



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 : 42130034200400000001, The New India Assurance Co. Ltd) का दिनांक 01.09.2021 से 31.08.2022 की अवधि के लिए नवीनीकरण.

कृपया हमारे परिपत्रांक प्र.का./01/बी.आर/मा.स.प्र./2020-21/188 दिनांकित 03.09.2020 एवं प्रका/01/ बी.आर/मा.स.प्र./2020-21/239 दिनांकित 27.10.2020 का सन्दर्भ ग्रहण करें जिसके माध्यम से बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति / पत्नी हेतु ग्रुप चिकित्सा बीमा को दिनांक 01.09.2020 से 31.08.2021 तक की अवधि के लिए लागू किए जाने की सूचना दी गयी थी.

ज्ञात हो कि उक्त पॉलिसी की अवधि दिनांक 31.08.2021 को समाप्त हो रही है. अतः दिनांक 01.09.2021 से 31.08.2022 की अवधि के लिए उक्त ग्रुप चिकित्सा बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण के दृष्टिगत पॉलिसी संख्या-42130034200400000001 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 | रु. 4,00,000 | रु. 15,436.00 | रु. 18,214.48 |
| कर्मचारी | रु. 3,00,000 | रु. 13,446.00 | रु. 15,866.28 |

नोट : नवीनीकृत पॉलिसी इस वर्ष भी The New India Assurance Co. Ltd द्वारा ही निर्गत की जाएगी एवं पॉलिसी के नियम व शर्तें 31.08.2021 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 26.08.2021 से 31.08.2021 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.

तत्काल में यह भी सूचित किया जाना है कि यदि कोई सेवानिवृत्त कार्मिक सदस्य, 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 शामिल हैं एवं अब इस योजना से अलग होना चाहते हैं.

वह परिपत्र के साथ संलग्न-1 पर अपना विकल्प 21.08.2021 तक सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय (जहां से वे सेवानिवृत्त हुए हैं) तक प्रेषित / प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें. ज्ञात हो कि निर्धारित तिथि के उपरान्त प्राप्त आवेदन/अनुरोध पर विचार नहीं किया जाएगा.

क्षेत्रीय कार्यालय संलग्नक-1 को प्रमाणित कर उसकी मूल प्रति अपने रिकॉर्ड में सुरक्षित रखते हुए, समस्त प्रस्तावों /विकल्पों को संलग्नक-11 में संकलित कर प्रधान कार्यालय के इन्श्योरेंस विभाग को 24.08.2021 तक प्रेषित करना सुनिश्चित करें. साथ ही संलग्नक-11 की सॉफ्ट कॉपी (excel sheet) भी इस कार्यालय को प्रेषित करना सुनिश्चित करें.

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,

(जितेन्द्र कुमार)

महाप्रबंधक

संलग्नक : उपरोक्तानुसार



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 letter no. HO/02/BR/Insurance/2021-22/101 dated 07.08.2021 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. (in case of not opting please cancel below also) |

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 | | | | | | | | | | | | |
| District | | | | | | | | | | | | |
| State | | | | | | | | | | | | |
| Pin Code | | | | | | | | | | | | |
| Mobile No. | | | | | | | | | | | | |
| Email ID | | | | | | | | | | | | |
| Account number of BUPB for deduction of Premium & Reimbursement of claim | | Branch- | | | | | | | | | | |
| IFS Code | | | | | | | | | | | | |

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/02/BR/Insurance/2021-22/101 dated 07.08.2021 and accordingly submit the details 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 payment of renewal premium. I irrevocably authorize the Bank to debit premium amount from aforementioned account number during current year and also in coming years.
- 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 :

**Prescribed Format for the preparation of data of Retirees opting for Medical Insurance Scheme for retirees for the period
01.09.2021-31.10.2022**

**(HO/01/BR/Insurance/2021-22/101 dated 07.08.2021)
(For Office Use)**

| S.N | Region | Name of the insured Person | Relation | Gender Male/ Female | Marital Status | Date of birth | Cadre At the time Retirement | E.C No | Address | District | Pin Code | Mobile Number | Account number | IFSC | Email ID |
|-----|--------|----------------------------|----------|---------------------|----------------|---------------|------------------------------|--------|---------|----------|----------|---------------|----------------|------|----------|
| | | | | | | DD-MM-YYYY | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | |

- 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.