

HO: BR:112: 7226

02nd September 2020

Notice To All Staff Members Retired During The Current Policy Expiring on 30th September, 2020 For Inclusion Under IBA Retirees Group Medical Insurance Policy

Dear Sir/ Madam,

The employees who have retired on or after 1st October 2019 and those who are retiring up to 30th September 2020 and spouse of those deceased employees during the above mentioned period are covered under the existing Medical Insurance Policy for Bank (serving) employees & their dependent family members till **30.09.2020 only**. The IBA Retirees Medical Policy is from November to October, thus there is a gap of one month, that is October. Hence, the above retirees/ spouse of deceased retirees needs to cover themselves for one month under **IBA Retirees Medical Insurance Policy i.e.01/10/2020 to 31/10/2020**.

For this the said groups of retired/ to be retired employees/ spouse of deceased employees have to fill the option form **Annexure A** and forward/ submit to medicalinsurance.ho@bankofbaroda.com with subject **"Option EC No."** or to his/ her respective Branch **before 12.09.2020**.

Please ensure that the eligible retirees / spouse of deceased employees maintain sufficient balance in their pension/saving account (account mentioned in the option cum consent form) for debiting on **15.09.2020**.

The Pro Rata premium amount for one month is as under;

Option I (Without Domiciliary Coverage)					
Cadre	Annual Premium (Rs)	Sum Insured (Rs.)	Pro- Rata Premium for one month without GST (Rs)	GST @18%	Total Premium
Officer	28130	400000	2383	429	2812
Award Staff	21099	300000	1787	322	2109

Option II (With Domiciliary Coverage)					
Cadre	Annual Premium (Rs)	Sum Insured (Rs.)	Pro- Rata Premium for one month without GST (Rs)	GST @18%	Total Premium
Officer	69808	400000	5913	1064	6977
Award Staff	52359	300000	4435	798	5233

If sufficient balance is not available on 15th Sept. 2020, he/ she will be not be shifted to Retired Policy in 1st Oct 2020 and he/ she would be out of the policy.

Please note, we will not entertain further any request for inclusion for coverage of one month under current retirees policy after 15th September 2020.

We are enclosing herewith the following forms in PDF Format.

1. Annexure "A": Option cum Consent for Inclusion under Retirees' Group Medical Insurance Policy





Branches are advised to forward the Annexure "A" only to Email Id medicalinsurance.ho@bankofbaroda.com on/ before 12/09/2020 with subject "Option EC No." and do not debit retirees account at their end.

Department/ Branches are requested to convey the retirees and also display the same at their Notice Board.

(S Kannan)
Head- HRCPC & Terminal Benefits

CC To:- The Zonal Manager/ Regional Manager/ Department Head/HR Officer (ZO/RO)/
Branch Manager, Bank of Baroda

Form cum Consent for Inclusion under Retirees' Group Medical Insurance Policy – for the month of October only

To
The Head – HRCPC & Terminal Benefits
Bank of Baroda

Re.: Inclusion under Retirees' Group Medical Insurance Policy- Domiciliary/ Without Domiciliary

Dear Sir,

1. Empl. Code:
2. Full Name:
3. Cadre at the time of Retirement/ Cessation of service:- **Officer/ Clerk/ Subordinate Staff**
4. Account No.:.....
5. IFSC Code:- Branch Name:
6. Contact No.:
7. Email Id:
8. Communication Address:
.....
.....
..... Pin.....
9. Option for Retiree:-
Option I:- "Without Domiciliary Cover" ()
Option II:- " With Domiciliary Cover" ()

I hereby give my consent for inclusion under Retirees' Group Medical Insurance Policy for cover **with domiciliary/ without domiciliary** option and authorize the bank to recover the insurance premium for the month of October 2020, i.e. 01st Oct 2020 to 31st Oct 2020 as decided by the Insurance Company, by debiting my above account.

I agree and abide by the terms & conditions of inclusion under policy.

