भारतीय कपास निगम लिमिटेड,

कपास भवन,
प्लॉट क्र. 3 ए, सेक्टर 10, सीबीडी बेलापुर,
नवी मुंबई

1. शीर्षक- **भारतीय कपास निगम लिमिटेड सेवानिवृत्ति पश्चात अंशदायी चिकित्सा लाभ योजना 2009** ।
2. योजना की शुरुआत - यह योजना तारीख 28.02.2009 से प्रभावी होगा और यह निगम के सभी स्थाई कर्मचारियों के लिए लागू होगा ।
3. परिभाषा: इस योजना में जब तक कि विषय अथवा संदर्भ में इसके विरुद्ध ना हो -

(क) "निगम" का आशय "भारतीय कपास निगम लिमिटेड" से है।
(ख) "योजना" का आशय "भारतीय कपास निगम सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना 2009" से है।

(ग) दीर्घकालिक बीमारी आशय निगम द्वारा घोषित दीर्घकालिक बीमारी से है जिसके लिए दीर्घकालिक उपचार की आवश्यकता होती है जैसे :-

i) कैंसर
ii) निकारक हृदय रोग
iii) मधुमेह
iv) गुर्दे का रोग (गुर्दे की विफलता)
v) अर्धांगघात के बाद अथवा अशक्त स्ट्रोक के बाद

घ) ''अस्पताल'' में भर्ती होने का आशय अंतरंग मरीज के रूप में अस्पताल में कर्मचारी के उपचार होने से है । यह अस्पताल, सरकारी अस्पताल अथवा सीजीएचएस/ आयकर अनुमोदित अस्पताल/ भारतीय कपास निगम द्वारा अनुमोदित अस्पताल होना चाहिए ।

ड.) पति-पत्नी का आशय भारतीय कपास निगम के लिए किए गए घोषणानुसार कर्मचारी की पत्नी/ पति से है ।

4. लागू होना: यह योजना तारीख 28.02.2009 से प्रभावी होगी और इसमें तारीख 28.02.2009 को अथवा इसके बाद सेवानिवृत्त होने वाले सभी स्थाई कर्मचारी शामिल होंगे । इस योजना का लाभ उन कर्मचारियों के लिए नहीं मिलेगा जो 28.02.2009 से पहले सेवानिवृत्त हो गए थे ।

5. पात्रता: कोई भी कर्मचारी भारतीय कपास निगम सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा योजना 2009 के अधीन पात्रता तभी रखेगा यदि वह निम्नलिखित शब्दों को पूरी करता हो -

क) सीएमडी और कार्यात्मक निदेशक जो या तो अधिवर्षिता की आयु पूरी करने अथवा कार्यकाल पूरा होने पर सेवानिवृत्त होते हैं ।

ख) अन्य अधिकारी और कर्मचारी जो अधिवर्षिता की आयु पूरी करने पर अथवा 28.02.2009 के बाद न्यूनतम 15 वर्ष की सेवा पूरी करने के बाद सेवानिवृत्त होते हैं ।

ग) ऐसे कर्मचारी जिसकी सेवा 5 वर्ष पूरी होने के बाद सेवा में रहने के दौरान मृत्यु हो गई हो, के मामले में उसके पति/ पत्नी को इस योजना का लाभ मिलेगा बशर्ते उसे अथवा उसके पुत्र/ पुत्री का पुनर्नियोजन नहीं किया गया हो और पति/ पत्नी पुनर्नियोजित न हो और और प्रतिमाह 5000रू. से अधिक आय/ पेंशन की राशि का आज का अर्जन न कर रहा हो अथवा उसके पुनर्नियोजित के कारण किसी अन्य चिकित्सा योजना में शामिल नहीं किया गया हो ।

(i) मृत कर्मचारियों पर पूर्णता आश्रित परंतु ऐसी घोषणा सेवा में रहने के दौरान कर्मचारी द्वारा की गई होनी चाहिए

टिप्पणी : अधिवर्षिता की आयु के अलावा अन्य कारणों जैसे त्यागपत्र देने, स्वैच्छिक सेवानिवृत्ति होने, अनुशासनिक कार्रवाई होने के कारण सेवा से बर्खास्त/ निष्कासित होने के कारण सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारी इस योजना के अधीन चिकित्सा लाभ पाने के हकदार नहीं होंगे ।

5 क. योजना के अधीन पात्रता प्राप्त करने के लिए संबंधित कर्मचारी को अधिवर्षिता की आयु पूरी करते समय सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना, 2009 के विकल्प का चयन करना चाहिए और सेवानिवृत्ति की तारीख को अथवा उससे पहले भुगतान करना चाहिए तभी संबंधित कर्मचारी के लिए यह योजना लागू होगी । प्रत्येक व्यकित (अर्थात स्वयं और उसके पति/पत्नी) के लिए) श्रेणीवार एकमुश्त भुगतान निम्नानुसार किया जाए:

(क) अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक और प्रकार्यात्मक निदेशक -10000 रु.

