

अनुसंधान प्रश्न

“भारत में स्वास्थ्य बीमा क्लेम खारिज या आंशिक रूप से मंजूर होने पर पॉलिसीधारक क्या कर सकता है, क्लेम सेटलमेंट और पहले से मौजूद बीमारियों पर आईआरडीएआई के नियम क्या कहते हैं, और गलत तरीके से क्लेम नकारने पर अदालतों और बीमा लोकपाल ने क्या कहा है?”

भारत में स्वास्थ्य बीमा क्लेम की अस्वीकृति, पहले से मौजूद बीमारियों (Pre-existing Diseases) के नियम और पॉलिसीधारकों के कानूनी उपचार

सारांश

भारतीय कानून और बीमा नियामक (IRDAI) के नियमों के अनुसार, स्वास्थ्य बीमा क्लेम की अस्वीकृति या आंशिक स्वीकृति होने पर पॉलिसीधारक उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम के तहत उपभोक्ता आयोगों (Consumer Commissions) या संबंधित न्यायालयों का रुख कर सकते हैं। सर्वोच्च न्यायालय ने *Jacob Punnen & Anr. v. United India Insurance Co. Ltd.* (2021) में स्थापित किया है कि बीमा अनुबंध 'परम सद्भाव' (uberrima fides) के सिद्धांत पर संचालित होते हैं, और पॉलिसी के नवीनीकरण (renewal) के समय शर्तों या कवरेज सीमाओं (capping) में कोई भी एकतरफा बदलाव पॉलिसीधारक को बिना सूचित किए करना 'सेवा में कमी' (deficiency in service) माना जाएगा। हालांकि, पॉलिसीधारक का यह स्पष्ट दायित्व है कि वह पॉलिसी लेते समय पहले से मौजूद बीमारियों का सही खुलासा करे, बशर्ते कि बीमाकर्ता द्वारा मनमाने ढंग से या निराधार दावों के आधार पर क्लेम को खारिज न किया गया हो।

सत्यापित मुकदमे	संविधियाँ	नवीनतम निर्णय
10	4	2025
5 उच्च न्यायालय • 5 सर्वोच्च न्यायालय		High Court of Andhra Pradesh

विषय-सूची

I. विस्तृत विश्लेषण	2
II. सांविधिक प्रावधान	4
III. चर्चित मुकदमे	6
IV. मुकदमे का विवरण	7

Vitark AI द्वारा तैयार • अत्यंत गोपनीय • उपयोग से पहले उद्धरण सत्यापित करें

I. विस्तृत विश्लेषण

मुख्य सिद्धांत

01 परम सद्भाव का सिद्धांत और बीमारियों का प्रकटीकरण

बीमा अनुबंध 'परम सद्भाव' (utmost good faith) के सिद्धांत पर आधारित होते हैं, जिसके तहत पॉलिसीधारक को प्रस्ताव फॉर्म में पूछे गए सभी महत्वपूर्ण तथ्यों (जैसे पूर्व-विद्यमान बीमारियों) का सही खुलासा करना चाहिए; ऐसा न करने पर बीमाकर्ता दावे को खारिज कर सकता है, जैसा कि *Satwant Kaur Sandhu v. New India Assurance Company Ltd.* (2009) में प्रतिपादित किया गया है।

02 बीमाकर्ता पर सबूत का सख्त भार

यदि बीमाकर्ता पहले से मौजूद बीमारियों या अन्य तथ्यों को छिपाने के आधार पर क्लेम खारिज करता है, तो उसे साबित करना होगा कि यह छिपाव जानबूझकर किया गया था और यह एक महत्वपूर्ण तथ्य (material fact) था, जिसे साबित करने का भार पूरी तरह बीमाकर्ता पर होता है, जैसा कि *Mahakali Sujatha v. The Branch Manager, Future Generali India Life Insurance Company Limited* (2024) में स्पष्ट किया गया है।

03 मुकदमेबाजी या पिछले दावों के आधार पर नवीनीकरण से इनकार पर रोक

बीमा कंपनियां पॉलिसीधारक के पिछले दावों या बीमा कंपनी के खिलाफ पूर्व की मुकदमों को आधार बनाकर पॉलिसी के नवीनीकरण से इनकार नहीं कर सकती हैं; ऐसा करना मनमाना और अवैध माना जाएगा, जैसा कि *Biman Krishna Bose v. United India Insurance Co. Ltd.* (2001) में माना गया है।

04 छिपाव के लिए पूर्व-मौजूद बीमारी की जानकारी होना आवश्यक

किसी भी क्लेम को तथ्यों को छिपाने के आधार पर तभी खारिज किया जा सकता है जब पॉलिसीधारक को वास्तव में उस बीमारी का ज्ञान हो; यदि पॉलिसीधारक को बीमारी (जैसे गॉलब्लैडर कैंसर) की कोई जानकारी या उपचार का इतिहास ही नहीं था, तो इसे धोखाधड़ी या छिपाव नहीं माना जा सकता, जैसा कि *Shriram Life Insurance Co. Ltd. v. Santosh Behera* (2024) में निर्धारित किया गया है।

