

माननीय न्यायमूर्ति आदर्श कुमार गोयल के समक्ष

विद्या-अपीलकर्ता/वादी

बनाम

भारतीय जीवन बीमा निगम और अन्य- उत्तरवादी/प्रतिवादी

R.S.A. No. 2294 of 1993 17th May, 2004

बीमा अधिनियम, 1938 - धारा 45 - पॉलिसी लेने के दो साल बाद बीमाधारक द्वारा आत्महत्या करना - नामांकित व्यक्ति द्वारा दावा - बीमा कंपनी ने पॉलिसी को इस आधार पर अस्वीकार कर दिया कि बीमित व्यक्ति ने पॉलिसी लेते समय मानसिक अवसाद से पीड़ित होने का खुलासा न करके धोखाधड़ी से और जानबूझकर भौतिक तथ्यों को दबा दिया था - यह दिखाने के लिए कोई सबूत नहीं है कि मृतक मानसिक अवसाद से पीड़ित था - एलआईसी द्वारा पॉलिसी केवल पूर्ण जांच के बाद और चिकित्सा जांच के बाद इसके चिकित्सा विशेषज्ञ - नीति के दो साल बाद आत्महत्या करने का कार्य यह अनुमान लगाने के लिए पर्याप्त नहीं है कि मृतक मानसिक अवसाद से पीड़ित था - केवल एक डॉक्टर के पास पिछली यात्रा या किसी बीमारी के बारे में एक गलत बयान नीति को अस्वीकार करने का कोई आधार नहीं है - यह दिखाने के लिए कोई सबूत नहीं है कि मृतक ने जानबूझकर भौतिक तथ्यों पर कोई गलत बयान दिया था या किसी भी भौतिक तथ्यों को दबा दिया था - नीचे दिए गए न्यायालयों के निष्कर्ष कानून के गलत दृष्टिकोण से दूषित होने के लिए उत्तरदायी हैं - अपीलकर्ता को नीति के तहत सभी अर्जित लाभों के साथ दावा राशि की डिक्री का हकदार माना गया।

यह अभिनिर्धारित किया गया कि :-

(i) बीमाकर्ता पॉलिसी के दो वर्ष बाद पॉलिसी लेते समय केवल विवरण की अशुद्धि पर बीमा पॉलिसी से बच नहीं सकता है। बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 में इस सिद्धांत को शामिल किया गया है। दो साल के बाद, पॉलिसी से केवल तभी बचा जा सकता है जब धारा 45 का दूसरा भाग लागू हो। जैसा कि सुप्रीम कोर्ट ने कहा, "धारा 45 के दूसरे भाग के आवेदन के लिए तीन शर्तें हैं:

(a) बयान किसी भौतिक मामले पर होना चाहिए या उन तथ्यों को दबाना चाहिए जिन्हें प्रकट करना आवश्यक था;

(b) पॉलिसी धारक द्वारा धोखाधड़ी से दमन किया जाना चाहिए; और

(c) पॉलिसीधारक को वक्तव्य देते समय यह अवश्य पता होना चाहिए कि यह असत्य है या इसमें उन तथ्यों को छिपाया गया है जिनका खुलासा करना सामग्रह है।

वर्तमान मामले में, बीमित व्यक्ति की मृत्यु दो साल के बाद हुई थी और इसलिए, पॉलिसी को केवल इस आधार पर अस्वीकार नहीं किया जा सकता था कि कोई गलत या गलत बयान था।

(ii) ईसीजी करने का उल्लेख करने में चूक एक गलत या गलत बयान था, न कि किसी भौतिक मामले पर और न ही उक्त बयान को धोखाधड़ी से दिया गया माना जा सकता है। बीमाकर्ता के मामले में भी ऐसा नहीं है कि बीमित व्यक्ति को दिल की कोई समस्या हो या ईसीजी के किसी भी निष्कर्ष से ऐसी किसी समस्या का पता चला हो।

(iii) प्रश्न संख्या (ii) पर निष्कर्ष निकालने के मद्देनजर बीमाकर्ता पॉलिसी के प्रत्यावर्तन के लिए मामले को साबित करने के भार का निर्वहन करने में विफल रहा। बीमाकर्ता डॉ. भाटिया के नेतृत्व में साक्ष्य और सुसाइड नोट किसी भी तरह से इस मामले को साबित नहीं करते हैं कि पॉलिसी लेने के समय, बीमित व्यक्ति मानसिक अवसाद या किसी अन्य बीमारी से पीड़ित था।

(iv) नीचे दिए गए न्यायालयों के निष्कर्ष स्पष्ट रूप से कानून के गलत दृष्टिकोण से दूषित हैं, यह दिखाने के लिए कोई कानूनी सबूत नहीं है कि मृतक ने जानबूझकर भौतिक तथ्यों पर कोई गलत बयान दिया था या किसी भी भौतिक तथ्यों को दबा दिया था। नीचे दिए गए न्यायालयों ने भौतिक तथ्य के अलावा किसी अन्य तथ्य पर केवल एक गलत बयान लिया है क्योंकि यह भौतिक तथ्य पर जानबूझकर गलत बयान है। यह दृष्टिकोण अधिनियम की धारा 45 के वैधानिक प्रावधानों के साथ-साथ मिथूलाल नायक बनाम भारतीय जीवन बीमा निगम, एआईआर 1962, एससी 814 और अन्य सिद्धांतों और निर्णयों में सर्वोच्च न्यायालय के फैसले के विपरीत है।

(v) अपीलकर्ता मुकदमा दायर करने की तारीख यानी 9 जुलाई, 1978 से 6% प्रति वर्ष की दर से भुगतान की तारीख तक धारा 34 आईपीसी के तहत भविष्य के ब्याज के साथ डिक्री का हकदार है।

(पैरा 24)

