

संदर्भ: आईआरडीएआई/ई&सी/ओआरडी/विविध/14/01/2025

Ref: IRDAI/E&C/ORD/MISC/14/01/2025

रायल सुंदरम जनरल इश्योरेंस कंपनी लि. के मामले में आदेश
Order in the matter of Royal Sundaram General Insurance Co. Ltd.

1.1. निम्नलिखित के आधार पर / Based on the

1.1.1. 14 सितंबर, 2020 से 25 सितंबर, 2020 तक प्राधिकरण द्वारा संचालित दूरस्थ निरीक्षण के संबंध में मेसर्स रायल सुंदरम जनरल इश्योरेंस कंपनी लि. ("बीमाकर्ता" अथवा "कंपनी") को जारी किया गया कारण बताओ नोटिस ("एससीएन") संदर्भ सं. आईआरडीएआई/प्रवर्तन और अनुपालन/2022-23/658/एससीएन/एलआर/023 दिनांक 25 जून, 2024.

Show Cause Notice ("SCN") Ref. No. IRDA/Enforcement & Compliance/2022-23/658/SCN/LR/023 dated 25th June, 2024 issued to M/s Royal Sundram General Insurance Co. Ltd. ('Insurer' or 'Company') in connection with the remote inspection conducted by the Authority from 14th September, 2020 to 25th September, 2020.

1.1.2. उपर्युक्त एससीएन के प्रत्युत्तर में बीमाकर्ता के द्वारा ई-मेल दिनांक 16 जुलाई, 2024 के अनुसार किये गये प्रस्तुतीकरण।

Submissions made by the Insurer vide email dated 16th July, 2024 in response to the aforesaid SCN.

1.1.3. प्राधिकरण के दो पूर्णकालिक सदस्यों – श्री राजय कुमार सिन्हा (सदस्य – वित्त व निवेश) और श्री दीपक सूद (सदस्य – गैर-जीवन) के पैनल की अध्यक्षता में 22 अक्टूबर, 2024 को आयोजित वैयक्तिक सुनवाई के दौरान बीमाकर्ता के द्वारा किये गये प्रस्तुतीकरण।

Submissions were made by the Insurer during the personal hearing held on 22nd October, 2024, chaired by a panel of two whole-time members of the Authority – Shri Rajay Kumar Sinha (Member-F&I) and Shri Deepak Sood (Member-Non-Life).

1.1.4. सुनवाई के बाद बीमाकर्ता के द्वारा ई-मेल दिनांक 30 अक्टूबर, 2024 के अनुसार किये गये अतिरिक्त प्रस्तुतीकरण।

Further submissions made by the insurer post-hearing vide email dated 30th October, 2024.

2.1. पृष्ठभूमि / Background

2.1.1. प्राधिकरण ने मेसर्स रायल सुंदरम जनरल इश्योरेंस कंपनी लि. ("बीमाकर्ता" अथवा "कंपनी") का दूरस्थ निरीक्षण 14 सितंबर, 2020 से 25 सितंबर, 2020 तक संचालित किया। उक्त निरीक्षण

रिपोर्ट से, अन्य बातों के साथ-साथ, बीमा अधिनियम, 1938 और उसके अधीन बनाये गये विनियमों, दिशानिर्देशों और परिपत्रों के उपबंधों के कुछ उल्लंघन विदित हुए।

The Authority had conducted a remote inspection on M/s. Royal Sundaram General Insurance Co. Ltd. ('Insurer' or 'Company') from 14th September, 2020 to 25th September, 2020. The inspection report, inter alia, revealed certain violations of provisions of the Insurance Act, 1938 and Regulations, Guidelines and Circulars issued thereunder.

- 2.1.2.** निरीक्षण रिपोर्ट की एक प्रति बीमाकर्ता को 6 जनवरी, 2021 को उनके उत्तर की अपेक्षा करते हुए अग्रेषित की गई तथा बीमाकर्ता ने अपना उत्तर ई-मेल दिनांक 5 फरवरी, 2021 के द्वारा प्रस्तुत किया।

A copy of the inspection report was forwarded to the Insurer on 6th January, 2021 seeking their response and the insurer submitted their response vide email dated 5th February, 2021.

- 2.1.3.** बीमाकर्ता के प्रस्तुतीकरणों की जाँच करने के बाद, एक एससीएन 25 जून, 2024 को जारी की गई। बीमाकर्ता ने ईमेल दिनांक 16 जुलाई, 2024 के माध्यम से एससीएन का उत्तर दिया। बीमाकर्ता के द्वारा किये गये अनुरोध के अनुसार, बीमाकर्ता को वैयक्तिक सुनवाई का एक अवसर 22 अक्टूबर, 2024 को प्रदान किया गया।

On examining the submissions of the Insurer, an SCN was issued on 25th June, 2024. The Insurer replied to the SCN vide email dated 16th July, 2024. As requested for by the Insurer, a personal hearing was granted to the Insurer on 22nd October, 2024.

- 2.1.4.** बीमाकर्ता की ओर से, श्री अमित गानोरकर, (प्रबंध निदेशक), श्री वैभव काबरा (मुख्य वित्तीय अधिकारी) और श्री एसआर बालचन्दर (कंपनी सचिव और मुख्य अनुपालन अधिकारी) तथा प्राधिकरण की ओर से श्री राजय कुमार सिन्हा, सदस्य (वित्त व निवेश) और श्री दीपक सूद, सदस्य (गैर-जीवन), श्री आर. के. शर्मा (मुख्य महाप्रबंधक), श्री टी. वी. राव (महाप्रबंधक), श्री संजय कुमार वर्मा (महाप्रबंधक), श्री मनोज असीवाल (उप महाप्रबंधक) और श्री यश अरविंद पाटील (सहायक प्रबंधक) उक्त सुनवाई में उपस्थित थे।

On behalf of the Insurer, Shri Amit Ganorkar (Managing Director), Shri Vaibhav Kabra (Chief Financial Officer) and Shri SR Balachandher (Company Secretary & Chief Compliance Officer) and on behalf of the Authority, Shri Rajay Kumar Sinha, Member (F&I) and Shri Deepak Sood, Member (Non-Life), Shri RK Sharma (Chief General Manager), Shri TV Rao (General Manager), Shri Sanjay Kumar Verma (General Manager), Shri Manoj Asawal (Deputy General Manager) and Shri Yash Arvind Patil (Assistant Manager) attended the hearing.

- 2.1.5.** बीमाकर्ता के द्वारा अपने ई-मेल दिनांक 5 फरवरी, 2021 में किये गये प्रस्तुतीकरणों तथा एससीएन के बाद ई-मेल दिनांक 16 जुलाई, 2024 द्वारा किये गये प्रस्तुतीकरणों, 22 अक्टूबर, 2024 को वैयक्तिक सुनवाई के दौरान किये गये प्रस्तुतीकरणों एवं सुनवाई के बाद आगे ई-मेल दिनांक 30

अक्टूबर, 2024 के द्वारा किये गये प्रस्तुतीकरणों पर प्राधिकरण द्वारा सावधानीपूर्वक विचार किया गया है और उनका सारांश नीचे दिया जाता है:

The submissions made by the Insurer in its email dated 5th February 2021 and the submissions made after SCN vide email dated 16th July, 2024, submissions during the personal hearing on 22nd October, 2024 and further submissions made post hearing vide email dated 30th October 2024 have been carefully considered by the Authority and are summarized below:

3.1. आरोप / Charge-1

निम्नलिखित का उल्लंघन / Violation of

- 3.1.1. आईआरडीआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 का विनियम 27(v)
Regulation-27 (v) of IRDA (Health Insurance) Regulations, 2016

3.2. निरीक्षण टिप्पणी_सी-8 / Inspection Observation_C-8

- 3.2.1 वित्तीय वर्ष (एफवाई) 2019-20 के लिए आईबीएनआर परिकलन पत्रकों की जाँच करते समय यह पाया गया कि बीमाकर्ता ने स्वास्थ्य बीमा दावों को पिछले वर्ष / चालू वित्तीय वर्ष में बंद किये थे तथा उन्हें चालू / अगले वित्तीय वर्ष में पुनः खोला गया था और दावों का निपटान किया जा रहा था।

While examining the IBNR calculation sheets for Financial Year (FY) 2019-20, it was observed that the insurer had closed the health insurance claims in previous year / current financial year and re-opened the same in current / next financial year and settling the claims.

- 3.2.2 यह पाया गया कि बीमाकर्ता ने वैयक्तिक दुर्घटना, स्वास्थ्य, वैयक्तिक और सामूहिक योजनाओं में रु. 123.43 करोड़ की राशि के लगभग 53354 दावों को पुनः खोला। इसी तरह, बीमाकर्ता ने 34.99 करोड़ रुपये की राशि के लगभग 6466 दावे बंद कर दिए।

It was observed that the insurer re-opened around 53354 claims amounting to Rs.123.43 crore in Personal Accident, Health, Individual and Group Schemes. Similarly, the insurer closed around 6466 claims amounting to Rs.34.99 crore.

3.3. बीमाकर्ता के प्रस्तुतीकरणों का सारांश / Summary of Insurer's Submissions:

- 3.3.1. बीमाकर्ता ने प्रस्तुतीकरण किया कि दावों के समापन करने के बाद दावेदार के द्वारा नये दस्तावेजों के प्रस्तुतीकरण के आधार पर उक्त वित्तीय वर्षों में 521 दावों को पुनः खोला गया था तथा उसके आधार पर दावों के अस्वीकरण पर पुनः विचार किया गया था।

The insurer submitted that 521 claims were re-opened in the FYs based on the submission of fresh documents by claimant after closure of claims and on that basis the rejection of claims was reconsidered.

3.3.2. बीमाकर्ता ने आगे उक्त टिप्पणी में बल दिये गये 5 दावों के समापन के बारे में स्पष्टीकरण प्रस्तुत किया।

The insurer further submitted the explanation about the closure of 5 claims highlighted in the observation.

3.3.3. उक्त दावों को अनेक स्मरण-पत्र भेजने के बाद भी, अपेक्षित दस्तावेज दावेदार के द्वारा प्रस्तुत न किये जाने के कारण प्रारंभ में बंद किया गया था। तथापि, उक्त दस्तावेज प्राप्त होने के बाद उन्होंने फाइलें पुनः खोली थीं और भुगतानों की प्रक्रिया अमल की गई थी। इस दृष्टिकोण का विवरण दावों के समापन/पुनः प्रारंभ के लिए मानक परिचालन प्रक्रिया में दिया गया है।

The claims were initially closed due to non-submission of required documents by the claimant, despite multiple reminders. However, they reopen the files and process payments once the documents are received. This approach is detailed in the Standard Operating Procedure for closure/reopening of claims.

3.3.4. बीमाकर्ता ने प्रस्तुतीकरण किया कि यदि वे दावों को अनिश्चित काल के लिए खुले रखते, तो इससे दावा निपटान अनुपात में भी विचलन आ जाता। इसके अलावा, पालिसी संविदा की शर्तों के अनुसार, यह स्पष्ट रूप से उल्लेख किया गया है कि ग्राहक दावा संबंधी सभी दस्तावेज 30 दिन के अंदर प्रस्तुत करेगा (दोनों खुदरा और सामूहिक पालिसियों के लिए)। यद्यपि यह निराकरण के लिए मानदंड है, तथापि उन्होंने दावों को अस्थायी तौर पर रोक रखने और संबंधित दस्तावेज ग्राहक द्वारा प्रस्तुत किये जाने पर दावे का निपटान करने हेतु इसके लिए एक ग्राहक हितैषी दृष्टिकोण का चयन किया। तथापि, इस दृष्टिकोण का सहारा केवल ग्राहक को दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए पर्याप्त स्मरण-पत्र भेजने के बाद ही लिया गया है।

Insurer submitted that if they keep the claims indefinitely open, it will also skew the claims disposal ratio. Moreover, as per the terms and conditions of the policy contract, it is clearly mentioned that the customer shall submit all the claim related documents within 30 days (for both retail and group policies). Though this is the criterion for repudiation, they have chosen as a customer friendly approach to temporarily put the claims on hold and settle the claim as and when the customer produces the relevant documents. However, this approach is resorted to only after sending sufficient reminders to the customer to provide the documents.

3.3.5. बीमाकर्ता ने यह भी प्रस्तुत किया कि कंपनी के द्वारा अपनाई गई रोक रखने (रिज़र्विंग) की कार्यपद्धतियाँ सदैव विवेक के आधार पर हैं तथा इनके द्वारा न केवल आईबीएनआर दावों, बल्कि आईबीएनईआर दावों पर भी विचार किया गया है। इस प्रकार, दावों का समापन / निराकरण करने और बाद में उन्हें पुनः खोलने के कारण अथवा भुगतानों के लिए बकाया दावों के अपर्याप्त होने के कारण बकाया दावों में किसी भी अपर्याप्तता के बारे में दावों के अनुमान में विचार किया गया है।

Insurer also submitted that the reserving methodologies adopted by the company are always on a prudent basis and takes into consideration not only IBNR claims but also the IBNER. Thus, any insufficiencies in outstanding claims either due to closure/repudiation of claims and subsequent reopening or due to outstanding claims being insufficient for payments are considered in the estimation of claims.

- 3.3.6.** वैयक्तिक सुनवाई के दौरान, बीमाकर्ता ने मानक परिचालन प्रक्रिया (एसओपी) के अनुरूप दावों के समापन के संबंध में, जिसका अनुमोदन मुख्य परिचालन अधिकारी के द्वारा किया गया था, एससीएन के उत्तर में किये गये प्रस्तुतीकरणों को दोहराया।

During personal hearing, the Insurer reiterated the submissions made in response to the SCN regarding closure of claims in line with Standard Operating Procedure (SOP), which was approved by Chief Operating officer.

- 3.3.7.** बीमाकर्ता ने कहा कि वित्तीय वर्ष 2019-20 में 521 मामले पुनः खोले गये थे, जिनमें से 445 मामले (85%) पहले ही पूर्व में निपटाये गये थे तथा उन्हें केवल पहले और बाद में किये गये व्ययों और जाँचकर्ता व्ययों से संबंधित परवर्ती अथवा अतिरिक्त भुगतानों के लिए ही पुनः खोला गया था।

The Insurer stated that 521 cases were reopened in FY 2019-20, out of which 445 cases (85%) were already settled earlier and reopened only for subsequent or additional payments related to pre and post expenses and investigator expenses.

- 3.3.8.** तथापि, बीमाकर्ता ने स्वीकार किया कि केवल 76 दावे ही बार बार स्मरण-पत्र भेजने पर भी न मिल रहे दस्तावेजों के कारण प्रारंभ में बंद किये गये थे तथा जब भी ग्राहकों ने अपेक्षित दस्तावेज प्रस्तुत किये थे, तब बाद में उन्हें पुनः खोला गया था, पहले भुगतान के रूप में उनका भुगतान किया गया था और उनका निपटान किया गया था। बीमाकर्ता ने प्रस्तुतीकरण किया कि कोई तत्काल (आउटराइट) या समयपूर्व समापन नहीं किये गये थे।

However, the Insurer admitted that only 76 claims were initially closed due to missing documents, despite repeated reminders, and were subsequently reopened, paid, and settled as a first payment transaction once the customers submitted the required documents. The Insurer submitted that there were no outright or premature closures.

- 3.3.9.** साथ ही, बीमाकर्ता ने दोहराया कि उन्होंने इस पद्धति का चयन ग्राहक द्वारा आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने तक दावों को अस्थायी तौर पर रोक रखने के लिए एक उचित, ग्राहक-हितैषी दृष्टिकोण के रूप में किया है। यह दृष्टिकोण ग्राहक-अनुकूल है, क्योंकि यह एकदम निराकरण की स्थिति का सामना किये बिना दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए ग्राहकों को एक अतिरिक्त अवसर देता है।

The Insurer also reiterated that they have chosen this practice in good faith as a fair, customer-friendly approach to temporarily put claims on hold until the customer provides the required documents. This approach is pro-customer, as it gives customers an additional opportunity to submit the documents without facing outright repudiation.

- 3.3.10.** बीमाकर्ता ने इस बात पर जोर दिया है कि दोनों फार्म एनएल-25 (दावा डेटा), पूर्व के सार्वजनिक प्रकटीकरण मानदंडों के अनुसार, तथा फार्म एनएल-37 (दावा डेटा), जो वर्तमान सार्वजनिक प्रकटीकरण मानदंडों को प्रतिबिंबित करता है (सितंबर, 2021 से प्रभावी), बंद किये गये दावों को भी मान्यता देते हैं।

The insurer emphasized that both Form NL-25 (Claim Data), in accordance with earlier Public Disclosure norms, and Form NL-37 (Claim Data), which reflects the current Public Disclosure norms (effective September, 2021), recognize closed claims as well.

- 3.3.11.** बीमाकर्ता ने इस बात पर भी बल दिया है कि 31 मार्च, 2020 की स्थिति के अनुसार आरक्षित निधियों और शोधन-क्षमता की स्थिति चार वर्षों के बाद भी पर्याप्त से अधिक रही थी। अतः उपर्युक्त प्रक्रिया को अपनाने के लिए अपर्याप्त रिज़र्विंग, शोधन-क्षमता, अथवा लाभप्रदता कारण नहीं थे।

The Insurer also emphasized that the reserves and solvency position as of 31st March, 2020 had remained more than sufficient, even after four years. Therefore, inadequate reserving, solvency, or profitability were not reasons for adopting the above process.

- 3.3.12.** बीमाकर्ता ने यह भी कहा कि निराकरण एक अधिक कठोर कार्रवाई के रूप में माना जाता है जिसमें बीमाकर्ता दावे को एकदम अस्वीकार करता है, प्रायः धोखाधड़ी-पूर्ण गतिविधियों अथवा पालिसी की शर्तों के उल्लेखनीय उल्लंघनों के कारण, जहाँ दावे को पुनः खोलने की कोई संभावना नहीं रहती। इसकी तुलना में, बीमाकर्ता उस स्थिति में दावों को पुनः खोलने के लिए उत्सुक है जब पालिसीधारक आवश्यक सूचना प्रस्तुत करता है।

The Insurer stated that repudiation is considered a more severe action in which the Insurer denies the claim outright, often due to fraudulent activities or significant violations of policy terms, with no possibility for reopening. In contrast, the Insurer is willing to reopen claims when the policyholder provides the necessary information.

- 3.3.13.** बीमाकर्ता ने स्वीकार किया कि उनकी प्रक्रियाएँ भाषा के तौर पर स्वास्थ्य विनियम, 2016 के साथ पूर्णतः सुयोजित नहीं हैं। उन्होंने आश्वासित किया कि वे अपनी प्रक्रिया को सरल और कारगर बनाएँगे तथा दावेदार को भेजे जानेवाले अंतिम पत्र में उचित परामर्श के बाद उपयुक्त परिवर्तन करेंगे।

The Insurer acknowledged that their processes are not fully aligned with the Health Regulations, 2016 in terms of language. They assured that they would streamline their process and make appropriate changes to the final letter communicated to the claimant, after due consultation.

3.4. आरोप-1 पर निर्णय / Decisions on Charge-1:

- 3.4.1.** अपर्याप्त प्रलेखीकरण के कारण दावों के समापन के संबंध में बीमाकर्ता के प्रस्तुतीकरण प्रारंभिक दावा समीक्षा प्रक्रिया में समुचित सावधानी अथवा संपूर्णता के अभाव को निर्दिष्ट करते हैं। दावों को बंद करने का यह निर्णय पालिसीधारकों के सरोकारों की गंभीरता को कम कर देता है। पालिसीधारक यह महसूस कर सकते हैं कि उनके दावों पर प्रारंभिक तौर पर उपयुक्त रूप में कार्रवाई नहीं की जा रही है, जो बीमाकर्ता के द्वारा दावों पर कार्रवाई करने की प्रक्रिया के प्रति उनके असंतोष और अविश्वास के रूप में परिणत होता है।

The submissions of the insurer regarding the closure of claims due to insufficient documentation indicates a lack of due diligence or thoroughness in the initial claims

review process. This decision to close claims diminishes the gravity of the policyholders' concerns. The policyholders could feel that their claims were not handled appropriately initially, resulting in dissatisfaction and distrust in the insurer's claims handling process.

- 3.4.2.** यद्यपि बीमाकर्ता निश्चयपूर्वक कहता है कि वह एक ग्राहक-हितैषी दृष्टिकोण का अनुसरण करता है, तथापि यह विलंब के लिए मात्र एक बहाना प्रतीत होता है। वास्तविक तौर पर ग्राहक-केन्द्रस्थ दृष्टिकोण समूची दावा प्रक्रिया के दौरान समय पर दावों के समाधान पर केन्द्रित होगा और पारदर्शी संदेश-प्रेषण को अनुरक्षित करेगा। पालिसीधारकों के द्वारा प्रलेखों के प्रस्तुतीकरण में विलंब पर बीमाकर्ता का बल, अपर्याप्त संसूचन अथवा दावेदारों या पालिसीधारकों के लिए अपर्याप्त समर्थक व्यवस्थाओं से युक्त वचनबद्धता को सूचित करता है, जो लंबी दावा प्रक्रिया के लिए मार्ग प्रशस्त कर सकता है।

Although the insurer asserts that it follows a customer-friendly approach, this seems to be a mere excuse for the delays. A genuinely customer-centric approach would focus on the timely resolution of claims and maintain transparent communication during the entire claims process. The insurer's emphasis on delays in submitting of documentation by policyholders suggests either inadequate communication or engagement including inadequate support mechanisms for claimants or policyholders, which could lead to the prolonged claims process.

- 3.4.3.** बीमाकर्ता की स्वीकृति कि प्रक्रियाएँ स्वास्थ्य विनियम, 2016 के अनुरूप नहीं हैं, अननुपालन के एक गंभीर स्तर की ओर संकेत करती है। यह अननुकूलन उनके परिचालनों में विश्वास को क्षीण कर देता है। उपर्युक्त को देखते हुए, बीमाकर्ता को उक्त चूक के लिए चेतावनी दी जाती है तथा यह सुनिश्चित करने के लिए सूचित किया जाता है कि दावों का निपटान या तो दावों के भुगतान के द्वारा या संबंधित पालिसी की शर्तों के अनुसार दावों के निराकरण के द्वारा किया जाए तथा बीमाकर्ता की बहियों में कोई भी दावे बंद नहीं किये जाएँ। बीमाकर्ता को ध्यान रखना चाहिए कि भविष्य में इस प्रकार की चूक की किसी भी पुनरावृत्ति के प्रति कठोर दृष्टिकोण अपनाया जाएगा तथा प्राधिकरण द्वारा उपयुक्त समझी जानेवाली सख्त विनियामक कार्रवाई की जाएगी।

The insurer's acknowledgment that processes are not in line with Health Regulations, 2016, points to a serious level of non-compliance. This misalignment erodes trust in their operations. In view of the above, the insurer is warned for the lapse and advised to ensure that the claims are settled either by way of payment of claims or repudiation of claims in accordance with the terms and conditions of the respective Policy and no claims are closed in the books of the insurer. The insurer shall note that any recurrence or similar lapse, in future, shall be viewed sternly and stringent regulatory action, as deemed appropriate, shall be taken by the Authority.

- 3.4.4.** बीमाकर्ता को यह सुनिश्चित करने के लिए भी सूचित किया जाता है कि दावों की पूरी प्रक्रिया के दौरान प्रलेखीकरण की अपेक्षाओं से संबंधित सुस्पष्ट मार्गदर्शन सहित प्रभावी संचार का मानकीकरण किया जाए।

The insurer is also advised to ensure that effective communication, including precise guidance on documentation requirements, is standardised throughout the claims process.

- 3.4.5.** इसके अलावा, बीमाकर्ता को सूचित किया जाता है कि मौजूदा मास्टर परिपत्रों / विनियमों के उपबंधों का अनुपालन करने के लिए आंतरिक प्रक्रियाओं की संपूर्ण समीक्षा और पुनर्निर्धारण को प्राथमिकता दी जाए तथा इस आशय की कार्रवाई करने की रिपोर्ट प्राधिकरण के पास फाइल की जाएगी।

Further, the insurer is advised to prioritize a thorough review and realignment of internal processes in order to comply with the provisions of the extant master circulars / regulations and the action report, to this effect, shall be filed with the Authority.

4.1. आरोप-2 / Charge-2

निम्नलिखित का उल्लंघन / Violation of:

- 4.1.1.** आईआरडीएआई (भारतीय बीमाकर्ताओं के द्वारा कार्यकलापों का बाह्यस्रोतीकरण) विनियम, 2017. Regulation-21 of IRDAI (Outsourcing of Activities by Indian Insurers) Regulations, 2017.
- 4.1.2.** परिपत्र सं. आईआरडीएआई/आईएनएसपी/सीआईआर/157/09/2018 दिनांक 19 सितंबर, 2018 का खंड 4(क)।
Clause 4(a) of Circular No. IRDA/INSP/CIR/157/09/2018 dated 19th September, 2018.

4.2. निरीक्षण टिप्पणी_एफ-33 / Inspection Observation_F-33

- 4.2.1.** यह पाया गया कि 2018-19 और 2019-20 के दौरान विक्रेताओं को रु. 1 करोड़ से अधिक किये गये भुगतान प्राधिकरण के पास फाइल की गई बाह्यस्रोतीकरण विवरणियों में सूचित नहीं किये गये थे।

It was observed that the payments made during 2018-19 and 2019-20 to vendors in excess of Rs.1 crore were not reported in the outsourcing returns filed with Authority.

- 4.2.2.** बीमाकर्ता ने निरीक्षण अवधि के दौरान निरीक्षण टीम द्वारा अपेक्षित स्पष्टीकरण / सूचना प्रस्तुत नहीं की।

Insurer failed to submit the explanation / information sought by the inspection team during the inspection period.

4.3. बीमाकर्ता के प्रस्तुतीकरणों का सारांश / Summary of Insurer's Submissions:

- 4.3.1.** बीमाकर्ता ने प्रस्तुतीकरण किया कि उक्त टिप्पणी में उल्लिखित विक्रेताओं के द्वारा किये गये कार्यकलाप विशेषीकृत कार्यकलाप हैं, जिनके बारे में आंतरिक रूप से किये जाने की प्रत्याशा नहीं

अंतिम आदेश रॉयल सुंदरम जनरल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (14-25 सितंबर, 2020)

Final Order Royal Sundaram General Insurance Co. Ltd. (14-25 September, 2020)

की जाती तथा वे उक्त विनियमों में परिभाषित रूप में बाह्यस्रोतीकरण कार्यकलापों के दायरे के अंदर नहीं आते तथा इस कारण से वे बाह्यस्रोतीकरण विवरणी में शामिल नहीं किये गये थे। विक्रेताओं की ये सारी व्यवस्थाएँ उनकी सेवाओं का उपयोग करने के बाद समीक्षा के लिए बाह्यस्रोतीकरण समिति को प्रस्तुत की गई थीं।

The insurer submitted that the activities carried out by vendors referred in the observation are specialized activities, not expected to be carried out internally and do not fall within the purview of the outsourcing activities as defined in the regulations and hence the same were not included in the outsourcing return. All these vendor arrangements were presented to outsourcing committee for review post which their services were utilized.

