ़ना होगा जैसे वे हैं। नतीजतन, बीमा की शर्तें

पॉलिसी, जो बीमा की जिम्मेदारी तय करती है

कंपनी को भी सख्ती से पढ़ा जाना चाहिए। अनुबंध होना चाहिए समग्र रूप से पढ़ा जाना चाहिए और इसकी शर्तों को सुसंगत बनाने के लिए हर संभव प्रयास किया जाना चाहिए, यह ध्यान में रखते हुए कि वाणिज्यिक अनुबंध के मामले में विरोध का नियम लागू नहीं होता है, इस कारण से कि एक खंड

एक वाणिज्यिक अनुबंध में द्वैपाक्षिक है और है आपसी सहमति बनी।

46. मामले के तथ्यों पर विचार करते हुए और देयता खंड की सीमा के संबंध में व्यापक निजी कार (बी) नीति के आई. एम. टी. 5 और आई. एम. टी.-16 पर विचार करते हुए, यह देखा गया कि विपरीत नियम वास्तविक अस्पष्टता के मामले में लागू होता है और यदि पूरी नीति को पढ़ने पर अनुबंध के खंडों का अर्थ स्पष्ट हो जाता है तो सिद्धांत को लागू करने के लिए कोई जगह नहीं है। उक्त मामले के तथ्यों पर, अपील को यह मानते हुए अनुमति दी गई थी कि बीमा कंपनी दावा की गई पूरी राशि का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है। उक्त मामला गुजरात उच्च न्यायालय के आदेश के खिलाफ एक अपील से उत्पन्न हुआ जिसमें न्यायालय ने निर्देश दिया था कि बीमाकर्ता की देयता रुपये की राशि तक सीमित होगी। 25,000 / - और शेष दावा राशि मृतक के नियोक्ता (अस्पताल) द्वारा देय होगी। बीमा अनुबंध में देयता खंड की सीमा में दिखाई देने वाले 'कर्मचारी' शब्द की व्याख्या के संबंध में उत्पन्न अस्पष्टता को इसके विपरीत माना गया था।

बीमा कंपनी के खिलाफ यह अभिनिर्धारित करके कि मृतक अस्पताल का कर्मचारी नहीं था और इसलिए, पूरा दायित्व बीमाकर्ता पर होगा। इसलिए, इस न्यायालय ने बीमाकर्ता से मृतक की पत्नी को पूरे दावे की राशि का भुगतान करने की अपेक्षा की।

47. बीमा कानून पर मैकगिलीव्रे (9 वां संस्करण, स्वीट और मैक्सवेल लंदन, 1997 पी। 280) कॉन्ट्रा प्रोफेरेंटम के नियम से संबंधित है

इसके अंतर्गतः

" निर्माण का विरोधाभासी नियम केवल तभी उत्पन्न होता है जब खंड का मसौदा तैयार करने वालों द्वारा एक शब्द प्रयोग किया जाता है जो अदालत को व्याख्या के सामान्य सिद्धांतों द्वारा यह तय करने में असमर्थ छोड़ देता है कि दो अर्थों में से कौन सा सही है। ' अस्पष्टता पैदा करने के लिए नियम का उपयोग नहीं करना चाहिए-पहले अस्पष्टता का पता लगाना चाहिए। शब्दों को प्राप्त करना चाहिए साधारण और स्वाभाविक अर्थ जब तक कि वह नीति के सामने या संभवतः आसपास की परिस्थितियों के बाहरी साक्ष्य द्वारा दिखाई देने वाली वास्तविक अस्पष्टता से विस्थापित न हो जाए।

48. कॉलिनवॉक्स का बीमा कानून (6 वां संस्करण, 1990 पी। 42) उक्त नियम को निम्नलिखित शब्दों में स्पष्ट किया हैः

" नीतियों में विरोधाभासी खंडों के अलावा,

अस्पष्टताएँ उनमें आम हैं और यह अक्सर बहुत अनिश्चित होता है कि उनके लिए पक्षों का क्या अर्थ है। ऐसे मामलों में नियम यह है कि पॉलिसी का मसौदा बीमाकर्ताओं द्वारा चुनी गई भाषा में तैयार किया जा रहा है, इसलिए उनके खिलाफ सबसे अधिक सख्ती से कार्रवाई की जानी चाहिए। यह उन लोगों के खिलाफ माना जाता है जो इसे पेश करते हैं।

अध्यक्ष के खिलाफ तराजू की बारी दी जानी चाहिए,

क्योंकि उन्होंने खुद को स्पष्ट और पूरी तरह से व्यक्त नहीं किया है।

बीमाकर्ताओं के लिए खुद को व्यक्त करने से ज्यादा आसान कुछ नहीं है।

सीधे शब्दों में। बीमित व्यक्ति किसी नीति पर अपना अर्थ नहीं रख सकता है, लेकिन जहां यह अस्पष्ट है, वहां इसका अर्थ उस अर्थ में लगाया जाना चाहिए जिसमें वह इसे उचित रूप से समझ सकता है। यदि बीमाकर्ता दी गई परिस्थितियों में दायित्व से बचना चाहते हैं, तो उन्हें बिना किसी संभावित संदेह को स्वीकार करने वाले शब्दों का उपयोग करना चाहिए।

49. उपरोक्त सिद्धांतों को वर्तमान मामले में लागू किया जा सकता है।

विचाराधीन नीति की प्रकृति यानी एक मेडिक्लेम नीति, प्रस्ताव प्रपत्र में विशिष्ट प्रश्नों और उसमें सामान्य और विशिष्ट खंडों के संदर्भ में अपीलार्थी द्वारा दिए गए उत्तरों को ध्यान में रखते हुए।

50. लेकिन तत्काल मामले में तथ्यात्मक विवाद में प्रवेश करने से पहले, में उद्धृत प्रासंगिक निर्णयों पर चर्चा करना उपयोगी होगा

बारः

अपीलार्थी के लिए विद्वान वरिष्ठ वकील ने इस पर भरोसा किया है

((i)

अपीलार्थी के दावे के समर्थन में निम्नलिखित निर्णयः

क) सतवंत कौर संधू बनाम। न्यू इंडिया एस्योरेंस कंपनी (2009) 8 एस. सी. सी. 316:

उक्त मामले में अपीलार्थी के पति ने 7 मई, 1990 से 6 मई, 1991 की अवधि के लिए प्रतिवादी बीमाकर्ता द्वारा प्रदान की गई एक मेडिक्लेम पॉलिसी ली थी। उसमें अपीलार्थी अचानक बीमार पड़ गया और उसे लुधियाना के एक अस्पताल में और उसके बाद चेन्नई के एक स्वास्थ्य केंद्र में भर्ती कराया गया, जहाँ उसकी हालत बिगड़ गई।

और प्रतिपूर्ति का दावा किया गया था। प्रतिवादी बीमाकर्ता ने मद्रास इंस्टीट्यूट ऑफ नेफ्रोलॉजी से पूछताछ की (स्वास्थ्य केंद्र) और 6 मई, 1992 को एक प्रमाण पत्र प्राप्त किया, जिसमें कहा गया था कि मृतक "क्रोनिक रेनल फेल्योर/डायबिटिक नेफ्रोपैथी" का एक ज्ञात मामला था और शिकायतकर्ता अस्पताल में भर्ती था।

उनके स्थान पर नियमित हीमोडायलिसिस के कारण उनकी मृत्यु हो गई। द.