05 अनिवार्य मेडिकल जांच कराने के संबंध में अदालतों की सीमा

अदालतें बीमा कंपनियों को पॉलिसी जारी करने से पहले अनिवार्य रूप से चिकित्सा जांच कराने का सामान्य निर्देश जारी नहीं कर सकतीं, क्योंकि यह अनुबंध की शर्तों और नियामक प्राधिकरणों के नीतिगत निर्णयों के अंतर्गत आता है, जैसा कि *Arpit Bhargava v. Union of India* (2019) में स्पष्ट किया गया है।

न्यायालयों ने इसे कैसे लागू किया

सर्वोच्च न्यायालय का दृष्टिकोण

सर्वोच्च न्यायालय ने स्पष्ट किया है कि बीमा कंपनियों को क्लेम के खंडन (repudiation) के मामलों में अत्यधिक सावधानी बरतनी चाहिए और इसे यांत्रिक रूप से नहीं करना चाहिए; साथ ही, यदि मामले में गंभीर रूप से विवादित तथ्य शामिल हैं, तो रिट याचिका के बजाय दीवानी अदालत (Civil Court) ही उचित मंच है, जैसा कि *Life Insurance Corporation of India v. Asha Goel* (2000) में देखा गया है।

उच्च न्यायालय की भिन्नताएँ

मद्रास उच्च न्यायालय ने माना है कि बीमा अधिनियम की धारा 45 के तहत दावे को खारिज करने के लिए बीमाकर्ता को धोखाधड़ी और महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाने को साबित करने का भारी बोझ उठाना पड़ता है, जो केवल दस्तावेजी साक्ष्यों द्वारा ही सिद्ध किया जा सकता है (*S. Sangeetha v. Life Insurance Corporation of India* [2024])। इसके अलावा, केरल उच्च न्यायालय ने पुष्टि की कि बीमा और चिकित्सा सेवाएं दोनों ही उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम के तहत 'सेवा' की परिभाषा में आती हैं, जिससे उपभोक्ता आयोगों का क्षेत्राधिकार मजबूत होता है (*Dr. Vijil v. Ambujakshi T.P.* [2022])।

अनिर्णीत क्षेत्र या चेतावनियाँ**विवादित तथ्यों और धोखाधड़ी के मामलों में रिट क्षेत्राधिकार की अनुपयुक्तता**

जब बीमाकर्ता द्वारा धोखाधड़ी, जानबूझकर आग लगाने (arson), या गंभीर आपराधिक कृत्य के आरोप लगाए जाते हैं, जिनमें गहन मौखिक और दस्तावेजी साक्ष्य की आवश्यकता होती है, तो उच्च न्यायालय संविधान के अनुच्छेद 226 के तहत असाधारण रिट क्षेत्राधिकार का प्रयोग नहीं करेंगे। ऐसी स्थिति में पॉलिसीधारकों को मध्यस्थता (arbitration) या दीवानी न्यायालय का सहारा लेना होगा, जैसा कि *M/s Vantage Spinners Pvt. Ltd. v. The Union of India* (2025) में रेखांकित किया गया है।

II. सांविधिक प्रावधान 4 प्रावधान

SECTION 45, INSURANCE ACT, 1938 — POLICY NOT TO BE CALLED IN QUESTION ON GROUND OF MIS-STATEMENT AFTER THREE YEARS

यह धारा प्रावधान करती है कि जीवन बीमा पॉलिसी को उसके जारी होने, जोखिम शुरू होने, या पुनरुद्धार की तिथि से तीन वर्ष बीत जाने के बाद गलत बयानी या धोखाधड़ी सहित किसी भी आधार पर चुनौती नहीं दी जा सकती है।

"No policy of life insurance shall be called in question on any ground whatsoever after the expiry of three years from the date of the policy, i.e., from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later." उद्धृत: Mahakali Sujatha v. The Branch Manager, Future Generali India Life Insurance Company Limited, S. Sangeetha v. Life Insurance Corporation of India, Shriram Life Insurance Co. Ltd. v. Santosh Behera, Life Insurance Corporation of India v. Asha Goel

SECTION 2, CONSUMER PROTECTION ACT, 1986 — DEFINITIONS

यह धारा उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम के तहत 'शिकायतकर्ता' और 'शिकायत' जैसे प्रमुख शब्दों को परिभाषित करती है, जिससे उपभोक्ताओं को सेवाओं में किसी भी कमी के संबंध में लिखित शिकायत दर्ज करने का अधिकार मिलता है।

"'complainant' means— (i) a consumer; or... who or which makes a complaint; 'complaint' means any allegation in writing made by a complainant that— ... (iii) the services hired or availed of or agreed to be hired or availed of by him suffer from deficiency in any respect;" उद्धृत: Dr. Vijil v. Ambujakshi T.P.