करण नेहरा, अधिवक्ता अपीलकर्ता की ओर से।

बीआर महाजन, अधिवक्ता प्रतिवादी की ओर से।

निर्णय

माननीय न्यायमूर्ति आदर्श कुमार गोयल

1. अपीलकर्ता - वादी ने जोगिंदर सिंह की मृत्यु के लिए बीमा दावे की राशि की वसूली के लिए मुकदमा दायर किया।
2. वादी का मामला यह है कि वादी मृतक पति जोगिंदर सिंह ने 19 मार्च, 1974 को पॉलिसी नंबर 22576229, एक्जिबिट पी 1 के तहत 50,000 रुपये में जीवन बीमा निगम के साथ बीमा किया था। वादी नामित व्यक्ति था। जोगिंदर सिंह का निधन 13 जुलाई, 1976 को हुआ था। उन्होंने नियमित रूप से प्रीमियम की निर्धारित किस्तों का भुगतान किया था। वादी ने एलआईसी में दावा दायर किया लेकिन इसे स्वीकार नहीं किया गया।
3. बीमा कंपनी ने इस आधार पर वाद का विरोध किया कि मृतक ने बीमा के समय दिए गए विशिष्ट प्रश्नों के उत्तरों में अपने स्वास्थ्य की स्थिति का खुलासा नहीं किया था और मृतक ने खुद को गोली मारकर आत्महत्या कर ली थी। वह किसी बीमारी के कारण अपने जीवन पर थक गया था जिसे बीमा कंपनी को नहीं बताया गया था। धोखाधड़ी और जानबूझकर तथ्यों को दबाने से बीमा का अनुबंध शून्य हो गया और इसलिए, निगम ने इसे अस्वीकार कर दिया।
4. ट्रायल कोर्ट ने बीमा कंपनी की याचिका को बरकरार रखते हुए मुकदमा खारिज कर दिया कि बीमा पॉलिसी लेते समय मृतक जोगिंदर सिंह द्वारा भौतिक तथ्यों को छिपाने के कारण बीमा का अनुबंध वैध रूप से अस्वीकार कर दिया गया था। अपील में ट्रायल कोर्ट के निष्कर्ष की पुष्टि की गई है। इसलिए यह दूसरी अपील है।
5. अपीलकर्ता के वकील ने प्रस्तुत किया कि अपील में बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 की व्याख्या के बारे में कानून का पर्याप्त प्रश्न शामिल है, जो बीमा कंपनी को किसी भी दस्तावेज में गलत या गलत विवरण के आधार पर दो साल बाद बीमा की पॉलिसी पर सवाल उठाने से रोकता है, जब तक कि बीमाकर्ता यह नहीं दिखाता कि ऐसा बयान भौतिक मामले पर था या तथ्यों को धोखाधड़ी से दबा दिया गया था। यह प्रस्तुत किया गया था कि चूंकि नीचे दी गई अदालतों ने धारा 45 की उचित व्याख्या के बिना नीति के खंडन की वैधता के निष्कर्ष को दर्ज किया है, इसलिए इसका उल्लंघन किया गया था।
6. प्रतिवादियों के वकील ने प्रस्तुत किया कि नीचे दिए गए न्यायालयों द्वारा दर्ज किए गए निष्कर्ष तथ्य का शुद्ध निष्कर्ष थे और दूसरी अपील में हस्तक्षेप की मांग नहीं करते थे।

7. मैंने प्रतिद्वंद्वी की दलीलों पर विचार किया है और मामले के रिकॉर्ड का अवलोकन किया है।
8. मेरा विचार है कि इस अपील में विचार के लिए कानून के पर्याप्त प्रश्न उठते हैं जिन्हें निम्नानुसार तैयार किया जा सकता है :—

- (i) क्या बीमाकर्ता इस तर्क पर बीमा की पॉलिसी से बच सकता है कि प्रत्येक कथन की सच्चाई अनुबंध का आधार थी, यह दिखाए बिना कि बीमित व्यक्ति को प्रश्नों को ठीक से समझाया गया था?
- (ii) क्या ईसीजी का उल्लेख करने में चूक किसी भौतिक तथ्य को कपटपूर्ण तरीके से दबाने के समान है?
- (iii) क्या बीमाकर्ता ने यह साबित करने के लिए अधिनियम की धारा 45 के दूसरे भाग के तहत मामला बनाया गया था?
- (iv) क्या नीचे दिए गए न्यायालयों के निष्कर्ष कानून के प्रति गलत दृष्टिकोण से दूषित होते हैं?
- (v) अपीलकर्ता किस राहत का हकदार है?

9. उपरोक्त प्रश्नों से निपटने के लिए आगे बढ़ने से पहले, नीचे दिए गए न्यायालयों के निष्कर्षों पर एक नज़र डालना आवश्यक है। इस संबंध में ट्रायल कोर्ट की प्रासंगिक चर्चा पैरा 8 से 15 में है। बीमाकर्ता एक्स डीडब्ल्यू 11/2 द्वारा दिनांक 5 अप्रैल, 1978 को भेजे गए प्रतिवाद पत्र का संदर्भ दिया गया है। उक्त पत्र में 19 मार्च, 1974 के आश्वासन के प्रस्ताव के कॉलम नंबर 4 और 6 का उल्लेख किया गया है और कहा गया है कि सवालों के जवाब झूठे थे क्योंकि मृतक एक प्रस्ताव प्रस्तुत करने से पहले मानसिक अवसाद से पीड़ित था, जिसका खुलासा नहीं किया गया था। दिनांक 5 अप्रैल, 1978 के पत्र में पुनः प्रस्तुत उक्त स्तंभ इस प्रकार हैं- :—

प्रश्न

उत्तर

- 4.(a) आपके स्वास्थ्य की सामान्य स्थिति क्या रही है?

अच्छा

- (d) क्या आपने पिछले पांच वर्षों में किसी चिकित्सक से परामर्श किया है?

यदि हां, तो विवरण दे।

नहीं

6. क्या आप कभी निम्न में से किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं?

(a) चक्कर आना, फिट्स, न्यूरैस्थेनिया, न्यूराल्जिया, पक्षाघात, पागलपन, तंत्रिका टूटना

या मस्तिष्क या तंत्रिका तंत्र की कोई अन्य बीमारी?

नहीं

(b) बेहोशी का दौरा, सीने में दर्द, सांस फूलना, धड़कन बढ़ना या कोई बीमारी दिल का।

नहीं

10. ट्रायल कोर्ट ने डॉ. वाईएस बावा, डीडब्ल्यू -2 के सबूतों का हवाला दिया, जिन्होंने मृतक की चिकित्सा जांच की थी जब उसने अपने बीमा के लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किया था। उन्होंने अपनी रिपोर्ट एक्ज़िबिट डी 3 दी थी। उक्त रिपोर्ट के संदर्भ से पता चलता है कि डॉक्टर के अनुसार, मृतक स्वस्थ था और किसी भी बीमारी से पीड़ित नहीं था। बीमाकर्ता ने डॉ. एस. चतरथ, डीडब्ल्यू-3 के सबूतों पर भी भरोसा किया कि उन्होंने 26 सितंबर, 1972, 29 दिसंबर, 1973, 10 जनवरी, 1974, 4 मार्च, 1974 और 13 मार्च, 1974 को मृतक का ईसीजी किया था। इसके अलावा, संदर्भ डॉ जेएल के साक्ष्य का है। भाटिया, डीडब्ल्यू-7 ने कहा कि मृतक 4 सितंबर, 1974, 21 जनवरी, 1975 और 19 मार्च, 1975 को उक्त डॉक्टर के पास गया था। एक लिखित नोट प्रदर्शनी डीडब्ल्यू -13/1 का भी संदर्भ दिया गया था कि मृतक ने किसी बीमारी के कारण आत्महत्या की थी जिसका डॉक्टरों द्वारा पता नहीं लगाया गया था। पैरा 14 में, ट्रायल कोर्ट ने माना कि मृतक ने जानबूझकर गलत बयान दिया था और व्यक्तिगत बयान एक्ज़िबिट डी 2 में भौतिक तथ्यों को दबा दिया था। पैरा 12 से 20 में भी यही चर्चा दोहराई गई थी।
11. मेरे विचार से, नीचे दी गई अदालतों द्वारा दर्ज किए गए निष्कर्ष कानून में गलत दृष्टिकोण से दूषित हैं। प्रत्यावर्तन पत्र प्रदर्शनी डीडब्ल्यू-11/2 में, बीमाकर्ता का मामला यह है कि मृतक मानसिक अवसाद से पीड़ित था और चूंकि इसका उल्लेख नहीं किया गया था, इसलिए पॉलिसी को अस्वीकार कर दिया जाना चाहिए। पॉलिसी लेते समय मृतक के मानसिक अवसाद से पीड़ित होने के बारे में कोई सबूत नहीं दिया गया है। नीति के दो साल बाद आत्महत्या करने का कार्य, यह अनुमान लगाने के लिए पर्याप्त नहीं था कि वह मानसिक अवसाद से पीड़ित था। माना कि डॉ. वाई. एस. बावा, डीडब्ल्यू -2, जिन्होंने बीमित व्यक्ति की चिकित्सकीय जांच की थी, उन्हें ऐसा कोई लक्षण नहीं मिला था। डॉ. चतरथ, डीडब्ल्यू -3 केवल ईसीजी लेने को संदर्भित करता है

और मानसिक अवसाद को साबित नहीं करता है। हार्ट प्रॉब्लम देखने के लिए ईसीजी किया जाता है। यह दिखाने के लिए कुछ भी नहीं है कि मृतक को दिल की समस्या थी। ईसीजी केवल संतुष्टि के लिए या जिज्ञासा के कारण किया जा सकता है। डॉ. जे. एल. भाटिया टीबी और चेस्ट स्पेशलिस्ट थे और उन्होंने पॉलिसी के छह महीने बाद मृतक की जांच की थी। डॉ. भाटिया किसी बीमारी का निदान करने में सक्षम नहीं थे और उन्होंने एक्स-रे करवाया और टीबी का इलाज दिया जिस पर कोई प्रतिक्रिया नहीं हुई। डॉ. भाटिया के साक्ष्य पॉलिसी लेने के समय से संबंधित नहीं हैं। यह सबूत यह साबित करने के लिए पर्याप्त नहीं है कि पॉलिसी लेने के समय मृतक किसी बीमारी से पीड़ित था। उक्त गवाह द्वारा ग्रहण किए गए मानसिक अवसाद या चिंता को स्वयं एक ऐसी बीमारी नहीं कहा जा सकता है जिसे बीमाधारक ने प्रकट करने के लिए सामग्री के रूप में आवश्यक समझा होगा या जिसकी अनुपस्थिति को किसी भी भौतिक तथ्य का जानबूझकर दमन कहा जा सकता है। नोट प्रदर्शनी D13/A, भले ही वास्तविक माना जाए, नोट लिखने के समय मृतक की मनःस्थिति को दर्शाता है, न कि बीमा पॉलिसी लेते समय। इस प्रकार, प्रतिवादी के नेतृत्व में साक्ष्य, अधिनियम की धारा 45 के संदर्भ में कानून के तहत एक बीमाकर्ता पर रखे गए बोझ का निर्वहन नहीं करता है। मुद्दा संख्या 11 के तहत खंडन की वैधता पर नीचे दिए गए न्यायालयों द्वारा दर्ज निष्कर्ष स्पष्ट रूप से विकृत है।

12. बीमाकर्ता के विद्वान वकील द्वारा व्यक्तिगत विवरण प्रदर्शनी-डी 2 में प्रश्न संख्या 4 और 6 के लिए दिए गए उत्तरों का उल्लेख करके भौतिक तथ्य को छिपाने के निष्कर्ष का समर्थन करने का प्रयास किया गया है। इस संबंध में, यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि केवल एक बयान की अशुद्धता दो साल बाद नीति को अस्वीकार करने का आधार नहीं हो सकती है।
13. खुलासा करने में विफलता एक तथ्य होनी चाहिए यदि कोई व्यक्ति किसी तथ्य को भौतिक मानता है। यह मामला बीमाकर्ता के रवैये को उजागर करता है जिसे अदालत सार्वजनिक नीति के विपरीत होने के कारण शायद ही मंजूरी दे सकती है। एक बार जब कोई व्यक्ति जीवन बीमा की पॉलिसी प्राप्त कर लेता है और प्रीमियम का भुगतान करता है, तो किसी भी बीमाकर्ता को नामांकित व्यक्ति को सुनिश्चित राशि का भुगतान करने की नीति के तहत प्रतिबद्धता का सम्मान करने के अपने दायित्व से दूर होने की अनुमति नहीं दी जा सकती है। यदि किसी बीमाकर्ता की ऐसी याचिका को बरकरार रखा जाता है, तो जीवन बीमा पॉलिसी लेना अर्थहीन हो जाएगा। अदालतों ने कई मामलों में इस तरह के रवैये पर नाराजगी जताई है और कानून की भावना भी उसी दिशा में है। यदि कोई बीमाकर्ता केवल एक बयान की अशुद्धि पर पॉलिसी के तहत दायित्व से बचना चाहता है, तो इस बात का स्पष्ट सबूत होना चाहिए कि बीमित व्यक्ति को परिणामों के