बीमा कंपनी ने दावा खारिज कर दिया। उक्त मामले में इस न्यायालय द्वारा विचार किया गया मुख्य प्रश्न यह था कि क्या यह तथ्य कि पॉलिसी धारक मेडिक्लेम पॉलिसी लेने के समय दीर्घकालिक मधुमेह

और गुर्दे की विफलता से पीड़ित था, एक भौतिक तथ्य था और इसलिए, इस हान नंदा बनाम का खुलासा न करने के कारण।

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

प्रस्ताव प्रपत्र में, प्रत्यर्थी बीमा कंपनी ने अपीलार्थी के दावे को अस्वीकार करते हुए कानूनी रूप से पुष्टि की। इस न्यायालय ने भौतिक तथ्य की अवधारणा पर विचार किया और पैरा 20 में कहाः

प्रस्ताव प्रपत्र। इस बात पर जोर देने की आवश्यकता नहीं है कि कोई भी गलत उत्तर बीमाकर्ता को अपने दायित्व को अस्वीकार करने का अधिकार देगा क्योंकि यह स्पष्ट धारणा है कि प्रस्ताव प्रपत्र में मांगी गई कोई भी जानकारी भौतिक है।

एक अनुबंध में प्रवेश करने के उद्देश्य से

बीमा।

हाल ही में इस न्यायालय ने निम्नानुसार अभिनिर्धारित कियाः

" 21. वनाच्छादित कानूनी स्थिति को ध्यान में रखते हुए, हम हाथ में तथ्यों का विज्ञापन कर सकते हैं। जैसा कि पहले उल्लेख किया जा चुका है,

प्रस्ताव प्रपत्र में निम्नलिखित दो प्रश्न थेः

बीमारी का विवरण जिसके निकट उपचार की आवश्यकता हो सकती है

भविष्य;

पिछले दो वर्षों में उपचार/शल्य चिकित्सा का विवरण

महीनों तक।

प्रस्तावक द्वारा दो प्रश्नों के दिए गए उत्तर क्रमशः "स्वस्थ" और "शून्य" थे। यह किसी की समझ से परे होगा कि बीमित व्यक्ति को अपने स्वास्थ्य की स्थिति और इस तथ्य के बारे में पता नहीं था कि वह मधुमेह के साथ-साथ दीर्घकालिक गुर्दे से भी पीड़ित था

विफलता, विशेष रूप से तब जब उन्हें नियमित रूप से हीमोडायलिसिस पर बताया गया था। इस बात में संदेह की शायद ही कोई गुंजाइश हो कि पूर्व में निकाली गई जानकारी में आवश्यक जानकारी

प्रश्न भौतिक तथ्यों पर थे और उन प्रश्नों के दिए गए उत्तर निश्चित रूप से ऐसे कारक थे जो उत्तरदाता बीमा को प्रभावित और निर्देशित किया

मेडिक्लेम के अनुबंध में प्रवेश करने के लिए कंपनी

बीमित व्यक्ति के साथ बीमा। "[2021] 11 एस. सी. आर.

प्रत्यर्थी बीमाकर्ता के विद्वान वकील ने भी सतवंत कौर संधू सुप्रा पर भरोसा किया है और पैरा पर जोर दिया है

यह देखा गया कि बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित भौतिक तथ्यों का स्पष्ट रूप से दमन किया गया था और इसलिए, प्रतिवादी बीमाकर्ता बीमा अनुबंध को अस्वीकार करने में पूरी तरह से उचित था। लेकिन उपरोक्त निर्णय को अपीलार्थी के विद्वान वकील द्वारा अलग करने की कोशिश की जाती है।

(ख) एल. आई. सी. ऑफ इंडिया बनाम। श्रीमती. जीएम। चन्नबसम्मा (1991) 1 एस. सी. सी. 357, यह देखा गया कि बीमाकर्ता के लिए प्रासंगिक सभी भौतिक तथ्यों का खुलासा करने का दायित्व बीमाकर्ता पर है, लेकिन पॉलिसी जारी करने के बाद, यह साबित करने का भार कि बीमाकर्ता ने गलत अभ्यावेदन किया था और भौतिक तथ्यों को दबा दिया था, बीमाकर्ता पर है। उक्त मामले में, यह माना गया कि चिकित्सक के बयान से यह निष्कर्ष नहीं निकला कि उसमें उत्तरदाता लंबे समय तक एक गंभीर बीमारी से प्रभावित था। उसमें पक्षकारों के नेतृत्व में साक्ष्य पर विचार करने पर,

यह देखा गया कि बीमाकर्ता यह साबित करने में विफल रहा है कि बीमित व्यक्ति पॉलिसियों के प्रस्तावों को भरने के समय मधुमेह या तपेदिक से पीड़ित था या उसने अपने बयानों में कोई गलत जवाब दिया था या किसी भी भौतिक तथ्य को दबा दिया था जिसका खुलासा करना उसका कर्तव्य था। ट्रायल कोर्ट के इस निष्कर्ष को कि बीमाकृत ने पॉलिसियों को निकालते समय बीमाकर्ता के साथ धोखाधड़ी की थी, उलट दिया गया और अपील की अनुमति दी गई।

(ग) केनरा बैंक बनाम। यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी (2020) 3 एस. सी. सी. 455, एक ऐसा मामला है जिसमें इस न्यायालय ने कहा कि यदि कोई कॉलम खाली छोड़ दिया जाता है, तो बीमा कंपनी को बीमित व्यक्ति को कॉलम भरने के लिए कहना चाहिए। यदि बीमा कंपनी प्रस्ताव स्वीकार करते समय

प्रपत्र बीमित व्यक्ति को किसी भी अस्पष्टता को स्पष्ट करने के लिए नहीं कहता है तो बीमा कंपनी प्रीमियम स्वीकार करने के बाद यह आग्रह नहीं कर सकती है कि बीमित व्यक्ति द्वारा गलत घोषणा की गई थी। एक कॉलम को खाली छोड़ने का मतलब यह नहीं है कि तथ्यों का गलत वर्णन किया गया था। एक अनुबंध को अमान्य बनाने के लिए, गैर-प्रकटीकरण कुछ बहुत ही भौतिक तथ्य का होना चाहिए। अतः उसमें बीमाकर्ता को निर्देश दिया गया था कि -

मामले में बीमित व्यक्ति को क्षतिपूर्ति दें। सतवंत कौर संधू (उपरोक्त) मामले में निर्णय को अलग किया गया था और माना गया था कि यह इस मामले में लागू नहीं होता है।

मामला।

ए. एन. एम. ओ. एन. नंदा बनाम यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

(घ) हरि ओम अग्रवाल बनाम। ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी 2007 (98) डी. आर. जे. 246, एक मेडिक्लेम पॉलिसी पर एक निर्णय है। उक्त मामले में, यह माना गया कि बीमित व्यक्ति प्रस्ताव प्रस्तुत करते समय मधुमेह के साथ-साथ उच्च रक्तचाप से पीड़ित था। बीमित व्यक्ति को ई. सी. जी. से गुजरने की सलाह दी गई थी जो उसने किया। इसके बाद,

प्रस्ताव स्वीकार कर लिया गया और कवर नोट जारी कर दिया गया। खंड

4.1 उसमें नीति की व्याख्या की गई। यह देखा गया कि उच्च रक्तचाप और मधुमेह विभिन्न कारकों के आधार पर स्ट्रोक, हृदय रोग, गुर्दे की विफलता, यकृत विकार जैसी कई बीमारियों का कारण बन सकते हैं। ऐसी बीमारियाँ गैर-मधुमेह और बिना उच्च रक्तचाप वाले लोगों में समान रूप से उत्पन्न हो सकती हैं। एक दे रहा है

नीति के खंड 4 की प्रासंगिक व्याख्या में यह देखा गया कि चिकित्सा कवर को अर्थहीन बनाने से बचने के लिए ऐसी व्याख्या आवश्यक थी। इसलिए मुख्य उद्देश्य नियम था

यह अभिनिर्धारित करके सेवा में लगाया गया कि उक्त पॉलिसी के खंड 4 का उपयोग बीमाकर्ता के प्राथमिक दायित्व को ओवरराइड करने के लिए नहीं किया जा सकता है।

((ख)

विद्वान सलाहकार द्वारा निम्नलिखित उद्धरणों पर भरोसा किया गया था

प्रत्याख्यान की वैधता के समर्थन में प्रतिवादी संख्या 1 के लिए

बीमा दावे के बारे में:

क) रिलायंस लाइफ इंश्योरेंस बनाम। रेखाबेन नरेशभाई राठौड़, (2019) 6 एस. सी. सी. 175, एक ऐसा मामला है जिसमें बीमाकृत, जीवन बीमा पॉलिसी की मांग करते हुए, प्रस्ताव प्रपत्र में यह खुलासा करने में विफल रहा कि उसने पहले अपने लिए एक और बीमा कवर प्राप्त किया था। जीवन, विचाराधीन पॉलिसी प्राप्त करने से दो महीने पहले। पति-पत्नी

बीमित व्यक्ति की मृत्यु के बाद पॉलिसी की शर्तों के तहत दावा प्रस्तुत किया गया। बीमा कंपनी ने इस तथ्य का खुलासा न करने के आधार पर दावे को खारिज कर दिया कि बीमित व्यक्ति ने पॉलिसी प्राप्त करने से पहले अपने जीवन का बीमा करने के लिए एक और पॉलिसी ली थी। राज्य आयोग ने पाया कि दावे को अस्वीकार करना अनुचित था क्योंकि बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा की पिछली पॉलिसी का खुलासा करने में चूक ने विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के दिमाग को प्रभावित नहीं किया होगा। राष्ट्रीय आयोग ने राज्य आयोग के निष्कर्षों की पुष्टि की। इस न्यायालय के समक्ष एक अपील में, राष्ट्रीय आयोग के निर्णय को उलट दिया गया और न्यायालय ने बीमाकर्ता द्वारा दावे को अस्वीकार करने की अनुमति दी। यह अभिनिर्धारित किया गया था कि पूर्व कवर का प्रकटीकरण जोखिम के आकलन के लिए सामग्री थी जो द्वारा किया जा रहा था

बीमाकर्ता। पूर्ण प्रकटीकरण के कर्तव्य के लिए आवश्यक था कि बीमाकर्ता को सामग्री या ब्याज की किसी भी जानकारी को छोड़ा या छुपाया न जाए।

ख) भारतीय जीवन बीमा निगम बनाम। मनीष गुप्ता, (2019) 11 एस. सी. सी. 371, जिसमें प्रतिवादी ने अपीलकर्ता बीमाकर्ता से एक मेडिक्लेम पॉलिसी प्राप्त की थी। प्रस्ताव प्रपत्र में बीमाकृत के स्वास्थ्य विवरण और चिकित्सा जानकारी का खुलासा करने की मांग की गई थी। यह पूछे जाने पर कि क्या प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति किसी हृदय-संवहनी रोग जैसे कि दिल की धड़कन, दिल का दौरा, आघात, सीने में दर्द से पीड़ित था, बीमित व्यक्ति ने नकारात्मक उत्तर दिया। आश्वस्त व्यक्ति की माइट्रल वाल्व रिप्लेसमेंट सर्जरी हुई। इलाज के खर्च के लिए अस्पताल द्वारा दावा किया गया था जहाँ इलाज किया गया था और उक्त दावा था

बीमाकर्ता द्वारा पहले से मौजूद हृदय की स्थिति का खुलासा न करने के आधार पर अस्वीकार कर दिया गया। इस अदालत में दायर एक अपील को स्वीकार कर लिया गया। इस न्यायालय ने अपने समक्ष रखी गई दस्तावेजी सामग्री पर विचार करने पर पाया कि बीमित व्यक्ति के डिस्चार्ज कार्ड में उसके "बचपन से संधि हृदय रोग" के इतिहास को दर्ज किया गया है। इसलिए इस न्यायालय ने बीमाकर्ता द्वारा दावे को इस आधार पर अस्वीकार करने की अनुमति दी कि बीमाकृत व्यक्ति मेडिक्लेम पॉलिसी की मांग करते समय यह खुलासा करने में विफल रहा था कि वह इससे पीड़ित था।

