

न्यायमूर्ति श्री हेमन्त गुप्ता और न्यायमूर्ति श्री कंवलजीत सिंह अहलूवालिया के समक्ष

भारतीय जीवन बीमा निगम,-याचिकाकर्ता
बनाम

स्थायी लोक अदालत और अन्य,-प्रतिवादी

सीडब्ल्यूपी नंबर 9738 2007 17 अक्टूबर, 2008

भारत का संविधान, 1950- अनुच्छेद 226—बीमा अधिनियम, 1938—धारा 45—बीमाधारक अपनी बीमारी के तथ्य का खुलासा करने में विफल रहा, हालांकि वह प्रस्ताव फॉर्म भरते समय चिकित्सा अवकाश पर था—बीमा पॉलिसी जारी होने के 2 साल बाद बीमाधारक की मृत्यु—महत्वपूर्ण तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण और गलत बयानी जो जीवन बीमा के अनुबंध को रद्द कर देती है— बीमा कंपनी दावे को अस्वीकार करने की हकदार है - तथ्य यह है कि बीमित व्यक्ति दो साल तक जीवित रहा, इसका कोई परिणाम नहीं है - याचिका की अनुमति दी गई, स्थायी लोक अदालत ने बीमा कंपनी को ब्याज सहित बीमा राशि का भुगतान करने का निर्देश दिया।

निर्धारित किया गया है। कि बीमाधारक ने अपनी बीमारी के तथ्य का खुलासा नहीं किया है, हालांकि जब उसने प्रस्ताव फॉर्म भरा था तब वह मेडिकल अवकाश पर था। इस तरह के भौतिक तथ्य को तुच्छ नहीं कहा जा सकता है जिसे बीमा अधिनियम की धारा 45 द्वारा बचाए गए बीमाधारक द्वारा अनदेखा किया जा सकता है। ऐसे महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा न करना और यह तथ्य कि मृत्यु का कारण दिल का दौरा है, जिसके कारण मृतक चिकित्सा अवकाश पर था, स्पष्ट रूप से बीमाधारक को मुआवजे का दावा करने से वंचित कर देता है। यह एक महत्वपूर्ण तथ्य को गलत तरीके से पेश करने का मामला है जो जीवन बीमा के अनुबंध को खराब करता है। इस तथ्य का कोई महत्व नहीं है कि मृतक दो वर्ष की अवधि तक जीवित रहा है। ऐसी शर्त अनुबंध अधिनियम, 1872 की धारा 17 के तहत बीमा कंपनी के लिए उपलब्ध वैध प्रवर्तनीय अनुबंध की एक शर्त है। अधिनियम की धारा 45 दो वर्ष की अवधि के भीतर अनुबंध केवल बीमा कंपनी को बीमा से बचने की स्वतंत्रता से इनकार करने के लिए प्रस्ताव प्रपत्र में किए गए तुच्छ गलत बयानों से संबंधित है। लेकिन जहां महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाया गया है या गलत जानकारी दी गई है, बीमा का अनुबंध, अधिनियम की धारा 45 से स्वतंत्र, बीमा कंपनी को दावे को अस्वीकार करने का अधिकार देगा।

(पैरा 19)

बी.आर. महाजन, याचिकाकर्ता के वकील
हरिओम अत्री, प्रतिवादी नंबर 2 के वकील

न्यायमूर्ति श्री हेमंत गुप्ता,

1. वर्तमान रिट याचिका में चुनौती स्थायी लोक अदालत, हिसार द्वारा पारित फैसले, दिनांक 24 फरवरी, 2007, अनुलग्नक पी-22 को दी गई है, जिसमें बीमा राशि यानी रुपये के भुगतान का बीमाधारक की मृत्यु की तारीख से भुगतान तक 10% प्रति वर्ष की दर से ब्याज सहित 1,00,000 रु. भुगतान का निर्देश दिया गया है।
2. प्रतिवादी नंबर 2 के पति दलीप सिंह (बाद में "बीमाधारक" के रूप में संदर्भित) ने रुपये के बीमा के लिए एक प्रस्ताव प्रस्तुत किया। 14 सितंबर, 2002 को उनके जीवन पर 1,00,000 रु. की राशि प्राप्त हुई। बीमाधारक ने अपने स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में घोषणा की, जिस पर प्रस्ताव में प्रश्नों के सभी उत्तरों को सही ढंग से दर्ज किए जाने की बात स्वीकार करने के बाद हस्ताक्षर किए गए। यह घोषणा भी की गई कि उनके द्वारा सभी उत्तर पूर्णतः समझकर दिये गये हैं तथा सभी उत्तर सत्य एवं पूर्ण हैं तथा उन्होंने कोई भी जानकारी छुपायी नहीं है। उनके द्वारा इस बात पर भी सहमति व्यक्त की गई थी कि प्रस्ताव प्रपत्र और घोषणा में दिए गए बयान आश्वासन के अनुबंध का आधार होंगे और यदि कोई असत्य कथन उसमें निहित हैं, तो आश्वासन का अनुबंध पूरी तरह से शून्य और शून्य होगा। बीमाधारक द्वारा दी गई घोषणाओं में से एक यह थी कि उसने पिछले पांच वर्षों के दौरान किसी भी बीमारी के लिए एक सप्ताह से अधिक समय तक इलाज की आवश्यकता वाले किसी भी चिकित्सक से परामर्श नहीं लिया है और उसे सामान्य जांच के लिए कभी भी किसी अस्पताल या नर्सिंग होम में भर्ती नहीं किया गया है। , अवलोकन, उपचार संचालन और वह पिछले पांच वर्षों के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर कार्यस्थल से अनुपस्थित नहीं रहे हैं। बीमाधारक ने उन सवालों के भी नकारात्मक उत्तर दिए हैं, जिनके बारे में बीमाधारक लीवर, पेट, हृदय, फेफड़े, गुर्दे, मस्तिष्क या तंत्रिका तंत्र से संबंधित बीमारियों से पीड़ित नहीं था या कभी पीड़ित रहा है। विधिवत भरा हुआ प्रस्ताव प्रपत्र

रिट याचिका के साथ अनुलग्नक पी-1 के रूप में संलग्न किया गया है। उक्त घोषणा स्वीकार कर ली गई और 19 सितंबर, 2002 को बीमा पॉलिसी जारी कर दी गई। बीमा पॉलिसी की शर्तों और विशेषाधिकारों के खंड 5 में कुछ घटनाओं में पॉलिसी को ज़ब्त करने का प्रावधान है। उक्त खंड इस प्रकार है:-

“5. कुछ घटनाओं में ज़बती:—यदि प्रीमियम का विधिवत भुगतान नहीं किया गया है या यहां निहित या समर्थित किसी भी शर्त का उल्लंघन किया गया है या यदि यह पाया जाता है कि प्रस्ताव, व्यक्तिगत विवरण, घोषणा में कोई असत्य या गलत विवरण शामिल है। और संबंधित दस्तावेज़ या कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी रोकी जाती है, तो ऐसे हर मामले में, लेकिन बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अधीन, जहां भी लागू हो, यह पॉलिसी शून्य हो जाएगी और इसके आधार पर किसी भी लाभ के सभी दावे समाप्त हो जाएंगे। और निर्धारित करें और इसके परिणामस्वरूप भुगतान किए गए सभी पैसे निगम के होंगे, सिवाय इसके कि जहां तक यहां निहित विशेषाधिकारों के संदर्भ में राहत प्रदान की गई है या निगम द्वारा कानूनी रूप से दी जा सकती है।

