



प्र०का०/01/बी.आर/मा.स.प्र./2020-21/ 109

दिनांक: 30.05.2020

**परिपत्र समस्त शाखाओं, कार्यालयों एवं बैंक के समस्त सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु
(मानव संसाधन प्रबंधन विभाग द्वारा जारी)**

महोदय/ महोदया,

विषय : बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों के लिए प्रस्तावित ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना |

जैसा कि आप भलीभांति अवगत हैं कि भारत सरकार, वित्त मंत्रालय, वित्तीय सेवा विभाग, नई दिल्ली के पत्रांक FN 8/1/2015-RRB दिनांक 20.10.2016 के क्रम में दसवें द्विपक्षीय समझौते में परिभाषित चिकित्सा बीमा योजना बैंक के विद्यमान कार्मिकों हेतु लागू की जा चुकी है।

दसवें द्विपक्षीय समझौते में परिभाषित चिकित्सा बीमा योजना बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों को भी विस्तारित की जा सकती है बशर्ते योजना में शामिल होने के लिए प्रीमियम का भुगतान सम्बंधित सेवानिवृत्त कार्मिकों द्वारा स्वयं वहन किया जाय।

उक्त के आलोक में सेवानिवृत्त कार्मिकों के लिए मेडिकल बीमा योजना लागू करने हेतु पूर्ववर्ती-बड़ौदा उत्तर प्रदेश ग्रामीण बैंक एवं पूर्ववर्ती-पूर्वांचल बैंक द्वारा विगत वर्षों में कई प्रयास किए गए किन्तु योजना में अच्छादित होने के लिए बहुत कम सेवानिवृत्त कार्मिकों द्वारा विकल्प/सहमति दी गई जो कि बैंक के कुल सेवानिवृत्त कार्मिकों की संख्या के सापेक्ष अत्यंत कम थी, जिसके फलस्वरूप पालिसी व्यवहार्य न होने के कारण बीमा कंपनियों द्वारा इस विषय में कोई रुचि नहीं दिखाई गयी एवं योजना लागू नहीं की जा सकी।

तथापि कतिपय सेवानिवृत्त कार्मिकों/ सेवानिवृत्त कार्मिकों के विभिन्न एसोसिएशनों द्वारा योजना प्रारंभ करने के लिए बैंक से समय-समय पर अनुरोध किया जाता रहा है, साथ ही विभिन्न कार्मिक संगठनों द्वारा नाबार्ड के साथ JCC बैठक में यह मुद्दा लगातार उठाया जाता रहा है।

उक्त के दृष्टिगत एवं -03- पूर्ववर्ती ग्रामीण बैंकों के समामेलन के पश्चात् बड़ौदा यू. पी. बैंक के गठन के परिणामस्वरूप, सेवानिवृत्त/पेंशनर्स कार्मिकों की बढ़ी संख्या को ध्यान में रखते हुए, हम एक बार पुनः सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु योजना लागू करने के उद्देश्य से इस परिपत्र को जारी कर रहे हैं।

प्रस्तावित योजना में अच्छादित होने हेतु The New India Assurance Company Limited द्वारा प्रस्तावित प्रीमियम की दर निम्नवत है बशर्ते योजना में बड़ौदा यू. पी बैंक के कुल सेवानिवृत्त कार्मिकों की संख्या में से 50% कार्मिक योजना में भाग लेने हेतु इच्छुक हों:

सेवानिवृत्ति के समय कैडर	बीमित राशि	प्रीमियम राशि	प्रीमियम राशि GST सहित
अधिकारी	₹. 4,00,000	₹. 15,436.00	₹. 18,214.48 *
कर्मचारी	₹. 3,00,000	₹. 13,446.00	₹. 15,866.28 *

* प्रीमियम राशि under negotiation है, यदि विकल्प देने वाले सेवानिवृत्त कार्मिकों की संख्या अधिक होगी तो बीमा कंपनी द्वारा प्रीमियम की दरों में कमी की जा सकती है।

नोट : उपरोक्त प्रस्तावित प्रीमियम दरों में निम्न कवरेज अनुमन्य नहीं है:

- मैटरनिटी बेनिफिट
- क्रिटिकल इलनेस हेतु Rs 1 लाख का अतिरिक्त कवर
- कॉर्पोरेट बफर
- आवासीय (domiciliary) चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति

- ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना में उपलब्ध बीमा कवर एवं शर्तें सेवानिवृत्त कार्मिकों के सुलभ सन्दर्भ हेतु संलग्नक-1 में दी गयी हैं।
- प्रस्तावित योजना में शामिल होने के लिए विकल्प प्रेषित करने की निर्धारित तिथि :