(ख) कार्यकारी निदेशक 9000 रु.

(ग) मुख्य महाप्रबंधक एवं महाप्रबंधक 8000 रु.

(घ) उप महाप्रबंधक, प्रबंधक एवं उप प्रबंधक 7000 रु.

(ङ) सहा .प्रबंधक/लेखा अधिकारी एवं अधिकारी प्रबंधक 6000 रु.

(च) अन्य स्टॉफ सदस्य 5000 रु.

6. प्रतिपूर्ति

योजना के अंतर्गत निम्नलिखित के प्रतिपूर्ति को शामिल किया जाएगा-

क. केवल सेवानिवृत्ति के समय दीर्घकालिक बीमारी, जिसे दीर्घकालिक बीमारी के अधीन सेवा के दौरान प्रतिपूर्ति करने की अनुमति दी गई थी, के उपचार के लिए दवाइयों की कीमत की प्रतिपूर्ति ।

ख. किसी सरकारी अस्पताल,सीजीएचएस/आयकर अनुमोदित अस्पताल में भाकनि कर्मचारियों के लिए यथा लागू शर्तों के अधीन और भाकनि के अनुमोदित दर पर अंतरंग रोगी के रूप में कराए गए उपचार की पूर्ण प्रतिपूर्ति ।

ग. किसी वित्त वर्ष के दौरान अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए अधिकतम सीमा निम्नलिखित सीमा से अधिक नहीं होगी :

अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक और प्रकार्यात्मक निदेशक	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 5 लाख रुपये
कार्यकारी निदेशक	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 4.50 लाख रुपये
मुख्य महाप्रबंधक एवं महाप्रबंधक	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 4.00 लाख रुपये
उप महाप्रबंधक, प्रबंधक एवं उप प्रबंधक	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 3.00 लाख रुपये
सहा. प्रबंधक/लेखा अधिकारी एवं अधिकारी प्रबंधक	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 2.50 लाख रुपये
अन्य स्टॉफ सदस्य	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक को 2.00 लाख रुपये

7. कार्य-प्रणाली

क) कर्मचारी को निर्धारित फार्म अर्थात रजिस्ट्रेशन फॉर्म भरके विकल्प देना चाहिए । प्रत्येक कर्मचारी को उपयुक्त पंजीयन संख्या का आबंटन किया जाएगा और फोटो पहचान कार्ड जारी किया जाएगा ।

ख) संबंधित कर्मचारी को प्रत्येक वर्ष के लिए घोषणा पत्र (अर्थात स्वयं और पति/ पत्नी के जीवित रहने का प्रमाण पत्र) देना होगा, जिसे प्रबंधक और उससे उच्चत्तर अधिकारी द्वारा अनुप्रमाणित किया जाना चाहिए और उसे अनुप्रमाणित करने वाले अधिकारी के समक्ष प्रत्यक्ष रूप से उपस्थित होना चाहिए । सेवानिवृत्त कर्मचारी अथवा उसकी पत्नी/ पति की मृत्यु होने के मामले में उसकी सूचना उस मुख्यालय एवं शाखा कार्यालय को दी जानी चाहिए जहां उसने चिकित्सा बिलों की प्रतिपूर्ति करने के लिए विकल्प दिया था ।

ग) दीर्घकालिक बीमारी के लिए प्रतिभूति दावे का फॉर्म, उपचार पूरे होने की तारीख से कम से कम 6 माह के अंदर प्रस्तुत किया जाना चाहिए । बिलों को 3 माह में एक बार अर्थात अप्रैल से जून, जुलाई से सितंबर, अक्टूबर

से दिसंबर, जनवरी से मार्च माह तक प्रस्तुत किया जाना चाहिए । संबंधित कर्मचारी को एमडी/एमएस अथवा इसके समतुल्य पाठ्यक्रम (कोर्स) में स्नातकोत्तर डॉक्टर से प्रत्येक वर्ष एक प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना आवश्यक है ताकि उपचार जारी रखा जा सके । इसके न होने पर दावे पर कोई विचार नहीं किया जाएगा ।

घ) अस्पताल में भर्ती होने के मामले में संबंधित कर्मचारी संबंधित अस्पताल को अस्पताल में भर्ती होने की राशि का भुगतान करेगा और बिल को प्रतिपूर्ति के लिए भारतीय कपास निगम को प्रस्तुत करेगा ।