SECTION 3, INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY ACT, 1999 — ESTABLISHMENT AND INCORPORATION OF AUTHORITY

यह धारा बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण (IRDAI) को एक निगम निकाय के रूप में स्थापित करती है जिसका निरंतर उत्तराधिकार (perpetual succession) होता है।

"With effect from such date as the Central Government may, by notification, appoint, there shall be established, for the purposes of this Act, an Authority to be called "the Insurance Regulatory and Development Authority of India." उद्धृत: प्रस्तुत न्यायिक निर्णयों में सीधे उद्धृत नहीं

SECTION 14, INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY ACT, 1999 — DUTIES, POWERS AND FUNCTIONS OF AUTHORITY

यह धारा IRDAI को बीमा उद्योग के विकास को विनियमित और सुनिश्चित करने का अधिकार देती है, जिसमें विशेष रूप से दावों के निपटान जैसे मामलों में पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा करना शामिल है।

"Without prejudice to the generality of the provisions contained in sub-section (1), the powers and functions of the Authority shall include,-- (b) protection of the interests of the policy-holders in matters concerning assigning of policy, nomination by policy-holders, insurable interest, settlement of insurance claim, surrender value of policy and other terms and conditions of contracts of insurance;" उद्धृत: प्रस्तुत न्यायिक निर्णयों में सीधे उद्धृत नहीं

III. चर्चित मुकदमे

10 मुकदमे • सारणी

#	मुकदमा	न्यायालय	वर्ष	मुख्य निर्णय
01	<i>Jacob Punnen & Anr. v. United India Insurance Co. Ltd.</i> ESCR010005782021	SUPREME COURT OF INDIA	2021	नवीनीकरण के समय बिना सूचना के पॉलिसी शर्तों में एकतरफा बदलाव सेवा में कमी है।
02	<i>Biman Krishna Bose v. United India Insurance Co. Ltd.</i> ESCR010003252001	SUPREME COURT OF INDIA	2001	पिछले मुकदमों के आधार पर मेडिकलैम पॉलिसी के नवीनीकरण से इनकार करना मनमाना और अवैध है।
03	<i>S. Sangeetha v. Life Insurance Corporation of India</i> HCMA011151462021	MADRAS HIGH COURT	2024	बीमा कंपनी को धारा 45 के तहत दावा अस्वीकार करने के लिए धोखाधड़ी साबित करनी होगी।
04	<i>Arpit Bhargava v. Union of India</i> DLHC010690242018	HIGH COURT OF DELHI	2019	अदालतें बीमा कंपनियों को पॉलिसी जारी करने से पहले अनिवार्य मेडिकल जांच का निर्देश नहीं दे सकतीं।
05	<i>Life Insurance Corporation of India v. Asha Goel</i> ESCR010005752000	SUPREME COURT OF INDIA	2000	बीमा दावों को यांत्रिक रूप से खारिज नहीं किया जाना चाहिए; विवादों में सिविल मुकदमा उचित है।
06	<i>Satwant Kaur Sandhu v. New India Assurance Company Ltd.</i> ESCR010000462009	SUPREME COURT OF INDIA	2009	प्रस्ताव फॉर्म में पहले से मौजूद गंभीर बीमारी को छिपाना दावा अस्वीकृति को वैध बनाता है।
07	<i>M/s Vantage Spinners Pvt. Ltd. v. The Union of India</i> APHC010479202023	HIGH COURT OF ANDHRA PRADESH	2025	धोखाधड़ी के गंभीर विवादों में अनुच्छेद 226 के तहत रिट याचिका उचित उपचार नहीं है।
08	<i>Shriram Life Insurance Co. Ltd. v. Santosh Behera</i> ODHC010444522017	ORISSA HIGH COURT	2024	बिना ज्ञान के पहले से मौजूद बीमारी का गैर-प्रकटीकरण धोखाधड़ी या छिपाव नहीं माना जाएगा।
09	<i>Mahakali Sujatha v. The Branch Manager, Future Generali India Life Insurance Company Limited</i> ESCR010002372024	SUPREME COURT OF INDIA	2024	बीमा कंपनी पर अन्य पॉलिसियों को छिपाने के दावों को साबित करने का भार है।
10	<i>Dr. Vijil v. Ambujakshi T.P.</i> KLHC010018002022	HIGH COURT OF KERALA	2022	उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम के तहत 'सेवा' की परिभाषा में चिकित्सा और बीमा सेवाएं शामिल हैं।

IV. मुकदमे का विवरण 10 केस फ़ाइलें

01 Jacob Punnen & Anr. v. United India Insurance Co. Ltd.

SUPREME COURT OF INDIA • 2021-12-09 • 2021 INSC 853

यह मामला मेडिकल इंश्योरेंस पॉलिसी के नवीनीकरण (renewal) के दौरान शर्तों में एकतरफा बदलाव से संबंधित है। अपीलकर्ताओं ने अपनी मौजूदा पॉलिसी का नवीनीकरण किया था, लेकिन बीमा कंपनी ने बिना किसी पूर्व सूचना के पॉलिसी में कुछ सर्जिकल प्रक्रियाओं के कवरेज पर सीमा (cap) लगा दी। अपीलकर्ता को इस बदलाव की जानकारी नहीं दी गई। सर्वोच्च न्यायालय ने माना कि बीमा कंपनी का यह 'informational blackout' और पॉलिसीधारकों को अंधेरे में रखना 'deficiency in service' के अंतर्गत आता है। न्यायालय ने कहा कि बीमा अनुबंध में 'uberrima fides' (परम सद्भाव) का सिद्धांत लागू होता है और कंपनी का यह कर्तव्य है कि वह नवीनीकरण के समय शर्तों में किए गए किसी भी महत्वपूर्ण बदलाव के बारे में ग्राहक को सूचित करे। परिणामस्वरूप, न्यायालय ने NCDRC के निर्णय को पलट दिया और डिस्ट्रिक्ट फोरम के आदेश को बहाल किया।

निर्णय सर्वोच्च न्यायालय ने निर्णय दिया कि बीमाकर्ता का यह दायित्व है कि वह नवीनीकरण के समय पॉलिसीधारक को उन सभी महत्वपूर्ण परिवर्तनों से अवगत कराए जो उसके उत्पाद के चयन को प्रभावित कर सकते हैं। इस सूचनात्मक कर्तव्य का उल्लंघन "सेवा में कमी" (deficiency in service) का गठन करता है, जिससे उपभोक्ता आयोगों का हस्तक्षेप पूरी तरह से न्यायोचित है।

"These regulations only underline expressly what was implicit, i.e., the insurer's obligation to inform every policy holder, about any important changes that would affect her or his choice of product. These have been given statutory shape. Yet, the obligation of the insurer to provide information to existing and policy holders, for them to exercise choice, meaningfully, and choose products suited to their needs, existed. In this case, that obligation was breached. In view of the above discussion, this Court is of the opinion that the findings of the State Commission and the NCDRC cannot be sustained."

SUPREME COURT OF INDIA • 2021

स्रोत ESCR010005782021

02 Biman Krishna Bose v. United India Insurance Co. Ltd.

SUPREME COURT OF INDIA • 2001-08-02 • 2001 INSC 337

यह मामला Mediclaim policy के नवीनीकरण (renewal) से संबंधित है। याचिकाकर्ता ने बीमित राशि के भुगतान के लिए बीमा कंपनी के खिलाफ कानूनी कार्यवाही की थी। बीमा कंपनी ने इसी आधार पर याचिकाकर्ता की पॉलिसी को नवीनीकृत करने से मना कर दिया कि उसने कंपनी के खिलाफ मुकदमा दायर किया था। न्यायालय ने निर्धारित किया कि General Insurance Business (Nationalisation) Act, 1972 के तहत बीमा कंपनियों को राज्य (State) का दर्जा प्राप्त है, इसलिए उन्हें Article 12 के तहत निष्पक्ष और तर्कसंगत व्यवहार करना चाहिए। मुकदमेबाजी को पॉलिसी नवीनीकरण से इनकार करने का आधार बनाना मनमाना और अनुचित है। न्यायालय ने आदेश दिया कि पॉलिसी को उस तिथि से नवीनीकृत किया जाए जब वह देय थी, ताकि याचिकाकर्ता को pre-existing diseases के प्रतिकूल प्रभाव से बचाया जा सके।

निर्णय न्यायालय ने स्पष्ट किया कि बीमा कंपनी द्वारा केवल मुकदमेबाजी में शामिल होने के कारण किसी पॉलिसीधारक के पॉलिसी नवीनीकरण को अस्वीकार करना पूरी तरह से मनमाना और अनुचित है। जब अस्वीकृति मनमानी हो, तो पॉलिसी को पूर्वव्यापी प्रभाव से नवीनीकृत किया जाना चाहिए ताकि पॉलिसीधारक पूर्व-विद्यमान बीमारियों के बहिष्करण (exclusion clauses) के नुकसान से बच सके।

"If an insured lodges a claim with the company and the company does not honour the claim, the insured is left with no alternative but to knock the doors of court of law. Merely because the appellant had approached the Consumer Forum and this Court for redressal of his grievance, such an act cannot be attributed as bad record as to dis-entitle the appellant to get his policy renewed. In the present case arbitrariness is writ large in the actions of the respondent company when it refused to renew the mediclaim policy of the insured on the ground of his past conduct i.e. having gone into litigation for payment of his claim against the respondent company. Therefore, the view taken by the High Court that the order of the respondent company refusing to renew the mediclaim policy of the appellant was unfair and arbitrary is correct (259-G; 260-B, C)"

SUPREME COURT OF INDIA • 2001

स्रोत ESCR010003252001

03 S. Sangeetha v. Life Insurance Corporation of India

MADRAS HIGH COURT • 2024-10-25 • SA/508/2022

यह मामला बीमा दावे के भुगतान से संबंधित है। मृतक पॉलिसी धारक ने चार बीमा पॉलिसी ली थीं। उनकी मृत्यु के बाद, बीमा कंपनी ने दो पॉलिसी का भुगतान कर दिया, लेकिन शेष दो को इस आधार पर अस्वीकार कर दिया कि पॉलिसी धारक ने अपनी चिकित्सीय स्थिति, जैसे Type-II Diabetes Mellitus और Chronic Acidic Peptic Ulcer को छुपाया था। निचली अदालत ने पॉलिसी धारकों (वादी) के पक्ष में निर्णय दिया, लेकिन प्रथम अपीलीय न्यायालय ने इसे पलट दिया। मद्रास उच्च न्यायालय ने माना कि बीमा कंपनी को Section 45 of the Insurance Act, 1938 के तहत दावों को अस्वीकार करने के लिए धोखाधड़ी और भौतिक तथ्यों को छुपाने को सिद्ध करने का भारी बोझ उठाना पड़ता है। न्यायालय ने पाया कि कंपनी ने धोखाधड़ी का पर्याप्त प्रमाण नहीं दिया और Trial Court के निर्णय को बहाल कर दिया।

निर्णय मद्रास उच्च न्यायालय ने माना कि बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के तहत बीमाकर्ता को पॉलिसीधारक द्वारा बीमारी को छुपाने और धोखाधड़ी के आरोपों को ठोस दस्तावेजी सबूतों के साथ साबित करना होगा। केवल डॉक्टरों के मौखिक साक्ष्य या बिना रिकॉर्ड के दावों के आधार पर क्लेम को खारिज नहीं किया जा सकता।

"The repudiation of an insurance claim is largely governed by Section 45 of the Insurance Act, 1938. Section 45 is a special provision of law, which bars the calling in question of an insurance policy beyond expiry of the stipulated period, except in a few circumstances that have to be proved by the insured."

MADRAS HIGH COURT • 2024

स्रोत HCMA011151462021

04 Arpit Bhargava v. Union of India

HIGH COURT OF DELHI • 2019-08-07 • W.P.(C)/2140/2018

यह याचिका एक जनहित याचिका थी जिसमें न्यायालय से बीमा कंपनियों को स्वास्थ्य या जीवन बीमा पॉलिसियां जारी करने से पहले अनिवार्य मेडिकल जांच कराने का निर्देश देने की मांग की गई थी। याचिकाकर्ता का तर्क था कि इसके अभाव में कंपनियां अक्सर पूर्व-विद्यमान बीमारियों के आधार पर दावे खारिज कर देती हैं। न्यायालय ने याचिका खारिज करते हुए कहा कि बीमा पॉलिसी जारी करना बीमा कंपनी और व्यक्ति के बीच एक अनुबंध है, जिसमें अदालत हस्तक्षेप नहीं कर सकती। न्यायालय ने स्पष्ट किया कि नीति बनाना विशेषज्ञ निकायों जैसे Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) का कार्य है, और इस पर निर्णय व्यक्तिगत मामलों के तथ्यों के आधार पर संबंधित अदालतों द्वारा लिया जाना चाहिए, न कि सामान्य आदेश के माध्यम से।

निर्णय दिल्ली उच्च न्यायालय ने फैसला सुनाया कि अदालतें बीमा कंपनियों को पॉलिसी जारी करने से पहले अनिवार्य चिकित्सा जांच का निर्देश नहीं दे सकती हैं। अनुबंध की शर्तें बीमा नियामक (IRDAI) और बीमा कंपनियों के नीतिगत ढांचे के तहत तय की जाती हैं और विवाद की स्थिति में संबंधित अदालतें व्यक्तिगत मामलों के तथ्यों के आधार पर निर्णय लेंगी।

“If such type of defence is advanced by the insurance company, the decision will be taken by the concerned Court looking to the facts of the individual cases. In general, it cannot be such that the insurance companies must go for medical check up of the persons before the insurance policy is given to them.”

HIGH COURT OF DELHI • 2019

स्रोत DLHC010690242018

05 Life Insurance Corporation of India v. Asha Goel

SUPREME COURT OF INDIA • 2000-12-13 • 2000 INSC 598

यह मामला तब उत्पन्न हुआ जब Life Insurance Corporation of India (LIC) ने मृत बीमित व्यक्ति की पत्नी द्वारा किए गए बीमा दावे को इस आधार पर खारिज कर दिया कि बीमित व्यक्ति ने पॉलिसी लेते समय अपने स्वास्थ्य के बारे में गलत जानकारी दी थी। पत्नी ने उच्च न्यायालय में रिट याचिका दायर की। सर्वोच्च न्यायालय ने निर्णय दिया कि हालांकि अनुच्छेद 226 के तहत उच्च न्यायालय का क्षेत्राधिकार बहुत व्यापक है, लेकिन बीमा अनुबंधों के दावों को केवल रिट याचिका के माध्यम से लागू करना सामान्यतः उचित नहीं है। यदि दावे में तथ्यों का गंभीर विवाद है और साक्ष्य की आवश्यकता है, तो पीड़ित पक्ष को दीवानी अदालत (Civil Court) में जाना चाहिए। न्यायालय ने यह भी कहा कि LIC को दावों को खारिज करते समय अत्यंत सावधानी बरतनी चाहिए और इसे यांत्रिक ढंग से नहीं करना चाहिए।

निर्णय सर्वोच्च न्यायालय ने स्पष्ट किया कि बीमा अनुबंध परम सद्भाव (uberrima fides) पर आधारित होते हैं और तथ्यों के छिपाव की जांच सतर्कतापूर्वक की जानी चाहिए। क्लेम अस्वीकृति का मामला यांत्रिक ढंग से नहीं निपटाया जाना चाहिए, और यदि तथ्य गंभीर रूप से विवादित हैं, तो रिट के बजाय सिविल कोर्ट ही उपयुक्त उपचार है।

“On a fair reading of Section 45 of the Insurance Act it is clear that it is restrictive in nature. Mere inaccuracy or falsity in respect of some recitals or items in the proposal is not sufficient. The burden of proof is on the insurer to establish the circumstances enumerated in Section 45, and unless the insurer is able to do so there is no question of the policy being avoided on the ground of misstatement of facts. The contracts of insurance including the contract of life assurance are contracts uberrima fides and every fact of material must be disclosed; otherwise, there is good ground for recession of the contract.”

SUPREME COURT OF INDIA • 2000

स्रोत ESCR010005752000

06 Satwant Kaur Sandhu v. New India Assurance Company Ltd.

SUPREME COURT OF INDIA • 2009-07-10 • 2009 INSC 899

यह मामला एक Mediclaim policy के तहत बीमा दावे के भुगतान से संबंधित है। विमित व्यक्ति (insured) ने प्रस्ताव फॉर्म (proposal form) भरते समय अपने स्वास्थ्य की स्थिति को स्पष्ट रूप से गलत बताया था, जबकि वह वास्तव में मधुमेह और Chronic Renal Failure से पीड़ित था। सर्वोच्च न्यायालय ने निर्णय दिया कि बीमा अनुबंध 'utmost good faith' (परम सद्भाव) के सिद्धांत पर आधारित होता है। बीमित व्यक्ति का यह कानूनी दायित्व है कि वह फॉर्म में पूछे गए सभी 'material facts' का सही खुलासा करे। चूंकि यहाँ स्वास्थ्य संबंधी महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाया गया था, इसलिए न्यायालय ने बीमा कंपनी द्वारा दावे को खारिज करने (repudiate) के निर्णय को सही ठहराया।

निर्णय सर्वोच्च न्यायालय ने माना कि पॉलिसीधारक का यह स्पष्ट कानूनी कर्तव्य है कि वह प्रस्ताव फॉर्म में अपने स्वास्थ्य से जुड़े सभी "महत्वपूर्ण तथ्यों" (material facts) का खुलासा करे। मधुमेह और किडनी फेलियर जैसी बीमारियों को छिपाना दावे के खारिज होने का वैध आधार बनता है, क्योंकि बीमा अनुबंध परम सद्भाव के सिद्धांत पर काम करते हैं।

"Death of the insured occurred within seven months of -taking the mediclaim policy and Section 45 of the Insurance Act is not even remotely attracted. We are of the considered view that repudiation of the claim was on a consideration of the aforesaid record of the Madras Institute of Nephrology and, therefore answer to col. 10 of the proposal form amounted to mis-representation and suppression of material facts regarding health made by the policy holder."

