राज्य कार्यक्रम प्रबंधक इकाई,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0।

पत्र संख्याः 209/SPMU/NHM/HR/2024-25/2326
दिनांक 24-07-2024

कार्यालय–ज्ञाप

विषयः राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत कार्यरत संविदा कर्मचारियों के ग्रुप टर्म इंश्योरेंस योजना के सम्बन्ध में।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) उत्तर प्रदेश के अन्तर्गत संविदा के आधार पर कार्यरत संविदा कर्मचारियों हेतु भारतीय जीवन बीमा निगम के माध्यम से 30(तीस) लाख रुपये का ग्रुप टर्म बीमा योजना (मृत्यु लाभ) लागू की गयी है।

इस योजना के दिशा–निर्देश निम्नवत् हैं:–

1. **प्रभावी तिथिः–** ग्रुप टर्म इंश्योरेन्स योजना की प्रभावी तिथि 27.03.2024 है।
2. **उद्देश्यः–** इस योजना का उद्देश्य राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत राज्य मण्डल व जनपद स्तर पर कार्यरत संविदाकर्मी की सेवा के दौरान मृत्यु की स्थिति में उनके परिवार की मदद के लिये बीमा कवर प्रदान करना है।
3. **बीमा का प्रारम्भः–**यह बीमा योजना एक योग्य सदस्य के संबंध में बीमा प्रदान करेगी। जिसे राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के द्वारा बीमित सदस्य के रूप में स्वीकार किया गया हों।
4. **लाभः–**
   I. मृत्यु लाभ इस बीमा योजना के तहत देय बीमा राशि (Sum assured)हैं और लाभ सेवाओं से पृथक होने से पहले सेवा के दौरान किसी कर्मी की मृत्यु की स्थिति में ही देय होगा।
   II. मृत्यु लाभ पात्र कर्मी के लिये देय होगा।
5. **पात्रताः–** इस योजना में पात्रता निम्नानुसार होगी–
   I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत सीधी भर्ती प्रक्रिया के माध्यम से चयनोपरान्त राज्य, मण्डल एवं जनपदों में संविदा पर कार्यरत संविदा कर्मी जिनका अनुबन्ध राज्य स्वास्थ्य समिति/जिला स्वास्थ्य समिति के साथ है।
   II. बिन्दु संख्या–1 में उल्लिखित संविदा कर्मी जो मानव संपदा पोर्टल पर पंजीकृत हैं और जिनकी आयु 18 से कम तथा 65 वर्ष से अधिक नही हैं।
   III. बीमा योजना लागू होने वाले माह के बाद प्रत्येक माह की 20 तारीख तक मानव सम्पदा पोर्टल पर पंजीकरण वाले व्यक्ति/कर्मी का नाम, पद, जन्मतिथि, नियुक्ति की तारीख विभागाध्यक्ष/नोडल के द्वारा राज्य स्तर पर सूचना उपलब्ध करानी होगी, जिसे पिछले माह के दौरान राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत संविदा सेवा में नियुक्त किया गया हो, तभी वह कर्मी बीमा योजना का सदस्य बनने के लिये पात्र होगा। **प्रारूप–A**
   IV. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत आऊटसोर्स, Temporary HR, कोविड स्कीम में कार्यरत कर्मी एवं किसी अन्य संस्था/विभाग के माध्यम से कार्यरत संविदा कर्मी तथा 65 वर्ष की आयु से अधिक आयु के कोई संविदा कर्मी को इस योजना के पात्र नहीं होगें।
   V. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत कार्यरत राज्य की नियमित सेवा के कर्मी इस योजना के पात्र नहीं होगे।
6. **नामांकनः–**
   I. विभागाध्यक्ष प्रत्येक कर्मचारी से एक नामिनी प्राप्त करेगा, सेवा के दौरान उस कर्मचारी की मृत्यु की स्थिति में नामित व्यक्ति को इस बीमा योजना के अन्तर्गत मृत्यु दावा देय होगा।

II. यदि नामांकन करते समय किसी कर्मी का कोई परिवार हैं तो उसे नामांकन केवल अपने परिवार के किसी सदस्य के पक्ष में ही करना होगा।