क्षेत्रीय कार्यालयों को विकल्प प्रेषित करने की तिथि	15.06.2020
प्रधान कार्यालय / शिविर कार्यालय को समेकित रूप से विकल्प प्रेषित करने की तिथि	18.06.2020



● योजना की मुख्य विशेषताएं निम्नवत हैं :

- वृद्धावस्था में स्वास्थ्य सम्बन्धी जोखिम को देखते हुए प्रस्तावित ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना सेवानिवृत्त लोगों के लिए फायदेमंद है।
- मेडिकल बीमा योजना में शामिल होने का विकल्प केवल एक बार मिलेगा।
- योजना में केवल सेवानिवृत्त कार्मिक एवं उसके पति / पत्नी को ही कवर किया जा सकता है।
- पॉलिसी के शुरू होने के बाद यदि कोई योजना से बाहर होने का विकल्प चुनता है तो वह दोबारा इस योजना में शामिल नहीं हो पायेगा।
- योजना के नवीनीकरण के समय यदि कोई बीमित व्यक्ति योजना के नवीनीकरण में शामिल नहीं होता है, तो उसे आगामी नवीनीकरण में भी शामिल होने का अवसर नहीं मिलेगा।

● पात्रता-

- बैंक के समस्त सेवानिवृत्त कार्मिक
- मृतक सेवानिवृत्त कार्मिक की विधवा / विधुर
- सेवाकाल के दौरान मृत्यु होने पर कार्मिक की विधवा / विधुर
- वीआरएस के कारण सेवानिवृत्त हुए कार्मिक

● प्रस्तावित योजना के लिए परिवार की परिभाषा-

सेवानिवृत्त कार्मिक + पति / पत्नी

या

सेवाकाल के दौरान मृत्यु होने पर कार्मिक की विधवा / विधुर

या

मृतक सेवानिवृत्त कार्मिक की विधवा / विधुर

- प्रस्तावित योजना में भाग लेने हेतु इच्छुक पात्र व्यक्ति संलग्नक-II में अपना विकल्प /सहमति पत्र क्षेत्रीय कार्यालय को (जहां से वे सेवानिवृत्त हुए हैं) निर्धारित तिथि तक प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें।
- क्षेत्रीय कार्यालय संलग्नक -II को प्रमाणित कर उसकी मूल प्रति अपने रिकॉर्ड में सुरक्षित रखते हुए, समस्त प्रस्तावों /विकल्पों को संलग्नक-III में संकलित कर प्रधान कार्यालय / शिविर कार्यालय के मा.सं.प्र विभाग को 18.06.2020 तक प्रेषित करना है। साथ ही संलग्नक-III की सॉफ्ट कॉपी (excel sheet) भी इस कार्यालय को प्रेषित करना सुनिश्चित करें।
- हम यह स्पष्ट करना चाहेंगे कि योजना में शामिल होने का विकल्प देने के बावजूद यदि सम्बंधित कार्मिकों के खाते में पर्याप्त धनराशि न होने की स्थिति में, यदि प्रीमियम नहीं काटा जा पाया गया तो प्रस्तावित योजना में विकल्पदाता को कवर करना हमारे लिए संभव नहीं होगा।
- अतः सभी विकल्पदाताओं, जो प्रस्तावित योजना में शामिल होने हेतु संलग्नक-II में सहमति पत्र देते हैं उन्हें सलाह दी जाती है कि प्रीमियम राशि की कटौती के लिए अपने खाते में पर्याप्त राशि बनाए रखना सुनिश्चित करें ताकि वे योजना में शामिल होने से वंचित न हो सकें।

हम समझते हैं कि हमारे प्रयासों के साथ-साथ सेवानिवृत्त कार्मिकों के विभिन्न संगठन/ एसोसिएशन भी अपने सेवानिवृत्त साथियों को इस प्रस्तावित योजना के लाभों से अवगत कराते हुए, उन्हें इस योजना में शामिल होने हेतु प्रेरित करने के लिए अपनी सक्रिय/ महती भूमिका अदा करेंगे।

बैंक की समस्त शाखाओं, क्षेत्रीय कार्यालयों एवं कार्मिक संगठनों/ एसोसिएशनो से अनुरोध है वे अपने क्षेत्र से सेवानिवृत्त हुए समस्त कार्मिकों को परिपत्र की विषय वस्तु से अवगत कराना सुनिश्चित करें ताकि हम इस योजना को लागू करने के लिए सफल हो सकें।

भवदीय,

(जितेन्द्र कुमार)

महाप्रबंधक

संलग्नक : उपरोक्तानुसार

Policy Terms & Condition- GMC-Retiree - Baroda U. P. Bank

Coverage Details	
Policy Type:	Group Medical Insurance Policy only for Retired Employees of the Bank
Family Definition:	Self (Retiree) + Spouse or Widow / widower of the Retired Employee
Coverage Type:	Family Floater
Sum Insured for Hospitalization:	For Officers – INR 4,00,000/- For Clerks / Sub-Staff – INR 3,00,000/-
Geographical Limit	Treatment taken in India only. No Zone capping to be applied.