SUPREME COURT OF INDIA • 2009

स्रोत ESCR010000462009

07 M/s Vantage Spinners Pvt. Ltd. v. The Union of India

HIGH COURT OF ANDHRA PRADESH • 2025-02-13 • WP/24779/2023

यह मामला एक बीमा दावे के विवाद से संबंधित है। याचिकाकर्ता ने दावा किया कि उनकी फैक्ट्री में आग लगने से भारी नुकसान हुआ, लेकिन बीमा कंपनी ने जांच रिपोर्टों और सर्वेक्षण रिपोर्टों का हवाला देते हुए दावे को यह कहते हुए खारिज कर दिया कि यह एक दुर्घटना नहीं बल्कि जानबूझकर लगाई गई आग (arson) थी। बीमा कंपनी ने यह भी आरोप लगाया कि याचिकाकर्ता ने महत्वपूर्ण जानकारी छिपाई और कंपनी पहले से ही वित्तीय संकट और दिवालियापन (insolvency) की कार्यवाही का सामना कर रही थी। याचिकाकर्ता ने बीमा कंपनी के इस निर्णय को चुनौती दी है। उच्च न्यायालय ने अभी मामले की सुनवाई जारी रखी है और यह स्पष्ट किया है कि विवादित तथ्यों और साक्ष्यों के आधार पर निर्णय लिया जाना बाकी है।

निर्णय आंध्र प्रदेश उच्च न्यायालय ने निर्धारित किया कि जहां दावों में धोखाधड़ी या जानबूझकर की गई क्षति (जैसे आग लगाना) के गंभीर आरोप शामिल हों और मौखिक एवं दस्तावेजी साक्ष्यों की आवश्यकता हो, वहां अनुच्छेद 226 के तहत रिट याचिका उचित उपचार नहीं है। ऐसे विवादों का निपटारा दीवानी अदालतों या मध्यस्थता कार्यवाही के माध्यम से किया जाना चाहिए।

"In a case where claim by an insured or a nominee is repudiated raising a serious dispute and the Court finds the dispute to be a s bona fide one which requires oral and documentary evidence for its determination then the appropriate remedy is a civil suit and not a writ petition under Article 226 of the Constitution. Similarly, where a plea of fraud is pleaded by the insurer and on examination is found prima facie to have merit and oral and documentary evidence may become necessary for determination of the issue raised then a writ petition is not an appropriate remedy."

HIGH COURT OF ANDHRA PRADESH • 2025

स्रोत APHC010479202023

08 Shriram Life Insurance Co. Ltd. v. Santosh Behera

ORISSA HIGH COURT • 2024-06-25 • WP(C)/23487/2017

यह मामला बीमा दावे के भुगतान से संबंधित है। याचिकाकर्ता (बीमा कंपनी) ने यह आरोप लगाते हुए दावे को खारिज कर दिया था कि बीमित व्यक्ति ने प्रस्ताव फॉर्म में अपनी पूर्व-मौजूद बीमारी (Gallbladder Cancer) और आय के स्रोत को छुपाया था। Permanent Lok Adalat ने इन आरोपों को सबूतों के अभाव में खारिज कर दिया और कंपनी को बीमा राशि का भुगतान करने का निर्देश दिया। उच्च न्यायालय ने इस निर्णय का पुनरावलोकन करते हुए पाया कि कंपनी अपने दावों को सिद्ध करने के लिए कोई ठोस दस्तावेज प्रस्तुत नहीं कर सकी। चूंकि कंपनी यह साबित करने में विफल रही कि बीमित व्यक्ति ने जानबूझकर कोई Material Fact छुपाया था, न्यायालय ने बीमा कंपनी की याचिका को खारिज कर दिया और Lok Adalat के निर्णय को बरकरार रखा।

निर्णय उड़ीसा उच्च न्यायालय ने माना कि जब तक बीमा कंपनी यह साबित नहीं कर देती कि पॉलिसीधारक को अपनी पहले से मौजूद गंभीर बीमारी (जैसे गॉलब्लैडर कैंसर) का वास्तविक ज्ञान था और उसने इसे जानबूझकर छिपाया, तब तक बीमा दावों को खारिज नहीं किया जा सकता। गैर-प्रकटीकरण को केवल तभी धोखाधड़ी माना जा सकता है जब वह जानबूझकर और महत्वपूर्ण तथ्यों पर आधारित हो।

“The obligation to disclose necessarily depends upon the knowledge one possesses. His opinion of the materiality of that knowledge is of no moment. ... On a bare perusal of the materials on record, averments made in the Writ Petition and the Paragraphs-7 to 10 of the impugned order, it is apparent that the DLA had no knowledge about any pre-existing diseases, she having not taken any medicine from any medical stores nor did she undergo any treatment anywhere. No credible evidence in support of the plea of suppression of material fact about previous illness had been brought on record. Therefore, there is no suppression of “material fact” within the meaning of Section 45 of the Insurance Act, 1938.”