बचपन से ही रूमेटिक हृदय रोग।

51. हमने निम्नलिखित निर्णयों पर भी विचार किया है:

नकारात्मक। बीमाकर्ता द्वारा 12 अगस्त, 2014 को एक बीमा पॉलिसी जारी की गई थी, जिसमें प्रस्तावक के जीवन का बीमा किया गया था। 8.50 रुपये के मृत्यु लाभ के साथ परिपक्वता पर देय लाख। 17 लाख। 12 सितंबर, 2014 को बीमाकृत कुलवंत सिंह की मृत्यु हो गई, जिससे पॉलिसी के तहत दावा किया गया। दावा एक स्वतंत्र जांच के अधीन था और रिकॉर्ड से पता चला कि मृतक हेपेटाइटिस सी से पीड़ित था। उपभोक्ता शिकायत को जन्म देते हुए दावे को अस्वीकार कर दिया गया था जिसे जिला मंच द्वारा अनुमति दी गई थी। राज्य मंच के समक्ष अपील को भी खारिज कर दिया गया था, साथ ही राष्ट्रीय आयोग द्वारा भी, संशोधन एन. एम. ओ. एच. ए. एन. एन. ए. एन. डी. ए. बनाम।

बर्खास्त कर दिया गया। पीड़ित होने के कारण बीमा कंपनी ने इस न्यायालय के समक्ष अपील को प्राथमिकता दी। यह माना गया कि

उक्त मामले में बीमाकर्ता द्वारा की गई जांच स्पष्ट रूप से

इंगित किया कि मृतक एक पूर्व-विद्यमान से पीड़ित था

चिकित्सा स्थिति जो किसी भी बीमारी, अस्पताल में भर्ती होने या उपचार से संबंधित विशिष्ट प्रश्नों के बावजूद बीमाकर्ता को नहीं बताई गई थी

प्रस्ताव प्रपत्र के कॉलम 22 में प्रस्तावक द्वारा पारित किया गया

उसमें। इसलिए आयोग के फैसले को दरकिनार कर दिया गया था, लेकिन चूंकि दावे की राशि का भुगतान प्रतिवादी को किया गया था, इसलिए इसका प्रयोग करते हुए

संविधान के अनुच्छेद 142 के तहत अधिकार क्षेत्र का निर्देश दिया गया था

कि प्रत्यर्थी बीमाकर्ता द्वारा उसमें कोई वसूली नहीं की जाएगी।

उपरोक्त निर्णय में, इस न्यायालय ने सुलभा को प्रतिष्ठित किया

यह पहले से मौजूद लम्बर स्पॉन्डिलाइटिस का दमन था। इसमें था। इस पृष्ठभूमि में कि इस न्यायालय ने अभिनिर्धारित किया कि कथित छिपाना ऐसी प्रकृति का था जो मृतक को अपने जीवन का बीमा कराने से वंचित नहीं करेगा। दूसरे शब्दों में, पहले से मौजूद बीमारी

स्पष्ट रूप से मृत्यु के कारण से असंबंधित था।

52. उपरोक्त निर्णयों पर विचार करने पर निम्नलिखित दृष्टांत सामने आएंगेः

((i)

बीमित व्यक्ति द्वारा प्रकटीकरण का कर्तव्य या दायित्व है।

प्रस्ताव बनाते समय किसी भी भौतिक तथ्य के संबंध में। एक भौतिक तथ्य क्या है, यह इस बात पर निर्भर करेगा कि बीमा पॉलिसी की प्रकृति क्या है, जोखिम क्या है।

कवर किए जाने के लिए, साथ ही साथ प्रश्न जो उठाए जाते हैं

प्रस्ताव प्रपत्र।

((ख)

किसी मामले में भौतिक तथ्य क्या हो सकता है, यह भी निर्भर करेगा। प्रस्तावक के स्वास्थ्य और चिकित्सा स्थिति पर।

यदि प्रस्ताव प्रपत्र में विशिष्ट प्रश्न किए जाते हैं तो यह है -

111

उम्मीद की जाती है कि बीमित व्यक्ति द्वारा विशिष्ट उत्तर दिए जाएँगे

जो सभी भौतिक तथ्यों को प्रकट करने के कर्तव्य से बाध्य है।

जेपीआरईएमई अदालत की रिपोर्ट

यदि प्रस्ताव प्रपत्र में कोई प्रश्न या कॉलम खाली छोड़ दिया जाता है तो

बीमा कंपनी को बीमित व्यक्ति से इसे भरने के लिए कहना चाहिए। यदि कोई कॉलम खाली रहने के बावजूद, बीमा कंपनी प्रीमियम स्वीकार करती है और पॉलिसी जारी करती है, तो वह ऐसा नहीं कर सकती है।

बाद के चरण में, जब नीति के तहत कोई दावा किया जाता है, तो कहें कि किसी सामग्री का दमन या खुलासा नहीं किया गया था।

तथ्य, और दावे को अस्वीकार करने की कोशिश करें।

बीमा कंपनी को प्रस्तावक की चिकित्सा स्थिति, यदि कोई हो, के बारे में विवरण प्राप्त करने का अधिकार है और प्रस्तावक की जाँच उसके किसी पैनल में शामिल डॉक्टर द्वारा कराई जा सकती है। यदि, चिकित्सा रिपोर्ट पर विचार करने पर, बीमा

कंपनी की चिकित्सा स्थिति से संतुष्ट है प्रस्तावक और यह कि पहले से मौजूद बीमारी का कोई खतरा नहीं है, और इस तरह की संतुष्टि पर उसने नीति जारी की है, वह नहीं कर सकता है

इसके बाद, तर्क दें कि एक संभावित पूर्व-अस्तित्व था बीमारी या बीमारी जिसके कारण बीमित व्यक्ति द्वारा दावा किया गया है और इस कारण से दावे को अस्वीकार कर दिया जाता है।

बीमाकर्ता को स्वास्थ्य की स्थिति और मौजूदा बीमारी, यदि कोई हो, से उत्पन्न होने वाले संभावित जोखिमों का आकलन करने में सक्षम होना चाहिए।