- 4.3.2.** वैयक्तिक सुनवाई के दौरान, बीमाकर्ता ने कहा कि उन्होंने उपर्युक्त विक्रेताओं को केवल उक्त कार्यकलाप संचालित करने के लिए संबद्ध किया था जिनके लिए उनकी सेवाएँ सूचीबद्ध की गई थीं तथा भुगतान तदनुसार किये गये थे। बीमाकर्ता ने यह भी कहा कि उक्त भुगतान वास्तविक थे तथा ये विक्रेता न तो उनके संबंधित पक्षकार थे, और न ही उनके मध्यवर्तियों के साथ संबंधित पक्षकार थे।

During personal hearing, the Insurer stated that they had engaged the said vendors only for conducting the activities for which their services were enlisted and payments were made accordingly. The Insurer also stated that the pay-outs were genuine and these vendors are neither their related parties nor the related parties to their Intermediaries.

- 4.3.3.** बीमाकर्ता ने उक्त विक्रेताओं से संबंधित जीएसटी विवरण, तथा जहाँ लागू था वहाँ संस्था के बहिर्नियमों (एमओए) सहित, प्रत्येक विक्रेता का प्रोफाइल भी स्पष्ट किया।

The insurer also explained the profile of each vendor, including GST details, and Memorandum of Association (MoA) related to the vendors, where applicable.

- 4.3.4.** सुनवाई के बाद, बीमाकर्ता ने विक्रेता प्रबंध समिति के गठन, तथा विक्रेता आनबोर्डिंग रूपरेखा से संबंधित दस्तावेज, विक्रेता आनबोर्डिंग जाँचसूची, करार निष्पादन फार्म, एमओए की प्रति (जहाँ भी लागू था), विक्रेताओं से संबंधित जीएसटी और पैन सहित प्रस्तुत किये।

Post hearing, the insurer submitted documents related to constitution of Vendor Management Committee and Vendor on boarding Framework along with vendor on boarding checklist, agreement execution form, copy of MOA (wherever applicable), GST and PAN related to the vendors.

4.4. आरोप-2 संबंधी निर्णय / Decisions on Charges-2

- 4.4.1.** हार्डवेयर और साफ्टवेयर की मरम्मत और रखरखाव के प्रभार तथा कूरियर प्रभार जैसे कार्यकलापों के संबंध में बीमाकर्ता के प्रस्तुतीकरण अभिलेखबद्ध किये गये।

The submissions of the insurer, with respect to the activities such as repairs and maintenance charges of Hardware & Software and Courier Charges, are taken on record.

4.4.2. तथापि, प्राधिकरण ने सम्मेलनों के संचालन, कार्यशालाओं में प्रशिक्षण, तथा विज्ञापन व्यय, जैसे कार्यकलापों के बारे में अपनी चिंताएँ व्यक्त कीं, जो सामान्यतः बीमाकर्ता के द्वारा किये जाते हैं तथा आईआरडीएआई (भारतीय बीमाकर्ताओं के द्वारा कार्यकलापों का बाह्यस्रोतीकरण) विनियम, 2017 के विनियम 4(ड) के अनुसार 'बाह्यस्रोतीकरण' की परिभाषा के अंतर्गत आते हैं। बीमाकर्ता के द्वारा फाइल की गई बाह्यस्रोतीकरण संबंधी विवरणियों के मात्र अवलोकन से यह विदित होता है कि बीमाकर्ता के पास 'बाह्यस्रोतीकरण' के रूप में मानी जानेवाली सेवाओं की स्पष्ट समझ नहीं है। उदाहरण के लिए, वित्तीय वर्ष 2018-19 के लिए बाह्यस्रोतीकरण विवरणियों के अनुसार, टेली कालिंग सेवाएँ और साफ्टवेयर रखरखाव सेवाएँ वास्तव में 'बाह्यस्रोतीकरण' के अंतर्गत दर्शाई गई हैं, परंतु दूरविपणन (टेलीमार्केटिंग) और साफ्टवेयर समाधान सेवाएँ इनसे अलग रखी गई हैं, यद्यपि इन सभी सेवाओं में कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं है। यह स्पष्ट नहीं है कि बीमाकर्ता ने क्यों कुछ सेवाओं को 'बाह्यस्रोतीकरण' के अंतर्गत सूचित करने का चयन किया है तथा अन्य सेवाओं को अपवर्जित किया है। इसी प्रकार, "प्रचार सामग्री और विज्ञापन सामग्री के वितरण" और "विज्ञापन व्यय" के बीच कोई विभेदक कारक नहीं है। तथापि, बीमाकर्ता ने इनमें से पहली मद की सूचना देने का चयन किया और दूसरी मद को छोड़ दिया। यदि बीमाकर्ता के अर्थनिर्णय की अनुमति दी जाती है, तो प्रत्येक कार्य के संबंध में स्वतंत्र रूप से यह अर्थ निकाला जा सकता है कि वह 'बाह्यस्रोतीकरण' के आशय के अंतर्गत नहीं आता। यहाँ पर यह ध्यान रखने की अत्यंत आवश्यकता है कि बीमाकर्ताओं को सभी कार्य आंतरिक रूप से करने और अन्य पक्षकारों की सहायता न लेने के लिए विवश करना विनियामक उद्देश्य नहीं है। उक्त विनियमों का उद्देश्य केवल यही है कि ऐसे अन्य पक्षकारों पर निर्भरता से उत्पन्न होनेवाले किसी भी जोखिम से बीमाकर्ताओं को बचाने के लिए रक्षोपाय किये जाएँ। स्पष्ट रूप से, इस कारण से प्रकटीकरण और रिपोर्टिंग की अपेक्षाओं को अनुल्लंघनीय और अनपहार्य माना जाता है तथा इनसे किसी भी प्रकार के विचलन के प्रयास को गंभीरतापूर्वक देखा जाता है।

However, the Authority raised its concerns about activities, such as conducting conferences, training workshops, and advertising expenses, which are normally undertaken by the insurer and do fall under the definition of 'outsourcing' as per Regulation 4(e) of IRDAI (Outsourcing of Activities by Indian Insurers) Regulations, 2017. A bare perusal of outsourcing returns filed by the Insurer indicates that the insurer does not have a clear understanding of the services to be treated as 'outsourcing'. For illustration, as per the Outsourcing returns of FY 2018-19, tele calling services and software maintenance services are indeed shown under 'outsourcing' but telemarketing and software solutions services are precluded from the same though all of these activities do not have any material difference. It is not clear as to why the Insurer chose to report some services under 'outsourcing' and excluded others. Similarly, there is no distinguishing factor between "distribution of publicity material and advertisement material" and "Advertising Expenses"; however, the insurer chose to report the former and avoided reporting the latter. If the insurer's interpretation is allowed, every function can be derived independently as not falling within the meaning of 'outsourcing'. It is essential to note here that it is not the regulatory intent to force the insurers to

carry out all the activities in house and not take assistance of third parties. The regulations only aim to safeguard the insurers from any risks emerging out of dependence on such third parties. Precisely, for this reason the disclosure and reporting requirements are treated as sacrosanct and inalienable and any attempt to deviate from the same is viewed seriously.

- 4.4.3.** उपर्युक्त को देखते हुए, यह निष्कर्ष निकाला जाता है कि बीमाकर्ता ने बाह्यस्रोतीकरण के रूप में अपने कार्यकलापों का वर्गीकरण उचित रूप से नहीं किया है और उनका प्रकटीकरण नहीं किया है, जो उस समय प्रचलित विनियमों के विरुद्ध है। यह बाह्यस्रोतीकरण के संबंध में नियमों का पालन करने के लिए दायित्व और प्रतिबद्धता के अभाव को दर्शाता है।

In view of the above, it is concluded that the insurer did not properly classify and disclose its activities as outsourcing, which goes against regulations then in force. This shows a lack of responsibility and commitment to following the rules regarding outsourcing.

- 4.4.4.** बीमाकर्ता के इस प्रस्तुतीकरण के अनुसार विचार करने पर भी कि विक्रेताओं के साथ की गई ये व्यवस्थाएँ बाह्यस्रोतीकरण समिति को प्रस्तुत की गई थीं, उक्त समिति ने अत्यावश्यक बाह्यस्रोतीकरण कार्यकलापों की पहचान नहीं की है और उनका प्रबंध नहीं किया है तथा इस विफलता ने ऐसी व्यवस्थाओं के खराब अभिशासन के लिए मार्ग प्रशस्त किया है। इसके परिणामस्वरूप, उक्त बाह्यस्रोतीकरण समिति बाह्यस्रोतीकरण नीति को प्रभावी ढंग से लागू नहीं कर सकी। इस नीति के कड़ाई से प्रवर्तन के अभाव ने बीमाकर्ता को अपर्याप्त आंतरिक नियंत्रणों के प्रति असुरक्षित कर दिया है।

Going by the submission of the Insurer that these vendor arrangements were presented to outsourcing committee, the Committee failed to identify and manage essential outsourcing activities and the failure led to poor governance of such arrangements. As a result, the Outsourcing Committee failed to implement the outsourcing policy effectively. The lack of strict enforcement of this policy exposed the insurer to inadequate internal controls.

- 4.4.5.** परिणामतः, यद्यपि बीमाकर्ता ने वित्तीय वर्ष 2019-20 के लिए निम्नलिखित विक्रेताओं को भारी भुगतान किये थे, तथापि बाह्यस्रोतीकरण न होने के रूप में इन कार्यकलापों के गलत वर्गीकरण के कारण आईआरडीआई (भारतीय बीमाकर्ताओं के द्वारा कार्यकलापों का बाह्यस्रोतीकरण) विनियम, 2017 के विनियम 21 के अधीन उन्होंने इनकी सूचना प्राधिकरण को नहीं दी।

Consequently, although the insurer made substantial payments to the following vendors for FY 2019-20, they did not report these to the Authority under Regulation 21 of IRDAI (Outsourcing of Activities by Indian Insurers) Regulations, 2017 due to the erroneous classification of such activities as not outsourcing.

क्र.सं. S.No.	विक्रेता का नाम Name of Vendor	राशि Amount
1	स्टोरी लैब्स / Story Labs	रु.22.01 करोड़ / Rs.22.01 crore
2	धनलक्ष्मी मार्केटिंग / Dhanalaxmi Marketing	रु.14.21 करोड़ / Rs.14.21 crore
3	एअरीज़ सोल्यूशन / Aries Solution	रु. 8.63 करोड़ / Rs.8.63 crore
4	सेड्रेटो मार्केटिंग प्रा. लि. Cedreto Marketing Pvt. Ltd.	रु.2.55 करोड़ / Rs.2.55 crore
5	लीज़ प्लान इंडिया प्रा. लि. Lease Plan India Pvt. Ltd.	रु.1.40 करोड़ / Rs.1.40 crore
6	वी कैन हालीडेज़ टूरस एण्ड ट्रेवल्स We can Holidays Tours and Travels	रु.1.16 करोड़ / Rs.1.16 crore
7	नेक्सस इन्नोवेटिव सोल्यूशन्स प्रा. लि. Nexus innovative solutions Pvt. Ltd.	रु.1.16 करोड़ / Rs.1.16 crore

4.4.6. बीमाकर्ता के द्वारा बाह्यस्रोतीकृत वित्तीय प्रतिबद्धताओं के लिए किये गये उपर्युक्त भुगतानों की सूचना नहीं देने से प्रकटीकरण की अपेक्षाओं का उल्लंघन किया गया है तथा यह विनियामक संवीक्षा से बचने के प्रयास को निर्दिष्ट करता है। पारदर्शिता का यह अभाव अभिशासन के अंतरालों के बारे में चिंताएँ उत्पन्न करता है, और साथ ही बाह्यस्रोतीकरण संबंधी जोखिमों का मूल्यांकन करने के लिए प्राधिकरण की क्षमता को सीमित कर देता है। इसके परिणामस्वरूप, यह परिस्थिति दोनों परिचालनगत और प्रतिष्ठागत जोखिमों में वृद्धि करती है, यह निर्दिष्ट करते हुए कि बीमाकर्ता के पास विनियामक मानकों को पूरा करने के लिए आवश्यक प्रणालियों और नियंत्रणों का अभाव है।

The insurer's failure to report the above payments for outsourced financial commitments violates disclosure requirements and may indicate an attempt to evade regulatory scrutiny. This lack of transparency raises concerns about the governance gaps, while also limiting the Authority's capacity to evaluate outsourcing risks. As a result, this situation increases both operational and reputational risks, indicating that the insurer lacks the necessary systems and controls to meet regulatory standards.

4.4.7. उपर्युक्त को ध्यान में रखते हुए, बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 102 के अंतर्गत निहित शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण इसके द्वारा आईआरडीएआई (भारतीय बीमाकर्ताओं के द्वारा कार्यकलापों का बाह्यस्रोतीकरण) विनियम, 2017 के विनियम 21 के उपबंधों के उल्लंघन के लिए रु. 1 करोड़ (एक करोड़ रुपये) का अर्थदंड लगाता है।

In view of the above, in exercise of the powers vested under Section 102 of the Insurance Act, 1938, the Authority hereby imposes a penalty of Rs.1 Crore (Rupees-One Crore) for the violation of the provisions of Regulation-21 of IRDAI (Outsourcing of Activities by Indian Insurers) Regulations, 2017.

5. निर्णयों का सारांश / Summary of Decisions:

आरोप सं. Charge No.	उपबंधों का उल्लंघन Violation of Provisions	निर्णय Decision
1	निरीक्षण टिप्पणी_सी-8 Inspection Observation_C-8 क) आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 का विनियम-27(v) a) Regulation-27 (v) of IRDA (Health Insurance) Regulations, 2016	चेतावनी और परामर्श Warning & Advisory
2	निरीक्षण टिप्पणी_एफ-33 Inspection Observation_F-33 क) आईआरडीएआई (भारतीय बीमाकर्ताओं के द्वारा कार्यकलापों का बाह्यस्रोतीकरण) विनियम, 2017 का विनियम-21 a) Regulation-21 of IRDAI (Outsourcing of Activities by Indian Insurers) Regulations, 2017.	रु. 1 (एक) करोड़ का अर्थदंड Penalty of Rs.1 (One) crore

6. रु. 1 करोड़ (एक करोड़ रुपये) के उक्त अर्थदंड की राशि बीमाकर्ता द्वारा इस आदेश की प्राप्ति की तारीख से पैंतालीस दिन की अवधि के अंदर शेयरधारकों की निधि में नामे डालकर एनईएफटी/आरटीजीएस (जिसका विवरण अलग से सूचित किया जाएगा) के माध्यम से विप्रेषित की जाएगी। विप्रेषण की सूचना श्री टी. वेंकटेश्वर राव, महाप्रबंधक (प्रवर्तन और अनुपालन विभाग) को भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण, सर्वेक्षण सं. 115/1, फाइनेंशियल डिस्ट्रिक्ट, नानकरामगूडा, हैदराबाद 500032, ई-मेल आईडी: enforcement@irdai.gov.in के पते पर भेजी जाए।

The penalty amount of Rs.1 crore (Rupees-one crore) shall be remitted by the Insurer by debiting Shareholder's Fund within a period of forty-five days from the date of receipt of this order through NEFT/RTGS (details of which will be communicated separately). An intimation of remittance may be sent to Shri T. Venkateswara Rao, General Manager (Enforcement and Compliance Dept.) at the Insurance Regulatory and Development Authority of India, Survey No. 115/1, Financial District, Nanakramguda, Hyderabad 500032, Email id enforcement@irdai.gov.in.

7. इसके अलावा / Further,

- क) यह आदेश बीमाकर्ता के बोर्ड की आगामी बैठक में बोर्ड के समक्ष प्रस्तुत किया जाएगा तथा बीमाकर्ता विचार-विमर्श के कार्यवृत्त की एक प्रति प्रस्तुत करेगा।
- a) The Order shall be placed before the Board of the Insurer in the upcoming Board Meeting and the Insurer shall provide a copy of the minutes of the discussion.

ख) बीमाकर्ता दिये गये निदेश पर की गई कार्रवाई की रिपोर्ट (एटीआर) प्राधिकरण को इस आदेश की तारीख से 90 दिन के अंदर प्रस्तुत करेगा।

b) The Insurer shall submit an Action Taken Report to the Authority on direction given within 90 days from the date of this Order.

8. यदि बीमाकर्ता इस आदेश से असंतुष्ट है, तो बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 110 के उपबंधों के अनुसार प्रतिभूति अपीलीय न्यायाधिकरण (एसएटी) को अपील प्रस्तुत की जा सकती है।

If the Insurer feels aggrieved by this Order, an appeal may be preferred to the Securities Appellate Tribunal as per the provisions of Section-110 of the Insurance Act, 1938.

दीपक सूद / Deepak Sood
सदस्य (गैर-जीवन) / Member (Non-Life)

राजय कुमार सिन्हा / Rajay Kumar Sinha
सदस्य (वित्त व निवेश) / Member (F&I)

स्थान / Place: हैदराबाद / Hyderabad

दिनांक / Dated: 23 जनवरी, 2025 / 23rd January, 2025