III. बीमा योजना के अन्तर्गत आने वाला कोई भी कर्मी किसी भी समय विभागाध्यक्ष को उपरोक्त नामांकन के क्लॉज के अनुसार किये गये नवीन नामाकंन के साथ नोटिस भेजकर पूर्व नामांकन रद्द कर सकता है। प्राप्त नामाकंन पर विभागाध्यक्ष द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किये जायेगें तथा मानव सम्पदा पोर्टल पर उक्त नवीन नामाकंन की प्रविष्टि करनी/करानी होगी।

IV. नामांकन/नवीन नामांकन कराने वाले कर्मी का उत्तरदायित्व होगा कि वह सुनिश्चित करे कि उसके द्वारा किये गये नामांकन/नवीन नामांकन की प्रविष्टि मानव सम्पदा पोर्टल पर कर ली गयी है।

7. सूचनाः–

I. किसी पात्र कर्मी की मृत्यु की सूचना, ऐसी घटना के घटित होने के 30 दिनों के अन्दर लिखित रूप से विभागाध्यक्ष को प्राप्त करायी जानी चाहिये।

II. नामिनी द्वारा मृत्यु की सूचना की तारीख से 90 दिनों के अन्दर मृत्यु दावा से सम्बन्धित समस्त दस्तावेज जनपद पर उपलब्ध कराने होगें तत्पश्चात जनपद द्वारा राज्य स्तर पर 15 दिनों के अन्दर सत्यापित सभी दस्तावेज उपलब्ध कराना अनिवार्य है। किन्तु नियंत्रण से परे कारणो से मृत्यु की सूचना या दस्तावेजों के साथ दावा जमा करने में देरी को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 द्वारा माफ किया जा सकता है।

8. दावा (क्लेम) प्रस्तुत करने की प्रक्रियाः

किसी संविदाकर्मी की मृत्यु होने की स्थिति में बीमा योजना के अन्तर्गत दावा (क्लेम) प्रस्तुत करने के लिए निम्नलिखित दस्तावेज उपलब्ध कराने होंगेः–

(क) पूर्ण दावा प्रपत्र (Complete Claim Form)। (प्रति संलग्न में ✔ अनिवार्य)

(ख) ऑनलाइन पंजीकृत मृत्यु प्रमाण पत्र की मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक द्वारा प्रमाणित प्रति।

(ग) मानव सम्पदा पोर्टल पर उपलब्ध सेवा–पुस्तिका की मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक द्वारा प्रमाणित प्रति।

(घ) मृतक संविदा कर्मी और बीमा लाभ के दावेदार दोनों के आधार कार्ड और बैंक पासबुक की मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक द्वारा प्रमाणित प्रति।

9. सत्यापन प्रक्रियाः–प्रारूप–B

(क)जनपद स्तरीय कर्मचारीः–

जनपद स्तर पर कार्यरत पात्र संविदा कर्मी के सम्बन्ध में बीमा योजना के अधीन किसी दावे की स्थिति में समस्त दस्तावेजों/जानकारी की जॉच व परीक्षण उपरान्त सभी आवश्यक दस्तावेजों की सत्यापित प्रति के साथ पूर्ण दावा प्रपत्र स्पष्ट संस्तुति सहित राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को ससमय उपलब्ध कराना मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक का उत्तरदायित्व होगा।

(ख)मंडल स्तरीय कर्मचारीः–

मंडल स्तर पर कार्यरत पात्र संविदा कर्मी के सम्बन्ध में बीमा योजना के अधीन किसी दावे की स्थिति में समस्त दस्तावेजों/जानकारी की जॉच व परीक्षण उपरान्त सभी आवश्यक दस्तावेजों की सत्यापित प्रति के साथ पूर्ण दावा प्रपत्र स्पष्ट संस्तुति सहित राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को ससमय उपलब्ध कराना अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, उ0प्र0का उत्तरदायित्व होगा।

(ग)राज्य स्तरीय कर्मचारीः–

राज्य स्तर पर कार्यरत पात्र संविदा कर्मी के सम्बन्ध में बीमा योजना के अधीन किसी दावे की स्थिति में पूर्ण दावा प्रपत्र एवं सम्बन्धित समस्त दस्तावेजों/जानकारी की जॉच व परीक्षण