3. बीमाधारक की मृत्यु 16 नवंबर, 2004 को यानी बीमा पॉलिसी जारी होने के दो साल बाद हो गई। याचिकाकर्ता की ओर से मौत का कारण हार्ट अटैक बताते हुए बीमा राशि के लिए दावा दायर किया गया था। चूंकि यह एक प्रारंभिक दावा था, इसलिए याचिकाकर्ता द्वारा मामले की जांच की गई और यह पाया गया कि प्रस्ताव प्रपत्र में बीमित व्यक्ति द्वारा दिए गए प्रश्नों के उत्तर झूठे थे और इसे स्वीकार करने में निगम के निर्णय को प्रभावित करने के उद्देश्य से दिए गए थे। बीमा का प्रस्ताव और ये उत्तर जोखिम के मूल्यांकन के उद्देश्य से बहुत महत्वपूर्ण थे। यह पाया गया कि बीमित व्यक्ति डायलेटेड कार्डियो मायोपैथी से पीड़ित था, जिसके लिए उसने अस्पताल से इलाज कराया था और 14 सितंबर, 2002 को बीमा के लिए प्रस्ताव जमा करने के समय वह चिकित्सा अवकाश पर था। वास्तव में, बीमाधारक ने चिकित्सा अवकाश का लाभ उठाया था 19 अगस्त, 2002 से 18 सितंबर, 2002 तक और 1 सितंबर, 2002 से 3 सितंबर, 2002 तक अस्पताल में भर्ती रहे। प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसे तथ्यों का खुलासा नहीं किया गया था। बीमित व्यक्ति द्वारा उठाए गए पॉलिसी से उत्पन्न दावे को जानबूझकर गलत विवरण देने और बीमा के लिए

प्रस्ताव प्रस्तुत करते समय बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य के बारे में सामग्री विवरण को रोकने के आधार पर अस्वीकार कर दिया गया था।

4. इस तरह की अस्वीकृति से व्यथित होकर, प्रतिवादी संख्या 2, बीमाधारक की पत्नी, ने याचिकाकर्ता को पॉलिसी लाभों का भुगतान करने का निर्देश देने के लिए कानूनी सेवा प्राधिकरण अधिनियम, 1987 की धारा 22(सी)(i) के तहत एक आवेदन दायर किया है। याचिकाकर्ता ने सुनिश्चित राशि के दावे का इस आधार पर विरोध किया कि पॉलिसी धोखाधड़ी करके और स्वास्थ्य के संबंध में महत्वपूर्ण जानकारी को छिपाकर प्राप्त की गई थी और इसके बजाय बीमाधारक ने प्रस्ताव फॉर्म में गलत जानकारी दी थी और इस प्रकार, अनुबंध शुरू से ही अमान्य था। बीमित व्यक्ति की चिकित्सा छुट्टी और सेवक सभा अस्पताल में उसके प्रवेश के संबंध में भी विशेष रूप से दलील दी गई थी।

5. स्थायी लोक अदालत के समक्ष साक्ष्य में प्रतिवादी क्रमांक 2 द्वारा पॉलिसी की फोटो स्टेट कॉपी प्रदर्श पी-1 के रूप में प्रस्तुत की गई जबकि मृत्यु प्रमाण पत्र प्रदर्श पी-2 के रूप में प्रस्तुत किया गया। दूसरी ओर, याचिकाकर्ता ने बीमाधारक के नियोक्ता के कार्यालय के वेतन क्लर्क आरडब्ल्यू 1 राम निवास से पूछताछ की। उक्त गवाह ने बीमाधारक का छुट्टी रिकॉर्ड पेश किया और बताया कि बीमाधारक 19 अगस्त, 2002 से 18 सितंबर, 2002 तक 31 दिनों की छुट्टी पर रहा। सेवक सभा अस्पताल, हिसार के डॉ. बी.के. गुप्ता से आरडब्ल्यू 2 के रूप में जांच की गई, जिन्होंने गवाही दी गई कि बीमाधारक दिल के फैलाव से पीड़ित था और डायलेटेड कार्डियो मायोपैथी का इलाज किया गया था। प्रमाणपत्र और बेड हेड टिकट प्रदर्शन पी-8 से पी-10 के रूप में तैयार किए गए थे। आरडब्ल्यू 3 के रूप में डॉ. अमित मेहता की जांच की गई, जिन्होंने 2 अक्टूबर, 2004 से 4 अक्टूबर, 2004 तक और 11 अक्टूबर, 2004 से 13 अक्टूबर, 2004 तक सुखदा अस्पताल, हिसार में बीमाधारक का इलाज किया। बीमाधारक की 16 नवंबर, 2004 को मृत्यु हो गई।

6. स्थायी लोक अदालत ने अंक संख्या 2 के तहत एक निष्कर्ष दिया कि बीमाधारक 19 अगस्त, 2002 से 18 सितंबर, 2002 की अवधि के दौरान डायलेटेड कार्डियो मायोपैथी

से पीड़ित था और इस तथ्य का बीमा कंपनी को खुलासा नहीं किया गया था। यह माना गया कि बीमा पॉलिसी प्राप्त करने के दो साल बाद बीमाधारक की मृत्यु हो गई थी, लेकिन मृत्यु का कारण रिकॉर्ड पर साबित नहीं हुआ है, हालांकि बीमाधारक ने अपनी बीमारी छिपाई थी। इसलिए, याचिकाकर्ता को ब्याज सहित बीमा राशि का भुगतान करने का निर्देश दिया गया।

7. याचिकाकर्ता के विद्वान वकील ने जोरदार तर्क दिया कि बीमा अधिनियम, 1938 (संक्षेप में "अधिनियम") की धारा 45, अनुबंध की शर्तों और उस पर लागू कानून के प्रावधानों के खिलाफ, स्थायी लोक अदालत का पुरस्कार स्पष्ट रूप से अवैध है। . इस बात पर भी सहमति है कि दर्ज किए गए निष्कर्ष रिकॉर्ड में मौजूद तथ्यों के विपरीत हैं। यह तर्क दिया गया है कि एक बार जब मुद्दा संख्या 2 याचिकाकर्ता के पक्ष में इस आशय से तय हो जाता है कि बीमाधारक 19 अगस्त, 2002 से 18 सितंबर, 2002 तक डायलेटेड कार्डियो मायोपैथी से पीड़ित था और इस तरह के तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो स्थायी लोक अदालत यह मानने में गंभीर कानूनी त्रुटि हुई कि इस तरह का गैर-प्रकटीकरण महत्वपूर्ण नहीं है क्योंकि बीमाधारक की दो साल बाद मृत्यु हो गई है। यह तर्क दिया गया है कि पॉलिसी जारी करने के लिए प्रासंगिक भौतिक तथ्य को छिपाना दो साल की समाप्ति के बाद भी दावे को अस्वीकार करने का एक वैध आधार है। यह भी तर्क दिया गया है कि यह निष्कर्ष तथ्यात्मक रूप से गलत है कि मृत्यु का कारण रिकॉर्ड पर उपलब्ध नहीं है। इसलिए, यह नहीं कहा जा सकता कि जिस बीमारी के लिए बीमाधारक को अस्पताल में भर्ती कराया गया था, उसका बीमाधारक की मृत्यु के कारण से कोई लेना-देना नहीं है। यह प्रस्तुत किया गया है कि उक्त निष्कर्ष तथ्यात्मक रूप से गलत हैं क्योंकि दावा फॉर्म एक्जिबिट पी-2 में ही बताया गया है कि मौत का कारण दिल का दौरा है। इसके अलावा, आरडब्ल्यू 3, डॉ. अमित मेहता, जिनके अधीन बीमाधारक का उसकी मृत्यु से ठीक पहले इलाज चल रहा था और आरडब्ल्यू 2, डॉ. बी.के. गुप्ता जैसे चिकित्सा साक्ष्य पर्याप्त रूप से सह-संबंधित करते हैं कि बीमाधारक डायलेटेड कार्डियो मायोपैथी से पीड़ित था। वर्ष 2002 जब पॉलिसी ली गई थी और मौत का कारण दिल का दौरा बताया गया था।
8. यह भी तर्क दिया गया है कि अधिनियम की धारा 45 के संदर्भ में, केवल दो साल की अवधि के भीतर प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई गलत या झूठी घोषणा दावे को अस्वीकार करने का आधार नहीं हो सकती है, लेकिन यदि बीमाकर्ता दिखाता है कि ऐसा बयान था किसी महत्वपूर्ण तथ्य या दबाए गए तथ्य पर, जिसका खुलासा किया जाना

जरूरी था और वह बयान पॉलिसी धारक द्वारा धोखाधड़ी से दिया गया था या रोक दिया गया था, तो ऐसा गलत या झूठा बयान दो साल की समाप्ति के बाद भी पॉलिसी को वैधता नहीं देगा। इस प्रकार, यह तर्क दिया जाता है कि दो साल की अवधि के भीतर प्रस्ताव

प्रपत्र में गलत या गलत बयान को नजरअंदाज किया जा सकता है, सिवाय उस स्थिति के जब ऐसा बयान भौतिक तथ्यों पर हो या तथ्यों को छिपाया गया हो या धोखाधड़ी से किया गया हो। यह तर्क दिया गया है कि बीमा का अनुबंध सर्वमान्य है, यानी अत्यंत सद्भावना का, इसलिए, भौतिक तथ्यों का खुलासा न करना और गलत तथ्यों को प्रस्तुत करना और सही तथ्यों को छिपाना बीमा कंपनी को पॉलिसी को अस्वीकार करने का अधिकार देता है। निर्भरता पी.सी. पर रखी गई है। चाको और अन्य बनाम अध्यक्ष, भारतीय जीवन बीमा निगम और अन्य (1), और भारतीय जीवन बीमा निगम बनाम सिंट। सेमी। चन्नबासेम्मा (2). यह तर्क दिया गया है कि दो साल की अवधि समाप्त होने के बाद भी, भौतिक मामलों पर गलत बयान या दबाए गए तथ्य जो खुलासा करने के लिए महत्वपूर्ण थे लेकिन धोखाधड़ी से किए गए थे, किसी भी समय पॉलिसी को अस्वीकार करने के लिए पर्याप्त है।

9. जो मुद्दा उठाया गया है वह रेस इनरेग्रा नहीं है। पहले के निर्णयों में से एक, जिसमें बीमाधारक के कर्तव्य और बीमा कंपनी के दायित्व पर विचार किया गया है, की जांच रतन लाई और दूसरे बनाम मेट्रोपॉलिटन इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (3) मामले में पटना उच्च न्यायालय की एक खंडपीठ द्वारा की गई थी, जो धारा 45 के प्रावधानों से स्वतंत्र है। अधिनियम का उक्त मामला छह महीने की अवधि के भीतर बीमाधारक की मृत्यु के संबंध में है, लेकिन यह माना गया कि बीमा के अनुबंध जिसमें बीमित व्यक्ति के अनुबंध भी शामिल हैं, वे अनुबंध हैं और भौतिकता के प्रत्येक तथ्य का खुलासा किया जाना चाहिए अन्यथा रद्द करने का अच्छा आधार है। यह माना गया कि खुलासा करने का यह कर्तव्य अनुबंध के समापन तक जारी रहता है और जोखिम के चरित्र में किसी भी महत्वपूर्ण परिवर्तन को कवर करता है जो प्रस्ताव और स्वीकृति के बीच हो सकता है। इसे निम्नलिखित प्रभाव से आयोजित किया गया:-

“बीमा के क्षेत्र में अच्छी तरह से स्थापित कानून यह है कि जीवन बीमा के अनुबंध सहित बीमा का अनुबंध सर्वोच्च अनुबंध है और भौतिकता के प्रत्येक तथ्य

का खुलासा किया जाना चाहिए अन्यथा निरस्तीकरण के लिए अच्छा आधार है। और खुलासा करने का यह कर्तव्य अनुबंध के समापन तक जारी रहता है और जोखिम के चरित्र में किसी भी महत्वपूर्ण परिवर्तन को कवर करता है जो प्रस्ताव और स्वीकृति के बीच हो सकता है। लुकर बनाम लॉ यूनियन और रॉक इंश्योरेंस कंपनी (1928) 1 केबी 554। लंदन एश्योरेंस कंपनी बनाम मोनसेल में जेसल एम.आर., (1879) एलएलसीएच डी 363 ने कहा: "जहां तक सामान्य सिद्धांत का संबंध है, मैं बनाने के लिए तैयार नहीं हूँ आश्वासन के एक अनुबंध और दूसरे के बीच सार में कोई अंतर। चाहे वह जीवन हो, या अग्नि हो, या समुद्री बीमा हो, मेरा मानना है कि सभी मामलों में सद्भावना की आवश्यकता होती है और यद्यपि समुद्री बीमा की विशिष्ट प्रकृति के कारण कुछ परिस्थितियाँ हो सकती हैं, जिनका खुलासा करना आवश्यक है, और जो अन्य पर लागू नहीं होती हैं बीमा के अनुबंध, मेरी राय में यह सिद्धांत के भेद के बजाय सिद्धांत के अनुप्रयोग का एक उदाहरण है।

