



Ref. No. B.U./Fin/Sectt/Medicaid /2022/105 Date : 05.03.2022

Notice

As decided in the meeting of the Medicaid Committee, which was held in a blended platform on 5th March,2022 at 12 : 00 hrs, this is to inform that those policy holder(s) who are desirous to continue the existing group insurance policy with NIC by paying premium amount asked by NIC (premium amount alongwith policy number & name enclosed) for the period 31.03.2022 to 30.03.2023, are requested to submit the signed consent form in the prescribed format as enclosed before Medicaid Section , Finance Department by 15th March,2022, at 5 pm. If no signed 'consent form' from any existing policyholder(s) reached before Medicaid Section , Finance Department by 15th March,2022, at 5 pm it will be assumed that policyholder(s) have not given his/her consent in renewal of his/her relationship with NIC under such scheme.

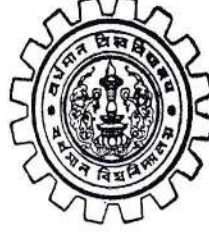
Last date submission of 'Consent Form' for renewal of existing policy at the rate proposed by NIC : 15.03.2022 by 5 pm.

Submission details:

- 1 .One copy of photo, birth certificate Copy of Aadhar card and PAN
2. Consent Form
2. Premium amount claimed by NIC

Finance Department, The University of Burdwan

বর্ধমান বিশ্ববিদ্যালয়



গুচ্ছ স্বাস্থ্যবীমা প্রকল্প বিভাগ
অর্থ দপ্তর
বর্ধমান বিশ্ববিদ্যালয়

-বিজ্ঞপ্তি-

এতদ্বারা বর্ধমান বিশ্ববিদ্যালয়ের সকল স্তরের কর্মচারী ও অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারীদের এবং গ্রুপ ইনসিওরেন্স প্রকল্পের আওতাভুক্ত সদস্যদের জানানো যাইতেছে যে-----

- ১)যারা নতুনভাবে গ্রুপ ইনসিওরেন্স এর সদস্যপদ - 'ন্যাশানাল ইনসিওরেন্স কোম্পানী, দুর্গাপুর' - এর মাধ্যমে গ্রহণ করতে ইচ্ছুক অথবা নবীকরণ, পরিবর্ধন, সংশোধন করতে চান। তাদের অবশ্যই আগামী ১৫/০৩-২০২২ তারিখের মধ্যে বিশ্ববিদ্যালয়ের গ্রুপ ইনসিওরেন্স বিভাগে জানাতে হবে।
- ২)নতুন অর্ন্তভুক্তি সংশোধন, নবীকরণ, সংযোজন ফর্ম বিশ্ববিদ্যালয়ের ওয়েবসাইট বা গ্রুপ ইনসিওরেন্স দপ্তর থেকে সংগ্রহ করতে হবে।
- ৩) নতুন অর্ন্তভুক্তি সংশোধন, সংযোজন করতে চান তাদের ১ কপি পাসপোর্ট ফটো, জন্ম তারিখের প্রমাণপত্র, আধার কার্ড ও প্যান কার্ডের নকলসহ গ্রুপ ইনসিওরেন্স বিভাগে জানাতে হবে।
- ৪) যে সব অবসরপ্রাপ্ত কর্মী ন্যাশানাল ইনসিওরেন্স কোম্পানী, দুর্গাপুর শাখার মাধ্যমে পলিসি করেছেন তারা অবশ্যই মেডিক্লেম দপ্তর থেকে প্রিমিয়াম জেনে বিশ্ববিদ্যালয়ের S.B.I. A/c No. 30011412523, IFSC NO. SBIN0002033 তে নিজের ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট থেকে transfer অথবা NEFT / Internet Banking করে দেবেন অথবা বিশ্ববিদ্যালয়ের ক্যাশ কাউন্টারে নগদ জমা দেবেন এবং রশিদ মেডিক্লেম দপ্তরে জমা দেবেন। অনথ্যায় পলিসি নবীকরণ হবে না।
- ৫) নবীকরণ ফর্ম জমা না করলে পলিসি থেকে নাম বাদ যাবে।

অর্থ দপ্তর
বর্ধমান বিশ্ববিদ্যালয়

In service

To
The Finance Officer
The University of Burdwan

Sub : Inclusion/Exclusion of myself/family members/both under NIC Durgapur
Group Insurance Scheme for the period (~~2020-2021~~) (2022-2023)

Sir,

I will be very grateful to you if you kindly include me/family members/both under NIC Durgapur Group Insurance scheme for the period (~~2020-2021~~) as detailed below.
(2022-2023)

1. Name of the proposer (in Capital) :
2. Designation :
3. P. F. No. :
4. Department :
5. Existing sum assured :
6. Proposed sum assured :
7. Contact No. :
8. Details of family members :

SL. NO.	NAME (IN CAPITAL)	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP (IN CAPITAL)	SEX
			SELF	

The necessary premium may be deducted from my salary as per norms.

Thanking you,

Yours faithfully,

Enclo :

03/SBUP./199A/2020/1000x2/Finance/Mediclaim-2

FOR PENSIONER

To
The Finance Officer
The University of Burdwan

Sub : Inclusion/Exclusion of myself/family members/both for
Group Insurance Scheme for the period (~~2020-2021~~) (2022-2023)

Sir,

I will be very grateful to you if you kindly include me/family members/both under NIC
Durgapur Group Insurance scheme for the period (~~2020-2021~~) (2022-2023) as detailed below.

1. Name of the proposer(in Capital) :
2. P.P.O. No. :
3. Existing sum assured :
4. Proposed sum assured :
5. Contact No. :
6. University Challan No _____ dated _____ Amount (Rs.) _____

7. Details of family members :

SL. NO.	NAME (IN CAPITAL)	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP (IN CAPITAL)	SEX

Thanking you,

Yours faithfully,

Enco :

03/SBUP./199B/2020/1000x2/Finance/Mediclaim-2