

परिपत्र बैंक की समस्त शाखाओं, कार्यालयों एवं सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु
प्रधान कार्यालय के इन्श्योरेंस विभाग द्वारा जारी

महोदय/ महोदया,

विषय : बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु ग्रुप चिकित्सा बीमा पॉलिसी (पॉलिसी संख्या : 42130034220400000001, The New India Assurance Co. Ltd) का दिनांक 01.09.2023 से 31.08.2024 की अवधि के लिए प्रस्तावित नवीनीकरण हेतु दिशानिर्देश।

कृपया हमारे परिपत्रांक प्र०का०/03/ बी.आर/ इन्श्योरेंस/2022-23/152 दिनांकित 02.09.2022 का सन्दर्भ ग्रहण करें जिसके माध्यम से बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति / पत्नी हेतु ग्रुप चिकित्सा बीमा को दिनांक 01.09.2022 से 31.08.2023 तक की अवधि के लिए लागू किए जाने की सूचना दी गयी थी।

ज्ञात हो कि उक्त पॉलिसी की अवधि दिनांक 31.08.2023 को समाप्त हो रही है। अतः उक्त ग्रुप चिकित्सा बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण के दृष्टिगत पॉलिसी संख्या **42130034220400000001** (दिनांक 01.09.2022 से 31.08.2023 की अवधि तक) में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों के पेंशन खाते से निम्नानुसार निर्धारित / देय प्रीमियम राशि की कटौती कर ली जाएगी :

सेवानिवृत्ति के समय कैडर	बीमित राशि	प्रीमियम राशि	प्रीमियम राशि GST सहित
अधिकारी	₹. 4,00,000	₹. 41,500	₹. 48,970
कर्मचारी	₹. 3,00,000	₹. 31,100	₹. 36,698

नोट : प्रस्तावित नवीनीकृत पॉलिसी इस वर्ष भी The New India Assurance Co. Ltd द्वारा ही निर्गत की जाएगी एवं पॉलिसी के नियम व शर्तें 31.08.2023 को समाप्त हो रही पॉलिसी के समान ही रहेंगी।

अतः सभी सेवानिवृत्त स्टाफ सदस्य, जो पूर्व से इस योजना में आच्छादित हैं, उनको यह सलाह दी जाती है कि अपने पेंशन खाते में दिनांक 23.08.2023 से 30.08.2023 के मध्य उपर्युक्त राशि उपलब्ध रखें, जिससे कि ससमय खाते से प्रीमियम राशि नामे कर नवीनीकृत पॉलिसी में उनको आच्छादित किया जा सके। यदि खाते में उपर्युक्त राशि उपलब्ध नहीं रहने के कारण किसी सेवानिवृत्त स्टाफ सदस्य के प्रीमियम राशि का भुगतान नहीं हो पाता है, तो आगामी पॉलिसी वर्ष हेतु उनकी चिकित्सा बीमा पॉलिसी स्वतः रद्द मानी जाएगी।

तत्क्रम में यह भी सूचित किया जाना है कि यदि कोई सेवानिवृत्त कार्मिक सदस्य या मृतक आश्रित पति/पत्नी (पारिवारिक पेंशनर्स), जो कि :

- पूर्व से इस योजना में आच्छादित नहीं हैं एवं इस नवीनीकृत पॉलिसी वर्ष में आच्छादित होने हेतु इच्छुक हैं
- पूर्व से इस पॉलिसी में आच्छादित हैं एवं तथा प्रस्तावित नवीनीकृत पॉलिसी में अच्छादित नहीं होना चाहते हैं

वह परिपत्र के साथ संलग्नक-1 पर अपना विकल्प 23.08.2023 तक सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय (जहां से वे सेवानिवृत्त हुए हैं) को प्रेषित / प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें। ज्ञात हो कि निर्धारित तिथि के उपरान्त प्राप्त आवेदन/अनुरोध पर विचार नहीं किया जाएगा। विकल्प पत्रों के प्रेषण में तीव्रता लाने के उद्देश्य से बैंक के समस्त क्षेत्रीय/ प्रशासनिक कार्यालयों के मानव संसाधन एवं प्रबंधन विभाग की ई-मेल id परिपत्र के साथ सुलभ सन्दर्भ हेतु संलग्न है।

जारी.....02

किसी भी प्रकार के हस्ताक्षरों के बिना

प्रधान कार्यालय : बुद्ध विहार व्यावसायिक योजना, तारामंडल, गोरखपुर-273016, टेली. 0551-2230240
Head Office : Buddh Vihar Commercial Scheme, Taramandal, Gorakhpur - 273016, Tel. 0551-2230240
e-mail : ho@barodauprb.co.in



-02-

क्षेत्रीय कार्यालयों को यह निर्देशित किया जाता है कि :

1. संलग्नक-I को प्रमाणित कर उसकी मूल प्रति अपने रिकॉर्ड में सुरक्षित रखते हुए, समस्त प्रस्तावों /विकल्पों को संलग्नक-II में संकलित कर प्रधान कार्यालय के इन्श्योरेंस विभाग को **25.08.2023** तक प्रेषित करना सुनिश्चित करें।
2. साथ ही संलग्नक-II की सॉफ्ट कॉपी (excel sheet) भी इस कार्यालय को प्रेषित करना सुनिश्चित करें।
3. संलग्नक-III पर उन सेवानिवृत्त कार्मिकों एवं मृतक आश्रित पति/पत्नी (पारिवारिक पेंशनर्स) की जानकारी उपलब्ध कराये जो पूर्व से इस पॉलिसी में शामिल हैं तथा प्रस्तावित नवीनीकृत पॉलिसी में अछादित नहीं होना चाहते हैं।

दिनांक 31.08.2023 को समाप्त हो रही बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु ग्रुप चिकित्सा बीमा पॉलिसी (पॉलिसी संख्या : **42130034220400000001**) में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति/पत्नी (पारिवारिक पेंशनर्स) को सलाह दी जाती है कि उक्त पॉलिसी अवधि के दौरान मेडिकल (Hospitalization) में हुए व्यय के दावों को पूर्ण-रूपेण सावधानीपूर्वक भर कर समस्त मूल रसीद/जांच रिपोर्ट/डिस्चार्ज समरी एवं अन्य समस्त वांछित दस्तावेज सहित, बैंक द्वारा पूर्व में इस विषय में दिए गए दिशानिर्देशों के आलोक में ससमय/अविलम्ब **Health India Insurance TPA** को सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय के माध्यम से प्रस्तुत करें ताकि दावों का निपटान शीघ्रतिशीघ्र सम्बंधित TPA द्वारा हो सके।

TPA को प्रतिपूर्ति दावों या दावों के निपटान के संबंध में TPA द्वारा पूछे गए प्रश्नों (query) का उत्तर सीधे उनके निम्न पते पर भी प्रेषित कर सकते हैं। TPA को पत्राचार Registered A.D. (Acknowledgement Due) Post यथा पंजीकृत डाक पावती के माध्यम से ही प्रेषित कर रसीद भविष्य में संदर्भ हेतु सुरक्षित रखें :

Health India Insurance TPA Services Pvt Ltd
C-69, Ground Floor
Near R K Timber, Vibhuti Khand
Gomti Nagar, Lucknow – 226 010
Phone : 0522 – 4590005
E-mail : tpalucknow@healthindiatpa.com

दिनांक 01.11.2022 से 31.10.2023 तक की अवधि में सेवानिवृत्त होने वाले समस्त कार्मिक/सेवानिवृत्त कार्मिक नवीनीकृत पॉलिसी में pro-rata प्रीमियम दर से आच्छादित होने हेतु विकल्प पत्र दिनांक **16.10.2023** तक सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय को प्रस्तुत करें जिससे कि उन्हें दिनांक 01.11.2023 से बीमा कंपनी द्वारा कवरेज प्रदान किया जा सके।

क्षेत्रीय कार्यालयों को नवीनीकरण हेतु देय प्रीमियम राशि सेवानिवृत्त कार्मिकों या उनके आश्रित पति /पत्नी के खाते से नामे करने हेतु दिशा-निर्देश पृथक रूप से निर्गत किये जायेंगे।

बैंक की समस्त शाखाओं, क्षेत्रीय कार्यालयों एवं कार्मिक संगठनों से अनुरोध है कि वे अपने क्षेत्र से सेवानिवृत्त हुए समस्त कार्मिकों को परिपत्र की विषय वस्तु से अवगत कराना सुनिश्चित करें।

भवदीय,

(कुमार केशव)

महाप्रबंधक

संलग्नक : उपरीक्तानुसार

प्रधान कार्यालय : बुद्ध विहार व्यावसायिक योजना, तारामंडल, गोरखपुर-273016, टेली. 0551-2230240

Head Office : Buddh Vihar Commercial Scheme, Taramandal, Gorakhpur - 273016, Tel. 0551-2230240

e-mail : ho@barodauprb.co.in



बड़ौदा यू.पी. बैंक Baroda U.P. Bank

Annexure-1

Date:/...../2023

The Regional Manager,
Baroda U. P. Bank,
Regional Office-.....
District-.....

Dear Sir,

Re : Group Medical Insurance Scheme for Retired Officers/Employees.

I refer to your circular no. HO/04/BR/Insurance/2023-24/137 dated 17.08.2023 on the captioned subject.

Tick

1.	Yes, I am willing to join Medical Insurance Scheme.
2.	No, I am not willing to join Medical Insurance Scheme.

If Yes:-

Details of Self (Officer/ Employee)	
Name	
Date of Birth	d d m m y y y y Age Years
Gender	Male Female
Employee Code Number:	
Designation at the time of Retirement * (Tick before the option)	Officer If Yes than mention Scale at the time of Retirement Office Assistant (Multipurpose) Office Attendant (Multipurpose)
Retired from Region	
Details of Spouse (Dependent)	
Name	
Date of Birth	d d m m y y y y Age Years
Address for Correspondence	District State
Pin Code	
Mobile No.	
Email ID	
Pension Account number of BUPB for deduction of Premium & Reimbursement of claim	Branch-

Please Note: In absence of adequate funds in the account, if premium is not deducted and remitted to insurance Company, the insurance coverage for the said retiree shall stand discontinued. Therefore, it is desired that account of retiree is duly funded for deduction of the premium amount.

Declaration-

- I.....(name of staff/ spouse) S/O or W/O.....hereby declare that I have read & understood content of the circular no. HO/04/BR/Insurance/2023-24/137 dated 17.08.2023 and accordingly submit the details of my dependent spouse as above.
- I declare that the above information is true to the best of my knowledge & belief and nothing material information has been concealed.
- I understand that the submission of false information to the Bank by me for gaining any monetary benefits I may be liable for appropriate action against me.
- I undertake that I will immediately inform to the bank in case of any change in the status of dependents as detailed above.
- I also undertake that for the payment of renewal premium. I irrevocably authorize the Bank to debit insurance premium amount from my aforementioned pension account number during current policy year and also in coming renewals.
- In case, if my intention is not to renew the policy I will inform in writing at least one month in advance of the renewal date. I am aware that once I exit the scheme, I will not be allowed to rejoin it later.

Declare and undertaken by:

Signature
Name:
EC No:
Retired from Region:
Designation at the time of retirement:

(Certificate by the reporting authority)

- I hereby certify that the above information submitted by Mr/Ms. (Retired staff name) EC No..... or by spouse of the referred deceased / retired staff (Name.....) are true to the best of my knowledge and belief.
- The account provided above belongs to him/her and signature have been checked and verified from Branch Records.

Signature and Seal
Branch Manager, Branch-.....
Region-.....

(Forwarded with recommendation)

Regional Office:
Region :
Seal :

Letter No. :

Annexure-II

Prescribed Format for the preparation of data of Retirees opting for Group Medical Coverage Insurance Scheme for retirees for the period 01.09.2023-31.08.2024

S.N	Employee Code	Region	Name of the insured Person	Relation (in case of pensioner please mention Dependent Spouse)	Gender Male/ Female	Marital Status	Date of birth	Cadre at the time Retirement	Mobile Number	Account number	Premium Amount
							DD-MM-YYYY				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
Total Premium Collected											

Regional Head / Chief Manager :
Region :
Date :

- Note:
 - 1- All fields are mandatory.
 - 2- Date of Birth should be verified from the records.
 - 3- Submit Soft Copy in MS Excel Sheet with certified Hard Copy.

Letter No. :

Annexure-III

**Retirees submitted denial /opted out from the Retirees Group Medical Coverage Insurance Scheme for the period
01.09.2023-31.08.2024**

S.N	Employee Code	Region	Name of the insured Person	Relation (in case of family pensioner please mention Dependent Spouse)	Gender Male/ Female	Marital Status	Date of birth	Cadre at the time Retirement
							DD-MM-YYYY	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

Regional Head / Chief Manager :
Region :
Date :

- Note:
 - 1- All fields are mandatory.
 - 2- Date of Birth should be verified from the records.
 - 3- Submit Soft Copy in MS Excel Sheet with certified Hard Copy.

बैंक के समस्त क्षेत्रीय / प्रशासनिक कार्यालयों के मानव संसाधन एवं प्रबंधन विभाग की ई-मेल id

Sr. No.	Region	क्षेत्रीय कार्यालय	ई-मेल id
1	Allahabad	इलाहाबाद	hrm.alhro@barodauprrb.co.in
2	Amethi	अमेठी	hrm.roamet@barodauprrb.co.in
3	Azamgarh	आजमगढ़	hrm.roazmh@barodauprrb.co.in
4	Ballia-I	बलिया-I	hrm.robball@barodauprrb.co.in
5	Ballia-II	बलिया-II	hrm.rorasr@barodauprrb.co.in
6	Bareilly	बरेली	hrm.brlo@barodauprrb.co.in
7	Basti	बस्ती	hrm.robsti@barodauprrb.co.in
8	Bhadohi	भदोही	hrm.robhad@barodauprrb.co.in
9	Chandauli	चन्दौली	hrm.rochan@barodauprrb.co.in
10	Deoria	देवरिया	hrm.rodeor@barodauprrb.co.in
11	Etawah	इटावा	hrm.roetaw@barodauprrb.co.in
12	Faizabad	फैजाबाद	hrm.fzbro@barodauprrb.co.in
13	Fatehpur	फतेहपुर	hrm.rofate@barodauprrb.co.in
14	Ghazipur	गाजीपुर	hrm.rogzpr@barodauprrb.co.in
15	Gorakhpur-I	गोरखपुर-I	hrm.rogkpu@barodauprrb.co.in
16	Gorakhpur-II	गोरखपुर-II	hrm.rogkpt@barodauprrb.co.in
17	Jaunpur	जौनपुर	hrm.rojaun@barodauprrb.co.in
18	Kanpur	कानपुर	hrm.knpro@barodauprrb.co.in
19	Kanpur Dehat	कानपुर देहात	hrm.rokand@barodauprrb.co.in
20	Kaushambi	कौशाम्बी	hrm.rokaus@barodauprrb.co.in
21	Khalilabad	खलीलाबाद	hrm.roklbd@barodauprrb.co.in
22	Maharajganj	महाराजगंज	hrm.romahr@barodauprrb.co.in
23	Mau	मऊ	hrm.romauk@barodauprrb.co.in
24	Naugarh	नौगढ़	hrm.rosidn@barodauprrb.co.in
25	Padrauna	पडरौना	hrm.rokush@barodauprrb.co.in
26	Pratapgarh	प्रतापगढ़	hrm.prtro@barodauprrb.co.in
27	Raebareli	रायबरेली	hrm.rblro@barodauprrb.co.in
28	Shahjahanpur	शाहजहाँपुर	hrm.shjro@barodauprrb.co.in
29	Sultanpur	सुल्तानपुर	hrm.rosult@barodauprrb.co.in
30	Varanasi	वाराणसी	hrm.rovara@barodauprrb.co.in
31	AO Raebareli	प्रशासनिक कार्यालय रायबरेली	hrm.aoraeb@barodauprrb.co.in
32	AO Gorakhpur	प्रशासनिक कार्यालय गोरखपुर	hrm.aogkpu@barodauprrb.co.in
33	AO Varanasi	प्रशासनिक कार्यालय वाराणसी	hrm.aovnsi@barodauprrb.co.in
34	Head Office	प्रधान कार्यालय	hrm.ho@barodauprrb.co.in