ड.) दावा फॉर्म सही रूप से भरकर उसके साथ निगम के चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना के अधीन आवश्यकता के अनुसार जरूरी प्रमाण पत्र, और कैश मेमो इत्यादि प्रस्तुत किया जाना चाहिए ।

च) इस योजना के अधीन प्रतिपूर्ति के लिए बिल को निगम के शाखा कार्यालय अथवा मुख्यालय में प्रस्तुत किया जाना चाहिए इसके लिए संबंधित कर्मचारी द्वारा अधिवर्षिता के समय अपने विकल्प की सूचना दी जानी चाहिए, ऐसे दावे पर किसी अन्य शाखा द्वारा विचार नहीं किया जाएगा । प्रतिपूर्ति के लिए कार्यालय बदलना हो तो इसका अनुमोदन केवल मुख्यालय द्वारा दिया जाएगा ।

छ) संबंधित कर्मचारी को शाखा, जहां अस्पताल स्थित है, के लिए लागू दर और अनुमोदित दर के अनुसार निगम के शाखा/मुख्यालय के माध्यम से प्रतिपूर्ति की जाएगी ।

ज) अस्पताल में भर्ती होने की की पात्रता (अर्थात सेवानिवृत्ति की स्थिति एवं स्थान) अधिवर्षिता की तारीख की पात्रता के अनुसार होगी, तदनुसार अस्पताल में भर्ती होने इत्यादि के लिए सभी प्रभारों की प्रतिपूर्ति की जाएगी ।

झ) अस्पताल मैं भर्ती होने की सूचना अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के अंदर नामोद्दिष्ट अधिकारियों को दी जानी चाहिए ।

ट) धोखाधड़ी/ छलयोजित और गलत दावे प्राप्त होने के मामले में संबंधित कर्मचारी और उसकी पत्नी/ पति को योजना के अधीन भावे दावा पर प्रतिबंध लगाया जाएगा ।

ठ) दावा केवल एक ही स्त्रोत से किया जाना चाहिए और यह लाभ का स्त्रोत नहीं होना चाहिए ।

8. मान्यता प्राप्त अस्पताल में अंतरंग उपचार के संबंध में यह प्रतिपूर्ति योजना, ऐसे व्यय की सीधी प्रतिपूर्ति तब तक जारी रहेगी जब तक कि निगम द्वारा किसी आईआरडीए अनुमोदित बीमा कंपनी के माध्यम से उपयुक्त चिकित्सा बीमा की व्यवस्था नहीं की जाती । निगम, कॉर्पोरेट पॉलिसी लेगा जिसमें तारीख 28.02.2009 को अथवा इसके बाद सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारी और उसकी पत्नी/ पति शामिल होंगे । किसी जनरल इंश्योरेंस कंपनी द्वारा अपेक्षित न्यूनतम संख्या पूरी होते ही कॉरपोरेट चिकित्सा बीमा पॉलिसी की शुरुआत की जाएगी जो ऐसी ''योजना'' को लागू करता है । परंतु दीर्घाकालिक बीमारी की प्रतिपूर्ति के संबंध में प्रावधान, प्रत्यक्ष रूप से निगम द्वारा जारी रहेगा ।

****

*****

***

THE COTTON CORPORATION OF INDIA LTD.,

KAPAS BHAVAN,
PLOT NO.3A, SECTOR 10, CBD BELAPUR,
NAVI MUMBAI – 400 614.

1. Title: **THE COTTON CORPORATION OF INDIA LIMITED CONTRIBUTORY POST-RETIREMENT MEDICAL BENEFIT SCHEME, 2009.**

2. Commencement: This Scheme shall come into force with effect from 28.02.2009 and will be applicable to all the permanent employees of the Corporation.

3. Definition: In this Scheme unless there is anything repugnant in the subject or context -

(a) "Corporation" means "The Cotton Corporation of India Limited".

(b) "Scheme" means "CCI Post-retirement Medical Benefit Scheme, 2009".

(c) "Prolonged illness" means as prolonged illness declared by the Corporation which requires prolonged treatment such as-

i) Cancer
ii) Ischaemic Heart Disease
iii) Diabetes
iv) Renal Disease (Renal Failure)
v) After Hemiplegia or after Paralytic Stroke

(d) "Hospitalisation" means employee undergoing treatment in hospital as indoor patient. Hospital should be a Government Hospital or CGHS/Income Tax approved Hospital/CCI approved hospital.

(e) Spouse means wife/husband of the employee, as the case may be, as declared to CCI.