I am furnishing the details of myself and my spouse hereunder:

Particulars	Full Name	Date of Birth (DDMMYYYY)	Gender (M/ F)	Premium Amt. (Domi/ Without Domi)
Self				
Spouse				

Place:

Signature:

Date:

Name of the Retiree:

एचओ:बीआर:112:7226

दिनांक: 02 सितंबर 2020

दिनांक 30 सितंबर, 2020 को समाप्त होने वाली मौजूदा पॉलिसी के दौरान सेवानिवृत्त होने वाले सभी स्टाफ सदस्यों को आईबीए सेवानिवृत्त समूह चिकित्सा बीमा पॉलिसी के अंतर्गत शामिल करने हेतु सूचना

प्रिय महोदय/ महोदया,

ऐसे कर्मचारी जो दिनांक 1 अक्टूबर 2019 को या उसके बाद सेवानिवृत्त हुए हैं और जो दिनांक 30 सितंबर 2020 तक सेवानिवृत्त हो रहे हैं और उपर्युक्त अवधि के दौरान उन मृत कर्मचारियों के जीवनसाथी बैंक (सेवारत) कर्मचारियों और उनके आश्रित परिवार के लिए मौजूदा चिकित्सा बीमा पॉलिसी के तहत केवल 30.09.2020 तक कवर हैं. आईबीए सेवानिवृत्त चिकित्सा पॉलिसी नवंबर से अक्टूबर तक है, अतः एक महीने अर्थात् अक्टूबर का अंतर है. अब उपर्युक्त सेवानिवृत्त/ मृत कर्मचारियों के जीवनसाथी को एक महीने अर्थात् 01/10/2020 से 31/10/2020 के लिए आईबीए सेवानिवृत्त चिकित्सा बीमा पॉलिसी के तहत स्वयं को कवर करने की आवश्यकता है.

इसके लिए सेवानिवृत्त/ सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों/ मृत कर्मचारियों के जीवनसाथी के समूहों को अनुलग्नक ए विकल्प फॉर्म भरना होगा और 12.09.2020 से पहले शीर्षक "विकल्प क.कू. सं." के साथ medicalinsurance.ho@bankofbaroda.com पर या अपनी संबंधित शाखा को प्रेषित/ प्रस्तुत करना होगा.

कृपया सुनिश्चित करें कि पात्र सेवानिवृत्त कर्मचारी/ मृत कर्मचारियों के जीवनसाथी दिनांक 15.09.2020 को नामे करने हेतु अपने पेंशन/ वचत खाते (विकल्प सह सहमति फॉर्म में उल्लिखित खाता) में पर्याप्त शेष राशि बनाए रखें.

एक महीने के लिए आनुपातिक प्रीमियम राशि निम्नानुसार है;

विकल्प I (अधिवास उपचार कवरेज के बिना)						
संवर्ग	वार्षिक प्रीमियम (रु.)	बीमाकृत राशि (रु.)	जीएसटी के बिना एक माह के लिए आनुपातिक प्रीमियम (रु.)	जीएसटी @18%	कुल प्रीमियम	
अधिकारी	28130	400000	2383	429	2812	
अवार्ड स्टाफ	21099	300000	1787	322	2109	

विकल्प II (अधिवास उपचार कवरेज के साथ)						
संवर्ग	वार्षिक प्रीमियम (रु.)	बीमाकृत राशि (रु.)	जीएसटी के बिना एक माह के लिए आनुपातिक प्रीमियम (रु.)	जीएसटी @18%	कुल प्रीमियम	
अधिकारी	69808	400000	5913	1064	6977	
अवार्ड स्टाफ	52359	300000	4435	798	5233	

Handwritten signature

Handwritten signature

15 सितंबर 2020 को पर्याप्त शेष राशि उपलब्ध नहीं होने पर 1 अक्टूबर 2020 को सेवानिवृत्त पॉलिसी में शिफ्ट नहीं किया जाएगा और वे पॉलिसी से बाहर हो जाएंगे.