Key Policy Terms & Conditions	
Pre-existing Diseases	Coverage from day 1
30 days Waiting Period	Waived Off
Waiting Periods on Specific Diseases	Waived Off
Hospital Room Rent:	Room and Boarding expenses as provided by the Hospital/Nursing Home not exceeding INR 5000 per day or the actual amount whichever is less.
ICU Rent:	Intensive Care Unit (ICU) expenses not exceeding INR 7500 per day or actual amount whichever is less.
Professional Charges:	Surgeon, team of surgeons, Assistant surgeon, Anesthetist, Medical Practitioner, Consultants, Specialists Fees covered up to Sum Insured
All other expenses	No Limits for all other expenses including Nursing Charges, Service Charges, IV Administration Charges, Nebulization Charges, RMO charges, Anesthetic, Blood, Oxygen, Operation Theatre Charges, surgical appliances, OT consumables, Medicines & Drugs, Dialysis, Chemotherapy, Radiotherapy, Cost of Artificial Limbs, cost of prosthetic devices implanted during surgical procedure like pacemaker, Defibrillator Ventilator, orthopedic implants, Cochlear Implant, any other implant, Intra-Ocular Lenses,, infra cardiac valve replacements, vascular stents, any other valve replacement, laboratory/diagnostic tests, X-ray CT Scan, MRI, any other scan, copies and such similar expenses that are medically necessary, or incurred during hospitalization as per the advice of the attending doctor



Policy Terms & Condition- GMC-Retiree - Baroda U. P. Bank

Key Policy Terms & Conditions	
Cost of Donor:	Hospitalization expenses (excluding cost of organ) incurred on donor in respect of organ transplant to the insured.
Ambulance Charges:	Ambulance charges are payable up to INR 2500/- per trip to hospital and / or transfer to another hospital or transfer from hospital to home if medically advised. Taxi and Auto expenses in actual maximum up to INR 750/- per Hospitalization. Ambulance charges actually incurred on transfer from one center to another center due to Non availability of medical services/ medical complication shall be payable in full.
Pre and Post Hospitalization Expenses:	Expenses related to the ailment for hospitalization will be covered 30 days prior to hospitalization and 90 days after discharge.
Alternative Treatment	Alternative Treatments are forms of treatment other than treatment "Allopathy" or "modern medicine and includes Ayurveda, Unani, Siddha, Homeopathy and Naturopathy in the Indian Context, for Hospitalization only in a hospital registered by the Central / State authorities
Day Care Treatment:	Expenses on Hospitalization for minimum period of a day are admissible. However, this time limit is not applied to specific treatments. This condition will also not apply in case of stay in hospital of less than a day provided – A) The treatment is undertaken under General or Local Anaesthesia in a hospital / day care Centre in less than a day because of technological advancement and B) Which would have otherwise required hospitalization of more than a day.
Congenital Anomalies:	Expenses for Treatment of Congenital Internal / External diseases, defects anomalies are covered under the policy
Psychiatric Ailment:	Expenses for treatment of psychiatric and psychosomatic diseases payable in IPD.
All Advanced Medical Treatment:	All new kinds of approved advanced medical procedures for e.g. laser surgery, stem cell therapy for treatment of a disease is payable on hospitalization /day care surgery.
Taxes and Other charges:	All Taxes, Surcharges, Service Charges, Registration charges, Admission Charges, Nursing, and Administration charges to be payable. Charges for diapers and sanitary pads are payable if necessary, as part of the treatment. Charges for Hiring a nurse / attendant during hospitalization will be payable only in case of recommendation from the treating doctor in case ICU / CCU, Neo natal nursing care or any other case where the patient is critical and requiring special care.



Policy Terms & Condition- GMC-Retiree - Baroda U. P. Bank

Key Policy Terms & Conditions	
Genetic Disorder:	Treatment for Genetic disorder covered
Other Medical Treatment:	Treatment for Age related Macular Degeneration (ARMD), treatment such as Rotational Field Quantum magnetic Resonance (RFQMR), Enhanced External Counter Pulsation (EECP), etc. are covered under the scheme. Treatment for all neurological/ macular degenerative disorders
External and Durable Equipment:	Rental Charges for External and or durable Medical equipment of any kind used for diagnosis and or treatment including CPAP, CAPD, Bi-PAP, Infusion pump etc. will be covered under the scheme. However purchase of the above equipment to be subsequently used at home in exceptional cases on medical advice shall be covered.
Ambulatory devices:	Walker, crutches, Belts, Collars, Caps, Splints, Slings, Braces, Stockings, elastocrepe bandages, external orthopedic pads, sub cutaneous insulin pump, Diabetic foot wear, Glucometer (including Glucose Test Strips)/ Nebulizer/ prosthetic devise/ Thermometer, alpha / water bed and similar related items etc., will be covered
Physiotherapy Charges:	Physiotherapy charges shall be covered for the period specified by the Medical Practitioner even if taken at home.

Other Clauses	
Claim Intimation	In case of emergency hospitalization within 7 days from the time of Hospitalization/Domiciliary Hospitalization
Claim Document Submission	Within 30 days from the date of discharge from the hospital. In case of post-hospitalization, treatment (limited to 90 days), all claim documents should be submitted within 30 days after completion of such treatment.
Remarks	Waiver of the intimation & Document submission Conditions may be considered in extreme cases of hardship where it is proved to the satisfaction of the Bank that under the circumstances in which the insured was placed it was not possible for him or any other person to give such notice or deliberate or file claim within the prescribed time-limit.



Policy Terms & Condition- GMC-Retiree - Baroda U. P. Bank

Policy Exclusions	
1	Injury / disease directly or indirectly caused by or arising from or attributable to War, invasion, Act of Foreign enemy, War like operations (whether war be declared or not).
2	A) Circumcision unless necessary for treatment of a disease not excluded hereunder or as may be necessitated due to an accident. B) Vaccination or inoculation. C) Change of life or cosmetic or aesthetic treatment of any description is not covered. D) Plastic surgery other than as may be necessitated due to an accident or as part of any illness.
3	Cost of spectacles and contact lenses, hearing aids. Other than Intra-Ocular Lenses and Cochlear Implant.
4	Dental treatment or surgery of any kind which are done in a dental clinic and those that are cosmetic in nature.
5	Convalescence, rest cure, Obesity treatment and its complications including morbid obesity, treatment relating disorders, Venereal disease, intentional self-injury and use of intoxication drugs / alcohol.
6	All expenses arising out of any condition directly or indirectly caused to or associated with Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV - III) or lymphadenopathy Associated Virus (LAV) or the Mutants Derivative or Variation Deficiency Syndrome or any syndrome or condition of a similar kind commonly referred to as AIDS.
7	Charges incurred at Hospital or Nursing Home primarily for diagnosis x-ray or Laboratory examinations
8	Expenses on vitamins and tonics unless forming part of treatment for injury or diseases as certified by the attending physician.
9	Injury or Disease directly or indirectly caused by or contributed to by nuclear weapon / materials.
10	All non-medical expenses including convenience items for personal comfort such as charges for telephone, television, /barber or beauty services, diet charges, baby food, cosmetics, tissue paper, diapers, sanitary pads, toiletry items and similar incidental expenses, unless and otherwise they are necessitated during the course of treatment.
11	Attempted suicide, critical illness before the commencement of the policy, war, invasion, nuclear radiation are not covered.
12	OPD Treatment not covered





बड़ौदा यू.पी.बैंक Baroda U.P. Bank

प्रधान कार्यालय : बुद्ध विहार व्यावसायिक योजना, तारामंडल, गोरखपुर-273016
शिबिर कार्यालय : ए-1, सिविल लाइंस, रायबरेली-229001, फोन : 0535-2702075
e-mail : ho@barodauprb.co.in

Annexure-II

Date:/...../2020

To,

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/01/BR/HRM/2020-21/109** dated **30.05.2020** 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	Officer If Yes than mention Scale at the time of Retirement
* (Tick before the option)	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 (Policy related Document will be sent on the given address)	
	District State
Pin Code	
Mobile No.	
Email ID	
Account number (must be of BUPB for deduction of Premium & Reimbursement of claim)	Branch-
IFS Code	

- 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



बड़ौदा यू.पी.बैंक Baroda U.P. Bank

प्रधान कार्यालय : बुद्ध विहार व्यावसायिक योजना, तारामंडल, गोरखपुर-273016
शिवािर कार्यालय : ए-1, सिविल लाइन्स, रायबरेली-229001, फोन : 0535-2702075
e-mail : ho@barodauprb.co.in

the circular no. **HO/01/BR/HRM/2020-21/109** dated **30.05.2020** 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 my 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 :

Annexure-III

Prescribed Format for the preparation of data of Retirees opted for the proposed Medical Insurance Scheme

(HO/01/BR/HRM/2019-20/ dated 30.05.2020)

(For Office Use)

S.N	Region	Name of the insured Person	Relation ship	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																

- 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.