4. Applicability: The Scheme will be effective from 28.02.2009 and will cover all the permanent employees, who retire on or after 28.02.2009. The Scheme will not cover those who had retired before 28.02.2009.

5. Eligibility: An employee shall be eligible under the CCI Post-retirement Medical Benefit Scheme, 2009 if he fulfills the following -

(a) CMD and Functional Directors, who retire either on superannuation or completion of the tenure.

(b) Other Officers and Employees who retire on superannuation on or after 28.02.2009, after completion of minimum 15 years of service.

(c) In case of death of an employee while in service, who has completed 05 years of service, spouse will be eligible provided no reemployment was provided to her or son/daughter and the spouse is not employed and earning an income/pension exceeding 5,000/- p.m. or not covered in any other Medical Scheme due to his/her employment.

(i) Solely dependent on the deceased employee and such a declaration should have been made by the employee while in service.

Note: The employees who retire otherwise than on superannuation, such as resignation, voluntary retirement, removal/dismissal from service on account of disciplinary action shall not be eligible to get medical benefits under the scheme.

5.A. To be eligible under the Scheme, the concerned employee should opt for Post-retirement Medical Benefit Scheme, 2009 at the time of superannuation and has to pay a lumpsum of one time contribution on or before the date of retirement, only then the Scheme will be applicable for the employee concerned. The categorywise lumpsum payment for each (i.e. self and spouse) to be made is given as under: -

(a) CMD and Functional Directors – Rs.10,000/-
(b) Executive Director – Rs.9,000/-
(c) Chief General Manager & General Manager – Rs.8,000/-
(d) Dy. General Manager, Manager & Dy. Manager – Rs.7,000/-
(e) Assistant Manager/Accounts Officer & Officer Manager – Rs.6,000/-
(f) Other Staff Members – Rs.5,000/-

6. Reimbursement:

The Scheme will cover for reimbursement of the following –

(a) Reimbursement of the cost of medicines for prolonged illness treatment only for the diseases existing at the time of retirement, which was allowed reimbursement during service under prolong illness.

(b) Full reimbursement of treatment taken as indoor patient in a Government Hospital, CGHS/Income Tax approved Hospital/CCI approved Hospital under the terms as applicable to CCI employees and at the CCI approved rates.

(c) The maximum limit for reimbursement of hospitalization expenses during a Financial year will not exceed the following limit:

CMD & Functional Directors:	Rs.5.00 lakhs for self and spouse each
Executive Director	Rs.4.50 lakhs for self and spouse each
Chief General Manager & General Manager:	Rs.4.00 lakhs for self and spouse each
Deputy General Manager, Manager & Deputy Manager:	Rs.3.00 lakhs for self and spouse each
Assistant Manager/Accounts Officer & Office Manager:	Rs.2.50 lakhs for self and spouse each
Other Staff Members:	Rs.2.00 lakhs for self and spouse each

7. Modus Operandi:

(a) The employee has to exercise option by filling the prescribed form i.e. Registration Form. Each employee shall be allotted a suitable Registration Number and Photo Identity Card will be issued.

(b) The concerned employee has to give a declaration for each year (i.e. life certificate for self and spouse), which should be attested by Officer of the level of Manager and above and physically appear before the Certifying Officer. In case of death of retired employee or spouse, intimation should be sent to Head Office as well as to the Branch, where he/she opted for getting reimbursement of medical bills.

(c) The Claim for reimbursement should be submitted latest by 6 months from the date of completion of treatment for prolonged illness. Bills should be submitted once in 3 months i.e. April to June, July to September, October to December and January to March. The concerned employee needs to submit a certificate every year from a Doctor of post graduate status in M.D./M.S. or equivalent for continuing treatment. In absence of which, no claim will be entertained.

(d) In case of hospitalization, the employee concerned shall pay the amount of hospitalization to the concerned hospital and will submit the bill to CCI for reimbursement.

(e) Claim form should be complete in all respects and supported with necessary Certificate, Prescription and Cash Memos, etc. as required under the Medical Reimbursement Scheme of the Corporation.

(f) The Bill for reimbursement under the Scheme should be submitted to the Branch or at the Head Office of the Corporation, for which the concerned employee should intimate their option at the time of superannuation, no other Branch will entertain such claim. Any change of the office for reimbursement shall be approved by Head Office only.

(g) The reimbursement shall be made through the Branch/Head Office of the Corporation to the concerned employee, as per the rates applicable and approved rates for the Branch, where the hospital is located.

(h) The entitlement (i.e. status and place of retirement) for hospitalization shall be as per the entitlement on the day of superannuation, accordingly all charges for hospitalization, etc. shall be reimbursed.