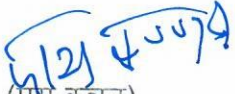
कृपया नोट करें कि हम 15 सितंबर 2020 के बाद मौजूदा सेवानिवृत्त पॉलिसी के तहत एक महीने के कवरेज के लिए शामिल किए जाने हेतु किसी भी अनुरोध को स्वीकार नहीं करेंगे.

हम पीडीएफ फॉर्मेट में निम्नलिखित फॉर्मों को इसके साथ संलग्न कर रहे हैं.

1. अनुलग्नक "ए": सेवानिवृत्त कर्मचारियों हेतु समूह चिकित्सा बीमा पॉलिसी के तहत शामिल करने के लिए विकल्प सह सहमति फॉर्म

शाखाओं को सूचित किया जाता है कि अनुलग्नक 'ए' को "विकल्प क.कू. सं." शीर्षक के साथ दिनांक 12.09.2020 तक या उससे पहले केवल ई-मेल आईडी medicalinsurance.ho@bankofbaroda.com पर भेजें और अपनी ओर से सेवानिवृत्त कर्मचारियों के खाते से नामे नहीं करें.

विभागों/ शाखाओं को सूचित किया जाता है कि सेवानिवृत्त कर्मचारियों को सूचित करें और इसे अपने नोटिस बोर्ड पर भी प्रदर्शित करें.


(एस कन्नन)

प्रमुख-एचआरसीपीसी एवं सेवान्त लाभ

प्रतिलिपि : अंचल प्रमुख/ क्षेत्रीय प्रबन्धक/ विभाग प्रमुख/ मानव संसाधन अधिकारी (अंचल/ क्षेत्रीय कार्यालय)/
शाखा प्रबन्धक, बैंक ऑफ़ बड़ौदा

सेवानिवृत्त समूह चिकित्सा बीमा पॉलिसी के अंतर्गत शामिल करने हेतु फॉर्म सह सहमति - केवल अक्तूबर माह के लिए

प्रति,

प्रमुख- एचआरमीपीसी एवं सेवान्त लाभ
बैंक ऑफ़ बड़ौदा

विषय: सेवानिवृत्त समूह चिकित्सा बीमा पॉलिसी के अंतर्गत शामिल करना- अधिवास उपचार / बिना अधिवास उपचार
प्रिय महोदय/महोदया,

1. क्र.कू:
2. पूरा नाम :
3. सेवानिवृत्ति/ सेवा समाप्ति के समय संवर्ग :- अधिकारी / लिपिक / अधीनस्थ स्टाफ
4. खाता संख्या :-
5. आईएफ़एससी कोड:- शाखा का नाम:
6. संपर्क सं. :
7. ईमेल आईडी :
8. पत्राचार का पता :
.....
.....
.....पिन.....
9. सेवानिवृत्ति के लिए विकल्प :-
विकल्प I:- "बिना अधिवास उपचार कवर के" ()
विकल्प II :- "अधिवास उपचार कवर के साथ" ()

मैं एतद्वारा सेवानिवृत्त समूह चिकित्सा बीमा पॉलिसी के तहत बिना अधिवास उपचार कवर/ अधिवास उपचार कवर विकल्प के साथ शामिल करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ और कंपनी द्वारा लिए गए निर्णय अनुसार अक्तूबर 2020 अर्थात् 01 अक्तूबर 2020 से 31 अक्तूबर 2020 तक के लिए मेरे खाते को नामे कर इंश्योरेंस प्रीमियम वसूल करने के लिए बैंक को अधिकृत करता/करती हूँ. मैं इस पॉलिसी के तहत शामिल होने के लिए नियम एवं शर्तों का पालन करूंगा/करूंगी.

मैं अपना और अपने पति/पत्नी के विवरण निम्नानुसार दे रहा/रही हूँ:

विवरण	पूरा नाम	जन्म की तारीख (दिन-माह-वर्ष)	लिंग (पू./स्त्री)	प्रीमियम राशि (अधिवास उपचार / बिना अधिवास उपचार)
स्वयं				
पति/पत्नी				

स्थान:

हस्ताक्षर:

तारीख:

सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम: