

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए – 8-10, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) – 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR – 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) – 201301

संदर्भ संख्या .: HP/17/PRMAS

जनवरी 16, 2023

विषय : सामूहिक चिकित्सा बीमा योजना 2023 – 24/ Group Medical Insurance Scheme 2023 - 24

The Kribhco Employees Benevolent Fund Trust (KEBFT) has taken medi-claim insurance policy for its members and their spouses from Reliance General Insurance Company Limited (RGICL) for the financial year 2022-23 on the basis of best rates quoted by them. The policy was as under:-

1. IPD (Hospitalization): Rs. 2.00 Lakh each subject to Rs. 4.00 Lakh on floater basis if the self and spouse both are alive. In case only one member is alive, policy is for Rs. 2.00 Lakh only.
2. The OPD expenses: Rs.6000/- per annum per person subject to Rs.12,000/- on floater basis if the self and spouse both are alive. In case only one member is alive, OPD expenses is for Rs.6000/- only.
3. Optional Top-Up Cover of Rs. 3.00 Lakh on payment basis.

The existing policy is due for renewal w.e.f. 01.04.2023 for the financial year 2023-24 and the same will be renewed after inviting bids from various insurance companies.

The Management of the Trust has decided to renew the above policy on same terms and conditions as of 2022-23. As you are aware, policy is renewed for the members on the basis of Life Certificate provided by them. The Top-Up cover is available to the members in continuity if the member has taken Top-up cover for the financial year 2022-23. However, efforts will be made to arrange Top-Up cover for the members who wish to opt for the same during the financial year 2023-24.

It is informed to the members that insurance premium rates are expected to increase this year considering medi-claim ratio.

It has been noticed that members use to request for add-on cover after expiry of due dates and at times in between the financial year based on ailments / detection of any medical problems. It is informed that once medical problem is detected no insurance company will allow providing add-on cover to such members. In view of the same it has been decided to collect an adhoc advance of Rs.18000/- from the members, who wish to avail add-on/Top-up facility of Rs.3.00 Lakh, along with life certificates. The ad-hoc amount is provisional and in case rate of premium is lower, the same will be refunded to the members and if premium is higher, the same will be collected from the members. The amount can be deposited by RTGS/NEFT/IMPS in the following bank account of the Trust:

लाभार्थी का नाम/ Beneficiary Name : Kribhco Employees Benevolent Fund Trust

बचत बैंक खाता संख्या/ SB Account No. : 309009757756

बैंक का नाम/ Bank Name : Ratnakar Bank Limited

आईएफएससी / IFSC :RATN0000100

शाखा / Branch : Capital Point, Baba Kharak Singh Marg, New Delhi

Alternatively, Demand Drafts can be sent in the name of Kribhco Employees Benevolent Fund Trust payable at NOIDA / DELHI.

It is important to mention name and index number of the member while making payment to the Trust for reconciliation purposes.

It may be noted that no separate receipt towards insurance premium will be issued to individual members as this is a group medical policy.

A format of Life Certificate cum policy renewal form is attached along with the Circular to facilitate to the members for sending it to the Trust by 28.02.2023 along with payments receipts if opted for add-on/Top-up cover on the following address:

Kribhco Employees Benevolent Fund Trust
KRIBHCO BHAWAN,
A - 10, SECTOR – 1,
NOIDA – 201301
Email : kebft@kribhco.net

Members are requested to fill the form carefully / clearly and send it by post to the above address. A scanned copy of the same may also be sent through email ID given above.

Members also please note that insurance company is now insisting for PAN if the reimbursement of treatment is more than Rs. 1.00 Lakh. In view of the same, members are advised to obtain PAN card if it is not available for self & spouse. To avoid delay in payments / reimbursement of claims, it has been decided by the Trust that Insurance Company will make payment of claims directly to the members account. In view of the same, members are requested to please attach PAN Card and cancelled cheque with the claim forms.

Further, the existing policy is expiring on 31.03.2023, all members are requested to please submit medical claims to the insurance company as soon as possible but in case expenses are incurred in the last fortnight of March 2023, the claims may be submitted by 15.04.2023 to avoid any rejections due to year end/ delay in payment. The insurance policy will be renewed after inviting bids/quotes from various insurance companies and there are chances that insurance company may be changed w.e.f. 01.04.2023. Hence claim bill for the expenditure incurred after 31.03.2023 may be claimed based on the information provided by the Trust for insurance policy for the financial year 2023-2024.

The above information/forms are also available on website of the Trust, which can be accessed as under:

Website: kribhco.net
Employee Corner
Select PRMAS
Selection - Option of your choice / requirement

The above is for your information and necessary action.



(LAXMI KANT DINGLIWALA)
EXECUTIVE SECRETARY

ENCLOSURE: AS ABOVE

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए – 8-10, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) – 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR – 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) – 201301
(FILLED IN CAPITAL LETTER)

Date

Executive Secretary,
KRIBHCO Employees Benevolent Fund Trust,
A – 8 – 10, Sector -1,
NOIDA - 201301
Distt: Gautam Budh Nagar (U.P.)

Sub: Renewal of the Policy under the Medical Assistance Plan after Retirement

Dear Sir,

This is to certify that Idate of birth and my spouse Mr./ Mrs. date of birth are alive and not employed / doing job anywhere. I/ we have not taken any sort of medical benefits from current employer or any other source.

You are kindly requested to renew mine as well as my spouse insurance policy for the year **2023-24** so that we continue to get the insurance benefits.

Further, I wish to opt for Top-Up Cover of Rs. 3.00 Lakh only. (YES / NO).

Payments details if you wish to avail additional coverage of Rs. 3 lakh.

UTR No.	Date	Amount (Rupees)	Bank / Branch

Note: Name / Index Number to be mentioned while transferring amount/funds. A copy of UTR is to be attached with this letter.

Thanking you,

Yours truly,

Signature :
Name :
Address :
Mobile Number Self : Spouse :
Email ID (In capital letter)
Index No. Self : Spouse :

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए - 8-10, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) - 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR - 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) - 201301
(बड़े अक्षरों में भरे)

दिनांक.....

कार्यकारी सचिव,
कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास,
ए - 8 - 10, सेक्टर 1,
नोएडा - 201 301
जिला गौतमबुद्ध नगर (उ.प्र.)

विषय: सेवानिवृत्ति के बाद चिकित्सा सहायता योजना के अंतर्गत पॉलिसी का नवीनीकरण

श्रीमान जी,
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंजन्म तिथि..... तथा मेरे जीवनसाथी श्री/श्रीमती..... जन्म तिथि..... जीवित है और कहीं भी रोजगार नहीं कर रहे हैं। मैं / हम किसी भी प्रकार का चिकित्सा लाभ वर्तमान नियोक्ता या अन्य किसी स्त्रोत से नहीं ले रहे हैं।

आपसे निवेदन है कि मेरी तथा मेरे जीवनसाथी की बीमा पॉलिसी को वर्ष **2023-24** के लिए नवीनीकरण करवायें ताकि हमें बीमा लाभ मिलना जारी रहे।

इसके अलावा, मैं **3.00** लाख रुपये के टॉप-अप कवर का विकल्प चुनना चाहता / चाहती हूँ। (हां / नहीं)।

भुगतान विवरण यदि आप 3 लाख रुपये का अतिरिक्त कवरेज प्राप्त करना चाहते हैं।

यू.टी. आर नंबर	दिनांक	राशि (रूपए)	बैंक / शाखा

नोट: धन / राशि ट्रांसफर करते समय नाम / इंडेक्स नंबर का उल्लेख किया जाना चाहिए। इस पत्र के साथ यूटीआर की एक प्रति संलग्न की जानी है।

धन्यवाद सहित,
भवदीय,

हस्ताक्षर :
नाम :
पता :
मोबाईल नम्बर : स्वयं का :
जीवनसाथी का : ई. मेल आई डी (In capital letter)
इन्डैक्स न.: स्वयं का : जीवनसाथी का :

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए - 10-8, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) - 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR - 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) - 201301