ORISSA HIGH COURT • 2024

स्रोत ODHC010444522017

09 Mahakali Sujatha v. The Branch Manager, Future Generali India Life Insurance Company Limited

SUPREME COURT OF INDIA • 2024-04-10 • 2024 INSC 296

यह मामला जीवन बीमा दावे के भुगतान से संबंधित है, जिसे बीमा कंपनी ने मृतक द्वारा अन्य बीमा पॉलिसियों के बारे में जानकारी छिपाने (suppression of material information) के आधार पर खारिज कर दिया था। NCDRC ने बीमा कंपनी के रुख को सही माना था। हालांकि, सुप्रीम कोर्ट ने इस निर्णय को पलट दिया। न्यायालय ने स्पष्ट किया कि बीमा अनुबंधों में दावे को खारिज करने का 'Burden of proof' बीमा कंपनी पर होता है। कंपनी इस दावे को साबित करने के लिए कोई भी दस्तावेजी साक्ष्य प्रस्तुत करने में विफल रही कि मृतक ने वास्तव में अन्य पॉलिसियां ली थीं और उन्हें छिपाया था। न्यायालय ने माना कि केवल आरोपों के आधार पर दावा खारिज नहीं किया जा सकता, अतः बीमा कंपनी को दावे का भुगतान करना होगा।

निर्णय सर्वोच्च न्यायालय ने निर्णय दिया कि "जो दावा करता है, उसे ही साबित करना होगा" (he who asserts must prove)। बीमा कंपनी ने केवल यह आरोप लगाया था कि मृतक ने 15 अन्य पॉलिसियों की जानकारी छिपाई थी, लेकिन इसके समर्थन में कोई दस्तावेजी सबूत नहीं दिया। इसलिए, केवल निराधार आरोपों के आधार पर किया गया रिप्यूडिएशन (repudiation) अवैध है।

“As per the language and interpretation of Section 45, the insurer cannot question the policy after the expiry of the time period and if it does, then the burden rests on the insurer to establish materiality of the fact suppressed and the knowledge of the insured about such suppression, so that the repudiation of the claim could be justified by the insurer – In the present case, the onus was on the insurer to show that the insured had fraudulently given false information and the said information was related to a material fact”

SUPREME COURT OF INDIA • 2024

स्रोत ESCR010002372024

10 Dr. Vijil v. Ambujakshi T.P.

HIGH COURT OF KERALA • 2022-02-10 • WP(C)/970/2022

यह मामला इस प्रश्न से संबंधित था कि क्या चिकित्सा सेवाएँ (medical services) Consumer Protection Act, 2019 के अंतर्गत 'service' की परिभाषा में आती हैं। याचिकाकर्ता डॉक्टरों ने तर्क दिया कि कानून के नए ड्राफ्ट से 'health sector' को हटाना यह दर्शाता है कि विधायिका ने इसे Consumer Disputes Redressal Commissions के अधिकार क्षेत्र से बाहर रखने का इरादा किया था। हालांकि, केरल उच्च न्यायालय ने भारतीय चिकित्सा संघ बनाम वी.पी. शान्ता (Indian Medical Association v. V.P. Shantha) मामले में सर्वोच्च न्यायालय द्वारा निर्धारित कानून का हवाला देते हुए याचिका को खारिज कर दिया। न्यायालय ने स्पष्ट किया कि 'service' की परिभाषा समावेशी है और चिकित्सा सेवाएं इसके दायरे में आती हैं।

निर्णय केरल उच्च न्यायालय ने स्पष्ट किया कि उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 2019 के तहत "सेवा" (service) की परिभाषा अत्यंत विस्तृत और समावेशी है। इसमें बैंकिंग और परिवहन के समान ही बीमा और चिकित्सा सेवाएं भी स्पष्ट रूप से शामिल हैं, जिससे पॉलिसीधारकों को उपभोक्ता अदालतों का रुख करने का पूर्ण विधिक अधिकार प्राप्त होता है।

"A reading of the inclusive part in Section 2(42) would show that the Parliament intended to specifically underline that certain services like Banking, Financing, Insurance, Transport, etc., which are in the nature of public utility services, would come within the purview of 'services'. The definition is inclusive and not exhaustive."

HIGH COURT OF KERALA • 2022

स्रोत KLHC010018002022

अस्वीकरण

यह मेमो Vitark AI द्वारा सार्वजनिक रूप से उपलब्ध निर्णयों और उपयोगकर्ता के प्रश्न के आधार पर तैयार किया गया है। यह केवल रिसर्च सहायता के लिए है और कानूनी सलाह (legal advice) नहीं है। किसी भी filing, opinion, या correspondence में उपयोग करने से पहले सभी case citations, holdings और quotations को मूल निर्णय (source judgment) के विरुद्ध स्वतंत्र रूप से सत्यापित किया जाना चाहिए।