बारे में बताया गया था। न्यायिक नोटिस इस तथ्य पर लिया जा सकता है कि बीमित व्यक्ति केवल एजेंट के अनुनय पर डॉटेड लाइनों पर हस्ताक्षर करता है।

14. हालांकि, 19 वीं शताब्दी में, अनुबंध की स्वतंत्रता नियम था, अदालतों ने सौदेबाजी की शक्ति की असमानता के आधार पर कुछ समझौतों को लागू करने से इनकार करने के लिए उपकरण विकसित किए। कानून ने कई मामलों में हस्तक्षेप किया ताकि अनुबंध के एक पक्ष को दूसरे का अनुचित लाभ लेने से रोका जा सके। यह महसूस किया गया है कि सौदेबाजी की शक्ति की समानता मानकर ही अनुबंध की स्वतंत्रता एक सामाजिक आदर्श है। अनुबंध की स्वतंत्रता का बहुत कम मूल्य है जहां एक उपभोक्ता के पास सौदेबाजी करने का कोई यथार्थवादी अवसर नहीं है, जैसा कि जॉन आर पाडेन ने 1982 में बटरवर्थ्स द्वारा पृष्ठ 28-29 पर प्रकाशित "अन्यायपूर्ण अनुबंधों का कानून" में सही ढंग से देखा है:

".....असंगतता न्याय की एरिस्टोटेलियन अवधारणा और रोमन कानून "लेसियो एनोरिम्स" के साथ शुरू होने वाले चक्र के अंत का प्रतिनिधित्व करती है, जिसने बदले में मध्ययुगीन चर्च की उचित कीमत और सूदखोरी की निंदा की अवधारणा का आधार बनाया। सत्रहवीं और अठारहवीं शताब्दी के दौरान, इन दर्शन ने चांसरी कोर्ट की विवेकाधीन शक्तियों के अभ्यास में प्रवेश किया, जिसके तहत यह सभी प्रकार के अनुचित लेनदेन को परेशान करता था। इसके बाद, उन्नीसवीं शताब्दी में आर्थिक व्यक्तिवाद की ओर आंदोलन ने पार्टियों को अपना अनुबंध बनाने की स्वतंत्रता पर जोर देकर इन शक्तियों के प्रयोग को कठोर कर दिया। जबकि "समझौता सुन्ट सर्वदा" के सिद्धांत ने प्रभुत्व बनाए रखा, सहमति सिद्धांत अभी भी उन अपवादों को मान्यता देता है जहां एक पक्ष एक भरोसेमंद द्वारा अतिरंजित था, या दबाव में या धोखाधड़ी के परिणामस्वरूप अनुबंध में प्रवेश किया गया था। हालांकि, ये अपवाद सीमित थे और इन्हें सख्ती से साबित किया जाना था।

यह सुझाव दिया जाता है कि पिछले 30 वर्षों के दौरान नागरिक और सामान्य कानून क्षेत्राधिकार दोनों में न्यायिक और विधायी प्रवृत्ति ने पहिया को लगभग पूर्ण चक्र में ला दिया है। अदालतों और संसदों दोनों ने कठोर अनुबंधों से कमजोर दलों के लिए अधिक सुरक्षा प्रदान की है। कई न्यायालयों में इसमें अनुचित अनुबंधों से राहत देने की एक सामान्य शक्ति शामिल थी, जिससे एक लॉन्गिंग पॉइंट प्रदान किया जाता है, जहां से न्यायालयों के पास असंगतता का एक सैद्धांतिक सिद्धांत विकसित करने का अवसर होता है। यूसीसी के अनुच्छेद 2.30जेड पर अमेरिकी फैसले पहले ही इस नए क्षेत्र में

कुछ दूर जा चुके हैं। उपरोक्त गद्यांश में प्रयुक्त शब्द "लेसियो एनोर्मिस" "लेसियो अल्ट्रा डिमिडियम वेल एनोमिस" को संदर्भित करता है, जो रोमन कानून का अर्थ है कि एक पक्ष द्वारा एक कठिन अनुबंध के लिए लगी चोट, जब उसे दूसरे द्वारा विषय वस्तु के मूल्य के आधे से अधिक की सीमा तक उल्लंघन किया गया था, उदाहरण के लिए, जब किसी विक्रेता को बेची गई संपत्ति का आधा मूल्य नहीं मिला था, या खरीदार ने दोगुने से अधिक मूल्य का भुगतान किया था। उपरोक्त परिच्छेद में उल्लिखित मैक्सिम 'पक्का सुंट सर्वदा' का अर्थ है 'अनुबंधों को बनाए रखा जाना है'।

15. इसी सिद्धांत को वर्तमान स्थिति में लागू किया जाना चाहिए जहां बीमाधारक बीमाकर्ता द्वारा पूर्ण जांच से गुजरने के बाद बीमा पॉलिसी लेता है और बीमाकर्ता की पसंद के चिकित्सा विशेषज्ञ की चिकित्सा जांच भी करता है। ऐसी स्थिति में, किसी डॉक्टर के पास पिछली यात्रा या किसी बीमारी के बारे में केवल एक गलत बयान देकर किसी नीति का खंडन करने की अनुमति नहीं दी जा सकती है, जिसका इस मामले पर कोई भौतिक प्रभाव नहीं है।
16. ऊपर इस बिंदु पर केस-लॉ द्वारा प्रकट की गई कानूनी स्थिति है। **जोएल बनाम लॉ यूनियन और क्राउन इंश्योरेंस कंपनी**¹ में, यह देखा गया है :—