उपरान्त ससमय निस्तारण की कार्यवाही कराना राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के मानव संसाधन अनुभाग के नोडल(नामित) का उत्तरदायित्व होगा।

10. अन्य निर्देशः–

I. ग्रुप टर्म इंश्योरेंस योजना के ससमय दावों के निस्तारण हेतु मण्डल स्तर नोडल संयुक्त निदेशक एवं सह–नोडल मण्डलीय कार्यक्रम प्रबन्धक, एन0एच0एम0 तथा जनपद स्तर पर नोडल अपर मुख्य चिकित्साधिकारी एवं सह–नोडल जिला कार्यक्रम प्रबन्धक, एन0एच0एम0 नामित किये जायेगे जिसकी सूचना राज्य स्तर संलग्न **प्रारूप–C** पर प्रेषित की जायेगी।

II. यह सुनिश्चित करना कर्मी की जिम्मेदारी होगी कि उसके द्वारा प्रदान की गयी सभी व्यक्तिगत जानकारी सही है।

III. बीमा पॉलिसी के तहत उपलब्ध लाभ का कोई हिस्सा बीमित सदस्य या नामांकित व्यक्ति द्वारा एसाइनमेन्ट या भार के अधीन नहीं होगा या उसके या उनके लेनदारो, ऋण अनुबन्ध या अटैचमेन्ट के अधीन नहीं होगा।

IV. बीमा योजना के तहत किसी नॉमिनी का चयन न किये जाने की दशा में या चयनित नॉमिनी की मृत्यु बीमा योजना के लाभ का भुगतान होने से पूर्व होने पर बीमा योजना के अन्तर्गत मृत्यु लाभ मृतक कर्मी के उत्तराधिकारी अथवा उत्तराधिकार प्रमाण–पत्र धारक को जैसा भी मामला हो देय होगा।

V. विभागाध्यक्ष/नोडल के द्वारा जो कर्मी किन्ही कारणो से सेवा से पृथक हो जाते है उनका सम्पूर्ण विवरण मानव सम्पदा पोर्टल से पंजीकरण निरस्त कराये जाने हेतु राज्य कार्यक्रम प्रबधन इकाई को प्रत्येक माह की 20 तारीख तक उपलब्ध कराया जाना होगा। **प्रारूप–D**

VI. बीमा पॉलिसी के वास्तविक कार्यान्वयन में यदि किसी प्रावधान की व्याख्या के संबंध में कोई संदेह उत्पन्न होता है या किसी प्रावधान/बिन्दु पर स्पष्टीकरण की आवश्यकता होती है तो मामले को टर्म ग्रुप इंश्योरेन्स समिति, राज्य कार्यक्रम प्रबन्धन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के समक्ष भेजा जा सकता है, जिसका निर्णय अन्तिम होगा।

VII. राज्य/मण्डल/जनपद स्तर नोडल अधिकारी द्वारा अपने अधीन समस्त संविदाकर्मी को उपरोक्त दिशा–निर्देशों को नोटिस–बोर्ड/प्रति के माध्यम से अवगत कराना होगा।

VIII. ग्रुप टर्म इंश्योरेंस योजना संबंधित समस्त अभिलेख/पत्राचार ईमेल आई0डी0–nhmgroupterminsurance@gmail.com पर करना सुनिश्चित करें।

IX. संविदा कर्मचारियों के ग्रुप टर्म इंश्योरेंस योजना संबंधित किसी जानकारी हेतु टोल–फ्री नंबर **"104"** पर संपर्क किया जा सकता है।

तदानुसार उपरोक्त निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित किया जायेगा ताकि दावों के निस्तारण की प्रक्रिया को शीघ्रता से संपादित किया जा सकें। इसके अतिरिक्त यह भी सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि दावा अग्रेषित करते समय सभी आवश्यकताएं पूर्ण कर ली गयी है तथा तत्परता के साथ जांच/परीक्षण किया गया है।

संलग्नक–उपरोक्तानुसार।

Pinky
(डॉ0 पिंकी जोवल)
मिशन निदेशक

पत्र संख्याः 209/SPMU/NHM/HR/2024-25/ तद्दिनांक

प्रतिलिपिः निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :–

1. प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश शासन, लखनऊ।
2. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0।
3. महानिदेशक, परिवार कल्याण, उ0प्र0।

4. महानिदेशक, प्रशिक्षण, महानिदेशालय, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0।
5. अपर मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0।
6. वित्त नियंत्रक, समस्त महाप्रबंधक/विभागाध्यक्ष एवं अधिशासी अभियन्ता, राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0।
7. महाप्रबंधक–मानव संसाधन/एम0आई0एस0/प्रोक्योरमेन्ट, राज्य कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को इस आशय से प्रेषित है कि उपरोक्त का अनुपालन समस्त जनपद/मण्डल में होना सुनिश्चित करें।
8. समस्त अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 को इस आशय से प्रेषित है कि उपरोक्त का मण्डल में अनुपालन कराना सुनिश्चित करें।
9. समस्त जिलाधिकारी/अध्यक्ष, जिला स्वास्थ्य समिति, उ0प्र0।
10. समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक, जिला स्वास्थ्य समिति उ0प्र0 को इस आशय से प्रेषित है कि उपरोक्त का अनुपालन जनपदों में कराना सुनिश्चित करें।
11. समस्त मण्डलीय कार्यक्रम प्रबंधक, मण्डलीय कार्यक्रम प्रबंधन इकाई को निर्देशित किया जाता हैं कि मण्डल के अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 से समन्वय स्थापित कर उपरोक्त का अनुपालन मण्डल में कराना सुनिश्चित करें।
12. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, उ0प्र0 को निर्देशित किया जाता हैं कि जनपद के मुख्य चिकित्साधिकारी/संयोजक से समन्वय स्थापित कर उपरोक्त का अनुपालन जनपद में कराना सुनिश्चित करें।
13. समस्त जिला लेखा प्रबंधक/जिला डाटा कम लेखा सहायक, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई, उ0प्र0।
14. समस्त ब्लॉक कार्यक्रम प्रबंधक, ब्लॉक कार्यक्रम प्रबंधन इकाई उ0प्र0।

(डॉ0 पिंकी जोवल)
मिशन निदेशक

प्रारूप–A

नवनियुक्ति संविदा स्टाफ के योगदान की सूचना का प्रारूप

मण्डल / जनपद का नाम–

क्र0सं0	संविदाकर्मी का नाम	पिता का नाम	जन्म तिथि	मोबाइल न0	पदनाम	योगदान की तिथि	किस कार्यक्रम में चयनित है	मानव सम्पदा कोड

हस्ताक्षर

सह–नोडल/मण्डलीय/जिला कार्यक्रम प्रबन्धक

हस्ताक्षर

नोडल/संयुक्त निदेशक/अपर मुख्य चिकित्साधिकारी

हस्ताक्षर

मण्डलीय अपर निदेशक/मुख्य चिकित्साधिकारी

प्रारूप–B

राज्य/मण्डल/जनपद द्वारा प्रमाण–पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मृतक..पिता/पत्नी/पति...निवासी....... ....जनपद एवं राज्य....................के निवासी था/थी। मृतक मेरे जनपद में कार्यक्रम..............................में पद.......................... ....पर मण्डल /जनपद/ब्लाक ....में दिनॉक................से कार्यरत था/थी। मृतक का मानव सम्पदा कोड......... ....है। मृतक के ग्रुप टर्म इंश्योरेन्स पालिसी के दावे से सम्बन्धित समस्त अभिलेखों/दस्तावेजों को मेरे द्वारा परीक्षण कर सत्यापित किये गये है, जोकि मेरी जानकी में सही एवं सत्य है।

अतः मृतक के ग्रुप टर्म इंश्योरेन्स पालिसी के दावे हेतु अग्रिम कार्यवाही की संस्तुति की जाती है।

हस्ताक्षर

सह–नोडल/मण्डलीय/जिला कार्यक्रम प्रबन्धक

हस्ताक्षर

नोडल/संयुक्त निदेशक/अपर मुख्य चिकित्साधिकारी

हस्ताक्षर

अपर मिशन निदेशक/मण्डलीय अपर निदेशक/मुख्य चिकित्साधिकारी

Scanned with OKEN Scanner

प्रारूप–C

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 के अन्तर्गत लागू ग्रुप टर्म इंश्योरेन्स पालिसी हेतु मण्डल एवं जनपद स्तर नोडल एवं सह नोडल की सूचना प्रपत्र

मण्डल / जनपद का नाम–

क्र0सं0	विवरण	नोडल का विवरण	सह–नोडल का विवरण
1	नाम		
2	पदनाम		
3	मोबाइल नं0		
4	ईमेल आई0डी0		

हस्ताक्षर

सह–नोडल/मण्डलीय/जिला कार्यक्रम प्रबन्धक

हस्ताक्षर

नोडल/संयुक्त निदेशक/अपर मुख्य चिकित्साधिकारी

हस्ताक्षर

मण्डलीय अपर निदेशक/मुख्य चिकित्साधिकारी

प्रारूप–D

संविदाकर्मी की संविदा समाप्ति/मृत्यु की सूचना का प्रारूप

मण्डल / जनपद का नाम–

क्र0सं0	मृतक संविदाकर्मी का नाम	पिता का नाम	जन्म तिथि	मोबाइल नं0	पदनाम	योगदान की तिथि	किस कार्यक्रम में चयनित है	अन्तिम कार्यदिवस की तिथि	संविदा समाप्ति/मृत्यु की तिथि	मानव सम्पदा कोड

हस्ताक्षर

सह–नोडल/मण्डलीय/जिला कार्यक्रम प्रबंधक

हस्ताक्षर

नोडल/संयुक्त निदेशक/अपर मुख्य चिकित्साधिकारी

हस्ताक्षर

मण्डलीय अपर निदेशक/मुख्य चिकित्साधिकारी

Scanned with OKEN Scanner

भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

Life Insurance Corporation of India
Pensions & Group Schemes Unit
<Address of the P&GS Unit>
Phone nos: <Unit Phone No1>, <Unit Phone No1>
Email id:<E-mail ID>, Fax: <Fax No>

Claim Form for Non Employer-Employee Group Insurance Scheme

Part A

To be completed by the claimant

We would like to submit our claim for the Group Insurance Benefit in respect of the following Member, who died on ________. The necessary details are as given below:

1	Name of the Scheme			
2	Master Policy No			
3	Full Name of the Deceased Member			
4	LIC ID			
5	Membership No			
6	Aadhar No. of the Deceased Member			
7	Category			
8	Date of Birth			
9	Date of Entry into the Scheme			
10	Date and time of death of the Member(Original Death Certificate to be attached)		___/___/______;___.______AM/PM	
11	Cause of Death		Place of Death	
12	Amount of Sum Assured			
13	Last Premium Paid Due:		On:	
14	Mode of Payment			
15	Name of the Nominee			
	Relationship with the Member			
16	Mobile and E-mail id of the Nominee			
17	PAN NUMBER		AADHAR NUMBER	
18	Nominee's Bank Details			
	SB A/c No of Nominee (9 to 16 Characters)			
	Name of the Bank			
	Bank Branch			
	IFSC Code (11 Characters)			

I hereby declare that the answers to all the above questions are true in every respect.

Signed at ______________________ this ______ day of ______________________ 20____.

Signature of Nodal Agency/MPH:

(Signature of Claimant)

Scanned with OKEN Scanner

Part B

Certified that the replies to the above questions are correct in every respect and have been verified with the membership register kept for this purpose and that the deceased member was covered by the scheme and eligible for the benefits there under as on the date of his death

Place :
Date :

(Signature of Designated official of the nodal Agency/Master policy Holder)

Discharge Receipt

Master Policy No: ____________________

We hereby acknowledge receipt of a sum of Rs ______________ (Rupees____________________ ____________________) from The Life Insurance Corporation of India in full and final settlement of the claim and demand in respect of above mentioned claim. Further we agree and declare that upon such a payment the Corporation will be discharged of our entire claim in respect of the above insured member.

Dated at ____________________ this ______ day of ____________________ 20 .

Witness

Signature	:	____________________
Name	:	____________________
Address	:	____________________
		____________________

Please Affix a Re.1/- Revenue Stamp

Master Policy Holder

Enclosures:

a) Copy of the bank Pass Book
b) KYC documents for both deceased and nominee
c) Copy of Aadhar card/ration card/voters id/passport etc.

Scanned with OKEN Scanner