संदर्भ सं.: HP/17/PRMAS

January 16, 2023

विषय: सामूहिक चिकित्सा बीमा योजना 2023-24/Group Medical Insurance Scheme 2023-24

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास (केईबीएफटी) ने वित्तीय वर्ष 2023-24 के लिए रिलायन्स जनरल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (आर.जे.आई.सी.एल.) से अपने सदस्यों और उनके जीवनसाथी के लिए उन द्वारा उद्धृत सर्वोत्तम दरों के आधार पर मेडि-क्लेम बीमा पॉलिसी ली हुई है। पॉलिसी इस प्रकार थी:-

1. आईपीडी (अस्पताल में भर्ती): 2.00 लाख रुपयें तक, 4.00 लाख रुप. फ्लोटर आधार पर बशर्ते कि स्वयं और पति अथवा पत्नी दोनों जीवित हैं। यदि केवल एक सदस्य जीवित है, तो पॉलिसी केवल 2.00 लाख रुप. तक सीमित थी।
2. ओपीडी व्यय: रुप. 6000/- प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष, बशर्ते कि फ्लोटर आधार पर रुप. 12,000/- यदि स्वयं और पति/पत्नी दोनों जीवित हैं। यदि केवल एक सदस्य जीवित है, तो ओपीडी खर्च केवल रुप. 6000/- के लिए है।
3. भुगतान के आधार पर 3.00 लाख रुपये का ऐच्छिक टॉप-अप कवर।

मौजूदा पॉलिसी 01.04.2023 से वित्तीय वर्ष 2023-24 हेतु नवीनीकरण के लिए देय है और विभिन्न बीमा कंपनियों से बोलियां आमंत्रित करने के बाद उसका नवीनीकरण किया जाएगा।

ट्रस्ट के प्रबंधन ने उपरोक्त पॉलिसी को वित्तीय वर्ष 2022-23 के समान नियमों और शर्तों पर नवीनीकरण कराने का निर्णय लिया है। जैसा कि आप जानते हैं, पॉलिसी का नवीनीकरण सदस्यों द्वारा प्रदान किए गए जीवन प्रमाण पत्र के आधार पर किया जाता है। सदस्य ने यदि वित्तीय वर्ष 2022-23 में टॉप-अप कवर लिया है तो टॉप-अप कवर सदस्यों के लिए निरंतरता के आधार पर उपलब्ध है। हालांकि, वित्तीय वर्ष 2023-24 के दौरान उन सदस्यों के लिए भी टॉप-अप कवर लेने की व्यवस्था करने का प्रयास किया जाएगा जो इसे लेना चाहते हैं।

सदस्यों को सूचित किया जाता है कि मेडी-क्लेम अनुपात को देखते हुए इस वर्ष बीमा प्रीमियम दरों में वृद्धि होने की उम्मीद है।

आमतौर पर यह देखा गया है कि सदस्य देय तिथि की समाप्ति के बाद और वित्तीय वर्ष के बीच कई बार बीमारियों / किसी भी चिकित्सा समस्या का पता लगने के आधार पर एड-ऑन कवर के लिए अनुरोध करते हैं। यह सूचित किया जाता है कि एक बार चिकित्सा समस्या का पता चलने पर कोई भी बीमा कंपनी ऐसे सदस्यों को एड-ऑन कवर प्रदान करने की अनुमति नहीं देगी। इसे देखते हुए यह निर्णय लिया गया है कि जो सदस्य जीवन प्रमाण पत्र के साथ 3 लाख रुप. की एड-ऑन/टॉप-अप सुविधा का लाभ उठाना चाहते हैं, उनसे 18000/- रुप. का तदर्थ अग्रिम प्राप्त किया जाए। **तदर्थ राशि अनंतिम है और यदि प्रीमियम की दर कम हुआ, तो बची हुई राशि सदस्यों को वापस कर दी जाएगी और यदि प्रीमियम अधिक हुआ, तो राशि को उन सदस्यों से एकत्र किया जाएगा।** ट्रस्ट के निम्नलिखित बैंक खाते में आरटीजीएस/एनईएफटी/आईएमपीएस के माध्यम से राशि जमा की जा सकती है:

लाभार्थी का नाम/ Beneficiary Name : Kribhco Employees Benevolent Fund Trust

बचत बैंक खाता संख्या/ SB Account No. : 309009757756

बैंक का नाम/ Bank Name : Ratnakar Bank Limited

आईएफएससी / IFSC :RATN0000100

शाखा / Branch : Capital Point, Baba Kharak Singh Marg, New Delhi

विकल्प के तौर पर, नोएडा/दिल्ली में देय कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास के नाम से डिमांड ड्राफ्ट भी भेजा जा सकता है।

सूची में मिलान उद्देश्य के लिए ट्रस्ट को भुगतान करते समय सदस्य का नाम और सूचकांक संख्या का उल्लेख करना महत्वपूर्ण है।

यह ध्यान में रखा जाए कि सदस्यों को व्यक्तिगत बीमा प्रीमियम की कोई अलग रसीद जारी नहीं की जाएगी क्योंकि यह एक सामूहिक चिकित्सा पॉलिसी है।

जीवन प्रमाण-पत्र सह पॉलिसी नवीनीकरण प्रपत्र का एक प्रारूप परिपत्र के साथ भेजा जा रहा है ताकि सदस्यों को इसे 28.02.2023 तक ट्रस्ट को भेजने में सुविधा हो और साथ में यदि ऐड-ऑन/टॉप-अप कवर का विकल्प चुना गया है तो वह भी भुगतान रसीद सहित संलग्न करके निम्नलिखित पते पर भेजा जाए :

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास

कृभको भवन,

ए - 10, सेक्टर - 1,

नोएडा - 201301

ईमेल: kebft@kribhco.net

सदस्यों से अनुरोध है कि फॉर्म को ध्यान से/स्पष्ट रूप से भरें और इसे डाक द्वारा उपरोक्त पते पर भेजें। इसकी स्कैन कॉपी भी ऊपर दी गई ईमेल आईडी के जरिए भेजी जाए।

सदस्य कृपया यह भी ध्यान दें कि यदि उपचार की प्रतिपूर्ति 1.00 लाख रुपये से अधिक है तो बीमा कंपनी अब पैन के लिए जोर दे रही हैं। इसे ध्यान में रखते हुए, सदस्यों को सलाह दी जाती है कि यदि पैन कार्ड स्वयं और जीवनसाथी के लिए उपलब्ध नहीं है तो वे इसे प्राप्त कर लें। दावों के भुगतान/प्रतिपूर्ति में देरी से बचने के लिए, ट्रस्ट द्वारा यह निर्णय लिया गया है कि बीमा कंपनी दावों का भुगतान सीधे सदस्यों के खातों में करेगी। इसे ध्यान में रखते हुए, सदस्यों से अनुरोध है कि कृपया दावा प्रपत्रों के साथ पैन कार्ड और रद्द चेक संलग्न करें।

इसके अलावा, मौजूदा पॉलिसी 31.03.2023 को समाप्त हो रही है, सभी सदस्यों से अनुरोध है कि वे कृपया बीमा कंपनी को जल्द से जल्द चिकित्सा दावे प्रस्तुत करें, लेकिन यदि मार्च 2023 के अंतिम पखवाड़े में खर्च किया जाता है, तो दावे 15.04.2023 तक जमा करें ताकि वर्ष के अंत / भुगतान देरी के कारण किसी भी अस्वीकृति से बचा जा सके। बीमा पॉलिसी विभिन्न बीमा कंपनियों से बोलियां/उद्धरण आमंत्रित करने के बाद ली जाती है और न्यास 01.04.2023 से बीमा कंपनी को बदल भी सकता है इसलिए 31.03.2023 के बाद किए गए व्यय के लिए व्यय का दावा वित्तीय वर्ष 2023-2024 के लिए ट्रस्ट द्वारा प्रदान की गई जानकारी के आधार पर किया जाए।

उपरोक्त सूचना/प्रपत्र न्यास की वेबसाइट पर भी उपलब्ध हैं, जिन्हें निम्नानुसार देखा जा सकता है:

वेबसाइट: kribhco.net

कर्मचारी कॉर्नर

PRMAS का चयन करें

चयन - अपनी पसंद / आवश्यकता का विकल्प

उपरोक्त आपकी जानकारी और आवश्यक कार्रवाई के लिए है।

(लक्ष्मी कांत डिंगलीवाला)

कार्यकारी सचिव

संलग्न: यथापरि।

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए - 8-10, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) - 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR - 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) - 201301
(बड़े अक्षरों में भरे)

दिनांक.....

कार्यकारी सचिव,
कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास,
ए - 8 - 10, सेक्टर 1,
नोएडा - 201 301
जिला गौतमबुद्ध नगर (उ.प्र.)

विषय: सेवानिवृत्ति के बाद चिकित्सा सहायता योजना के अंतर्गत पॉलिसी का नवीनीकरण

श्रीमान जी,
यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंजन्म तिथि..... तथा मेरे जीवनसाथी श्री/श्रीमती..... जन्म तिथि..... जीवित है और कहीं भी रोजगार नहीं कर रहे हैं। मैं / हम किसी भी प्रकार का चिकित्सा लाभ वर्तमान नियोक्ता या अन्य किसी स्रोत से नहीं ले रहे हैं।

आपसे निवेदन है कि मेरी तथा मेरे जीवनसाथी की बीमा पॉलिसी को वर्ष **2023-24** के लिए नवीनीकरण करवायें ताकि हमें बीमा लाभ मिलना जारी रहे।

इसके अलावा, मैं 3.00 लाख रुपये के टॉप-अप कवर का विकल्प चुनना चाहता / चाहती हूँ। (हां / नहीं)।

भुगतान विवरण यदि आप 3 लाख रुपये का अतिरिक्त कवरेज प्राप्त करना चाहते हैं।

यू.टी. आर नंबर	दिनांक	राशि (रूपए)	बैंक / शाखा

नोट: धन / राशि ट्रांसफर करते समय नाम / इंडेक्स नंबर का उल्लेख किया जाना चाहिए। इस पत्र के साथ यूटीआर की एक प्रति संलग्न की जानी है।

धन्यवाद सहित,
भवदीय,

हस्ताक्षर :
नाम :
पता :
मोबाईल नम्बर : स्वयं का :
जीवनसाथी का : ई. मेल आई डी (In capital letter)
इन्डैक्स न. : स्वयं का : जीवनसाथी का :

कृभको कर्मचारी हितकारी निधि न्यास
KRIBHCO EMPLOYEES BENEVOLENT FUND TRUST
मुख्यालय : ए - 8-10, सेक्टर 1, नोएडा, जिला गौतम बुध नगर (उत्तर प्रदेश) - 201301
HEAD OFFICE: A-8-10, SECTOR - 1, NOIDA, DISTT. GAUTAM BUDH NAGAR (UP) - 201301
(FILLED IN CAPITAL LETTER)

Date

Executive Secretary,
KRIBHCO Employees Benevolent Fund Trust,
A - 8 - 10, Sector -1,
NOIDA - 201301
Distt: Gautam Budh Nagar (U.P.)

Sub: Renewal of the Policy under the Medical Assistance Plan after Retirement

Dear Sir,

This is to certify that Idate of birth and my spouse Mr./ Mrs. date of birth are alive and not employed / doing job anywhere. I/ we have not taken any sort of medical benefits from current employer or any other source.

You are kindly requested to renew mine as well as my spouse insurance policy for the year **2023-24** so that we continue to get the insurance benefits.

Further, I wish to opt for Top-Up Cover of Rs. 3.00 Lakh only. (YES / NO).

Payments details if you wish to avail additional coverage of Rs. 3 lakh.

UTR No.	Date	Amount (Rupees)	Bank / Branch

Note: Name / Index Number to be mentioned while transferring amount/funds. A copy of UTR is to be attached with this letter.

Thanking you,

Yours truly,

Signature :
Name :
Address :
Mobile Number Self : Spouse :
Email ID (In capital letter)
Index No. Self : Spouse :