“अब कोई भी समझदार व्यक्ति अपने जीवन में हुए सभी आकस्मिक सिरदर्द के बारे में बीमा कंपनी में बताने के लिए इसे उचित नहीं समझेगा, और, अगर वह इस विशेष सिरदर्द के बारे में अधिक नहीं जानता था कि यह एक साधारण आकस्मिक सिरदर्द था, तो इसका खुलासा न करने में बीमा कंपनी के प्रति उसके कर्तव्य का कोई उल्लंघन नहीं होगा। उसे इस बात का कोई ज्ञान नहीं था कि उसका खुलासा करना उसके लिए अनिवार्य था, क्योंकि वह ऐसा कुछ भी नहीं जानता था जिसे एक उचित व्यक्ति बीमाकर्ताओं को उनके कार्यों में प्रभावित करने के लिए सामग्री या चरित्र के रूप में समझेगा। यह वह था जो वह नहीं जानता था कि उस चरित्र का कौन सा होगा, लेकिन उसे उन तथ्यों के संबंध में खुलासा न करने के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराया जा सकता है जिन्हें वह नहीं जानता था।

इस प्रकार बीमाकर्ता अत्यधिक अनुकूल स्थिति में हैं कि वे न केवल आवेदक की ओर से ईमानदारी के हकदार हैं, बल्कि आवेदक के पास मौजूद सभी ज्ञान का पूर्ण प्रकटीकरण करने के भी हकदार हैं जो जोखिम के लिए सामग्री है। और मेरी राय में वे बुद्धिमान होते अगर उन्होंने खुद को इसके साथ संघर्ष किया होता। दुर्भाग्य वश खुद को

¹ 2 K.B. King's Bench Division 863

दोगुना सुरक्षित बनाने की इच्छा ने उन्हें इस स्थिति से व्यापक रूप से दूर कर दिया है, जिसके लिए सुनिश्चित व्यक्ति को इस बात से सहमत होने की आवश्यकता है कि उनके द्वारा या उनकी ओर से पूछे गए विभिन्न सवालों के जवाब की सटीकता, साथ ही साथ हड्डी, नीति की वैधता की शर्त होगी। यह कुछ मामलों में उचित हो सकता है जैसे कि आवेदक की आयु और प्रतिशत, या उसके परिवार के इतिहास के बारे में जानकारी, जिसे उसे तथ्यों के रूप में जानना चाहिए। या यह निर्धारित करना उचित हो सकता है कि इन शर्तों को दो वर्षों के दौरान एक उचित समय-मान प्राप्त करना चाहिए - जिस अवधि के दौरान कंपनी उन बयानों की सटीकता को सत्यापित कर सकती है जो परिकल्पना द्वारा आवेदक द्वारा प्रामाणिक बनाए गए हैं। लेकिन बीमा कंपनियों ने इस प्रथा को इन सीमाओं से बहुत आगे बढ़ा दिया है, और मामलों के बयानों की शुद्धता को पूरी तरह से उनके ज्ञान से परे बना दिया है, और जो पॉलिसी की वैधता के केवल राय या विश्वास की शर्तों के बयान हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, इस तरह के सबसे आम सवालों में से एक है, क्या आपको कोई बीमारी है? यहां तक कि सबसे लंबे समय तक वैज्ञानिक परीक्षण के बाद सबसे कुशल डॉक्टर भी निश्चित रूप से इस तरह के सवाल का जवाब नहीं दे सकता है, और एक आम आदमी केवल इस पर अपनी ईमानदार राय दे सकता है। लेकिन कई कंपनियों द्वारा जारी की गई पॉलिसियों को अमान्य होने के लिए तैयार किया जाता है जब तक कि यह और इस तरह के कई अन्य प्रश्न सही ढंग से उत्तर नहीं दिए जाते हैं- न केवल सच्चाई से जवाब दिया जाता है, हालांकि बीमाकर्ता अच्छी तरह से जानते हैं कि किसी के लिए भी उनके बारे में राय से अधिक निश्चित कुछ भी करना असंभव है। काश मैं बीमा कार्यालयों की ओर से इस तरह की प्रथाओं के खिलाफ जनता को पर्याप्त रूप से चेतावनी दे सकता। मैं इस बात से संतुष्ट हूँ कि बीमा कराने वालों में से कुछ को इस बात का अंदाजा है कि वे खुद को पूरी तरह से बीमा कंपनियों के हाथों में छोड़ देते हैं। जिस प्रश्न का मैंने उल्लेख किया है, यदि कार्यालय के चिकित्सा रेफरी की समकालीन जांच की सहायता से भी यह दिखाया जा सकता है कि बीमित व्यक्ति को उस समय कोई बीमारी थी, तो पॉलिसी शून्य है। बीमारी अज्ञात हो सकती है, और यहां तक कि अज्ञात भी हो सकती है; यह क्षणिक हो सकता है, और उसके भविष्य के जीवन पर, या उसकी मृत्यु के कारण पर कोई प्रभाव नहीं पड़ा है। ये बातें महत्वहीन हैं। यदि कंपनी नीति पर विवाद करने का विकल्प चुनती है, और इन बयानों में एक भी अशुद्धता स्थापित करती है, जो इस प्रकार शर्तें हैं, तो पॉलिसी शून्य है,

और आमतौर पर उस पर भुगतान की गई सभी चीजें जब्त हो जाती हैं। इसलिए मैं एंडरसन बनाम फिट्जगेराल्ड (आई) के मामले में लॉर्ड सेंट लियोनार्ड्स द्वारा अपनी राय में इस्तेमाल किए गए शब्दों से पूरी तरह से सहमत हूं कि इस तरह से जीवन आश्वासन की नीतियों में प्रावधान पेश किए जाते हैं, जो 'जब तक कि उन्हें पार्टियों को पूरी तरह से समझाया नहीं जाता है, तब तक बड़ी संख्या में व्यक्तियों का नेतृत्व किया जाएगा, यह मानते हुए कि उन्होंने अपने जीवन पर बीमा द्वारा अपने परिवारों के लिए प्रावधान किया है, और शायद उनकी आय के एक बहुत बड़े हिस्से के भुगतान से, जबकि वास्तव में, शुरू से ही, नीति उस कागज के लायक नहीं थी जिस पर यह लिखा गया था।

इन परिस्थितियों में यह स्पष्ट रूप से न्यायालय का कर्तव्य है कि वह बीमाकर्ताओं को स्पष्ट रूप से स्थापित करने के लिए कहे कि बीमित व्यक्ति ने पॉलिसी की वैधता की शर्त के रूप में अपने बयानों की सटीकता के लिए सहमति दी थी, न कि सत्यता के लिए। इस उद्देश्य के लिए कोई अस्पष्ट भाषा पर्याप्त नहीं है। आवेदक को मामले से संबंधित सभी सवालों के जवाब देने के लिए बुलाया जा सकता है। लेकिन यह केवल एक कर्तव्य की पूर्ति है- यह संविदात्मक नहीं है। इन उत्तरों की सटीकता को अनुबंध की एक शर्त बनाना एक संविदात्मक कार्य है, और, यदि इस बात पर थोड़ा सा भी संदेह है कि बीमाकर्ता उस व्यक्ति को यह स्पष्ट करने में विफल रहे हैं जिस पर उन्होंने पूर्ण जानकारी की आवश्यकता के अपने अधिकार का प्रयोग किया है कि वह अनुबंध करने के लिए सहमति दे रहा है, तो हमें दिए गए उत्तरों की शुद्धता को पॉलिसी की वैधता की शर्त के रूप में मानने से इनकार करना चाहिए। दूसरे शब्दों में, बीमाकर्ताओं को स्पष्ट और व्यक्त भाषा में आवेदक की ओर से एनिमस कॉन्ट्राहेंडी को साबित करना होगा: यह इस तथ्य से अनुमान नहीं लगाया जाएगा कि सवालों के जवाब दिए गए थे, और यह कि पूछताछ करने वाले पक्ष ने घोषणा की कि उसके जवाब सही थे। यह केवल वही है जो एक गवाह करता है जब वह घोषणा करता है कि उसने सच्चे सबूत दिए हैं। (अंडरलिंग आपूर्ति की गई)।

18. इस सिद्धांत को अधिनियम की धारा 45 के तहत मान्यता दी गई है जो निम्नानुसार है :—

"इस अधिनियम के लागू होने से पहले लागू की गई जीवन बीमा की कोई भी पॉलिसी इस अधिनियम के लागू होने की तारीख से दो साल की समाप्ति के बाद नहीं होगी और इस अधिनियम के लागू होने के बाद लागू जीवन बीमा की कोई भी पॉलिसी, इसके लागू होने की तारीख से दो साल की समाप्ति के बाद, उस तारीख से दो साल की समाप्ति के

बाद, जिस दिन इसे लागू किया गया था, बीमा कर्ता द्वारा इस आधार पर पूछताछ की जाती है कि बीमा के प्रस्ताव में या चिकित्सा अधिकारी या रेफरी, या बीमित व्यक्ति के मित्र की किसी भी रिपोर्ट में या पॉलिसी जारी करने के लिए किसी अन्य दस्तावेज में दिया गया बयान गलत या गलत था, जब तक कि बीमाकर्ता यह नहीं दिखाता है कि ऐसा बयान भौतिक मामले पर था या दबाए गए तथ्यों पर था जिसे प्रकट करना सामग्री थी और आईआर धोखाधड़ी से था। पॉलिसी धारक द्वारा किया गया था और पॉलिसी धारक को यह बनाने के समय पता था कि बयान गलत था या यह उन तथ्यों को दबाता है जिनका खुलासा करना सामग्री थी। (अंतर्निहित आपूर्ति)।

19. लॉ बुक कंपनी (पी) लिमिटेड, इलाहाबाद द्वारा प्रकाशित बनर्जी के बीमा कानून, चौथे संस्करण में, इसे निम्नानुसार देखा गया है :—

“इस धारा का उद्देश्य जीवन बीमा कंपनियों की आधुनिक प्रवृत्तियों के अनुरूप है, जो बिना किसी वारंटी खंड के बीमा अनुबंध के गठन की ओर झुकाव रखती हैं। इसका उद्देश्य प्रवर समिति की टिप्पणियों से भी एकत्र किया जा सकता है: 'यदि बीमाकर्ता को दो वर्षों में ऐसे किसी भी कथन की सत्यता का पता नहीं चलता है और उस पर सवाल नहीं उठाता है, तो उसे इसके बाद इसके पीछे कवर लेने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए। हमने इस प्रावधान के तहत मिली सुरक्षा से ऐसे मामलों की उम्मीद की है जिनमें बीमा कंपनी यह दिखा सकती है कि गलत बयान धोखाधड़ी से जानकारी के साथ दिया गया था और यह एक बड़ी गलती से संबंधित है। (20)

20. उपरोक्त प्रावधान की व्याख्या करते हुए, **मिथूलाल नायक बनाम भारतीय जीवन बीमा निगम²** मामले में सर्वोच्च न्यायालय ने पैरा 8 में निम्नानुसार टिप्पणी की: :—

“धारा 45 के दूसरे भाग के आवेदन के लिए तीन शर्तें हैं: :

- (a) बयान एक भौतिक मामले पर होना चाहिए या उन तथ्यों को दबाना चाहिए जिन्हें प्रकट करना सामग्री थी। ;
- (b) दमन पॉलिसी-धारक द्वारा धोखाधड़ी से किया जाना चाहिए ; and
- (c) पॉलिसीधारक को बयान देते समय पता होना चाहिए कि यह गलत था या इसने उन तथ्यों को दबा दिया था जो गलत थे।”

² AIR 1962 S.C. 814

21. **लाइफ इंश्योरेंस कॉरपोरेशन ऑफ इंडिया बनाम शकुंतला बाई³** के मामले में यह देखा गया था:-

“उन्होंने कहा, 'लेकिन भारतीय जीवन बीमा निगम सहित बीमा कंपनियां बहुत चालाक हैं। वे बीमा के अनुबंध की यह शर्त रखते हैं कि बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव, व्यक्तिगत विवरण आदि में दिए गए प्रत्येक कथन की सच्चाई अनुबंध का आधार बनती है, ताकि बीमाधारक द्वारा वारंटी हो कि उसके द्वारा दिए गए सभी कथन सत्य हैं और यदि वे सत्य नहीं हैं तो अनुबंध शून्य है।

इस प्रकार, बीमा के अनुबंध में 'आधार' खंड की शुरूआत बीमाकर्ता द्वारा अनुबंध से बचने के उद्देश्य से बीमित व्यक्ति के गलत विवरणों की भौतिकता को महत्वहीन बनाती है। इस प्रकार बीमाकर्ता को अत्यधिक लाभप्रद स्थिति में रखा जाता है। इस प्रकार है। बीमाधारक को कमजोर स्थिति में रखा गया है। बीमाकर्ता को लाभ अधिक होता है क्योंकि बीमा कंपनी के चिकित्सा अधिकारी के समक्ष अपने व्यक्तिगत बयान में जिन सवालों के जवाब दिए जाते हैं, वे बीमाकर्ता द्वारा तैयार किए गए प्रश्न हैं। मेरे विचार से आधार खंड से बीमाकर्ता को जो बड़ा लाभ प्राप्त होता है, वह बीमाकर्ता की ओर से स्पष्ट कर्तव्य है कि वह बीमित व्यक्ति को खंड के निहितार्थ को पूरी तरह से समझाए और आगे उन प्रत्येक प्रश्नों की व्याख्या करे जिनके उत्तर व्यक्तिगत विवरण में मांगे गए हैं। बीमाधारक की ओर से अत्यंत अच्छा विश्वास और उदारता केवल बीमाकर्ता से उचित स्पष्टीकरण और सम्मानजनक व्यवहार के साथ-साथ चल सकती है। यदि बीमाकर्ता बीमित व्यक्ति द्वारा गलत बयानी के आधार पर पॉलिसी को अस्वीकार करना चाहता है, तो उसे अदालत की संतुष्टि के लिए यह स्थापित करना होगा कि उसने बीमित व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा के निहितार्थ और उत्तर दिए जाने वाले प्रश्नों की सीमा या आयाम को ठीक से समझाकर बीमित व्यक्ति के लिए निष्पक्ष और सम्मानजनक व्यवहार किया।”

22. **श्रीमती दीपाश्री बनाम भारतीय जीवन बीमा निगम और अन्य⁴** (4) मामले में यह देखा गया था :-

“उन्होंने कहा, 'मृतक के लिए बुखार, फ्लू या पेचिश जैसी मामूली बीमारियों का खुलासा करना जरूरी नहीं था. इस निष्कर्ष पर पहुंचने के लिए कुछ भी नहीं है कि मृतक ने पॉलिसी से बाहर निकलने से पहले पांच साल के भीतर मेडिकल प्रैक्टिशनर से परामर्श

³ AIR 1975 Andhra Pradesh 68

⁴ AIR 1985 Bombay 192

किया था। मेडिकल प्रैक्टिशनर के साथ परामर्श की अवधारणा इस आधार पर चिकित्सा प्रमाण पत्र हासिल करने से पूरी तरह से अलग है कि व्यक्ति बुखार से पीड़ित है। प्रस्ताव के अवलोकन से कोई संदेह नहीं रह जाता है कि यह प्रत्येक नहीं है, और हर छोटी बीमारी जिसका खुलासा प्रस्तावक द्वारा किया जाना है और जिसका खुलासा करने की आवश्यकता है, एक गंभीर बीमारी है। मृतक किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित नहीं था और पॉलिसी से बाहर निकलते समय उसकी उम्र 41 साल थी। निगम के पैनल में शामिल मेडिकल प्रैक्टिशनर ने उसकी जांच की थी और इन परिस्थितियों में, निगम के लिए यह दावा करना व्यर्थ है कि मृतक किसी गंभीर बीमारी से पीड़ित था। मेरे निर्णय में, इस तथ्य का खुलासा न करना कि मृतक बुखार से पीड़ित था या किसी अवसर पर फ्लू से पीड़ित था, भौतिक मामला नहीं है और इसलिए, इसका खुलासा करने में विफलता को प्रासंगिक तथ्य को दबाने के रूप में नहीं माना जा सकता है। जैसा कि सुप्रीम कोर्ट द्वारा निर्धारित किया गया है, यह इस तथ्य को दबाना नहीं है जो बीमा अधिनियम की धारा 45 के दूसरे भाग को आकर्षित करने के लिए पर्याप्त है, लेकिन जो आवश्यक है वह यह है कि इस तरह के दमन को पॉलिसी धारक द्वारा धोखाधड़ी से किया जाना चाहिए। 'धोखाधड़ी' शब्द जानबूझकर और जानबूझकर झूठ या दमन को दर्शाता है और यह निष्कर्ष निकालने से पहले कुछ मजबूत सामग्री की आवश्यकता होती है कि पॉलिसी धारक ने निगम के साथ धोखाधड़ी की थी। मेरे फैसले में, वर्तमान मामले के तथ्यों और परिस्थितियों पर, इस निष्कर्ष पर पहुंचना असंभव है कि मृतक ने किसी भी भौतिक तथ्यों को दबा दिया था और इस तरह का दमन धोखाधड़ी से किया गया था। निगम इस बात का बचाव करके अपनी जिम्मेदारी से इनकार नहीं कर सकता है कि मृतक समय-समय पर बुखार, फ्लू और पेचिश से पीड़ित था। मेरे निर्णय में, बीमा अधिनियम की धारा 45 का दूसरा भाग मामले के तथ्यों से बिल्कुल भी आकर्षित नहीं है और निगम के लिए अनुबंध को अस्वीकार करना खुला नहीं है। याचिकाकर्ता बोनस और उस पर प्राप्त अन्य लाभों के साथ पॉलिसी के तहत दावे का हकदार है”।

23. **सत्या रानी बनाम भारतीय जीवन बीमा निगम⁵** (5) के मामले में यह देखा गया था -

"अन्य दो नीतियों के विज्ञापन मृतक की मृत्यु से दो साल पहले प्राप्त किए गए थे। एलआईसी की ओर से पेश हुए वकील डीवी सहगल ने जोरदार दलील दी कि एक्ज़िबिट डीडब्ल्यू-6/4 में दर्शाए गए रोगी के हिस्ट्रीशीट और पीजीआई रिकॉर्ड में निहित हिस्ट्री-

⁵ 1987 Company Cases 64 (P&H)

शीट से, यह स्पष्ट है कि मृतक पिछले 7 वर्षों से उच्च रक्तचाप का ज्ञात मामला था, और इसलिए, यह माना जाना चाहिए कि बीमित व्यक्ति के लिए प्रस्ताव में बीमारी का उल्लेख करना आवश्यक था। व्यक्तिगत बयान और चूंकि यह एक भौतिक तथ्य से संबंधित है, इसलिए इन दो नीतियों के बारे में निचली अपीलिय अदालत के फैसले को भी बरकरार रखा जाना चाहिए। मैं विद्वान सलाह के साथ नहीं हूं। केवल उच्च रक्तचाप एक ऐसी बीमारी है जो निरंतर हो सकती है, एक ऐसी बीमारी है जो निरंतर या आंतरायिक हो सकती है और इसे प्रस्ताव फॉर्म या व्यक्तिगत बयान में प्रकट करने के लिए सामग्री नहीं माना जा सकता है।

24. अब मैं निर्णय के पिछले भाग में तैयार किए गए प्रश्नों के उत्तर देने के लिए आगे बढ़ता हूं, जो निम्नानुसार हैं: -

(i) बीमाकर्ता पॉलिसी के दो वर्ष बाद पॉलिसी लेते समय केवल विवरण की अशुद्धि पर बीमा पॉलिसी से बच नहीं सकता है। बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 में इस सिद्धांत को शामिल किया गया है। दो साल के बाद, पॉलिसी से केवल तभी बचा जा सकता है जब धारा 45 का दूसरा भाग लागू हो। जैसा कि सर्वोच्च न्यायालय ने कहा है। "धारा 45 के दूसरे भाग के आवेदन के लिए तीन शर्तें हैं:

(a) बयान किसी भौतिक मामले पर होना चाहिए या उन तथ्यों को दबाना चाहिए जिन्हें प्रकट करना आवश्यक था;

(b) पॉलिसी-धारक द्वारा धोखाधड़ी से दमन किया जाना चाहिए; और

(c) पॉलिसीधारक को बयान देते समय पता होना चाहिए कि यह गलत था या इसने उन तथ्यों को दबा दिया था जिनका खुलासा करना आवश्यक था।

वर्तमान मामले में, बीमित व्यक्ति की मृत्यु दो साल के बाद हुई थी और इसलिए, पॉलिसी को केवल इस आधार पर अस्वीकार नहीं किया जा सकता था कि कोई गलत या गलत बयान था।

(ii) ईसीजी करने का उल्लेख करने में चूक एक गलत या गलत बयान था जो किसी भौतिक मामले पर नहीं था और न ही उक्त बयान को धोखाधड़ी से दिया गया माना जा सकता है। बीमाकर्ता के मामले में भी ऐसा नहीं है कि बीमित व्यक्ति को दिल की कोई समस्या हो या ईसीजी के किसी भी निष्कर्ष से ऐसी किसी समस्या का पता चला हो।

(iii) प्रश्न संख्या 12 पर निष्कर्षों को ध्यान में रखते हुए। (ii) बीमाकर्ता पॉलिसी के प्रत्यावर्तन के लिए मामले को साबित करने के भार का निर्वहन करने में विफल रहा।

जैसा कि ऊपर कहा गया है, डॉ. भाटिया, डीडब्ल्यू -7 और सुसाइड नोट डीडब्ल्यू 13/1 सहित बीमाकर्ता द्वारा नेतृत्व किए गए साक्ष्य किसी भी तरह से इस मामले को साबित नहीं करते हैं कि पॉलिसी लेने के समय, बीमित व्यक्ति मानसिक अवसाद या किसी अन्य बीमारी की बीमारी से पीड़ित था।

(iv) नीचे दिए गए न्यायालयों के निष्कर्ष स्पष्ट रूप से कानून के प्रति गलत दृष्टिकोण से दूषित हैं, यह दिखाने के लिए कोई कानूनी सबूत नहीं है कि मृतक ने जानबूझकर भौतिक तथ्यों पर कोई गलत बयान दिया था या किसी भी भौतिक तथ्यों को दबा दिया था। नीचे दी गई अदालतों ने एक भौतिक तथ्य के अलावा किसी अन्य तथ्य पर केवल एक गलत बयान लिया है क्योंकि यह एक भौतिक तथ्य पर जानबूझकर गलत बयान है। यह दृष्टिकोण अधिनियम की धारा 45 के वैधानिक प्रावधानों के साथ-साथ मिथुलाल नायक (सुप्रा) में सर्वोच्च न्यायालय के फैसले और फैसले के पहले भाग में संदर्भित अन्य सिद्धांतों और निर्णयों के विपरीत है।

(v) अपीलकर्ता मुकदमा दायर करने की तारीख अर्थात् 9 जुलाई, 1978 से 6% प्रति वर्ष की दर से भुगतान की तारीख तक भारतीय दंड संहिता की धारा 34 के अंतर्गत भावी ब्याज सहित डिक्री का हकदार है। दीपाश्री के मामले (सुप्रा) में भी बॉम्बे हाईकोर्ट ने ब्याज की अनुमति दी थी।

25. उपरोक्त कारणों से, इस अपील को अनुमति दी जाती है। नीचे दिए गए न्यायालयों की डिक्री को रद्द कर दिया जाता है और वादी के मुकदमे को सभी अर्जित लाभों के साथ पॉलिसी राशि के लिए डिक्री की जाती है, जिसमें मुकदमा दायर करने की तारीख से वसूली तक 6% प्रति वर्ष की दर से ब्याज के साथ लागत होती है।

R.N.R

अस्वीकरण : स्थानीय भाषा में अनुवादित निर्णय वादी के सीमित उपयोग के लिए है ताकि वह अपनी भाषा में इसे समझ सके और किसी अन्य उद्देश्य के लिए इसका उपयोग नहीं किया जा सकता है। सभी व्यावहारिक और आधिकारिक उद्देश्यों के लिए निर्णय का अंग्रेजी संस्करण प्रामाणिक होगा और निष्पादन और कार्यान्वयन के उद्देश्य के लिए उपयुक्त रहेगा।

हिमांशु जांगड़ा
प्रशिक्षु न्यायिक अधिकारी