बीमा पॉलिसी जारी करने से पहले प्रस्ताव प्रपत्र में बीमाकृत द्वारा खुलासा किया गया। बीमित व्यक्ति की चिकित्सा स्थिति का आकलन करने के बाद एक बार पॉलिसी जारी हो जाने के बाद, बीमाकर्ता एक मौजूदा चिकित्सा स्थिति का हवाला देते हुए दावे को अस्वीकार नहीं कर सकता है, जिसका खुलासा बीमित व्यक्ति द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में किया गया था, जिस स्थिति से संबंध में एक विशेष जोखिम पैदा हुआ है।

जिसका दावा बीमाकृत द्वारा किया गया है। दूसरे शब्दों में, एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता को उस संभावित जोखिम का आकलन करना होता है जिसे पॉलिसी को कवर करना होता है और तदनुसार

प्रस्ताव प्रपत्र को स्वीकार करने और नीति जारी करने या ऐसा करने से इनकार करने का निर्णय लें। इस तरह की कवायद प्रस्ताव प्रपत्र में किए गए प्रश्नों और उत्तर पर निर्भर करती है।

प्रस्तावक द्वारा पूछे गए प्रश्न।

अब हम वर्तमान मामले के तथ्यों पर विचार करेंगे। विदेशी मेडिक्लेम नीति के लिए प्रस्ताव प्रपत्र-बी है

एस के तहतः

मनमोहन नंदा बनाम। यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

संयुक्त भारत बीमा कंपनी लिमिटेड

रेग. & मुख्य कार्यालय यूनाइटेड इंडिया हाउस 24, व्हाइट रोड,

चेन्नई-600,014

ओवरसीज मेडिक्लेम पॉलिसी के लिए प्रस्ताव-बी

(व्यापार और अवकाश)

(2 प्रतियों के साथ मूल रूप में प्रस्तुत किया जाना है)

(6 महीने से 70 वर्ष के आयु वर्ग के व्यक्तियों के लिए उपलब्ध)

महत्वपूर्ण

प्रस्ताव प्रपत्र को आपके सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के साथ पूरा किया जाना चाहिए और सभी भौतिक तथ्यों को ऐसा करने में विफलता को दूर किया जाना चाहिए जो नीति के तहत शून्य हो सकता है। नोटः प्लान ए-1, ए-27, ए-3 (यूएसए/कनाडा को छोड़कर दुनिया भर की यात्रा) प्लान बी-1, बी-2, बी-3 और बी-4 (यूएसए/कनाडा सहित दुनिया भर की यात्रा) प्लान ई-1 और ई-2 (यूएसए/कनाडा सहित सभी गंतव्यों के लिए कॉर्पोरेट बार-बार यात्रा)

आई. एफ.

क) प्रस्तावक संयुक्त राज्य अमेरिका और/या कनाडा की यात्रा कर रहा है और उसकी आयु 40 वर्ष से अधिक है, या ख) प्रस्तावक किसी अन्य देश की यात्रा कर रहा है और उसकी आयु 60 वर्ष से अधिक है, या ग) द्वितीय (क) में प्रश्नों के उत्तर से पता चलता है कि प्रस्तावक ने अतीत में किसी भी समय पीड़ा झेली थी।

या किसी बीमारी से पीड़ित है।

प्रस्ताव प्रपत्र के साथ 1) रिपोर्ट के साथ ई. सी. जी. प्रिंटआउट और 2) उपवास रक्त शर्करा और मूत्र शर्करा मूत्र पट्टी परीक्षण रिपोर्ट कंपनी आदि द्वारा आवश्यक किसी भी अन्य चिकित्सा रिपोर्ट के साथ संलग्न प्रश्नावली II (बी) को पूरा करने और हस्ताक्षर करने के लिए न्यूनतम एम. डी. योग्यता वाले डॉक्टर द्वारा परीक्षण आयोजित किया जाना चाहिए। यात्रा से पहले समय की कमी के कारण इस तरह के चिकित्सा परीक्षणों और रिपोर्टों के अभाव में, बीमा राशि के तहत बीमित राशि द्वारा संतोषजनक प्रस्ताव प्रपत्र के अधीन रहते हुए, बीमारी के इलाज के लिए किए गए खर्च के संबंध में केवल 10,000 अमेरिकी डॉलर तक सीमित किया जा सकता है, जिसमें पहले से मौजूद बीमारी के लिए चिकित्सा उपचार की लागत शामिल नहीं होगी। दुर्घटना के मामले में हालांकि पूरी बीमित राशि का लाभ उपलब्ध होगा।

सर्वोच्च न्यायालय की रिपोर्ट

54. अपीलार्थी द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र 15 मई, 2009 को प्रस्तुत किया गया था। अपीलार्थी के अमेरिका प्रस्थान की प्रस्तावित तिथि 19 मई, 2009 थी। आवश्यकतानुसार, प्रस्ताव प्रपत्र के साथ निम्नलिखित थेः (क) रिपोर्ट के साथ ई. सी. जी. परीक्षण का प्रिंटआउट, (ख) उपवास रक्त शर्करा और मूत्र पट्टी परीक्षण रिपोर्ट। प्रस्ताव प्रपत्र में यह भी कहा गया हैः

" इस तरह के चिकित्सा परीक्षणों और रिपोर्टों के अभाव में

यात्रा से पहले समय की कमी, बीमा राशि अभी भी बीमित राशि द्वारा संतोषजनक प्रस्ताव प्रपत्र के अधीन दी जा सकती है।

नीति के तहत किए गए खर्चों के संबंध में

बीमारी, बीमारी का उपचार केवल 10,000 अमेरिकी डॉलर तक सीमित होगा जो पहले से मौजूद बीमारी के लिए चिकित्सा उपचार की लागत को पूरा नहीं करेगा। हालांकि, दुर्घटना के मामले में,

बीमित लाभ की पूरी राशि उपलब्ध होगी।

55. बीमाकर्ता के विद्वान वकील ने तर्क दिया कि चिकित्सा इतिहास से संबंधित कॉलम में-प्रश्न संख्या। 2 जिसमें लिखा है, "क्या आप इसे बनाने की तारीख तक कभी किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित हैं?