इसलिए, इस मामले में गलत बयानी या धोखाधड़ी के अभाव में भी भौतिक तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण उन पार्टियों के कहने पर अनुबंध को अमान्य कर सकता है, जिनके लिए 'उबेरिमा फाइड्स' देय है। लेकिन फिर ऐसे मामलों में कभी-कभी एक गुद्गुदाने वाला सवाल उठता है कि भौतिक तथ्य क्या है? अधिकारियों का कहना है कि कोई भी तथ्य जो यह सुझाव देता है कि बीमाधारक के औसत अवधि से कम होने की संभावना है, एक भौतिक तथ्य है, थॉमसन बनाम वेम्स (1884) 9 एसी 671; और यह सही भी है क्योंकि आखिरकार जीवन आश्वासन एक जीवन की औसत अवधि के वैज्ञानिक मूल्यांकन के अलावा और कुछ नहीं है, और यह तब तक संभव नहीं है जब तक कि उस जीवन के बारे में सभी सही डेटा परिश्रमपूर्वक और ईमानदारी से कंपनी को उपलब्ध नहीं कराए जाते। लेकिन फिर जो भौतिक है और जो भौतिक नहीं है, उसके बीच की सीमा रेखा अक्सर इतनी धुंधली और धुंधली होती है और एक के दूसरे समझ लिए जाने का खतरा हमेशा बना रहता है। इसलिए, इस खतरे से बचने के लिए व्यक्ति को बीमारी क्या है या स्वास्थ्य में भौतिक परिवर्तन क्या है और सामान्य साधारण विकार क्या है, के बीच अंतर करने में सावधानी बरतनी होगी। एक विकार केवल उन परिस्थितियों के कारण 'जीवन को छोटा करने की प्रवृत्ति' नहीं है कि इससे आश्वस्त व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है, वाटसन बनाम मेनवारिंग (1813)4 टैंट 763।

अच्छे स्वास्थ्य का अर्थ है उचित रूप से अच्छा स्वास्थ्य यॉर्क बनाम यॉर्कशायर बीमा, (1918) 1 केबी 662; और नेशनल म्युचुअल बनाम स्मॉलफील्ड, (1972) एन. हम सभी अपने अंदर मृत्यु के बीज लेकर पैदा हुए हैं' विलिस बनाम पूल, (1780) 2 पावर्स मरीन इंश्योरेंस 8वां संस्करण पृष्ठ। 935. जीवन बीमा इस मायने में अनोखा

है कि बीमित व्यक्ति अक्सर प्रीमियम का आकलन करने में सबसे महत्वपूर्ण तथ्य - अपने स्वयं के स्वास्थ्य की स्थिति - से अनभिज्ञ होता है। हालाँकि उसे अपनी शारीरिक भलाई के बारे में एक सामान्य विचार हो सकता है, लेकिन वह अपने सिस्टम के भीतर एक प्रारंभिक लेकिन घातक बीमारी से अनजान हो सकता है जिसका डॉक्टर ने निदान किया होगा। वारंटी के अलावा, नियम यह है कि बीमाकर्ता केवल तभी पॉलिसी से बच सकता है यदि बीमित व्यक्ति जानबूझकर अपने स्वास्थ्य की स्थिति को गलत तरीके से प्रस्तुत करता है। यह सच है कि यह ग्राहम बनाम वेस्टरेन ऑस्ट्रेलियन इंश्योरेंस, (1931) 40 एलआर 64 में निर्धारित रोशे जे. के अनुरूप नहीं है। उस विद्वान न्यायाधीश के अनुसार, सिद्धांत वर्षों से तय किया गया था कि "यदि कोई जानकारी दी गई है, भले ही यह बिल्कुल निर्दोष हो, जो अनुबंध का मामला नहीं है, और कभी भी अनुबंध का मामला नहीं बनता है, फिर भी, यदि यह गलत है, तो इसका उपयोग संबंधित नीति या नीतियों से बचने के लिए किया जा सकता है। हालाँकि, अधिकारियों से ऐसा प्रतीत होता है कि हालाँकि यह समुद्री जोखिमों के संबंध में सच हो सकता है, लेकिन जहाँ तक जीवन बीमा का सवाल है, यह इस संबंध में एक विशेष स्थिति पर खड़ा है, जैसा कि हैल्सबरी के कानूनों में की गई चर्चा से भी स्पष्ट है। इंग्लैंड का, खंड 18, कला। 588. इसमें गलत बयानी और गैर-प्रकटीकरण के बीच अंतर किया गया है और इस दौरान यह देखा गया है:

".....चूंकि, खुलासा करने का कर्तव्य आश्वासन के ज्ञान के भीतर तथ्यों तक ही सीमित है, एक भौतिक तथ्य (व्हीलन बनाम हार्डिस्टी (1858) 8ई और बी 232) के बारे में एक गलत बयान दिया गया है ईमानदारी से, यानी, इसकी सच्चाई में विश्वास के साथ, अनुबंध की वैधता को प्रभावित नहीं करेगा (एंडरसन बनाम फिट्जगेराल्ड (1853) 4 एच.एल. कैस 484), जब तक कि कोई स्पष्ट शर्त न हो कि वह ऐसा करेगा। यह कहा जा सकता है कि वर्तमान मामला वह है जहां आश्वासन देने वाले पर एक शर्त लगाई गई थी और उसके द्वारा स्वीकार किया गया था कि यदि वह बीमार पड़ गया या प्रस्ताव की तारीख और उसकी स्वीकृति की तारीख के बीच उसके स्वास्थ्य में कोई बदलाव हुआ। कंपनी, वह उस घटना की सूचना कंपनी को भेजेगा। लेकिन इस संबंध में यह याद रखना होगा कि एक बयान जो आश्वासन दिए गए व्यक्ति की मानसिक स्थिति पर निर्भर करता है वह केवल इसलिए असत्य नहीं होगा क्योंकि वह सच्चे तथ्यों (1858) 8ई और बी. 232 से अनभिज्ञ है। इसलिए, यदि उसके ईमानदार निर्णय के अनुसार कोई बीमारी नहीं थी या स्वास्थ्य में कोई बदलाव नहीं था बल्कि केवल एक सामान्य विकार था, कंपनी को उस घटना के बारे में सूचित न करना बीमाकर्ता के लिए पॉलिसी से बचने का आधार नहीं हो सकता है। मेरी राय में, अंतिम विश्लेषण में यह हमेशा तथ्य का प्रश्न बन जाता है कि क्या कोई विशेष शारीरिक तंत्रिका विकार एक बीमारी है या उससे भी अधिक विकार है।

इसलिए, इन दृष्टिकोणों से देखा जाए तो हमें वर्तमान मामले पर विचार करना होगा।

10. उपरोक्त निर्णय में एक महत्वपूर्ण तथ्य की सूक्ष्मता से व्याख्या की गई है जो अनुबंध को अस्वीकार करने के लिए पर्याप्त है। यह जांच की गई कि यद्यपि व्यक्ति को अपनी शारीरिक भलाई के बारे में एक सामान्य विचार हो सकता है, वह अपने सिस्टम के भीतर एक प्रारंभिक लेकिन घातक बीमारी से अनजान हो सकता है जिसे डॉक्टर ने निदान किया होगा। यह माना गया कि नियम, वारंटी के अलावा, यह है कि बीमाकर्ता केवल तभी पॉलिसी से बच सकते हैं यदि बीमित व्यक्ति जानबूझकर अपने स्वास्थ्य की स्थिति को गलत तरीके से प्रस्तुत करता है। इसलिए, उनके ईमानदार निर्णय में कोई बीमारी या स्वास्थ्य में कोई बदलाव नहीं था, बल्कि केवल एक सामान्य विकार था, उस घटना के बारे में कंपनी को सूचित न करना बीमाधारक के लिए पॉलिसी से बचने का आधार नहीं हो सकता है। इस प्रकार, यह कहा जा सकता है कि भौतिक तथ्य स्वास्थ्य का कोई सामान्य विकार नहीं है और इसमें वह बीमारी शामिल नहीं है जिसका डॉक्टर ने निदान किया हो।
11. ऑल इंडिया जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अन्य बनाम एस. पी. माहेश्वरी (4) मामले में, मद्रास उच्च न्यायालय की एक खंडपीठ ने बीमा के कानून के संहिताकरण, विशेष रूप से अधिनियम की धारा 45 के अधिनियमन के परिणामों की जांच की है। यह ऐसा मामला था जहां पॉलिसी लेने के दो साल के भीतर दावा दायर किया गया था। डिवीजन बेंच ने बीमा अनुबंध के संबंध में वारंटी और प्रतिनिधित्व के बीच अंतर की जांच और व्याख्या की है। इसे निम्नलिखित प्रभाव के लिए आयोजित किया गया था। :—

“10. बीमा कानून का एक महान सिद्धांत यह है कि बीमा का अनुबंध 'अत्यंत अच्छे विश्वास' पर आधारित होता है; वास्तव में यह वह मूलभूत आधार है जिस पर बीमा के सभी अनुबंध किए जाते हैं। इस संबंध में बीमा के एक अनुबंध और

दूसरे अनुबंध के बीच कोई अंतर नहीं है। चाहे वह जीवन हो या आग या समुद्री, समझ यह है कि अनुबंध उबेरिमा फ़ाइड है और यद्यपि समुद्री बीमा की विशिष्ट प्रकृति से कुछ परिस्थितियाँ हो सकती हैं जिनका खुलासा करना आवश्यक है, और जो बीमा के अन्य अनुबंधों पर लागू नहीं होते हैं, अर्थात् बल्कि सिद्धांत में अंतर के बजाय सिद्धांत के अनुप्रयोग का एक उदाहरण है। इस तथ्य से कि अनुबंध में जोखिम शामिल है और इसका उद्देश्य जोखिम को एक पक्ष से दूसरे पक्ष में स्थानांतरित करना है, प्रत्येक को हर उस परिस्थिति के प्रति बिल्कुल निर्दोष होना आवश्यक है जो लेनदेन में प्रवेश करते समय दूसरे के निर्णय को प्रभावित करती है। आपसी विश्वास और भरोसा वह आधार है जिस पर पार्टियाँ आगे बढ़ती हैं। बीमाकर्ता बीमित व्यक्ति के अभ्यावेदन पर भरोसा करता है, और इस विश्वास पर आगे बढ़ता है कि वह अपनी जानकारी में किसी भी परिस्थिति को छिपाकर नहीं रखता है, ताकि बीमाकर्ता को इस विश्वास में गुमराह किया जा सके कि परिस्थिति मौजूद नहीं है, या उसे अनुमान लगाने के लिए प्रेरित किया जा सके। जोखिम मानो ऐसा नहीं हुआ। दूसरी ओर, बीमित व्यक्ति प्रत्येक तथ्य के संचार के लिए बीमाकर्ता की ईमानदारी पर निर्भर करता है जिसे उसे अपना पैसा निवेश करने से पहले जानना चाहिए और जिसका खुलासा न करने पर उसके फैसले पर असर पड़ेगा, उदाहरण के लिए, जहां बीमाकर्ता अनुदान देता है एक ऐसी पॉलिसी जिसके अंतर्गत वह कभी भी कोई जोखिम नहीं उठाएगा। खुलासा करने का यह कर्तव्य न केवल अनुबंध में प्रवेश के समय मौजूद रहता है बल्कि इसके अस्तित्व के दौरान और जोखिम घटित होने के बाद भी जारी रहता है।

17. प्रकटीकरण का कर्तव्य दो शीर्षकों के अंतर्गत आता है, अर्थात्, (i) प्रतिनिधित्व; और (ii) वारंटी: वे अभ्यावेदन जिन्हें अनुबंध का आधार बनाया जाता है और वे जो बीमा अनुबंध का आधार नहीं बनते हैं। पूर्व को वारंटी के रूप में जाना जाता है। एक प्रतिनिधित्व सख्ती से बीमा के अनुबंध का एक हिस्सा या उसके सार के बारे में नहीं बोल रहा है, बल्कि कुछ संपार्श्विक या प्रारंभिक और इसके लिए एक प्रलोभन की प्रकृति में है। झूठी वारंटी के विपरीत एक गलत प्रतिनिधित्व अनुबंध को खराब करने या पॉलिसी से बचने के लिए काम नहीं करेगा जब तक कि यह वास्तव में महत्वपूर्ण तथ्य से संबंधित न हो या पार्टियों के समझौते द्वारा स्पष्ट रूप से महत्वपूर्ण बनाने का इरादा न हो। यदि प्रतिनिधित्व काफी हद तक सत्य है तो यह पर्याप्त है। गलत बयानी धोखाधड़ी के आधार पर पॉलिसी को अमान्य कर देती है, जबकि वारंटी का गलत अनुपालन अनुबंध के स्पष्ट उल्लंघन के रूप में कार्य करता है। पॉलिसी की शाब्दिक सत्यता या पूर्ति पर लिखित रूप में डाली गई एक शर्त, जिस पर संपूर्ण अनुबंध की वैधता निर्भर करती है, एक वारंटी है। शर्त को पॉलिसी के तथ्य पर माना

जाता है, हालांकि इसे हाशिये पर या अनुप्रस्थ रूप से या पॉलिसी में निर्दिष्ट सबजाइन्ड पेपर पर लिखा जा सकता है।

12. वारंटी का प्रभाव यह है कि यदि प्रश्न के उत्तर का कोई भी बिंदु असत्य है तो भले ही असत्य अनजाने में और धोखाधड़ी के बिना उत्पन्न हुआ हो, दावे को अस्वीकार किया जा सकता है। इसे निम्नलिखित प्रभाव के लिए आयोजित किया गया था: - "18..... इस प्रकार, यदि बीमा की पॉलिसी को प्रभावित करने वाला कोई व्यक्ति कहता है "मैं ऐसी और ऐसी चीजों की गारंटी देता हूँ जो यहां बताई गई हैं", और यह अनुबंध का हिस्सा है, फिर, चाहे वे भौतिक हों या नहीं, यह बिल्कुल महत्वहीन है; पार्टी को यहां अपनी वारंटी का विज्ञापन करना होगा, चाहे वह भौतिक हो या सारहीन। लेकिन अगर पार्टी बिल्कुल भी कोई वारंटी नहीं देती है, लेकिन बस एक निश्चित बयान देती है, अगर वह बयान वास्तविक बना दिया गया है जब तक कि यह भौतिक न हो, तो इसका मतलब यह नहीं है कि यह गलत है या गलत नहीं है। वास्तव में, चाहे वह प्रामाणिक बनाया गया हो या नहीं, यदि वह भौतिक नहीं है, तो असत्य बिल्कुल महत्वहीन है। यदि किसी अभ्यावेदन में कोई धोखाधड़ी नहीं है तो यह बिल्कुल स्पष्ट है कि यह अनुबंध को प्रभावित नहीं कर सकता है; और भले ही यह महत्वपूर्ण हो लेकिन इसमें कोई धोखाधड़ी नहीं है, और यह अनुबंध का कोई हिस्सा नहीं है, यह पार्टी के पुनर्प्राप्त करने के अधिकार को खत्म नहीं कर सकता है।
13. यह समझाते हुए कि प्रतिनिधित्व का क्या मतलब है, इसका मतलब यह माना गया कि अनुबंध के निर्माण के समय या उससे पहले बीमाधारक द्वारा हामीदार को दिया गया एक मौखिक और लिखित बयान, कुछ तथ्य या तथ्यों की स्थिति के अस्तित्व के लिए प्रेरित करने के लिए गणना की गई थी। जोखिम उठाने के लिए हामीदार अधिक तत्परता से, अन्यथा उसने जो अनुमान लगाया होता, उसे कम कर देता है। प्रतिनिधित्व दो प्रकार का पाया गया (i) एक सकारात्मक पुष्टि, जो इस ज्ञान पर आधारित है कि प्रस्तुत तथ्य या तो अस्तित्व में हैं या मौजूद रहेंगे, और (ii) केवल संक्षिप्त घोषणा या उम्मीद है कि ऐसे तथ्य मौजूद हैं या मौजूद होंगे। यह पाया गया कि प्रतिनिधित्व और वारंटली के बीच मुख्य अंतर यह है कि एक सामान्य नियम के रूप में प्रश्नों के उत्तर प्रतिनिधित्व हैं न कि वारंटी। वारंटी के मामले में वारंट की भौतिकता या अमूर्तता का कोई मतलब नहीं है। इसकी गलतता पॉलिसी पर किसी कार्रवाई के बचाव का गठन करती है, लेकिन प्रतिनिधित्व के मामले में, बीमाकर्ता केवल यह साबित करके पॉलिसी से बच सकता है कि बयान गलत और धोखाधड़ी

वाला है या यह गलत था और जोखिम के लिए महत्वपूर्ण था। न्यायालय ने इस प्रकार कहा:- “20. अभ्यावेदन दो प्रकार के हो सकते हैं (i) एक सकारात्मक पुष्टि, जो इस ज्ञान पर आधारित है कि प्रस्तुत तथ्य या तो मौजूद हैं या मौजूद रहेंगे, और (ii) केवल विश्वास या अपेक्षा की घोषणा है कि ऐसे तथ्य मौजूद हैं या मौजूद होंगे। समुद्री बीमा अधिनियम, 1906, यह घोषणा करते हुए उपरोक्त वर्गीकरण को मान्यता देता है कि "एक प्रतिनिधित्व या तो तथ्य के मामले के रूप में एक प्रतिनिधित्व हो सकता है, या अपेक्षा या विश्वास के मामले के रूप में हो सकता है"। हालाँकि अर्नोल्ड (समुद्री बीमा के कानून और औसत 14वें संस्करण एस. 527 पर अर्नोल्ड) प्रतिनिधित्व के एक तीसरे वर्ग को संदर्भित करता है, अर्थात्, दूसरों से प्राप्त जानकारी का मात्र संचार; यह माना गया तीसरा वर्ग हमेशा ऊपर निर्दिष्ट एक या दो वर्गों में से एक के अंतर्गत आना चाहिए। पहले प्रकार के अभ्यावेदन को "सकारात्मक अभ्यावेदन" कहा जाता है, जिन्हें फिर से (1) सकारात्मक और (2) वचनात्मक में उप-विभाजित किया जाता है, जबकि दूसरे प्रकार के अभ्यावेदन को निष्कासन के कथन का अभ्यावेदन कहा जाता है। 21. इसलिए, प्रतिनिधित्व और वारंटी के बीच मुख्य अंतर यह है कि एक सामान्य नियम के रूप में प्रश्नों के उत्तर प्रतिनिधित्व हैं, न कि वारंटी, हालाँकि व्यक्तियों के लिए यह निर्धारित करना संभव है कि कुछ प्रश्नों के उत्तर अनुबंध का आधार होंगे, जिस स्थिति में वे वारंटी का हिस्सा बन जाते हैं। वारंटी के मामले में आवश्यक तथ्य की भौतिकता या अभौतिकता का कोई मतलब नहीं है। इसकी गलती नीति पर किसी कार्रवाई के बचाव का गठन करती है, भले ही यह भौतिक न हो और पूर्ण सद्भावना में बनाई गई हो। लेकिन, प्रतिनिधित्व के मामले में, बीमाकर्ता केवल यह साबित करके पॉलिसी से बच सकता है कि बयान गलत और धोखाधड़ी वाला है या यह गलत था और जोखिम के लिए महत्वपूर्ण था। दूसरे शब्दों में, यह केवल एक भौतिक गलत बयानी है जो किसी नीति से बच सकती है यदि प्रतिनिधित्व में निहित तथ्यों की सच्चाई नीति द्वारा समर्थित नहीं है। 24. संक्षेप में, जीवन बीमा की पॉलिसियों में यह समझ है कि अनुबंध उबेरिमा फ़ाइड है और किसी भी पक्ष को लुका-छिपी खेलने की अनुमति नहीं है, लेकिन प्रत्येक को अपने कार्ड टेबल पर रखने होंगे; और यहां तक कि किसी भी प्रकार के मानसिक आरक्षण की भी अनुमति नहीं है। यह *Uberrima Fides* दोतरफा यातायात है। बीमा के अनुबंध, विश्वास के अनुबंध होने के कारण, किसी भी पक्ष द्वारा लगाए जाने से बचने के लिए अच्छा आधार होगा। यह अंततः हमें गैर-प्रकटीकरण या गलत बयानी के विषयों पर लाता है जो व्यावहारिक रूप से एक ही चीज़ के सकारात्मक और नकारात्मक पहलू हैं। अनुबंध पर गलत बयानी का प्रभाव बिल्कुल गैर-प्रकटीकरण के समान ही होता है; यह पीड़ित पक्ष को अनुबंध से बचने के लिए एक आधार प्रदान करता है। इस आशय के कई आदेश और एक निर्णय हैं कि जीवन बीमा सामान्य नियम का अपवाद है कि निर्दोष गलत बयानी पॉलिसी

को रद्द करने के लिए आधार प्रदान कर सकती है और गलत बयानी अवश्य होनी चाहिए जीवन बीमा की पॉलिसी पर इस प्रभाव को डालने के लिए कपटपूर्ण हो। लेकिन बीमाकर्ता को गैर-प्रकटीकरण के साथ-साथ गलत बयानी के तहत बचने के लिए आधार देने के लिए, दोनों को केवल भौतिक जानकारी से संबंधित होना चाहिए। 28. कौन से तथ्य महत्वपूर्ण हैं, छिपाना किसका या किसका गलत विवरण, नीति से बचने के लिए आधार प्रदान करेगा?"

14. जीवन बीमा के सिद्धांतों का उल्लेख करने के बाद, न्यायालय ने माना कि नियम, इसलिए, वारंटी से अलग है, कि बीमाकर्ता केवल पॉलिसी से बच सकते हैं यदि बीमित व्यक्ति जानबूझकर अपने स्वास्थ्य की स्थिति को गलत तरीके से पेश करता है क्योंकि वह वास्तव में जो जानता है उससे अधिक का खुलासा करने के लिए बाध्य है। वह उन तथ्यों का खुलासा करने के लिए बाध्य नहीं है जिन्हें वह नहीं जानता है या जो तथ्य बीमाकर्ता की जानकारी में नहीं हैं। माननीय न्यायमूर्ति अनंतनारायणन ने, माननीय न्यायमूर्ति रामास्वामी के विचार से सहमत होते हुए, उपरोक्त निर्णय में कहा कि अधिनियम की धारा 45 ने सबसे तुच्छ के संदर्भ में भी वारंटी के भीतर गलत बयानी के सिद्धांत से उत्पन्न गंभीर कठिनाई को दूर किया है। या गैर-भौतिक विवरण अनुबंध को खराब कर देंगे। उक्त प्रावधान इस इरादे से अधिनियमित किया गया है कि न्याय के हित में तुच्छ या अप्रासंगिक गलतबयानी पर वारंटी के कठोर और कड़े नियम के आवेदन को कम किया जाना चाहिए। न्यायालय ने निम्नलिखित निष्कर्ष निकाला:-“44. यह, काफी हद तक, नियम की कठोरता को कम करता है कि वारंटी के दायरे में सबसे मामूली गलत बयानी, अभी भी बीमा कंपनी के लिए पॉलिसी पर भुगतान से इनकार करने के लिए एक अच्छा बचाव हो सकता है। 47..... हम इस प्रकार देख सकते हैं कि बीमा कंपनी द्वारा अनुबंध का सम्मान करने से इनकार करने से बड़ी क्षति हो सकती है, क्योंकि कुछ बहुत छोटी बीमारी से संबंधित कथित गैर-प्रकटीकरण के कारण, जिसका कोई कारण नहीं था जीवन प्रत्याशा के संदर्भ में... दूसरे, मुझे लगता है कि, संहिताकरण का बड़ा लाभ होने के कारण, हमें आगे बढ़ना चाहिए और संकेत देना चाहिए कि, दो साल की अवधि के भीतर भी, केवल गलत बयानी, जो कि भौतिक हैं, के अर्थ में जीवन प्रत्याशा पर कुछ प्रभाव डालने पर, चाहे वह प्रत्यक्ष हो या अप्रत्यक्ष, कैंट्रैक्ट से बचने के लिए बचाव में अनुमति दी जानी चाहिए। बेशक, इस अवधि के भीतर, धारा 45 में निर्धारित आगे की शर्तों को लागू करने की आवश्यकता नहीं है। उदाहरण के लिए, यह बताना बिल्कुल भी आवश्यक नहीं होगा कि पॉलिसी धारक को पता था कि कथन गलत था, या कि उसने धोखे से इस ज्ञान को छुपाया था। लेकिन, यदि

कानून को बरकरार रखा जाता है, जैसा कि वह मौजूद है, तो दो साल की अवधि के भीतर कठिनाई और अन्याय के मामले सामने आ सकते हैं, जिनका समाधान करने के लिए अदालतें शक्तिहीन होंगी, क्योंकि वारंटी का सिद्धांत क्षेत्र पर हावी रहेगा....”

15. उपरोक्त को पढ़ने से यह तथ्य सामने आता है कि प्रकटीकरण का कर्तव्य दो शीर्षकों यानी प्रतिनिधित्व और वारंटी के अंतर्गत आता है। वारंटी वे अभ्यावेदन हैं जिन्हें अनुबंध का आधार बनाया जाता है। एक अभ्यावेदन संपार्श्विक या प्रारंभिक या बीमा पॉलिसी के लिए प्रलोभन की प्रकृति का होता है। एक गलत प्रस्तुतिकरण अनुबंध को खराब करने या पॉलिसी को रद्द करने के लिए काम नहीं करेगा जब तक कि यह वास्तव में महत्वपूर्ण तथ्य से संबंधित न हो या पार्टियों के समझौते द्वारा स्पष्ट रूप से महत्वपूर्ण बनाने का इरादा न हो। गलत बयानी धोखाधड़ी के आधार पर पॉलिसी को अमान्य कर देती है। प्रतिनिधित्व के मामले में, बीमाकर्ता केवल यह साबित करके पॉलिसी से बच सकता है कि बयान गलत और धोखाधड़ी वाला है या यह गलत था और जोखिम के लिए महत्वपूर्ण था। इस प्रकार, वारंटी या प्रतिनिधित्व के मामले में सामान्य सूत्र एक ऐसा तथ्य है जो वास्तव में महत्वपूर्ण है या पार्टियों के समझौते से इसे महत्वपूर्ण बनाने का इरादा है। जीवन प्रत्याशा पर प्रभाव डालने वाली सामग्री की गलत बयानी, चाहे वह प्रत्यक्ष हो या अप्रत्यक्ष, अनुबंध से बचने के लिए संभावित बचाव है।

16. मिठूलाल नायक बनाम भारतीय जीवन बीमा निगम (5) का मामला, वर्तमान मामले के तथ्यों के लगभग बराबर है। वह ऐसा मामला था जहां बीमाधारक की दो साल बाद मृत्यु हो गई। इसे निम्नलिखित प्रभाव के लिए आयोजित किया गया था: - "..... जैसा कि हम सोचते हैं कि बीमा अधिनियम की धारा 45 वर्तमान मामले में लागू होती है, हम कानूनी स्थिति की जांच करने के कार्य से मुक्त हो गए हैं।" प्रस्ताव प्रपत्र या व्यक्तिगत विवरण आदि में बीमाधारक द्वारा दिए गए गलत बयानों के परिणामस्वरूप, ऐसे मामले में जहां धारा 45 लागू नहीं होती है और जहां प्रस्ताव प्रपत्र और व्यक्तिगत विवरण में दिए गए कथनों को आधार बनाया जाता है

अनुबंध। (8) धारा 45 के दूसरे भाग को लागू करने के लिए तीन शर्तें हैं- (ए) बयान किसी भौतिक मामले पर होना चाहिए या उन तथ्यों को छिपाना चाहिए जिनका खुलासा करना महत्वपूर्ण था; (बी) पॉलिसीधारक द्वारा दमन धोखाधड़ी से किया जाना चाहिए; और (सी) पॉलिसी धारक को बयान देते समय पता होना चाहिए कि यह गलत था या उसने उन तथ्यों को दबा दिया था जिनका खुलासा करना आवश्यक था। हमारे सामने महत्वपूर्ण प्रश्न यह है कि क्या वर्तमान मामले में ये तीन शर्तें पूरी की गईं। हम सोचते हैं कि वे थे। हम विद्वान ट्रायल जज से सहमत नहीं हो पा रहे हैं कि सितंबर-अक्टूबर, 1943 में डॉ. लक्ष्मणन द्वारा महाजन देवलाल का जिन बीमारियों का इलाज किया गया था, वे मामूली या आकस्मिक बीमारियाँ थीं। न ही हम यह सोचते हैं कि महाजन देवलाल जुलाई, 1944 में भूल गए होंगे कि उस तारीख से कुछ महीने पहले ही कुछ

गंभीर बीमारियों के लिए डॉ. लक्ष्मणन ने उनका इलाज किया था...महाजन देवलाल को पता होगा कि यह महत्वपूर्ण था प्रतिवादी कंपनी को उस तथ्य का खुलासा करें। उनसे पूछे गए सवाल के जवाब में वह न केवल यह बताने में असफल रहे कि उनके लिए क्या बताना जरूरी था, बल्कि उन्होंने इस आशय का गलत बयान दिया कि एनीमिया या एनीमिया जैसी गंभीर बीमारियों के लिए किसी भी डॉक्टर द्वारा उनका इलाज नहीं किया गया था। सांस की तकलीफ या अस्थमा। दूसरे शब्दों में कहें तो महाजन देवलाल द्वारा जानबूझकर धोखे से दमन किया गया था। भारतीय अनुबंध अधिनियम, 1872 (IX से 1872) की धारा 17 के अनुसार धोखाधड़ी का अर्थ है और इसमें अन्य बातों के साथ-साथ एक पक्ष द्वारा किसी अन्य पक्ष को धोखा देने या उसे अनुबंध में शामिल होने के लिए प्रेरित करने के इरादे से किया गया निम्नलिखित कृत्य भी शामिल है। संपर्क- (1) सुझाव, उस तथ्य के बारे में जो उस व्यक्ति द्वारा सत्य नहीं है जो इसे सत्य नहीं मानता है; और (2) तथ्य का ज्ञान या विश्वास रखने वाले व्यक्ति द्वारा किसी तथ्य को सक्रिय रूप से छिपाना। धारा 17 में निर्धारित मानक के आधार पर, महाजन देवलाल स्पष्ट रूप से भौतिक तथ्यों को धोखाधड़ी से दबाने के दोषी थे, जब उन्होंने 16 जुलाई, 1944 को अपने बयान दिए थे, जिनके बारे में उन्हें पता था कि वे जानबूझकर झूठे थे। इसलिए, हम अपीलकर्ता के खिलाफ पहले प्रश्न का उत्तर देने में उच्च न्यायालय से सहमत हैं।...अनुबंध अधिनियम की धारा 19 के स्पष्टीकरण में अंतर्निहित सिद्धांत यह है कि एक गलत प्रतिनिधित्व, चाहे वह कपटपूर्ण हो या निर्दोष, अप्रासंगिक है यदि उसने उस पक्ष को प्रेरित नहीं किया है जिससे वह इस पर कार्रवाई करने के लिए प्रेरित हुआ है। संविदा। हमें नहीं लगता कि वह सिद्धांत वर्तमान

मामले में लागू होता है। पॉलिसी की शर्तें यह स्पष्ट करती हैं कि प्रस्ताव प्रपत्र और व्यक्तिगत बयान में बीमाधारक के स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में दिए गए दावे पार्टियों के बीच अनुबंध का आधार थे, और यह परिस्थिति कि महाजन देवलाल ने मिथ्या साबित करने के लिए कष्ट उठाया था या यह छिपाना कि पॉलिसी लेने से कुछ महीने पहले ही डॉ. लक्ष्मणन द्वारा उनकी गंभीर बीमारी का इलाज किया गया था, यह दर्शाता है कि मिथ्याकरण या छिपाव का दूसरे पक्ष की सहमति प्राप्त करने में महत्वपूर्ण प्रभाव था। जिस व्यक्ति ने ऐसा किया है वह बाद में पलट कर यह नहीं कह सकता: "यदि आप सच जानते तो कोई फर्क नहीं पड़ता।" हमारी राय में, इस मामले की परिस्थितियों में छूट का कोई सवाल ही नहीं उठता है, न ही अपीलकर्ता भारतीय अनुबंध अधिनियम की धारा 19 के स्पष्टीकरण का लाभ उठा सकता है।

17. भारतीय जीवन बीमा निगम बनाम सिंट में। जीएम चन्नबासेम्मा (6), सुप्रीम कोर्ट ने माना कि बीमाधारक उन भौतिक तथ्यों का पूरा खुलासा करने के लिए गंभीर दायित्व के अधीन है, जो प्रस्ताव को स्वीकार किया जाना चाहिए या नहीं, यह तय करते समय बीमाकर्ता के लिए ध्यान में रखना प्रासंगिक हो सकता है।

18. पी.सी. में. चाको और अन्य बनाम अध्यक्ष, भारतीय जीवन बीमा निगम और अन्य (7), माननीय सर्वोच्च न्यायालय उस बीमाधारक द्वारा दायर दावे पर विचार कर रहा था जिसकी पॉलिसी लेने के छह महीने के भीतर मृत्यु हो गई थी। एस.पी. माहेश्वरी के मामले {सुप्रा} और रतन लैप्स केस {सुप्रा} के निर्णयों का उल्लेख किया गया और मृतक बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधियों के मुकदमे को खारिज करने वाले उच्च न्यायालय की डिवीजन बेंच के फैसले को बरकरार रखा गया।

19. वर्तमान मामले में, बीमाधारक ने अपनी बीमारी के तथ्य का खुलासा नहीं किया है, हालांकि जब उसने प्रस्ताव फॉर्म भरा था तब वह चिकित्सा अवकाश पर था। इस तरह के भौतिक तथ्य को तुच्छ नहीं कहा जा सकता है जिसे अधिनियम की धारा 45 द्वारा बचाए गए बीमाधारक द्वारा अनदेखा किया जा सकता है। ऐसे महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा न करना और यह तथ्य कि मृत्यु का कारण दिल का दौरा है, जिसके कारण मृतक चिकित्सा अवकाश पर था, स्पष्ट रूप से बीमाधारक को

मुआवजे का दावा करने से वंचित कर देता है। यह एक महत्वपूर्ण तथ्य को गलत तरीके से पेश करने का मामला है जो जीवन बीमा के अनुबंध को खराब करता है। इस तथ्य का कोई महत्व नहीं है कि मृतक दो वर्ष की अवधि तक जीवित रहा है। ऐसी शर्त अनुबंध अधिनियम, 1872 की धारा 17 के तहत बीमा कंपनी के लिए उपलब्ध वैध प्रवर्तनीय अनुबंध की एक शर्त है। अधिनियम की धारा 45 केवल बीमा कंपनी को बीमा से बचने की स्वतंत्रता से इनकार करने के लिए प्रस्ताव प्रपत्र में किए गए तुच्छ गलत बयानों से संबंधित है। दो वर्ष की अवधि के भीतर अनुबंध। लेकिन जहां महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाया गया है या गलत जानकारी दी गई है, बीमा का अनुबंध, अधिनियम की धारा 45 से स्वतंत्र, बीमा कंपनी को दावे को अस्वीकार करने का अधिकार देगा।

20. उपरोक्त को ध्यान में रखते हुए, हमारी राय है कि स्थायी लोक अदालत का निर्णय अधिनियम की धारा 45 की सही व्याख्या पर आधारित नहीं है। इस प्रकार हम वर्तमान रिट याचिका को स्वीकार करते हैं और लागत के संबंध में बिना किसी आदेश के 24 फरवरी, 2007 के अनुबंध पी-22 के फैसले को रद्द कर देते हैं।

अवीकरण :

स्थानीय भाषा में अनुवादित निर्णय वादी के सीमित उपयोग के लिए है ताकि वह अपनी भाषा में इसे समझ सकें और किसी अन्य उद्देश्य के लिए इसका उपयोग नहीं किया जा सकता है। सभी व्यवहारिक और आधिकारिक उद्देश्यों के लिए निर्णय का अंग्रेजी संस्करण प्रमाणित होगा और निष्पादन और कार्यावली के उद्देश्य के लिए उपयुक्त रहेगा।

वसुंधरा राव
प्रशिक्षुन्यायिक अधिकारी, हरियाणा।