प्रस्ताव "अपीलार्थी द्वारा कोई उत्तर नहीं दिया गया। अतः, इस तथ्य का दमन किया गया कि अपीलार्थी हृदय रोग से पीड़ित था

जिस बीमारी के लिए उन्हें स्टैटिन निर्धारित किया गया था और उक्त तथ्य भौतिक तथ्य था क्योंकि यह पहले से मौजूद बीमारी या बीमारी से संबंधित था जिसे पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है। इस प्रस्तुति के समर्थन में, निम्नलिखित खंड पर निर्भरता रखी गई थीः

“ महत्वपूर्ण

नीति में जो कुछ भी कहा गया है, उसके बावजूद यह एतद्वारा और इस बात पर सहमत है कि किसी भी बीमारी के कारण या उसके परिणामस्वरूप होने वाले सभी दावे जो इस तिथि पर मौजूद हैं। जोखिम की शुरुआत, चाहे विशेष रूप से घोषित हो या नहीं, बीमित व्यक्ति द्वारा पूरा किया गया प्रस्ताव प्रपत्र, पॉलिसी के दायरे से बाहर है।

इस खंड के समर्थन में, खंड 10 (बी) पर निर्भरता रखी गई थी।

(अनुलग्नक ए-6 में 11 (बी) के रूप में टाइप किया गया।) और 10 (ग) जिसमें कहा गया है कि नीति चिकित्सा सेवाओं के संबंध में क्षतिपूर्ति प्रदान करने के लिए नहीं बनाई गई थी,

जिसकी आवश्यकता खंड 10 (ख) के तहत परिभाषित पूर्व-विद्यमान स्थिति से उत्पन्न होती है। एक पूर्व-विद्यमान स्थिति को "किसी भी बीमारी के लिए परिभाषित किया गया था जिसके लिए बीमित व्यक्ति ने चिकित्सा सलाह ली थी या थी

यात्रा शुरू होने से पहले पिछले 10 महीनों में चिकित्सा उपचार लिया गया। मनमोहन नंदा बनाम।

यूनाइटेड इंडिया एस्योरेंस कं. लिमिटेड। & एएनआर। [बी. वी. नागरत्ना जे.]

56. यह तर्क दिया गया था कि इस तथ्य का गैर-प्रकटीकरण या दमन किया गया था कि अपीलार्थी को एक के कारण स्टेटिन लेने की सलाह दी गई थी

कोलेस्ट्रॉल की समस्या, जो हृदय रोग के लिए एक जोखिम-कारक है और इस तथ्य का प्रस्ताव प्रपत्र में खुलासा नहीं किया गया था, जबकि इसका उल्लेख उस डॉक्टर से किया गया था जिसने संयुक्त राज्य अमेरिका में अपीलार्थी का इलाज किया था। इसलिए नीति को अस्वीकार करना उचित था। 57. हमने प्रस्ताव प्रपत्र में प्रासंगिक खंडों के आलोक में और ध्यान में रखते हुए उपरोक्त प्रस्तुतियों पर विचार किया है।

अपीलार्थी की ओर से विद्वान वरिष्ठ वकील की दलीलें।

58. चिकित्सा इतिहास से संबंधित प्रश्नों को पढ़ने पर यह नीचे नोट किया गया हैः

((i) प्रश्न संख्या। 1 जिसमें लिखा है, "क्या आप अच्छे स्वास्थ्य में हैं और शारीरिक और मानसिक बीमारी और दुर्बलता से मुक्त हैं?" इसका जवाब

"हाँ" दिया गया था।

यह भरने के समय स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति को दर्शाता है।

प्रस्ताव प्रपत्र।

((ii) दूसरी ओर, प्रश्न संख्या। 2 जिसमें लिखा है "क्या आप कभी किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित हुए हैं। यह प्रस्ताव ? "
, पिछली स्वास्थ्य स्थिति के संबंध में एक प्रश्न है

बीमित व्यक्ति से।

(iii) उपरोक्त को प्रश्न संख्या से समझा जाता है। 4 जिसमें लिखा है, "क्या आपको कभी किसी अस्पताल, नर्सिंग होम/क्लिनिक में भर्ती कराया गया है?

इलाज के लिए या अवलोकन के लिए?

((iv) प्रश्न संख्या। 5 जिसमें लिखा है, "क्या आप किसी बीमारी या बीमारी से पीड़ित हैं या पहले दिन से पहले कोई दुर्घटना हुई है?

बीमा? "

59. उपरोक्त प्रश्नों को प्रासंगिक और संयुक्त रूप से पढ़ने पर यह स्पष्ट होता है कि प्रस्तावक से उत्तर मांगने का उद्देश्य

उपरोक्त प्रश्न एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में यह पता लगाने के लिए थे कि क्या प्रस्तावक की कोई पूर्व स्थिति थी जिसके लिए उसने चिकित्सा ली थी

इससे पहले के 12 महीनों में सलाह या चिकित्सा उपचार

यात्रा की शुरुआत। यात्रा शुरू होने से पहले 12 महीनों में पीड़ित/निदान की गई किसी बीमारी या बीमारी का कोई भी खुलासा एक पूर्व-विद्यमान स्थिति का संकेत देगा जो तथ्य एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता को चिकित्सा सेवाओं के संबंध में क्षतिपूर्ति प्रदान नहीं करने के लिए प्रेरित कर सकता है, जिसकी आवश्यकता मेडिक्लेम पॉलिसी की अवधि के दौरान उत्पन्न हो सकती है या बीमाकर्ता को पॉलिसी के तहत जोखिम के दायरे और कवरेज को कम करने के लिए प्रेरित कर सकती है।

60. तत्काल मामले में, क्योंकि अपीलार्थी ने यहाँ प्रश्न का उत्तर दिया था

नहीं। 1 सकारात्मक और प्रश्न संख्या में। 4 और नकारात्मक में 5 का तात्पर्य है कि वह अपने द्वारा बताए गए मधुमेह मेलिटस-II के अलावा अपना प्रस्ताव रखने की तारीख तक किसी भी बीमारी या बीमारी से पीड़ित नहीं था। प्रत्यर्थी बीमाकर्ता ने अपीलार्थी की उक्त चिकित्सा स्थिति के बारे में मूल्यांकन किए जाने पर, अपीलार्थी को नीति जारी की। प्रत्यर्थी बीमाकर्ता ने अपीलार्थी की उक्त चिकित्सा स्थिति को पॉलिसी की अवधि के दौरान किसी भी संभावित हृदय रोग के लिए एक जोखिम कारक के रूप में नहीं माना ताकि प्रस्ताव प्रपत्र की स्वीकृति और मेडिक्लेम पॉलिसी जारी करने से इनकार किया जा सके। इसके अलावा, प्रत्यर्थी-बीमाकर्ता के पैनल डॉक्टरों में से एक ने ईसीजी की रिपोर्ट पर विचार किया और इसे सामान्य पाए जाने के बाद, अपीलार्थी को नीति जारी की गई।

61. इसके अलावा, प्रश्न संख्या। 8 नीति में निम्नलिखित शब्द दिए गए हैं -

शर्तें:

" कृपया किसी भी सकारात्मक जानकारी का विवरण दें।

किसी भी बीमारी, बीमारी या चोट की उपस्थिति जिसकी आवश्यकता हो सकती है

विदेश यात्रा पर चिकित्सा देखभाल।

33

उसी का जवाब था "शून्य।" ”

62. उपरोक्त उत्तर के समर्थन में, विद्वान की प्रस्तुति

अपीलार्थी के विद्वान वकील के साथ वरिष्ठ वकील ने कहा कि ईसीजी रिपोर्ट और रक्त और मूत्र परीक्षण रिपोर्ट दी गई थी जैसा कि अपीलार्थी ने किया था।

बीमाकर्ता द्वारा उनकी बीमारी, अर्थात् मधुमेह मेलिटस-II और उसी के बारे में जानकारी को अनुकूल रूप से ध्यान में रखा गया था जैसा कि उक्त रिपोर्टों में कहा गया है। सामान्य परिणाम दिखाएँ। अपीलार्थी के विद्वान वरिष्ठ वकील द्वारा यह तर्क दिया गया था कि अपीलार्थी को किसी भी हृदय रोग के बारे में कोई जानकारी नहीं थी जिसके लिए विदेश यात्रा के दौरान चिकित्सा की आवश्यकता हो सकती है।

63. यह आगे प्रस्तुत किया गया कि अपीलार्थी स्टैटिन पर था और

उसे मधुमेह मेलिटस-II के रूप में निर्धारित किया गया था जिसका खुलासा अपीलार्थी द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में किया गया था जो हृदय रोग के जोखिम कारकों में से एक है। इस प्रकार, भविष्य में हृदय रोग के जोखिम को कम करने के लिए, स्टैटिन निर्धारित किए गए थे। उसी के लिए भी निर्धारित किया गया है

हाइपरलिपिडेमिया को नियंत्रित करना लेकिन अपीलार्थी किसी भी हृदय रोग या हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित नहीं था।

64. हम की ओर से किए गए तर्क में काफी बल पाते हैं

अपीलार्थी। ऐसा इसलिए है क्योंकि मधुमेह मेलिटस-II एक व्यक्ति में हृदय रोग के लिए एक जोखिम कारक है, लेकिन यह एक कठिन और तेज़ नियम नहीं है कि मधुमेह मेलिटस-II वाला प्रत्येक व्यक्ति कार्डियक मनमोहन नंदा v से पीड़ित होगा।

II हृदय रोग से भी पीड़ित हो सकता है। इस प्रकार, अपीलार्थी को मधुमेह मेलिटस-II के अस्तित्व के बारे में जानकारी थी, जिसके लिए उनका इलाज चल रहा था। उक्त बीमारी की स्थिति का खुलासा करने के लिए उन्होंने अपनी ईसीजी रिपोर्ट, रक्त और मूत्र परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत की थी जिसमें सामान्य परिणाम दिखाई दिए थे। तथ्य यह है कि ई. सी. जी. रिपोर्ट ने सामान्य मापदंडों को दिखाया है जो इंगित करता है कि अपीलार्थी को कोई हृदय रोग नहीं था। अपीलार्थी को स्टैटिन का प्रिस्क्रिप्शन केवल भविष्य में संभावित हृदय रोग को विकसित होने से रोकने के लिए एक सावधानी के रूप में था

मधुमेह मेलिटस-II ऐसी बीमारी के लिए एक जोखिम कारक है। लेकिन इससे, यह अनुमान या अनुमान नहीं लगाया जा सकता है कि क्योंकि अपीलार्थी को हृदय रोग या हाइपरलिपिडेमिया था, इसलिए उसे स्टैटिन निर्धारित किया गया था। 65. इसके अलावा, प्रश्न संख्या में क्या खुलासा करने की आवश्यकता थी। 8 शीर्षक के तहत चिकित्सा इतिहास था

" किसी भी बीमारी, बीमारी या चोट के किसी भी सकारात्मक अस्तित्व का ज्ञान जिसके लिए दौरे पर चिकित्सा ध्यान देने की आवश्यकता हो सकती है

विदेश में "

इसका मतलब है कि कोई भी बीमारी, बीमारी या चोट जिसके बारे में प्रस्तावक को सकारात्मक जानकारी थी, और जिसके लिए आसन्न होने की आवश्यकता हो सकती है।

विदेश यात्रा के दौरान और पॉलिसी की अवधि के दौरान चिकित्सा देखभाल का खुलासा करना था। यदि प्रस्तावक को अपनी किसी भी बीमारी के बारे में कोई जानकारी नहीं थी, तो जाहिर है कि किसी भी बीमारी या बीमारी का खुलासा नहीं किया जा सकता था, जिसके लिए विदेश यात्रा के दौरान चिकित्सा की आवश्यकता होगी। वास्तव में, उपरोक्त प्रश्न पर बीमा कंपनी द्वारा मांगी गई आगे की घोषणा के संदर्भ में भी विचार किया जाना चाहिए कि प्रस्तावक थेः

(अ)

चिकित्सक की सलाह के खिलाफ यात्रा न करना,

(ख)

किसी भी चिकित्सा उपचार की प्रतीक्षा सूची में नहीं,

((ग)

चिकित्सा प्राप्त करने के उद्देश्य से यात्रा नहीं करना इलाज,

((घ)

एक चिकित्सा के लिए एक अंतिम पूर्वानुमान प्राप्त नहीं हुआ

प्रस्ताव प्रस्तुत करने की तारीख से पहले की शर्त

रूप में।

66. उपरोक्त परिप्रेक्ष्य में, यह माना जाता है कि प्रत्यर्थी बीमा कंपनी इस आधार पर पॉलिसी को अस्वीकार नहीं कर सकती थी कि [2021] 11 एस. सी. आर. पर अपीलार्थी को तीव्र हृदय संबंधी उल्लंघन का सामना करना पड़ा।

सैन फ्रांसिस्को, यू. एस. ए. में उतरना एक "पहले से मौजूद और संबंधित जटिलता" थी जिसे नीति के तहत बाहर रखा गया था। बीमाकर्ता को अपीलार्थी की पहले से मौजूद स्थिति, अर्थात् मधुमेह रोग-II के बारे में सूचित किया गया था और यह बीमाकर्ता के लिए था कि वह निम्नलिखित संबंधित जटिलता का आकलन करे -

एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में पॉलिसी और फिर संतुष्ट होने पर पॉलिसी जारी करें। इसके अभाव में, संयुक्त राज्य अमेरिका में तीव्र हृदय संबंधी उल्लंघन के लिए अपीलार्थी द्वारा लिए गए उपचार को हाइपरलिपिडेमिया और मधुमेह मेलिटस का प्रत्यक्ष उपशाखा नहीं कहा जा सकता था ताकि इसे एक पूर्व-मौजूदा बीमारी या बीमारी के रूप में लेबल किया जा सके जिससे अपीलार्थी पीड़ित था और जिसने इसका खुलासा नहीं किया था। किसी भी तरह से, अपीलार्थी ने प्रस्ताव प्रपत्र में खुलासा किया था कि वह मधुमेह-II से पीड़ित था और जिसके लिए प्रस्ताव प्रपत्र के साथ चिकित्सा परीक्षण रिपोर्ट प्रस्तुत की गई थी, जिन पर बीमा कंपनी द्वारा अपीलार्थी को पॉलिसी जारी करने से पहले विचार किया गया था। वास्तव में, अपीलार्थी ने 16 नवंबर, 2009 के अपने अभ्यावेदन में नीति के खंडन के खिलाफ कहा कि वह लिपिड कम करने वाली दवाएं ले रहा था, इसलिए नहीं कि वह हाइपरलिपिडेमिया से पीड़ित था, बल्कि इसलिए कि ऐसा लेना प्रथागत था

मधुमेह रोगियों में हृदय-संवहनी जटिलताओं की रोकथाम के लिए दवा। उन्होंने यह भी कहा कि उन्होंने डॉक्टर डॉ. जितेंद्र जैन को सूचित किया था, जिन्होंने पॉलिसी प्राप्त करने से पहले उनकी जांच की थी, कि वे क्या दवाएं ले रहे थे। इसलिए, बीमा कंपनी इस तथ्य से अच्छी तरह वाकिफ थी कि बीमित व्यक्ति मधुमेह से पीड़ित था और सभी आवश्यक दवाएं ले रहा था

आगे की जटिलताओं को रोकने और रोग को नियंत्रित करने के लिए। इसलिए

हमारे विचार में, अपीलार्थी द्वारा बीमाकर्ता को किसी भी भौतिक तथ्य का कोई दमन नहीं किया गया था।

67. अपीलार्थी द्वारा इस संबंध में किए गए खुलासों पर आगे

उसकी मौजूदा बीमारी, अर्थात् मधुमेह मेलिटस-II के लिए, बीमा कंपनी ने उसी पर विचार किया और अपीलार्थी को विचाराधीन पॉलिसी जारी की। एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में प्रत्यर्थी बीमा कंपनी ने प्रस्ताव प्रपत्र में अपीलार्थी द्वारा दिए गए विवरणों पर विचार किया और पॉलिसी जारी की। बीमा कंपनी ने यह नहीं सोचा कि अपीलार्थी की चिकित्सा और स्वास्थ्य स्थिति ऐसी थी जो मेडिक्लेम पॉलिसी जारी करने की गारंटी नहीं देती थी। इसलिए बीमा कंपनी ने एक विवेकपूर्ण बीमाकर्ता के रूप में बीमाकृत के प्रस्ताव को अस्वीकार नहीं किया।

68. इसलिए, उत्तरदाताओं का यह कहना सही नहीं था कि नीति के नियमों और शर्तों के अनुसार "पूर्व-मौजूदा स्थिति से उत्पन्न होने वाली सभी जटिलताएं देय नहीं हैं"। जैसा कि पहले ही उल्लेख किया जा चुका है, तीव्र मायोकार्डियल उल्लंघन एक ऐसे व्यक्ति में हो सकता है जिसका मधुमेह का कोई इतिहास नहीं है।

बीमाकर्ता के विचार के भीतर भी। बीमित व्यक्ति के चिकित्सा रिकॉर्ड के संबंध में उपरोक्त तथ्यों के बावजूद, बीमा कंपनी अपीलार्थी को नीति जारी करने का निर्णय लिया। उपरोक्त खंड को प्रतिवादी बीमाकर्ता के खिलाफ अनुबंध लागू करके पढ़ा जाना चाहिए।

प्रोफेरेंटम इसके खिलाफ शासन करता है। अन्यथा, बीमा का अनुबंध ही तत्काल मामले में अर्थहीन हो जाएगा। इसलिए, हमारे सुविचारित विचार में, प्रत्यर्थी-बीमा कंपनी संबंधित पॉलिसी को अस्वीकार करने में सही नहीं थी।

69. मेडिक्लेम पॉलिसी की मांग करने का उद्देश्य है

कानून। नतीजतन, अपीलार्थी के तहत क्षतिपूर्ति का अधिकार है - नीति। उपरोक्त चर्चा को ध्यान में रखते हुए, हमारा मानना है कि आयोग ने अपीलार्थी द्वारा दायर शिकायत को खारिज करना सही नहीं था।

71. अपील की अनुमति निम्नलिखित शर्तों में दी गई है: (i) प्रत्यर्थियों को अपीलार्थी को क्षतिपूर्ति करने का निर्देश दिया जाता है।

अपने चिकित्सा के लिए उसके द्वारा किए गए खर्चों के बारे में

दावा याचिका दायर करने की तारीख से 6 प्रतिशत प्रति वर्ष की दर से ब्याज के साथ इस निर्णय की प्रति प्राप्त होने की तारीख से एक महीने की अवधि के भीतर उपचार

आयोग के समक्ष प्राप्ति तक।

((ख)

चूँकि अपीलार्थी द्वारा किए गए खर्च संदर्भ में थे

अमेरिकी डॉलर और दावे का भुगतान भारतीय रुपये के संदर्भ में किया जाएगा, विनिमय दर जो अपीलार्थी द्वारा आयोग के समक्ष दावा याचिका दायर करने की तारीख को मौजूद थी या Rs.45 INR, जो भी कम हो, रूपांतरण दर 1180 निर्धारित करने के उद्देश्य से गणना की जाएगी।

सर्वोच्च न्यायालय की

रिपोर्ट

मीनाक्षी सक्सेना

के माध्यम से भारतीय रुपये में अमेरिकी डॉलर का

ए.

& एन. आर.

बनाम ई. सी. जी. सी. लिमिटेड (पूर्व में निर्यात के रूप में जाना जाता था)

क्रेडिट गारंटी

कॉर्पोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड) और एएनआर। - (2018) 7 एससीसी 479।

अपीलार्थी रुपये

का भी हकदार है। 1,00,000 / - द्वारा देय

(iii)

मुकदमे की लागत

के प्रति उत्तरदाता।

बी.

अंकित ज्ञान