(i) Information for hospitalization should be given within 24 hours of admission to the designated Officers.

(j) In case of finding any fraud/manipulated and false claims, the concerned employee and spouse shall be barred for future claim under the scheme.

(k) The claim should be from one source only and should not be a source of profit.

8. This reimbursement scheme pertaining to indoor treatment in recognized hospital will continue for direct reimbursement of such expenses till the Corporation arranges a suitable Medical Insurance through a IRDA approved Insurance Company. The Corporation will take a Corporate Policy, which will cover employees and their spouse, who retire on or after 28.02.2009. The Corporate Medical Insurance Policy will be introduced as soon as the number reaches to the minimum number required by any of the General Insurance Company, which operate such Scheme. However, provisions pertaining to reimbursement of 'prolonged illness' will continue directly by the Corporation.

****
*****
***

भारतीय कपास निगम लिमिटेड,
नवी मुंबई

सं. : भाकनि/मा.सं.वि./पीआरएमएस/2020 दिनांक : 31.03.2020

परिपत्र

विषय : भारतीय कपास निगम लिमिटेड सेवानिवृत्ति पश्चात अंशदायी चिकित्सा लाभ योजना, 2009 में आशोधन

परिपत्र सं. भाकनि/मा.सं.वि./चिकित्सा योजना/2009 दिनांक 16.03.2009 और इसके उपरांत आशोधन आदेश दिनांक 18.06.2012 एवं 21.02.2018 में आंशिक आशोधन करते हुए यह निर्णय लिया गया है कि उपरोक्त योजना के कुछ प्रावधानों में आशोधन और संशोधन किया गया है,जो इस प्रकार है :

I. **अस्पताल में भर्ती के व्यय के प्रतिपूर्ति की अधिकतम सीमा यानि प्रत्येक वित्तीय वर्ष के दौरान अस्पताल में भर्ती के व्यय के प्रतिपूर्ति की सीमा श्रेणीवार इस प्रकार बढ़ायी गई है :**

क्र.	पदनाम	स्तर	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक के लिए राशि (लाख रु.)
1	अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक और प्रकार्यात्मक निदेशक	बोर्ड स्तर	10.00
2	कार्यकारी निदेशक, मुख्य महाप्रबंधक एवं महाप्रबंधक	ईडी एवं ई8 - ई7	8.00
3	उप महाप्रबंधक, सहा. महाप्रबंधक, वरि. प्रबंधक, प्रबंधक एवं उप प्रबंधक,	ई6 – ई2	6.00
4	सहा. प्रबंधक, अनुभाग अधिकारी एवं समकक्ष पद	ई1 – ग्रेड V	5.00
5	अन्य स्टॉफ सदस्य	ग्रेड IV – ग्रेड I	4.00
नोट : उपर्युक्त वर्धित सीमा भाकनि सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना, 2009 के सभी सदस्यों पर लागू होगा।			

II. **अस्पताल में भर्ती के व्यय के प्रतिपूर्ति के लिए अस्पताल इस प्रकार है :**

यह योजना सरकारी अस्पताल,न्यास अस्पताल,सीजीएचएस/आयकर अनुमोदित अस्पताल या भाकनि के नियमित कर्मचारियों के लिए भाकनि अनुमोदित दर पर यथा लागू नियम के अंतर्गत भाकनि अनुमोदित अस्पताल (दावा वर्ष के लिए विधिमान्य अनुमोदन के साथ),बशर्ते कि ऐसे निजी अस्पताल कम से कम 50 बिस्तर वाले हों, में अंतरंग मरीज के रूप में लिए गए ईलाज के प्रतिपूर्ति के लिए कवर करेगी।

III. **वित्तीय वर्ष के दौरान सेवानिवृत्त कर्मचारियों के स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक के लिए ओपीडी की प्रतिपूर्ति की सुविधा सम्मिलित की गई है, जो इस प्रकार होगा :**

क्र.	पदनाम	स्तर	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक के लिए ओपीडी व्यय की प्रतिपूर्ति की अधिकतम सीमा (रुपये)

1	अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक और प्रकार्यात्मक निदेशक	बोर्ड स्तर	50,000
2	कार्यकारी निदेशक, मुख्य महाप्रबंधक एवं महाप्रबंधक	ईडी एवं ई8 - ई7	40,000
3	उप महाप्रबंधक, सहा. महाप्रबंधक, वरि. प्रबंधक, प्रबंधक एवं उप प्रबंधक,	ई6 – ई2	30,000
4	सहा. प्रबंधक, अनुभाग अधिकारी एवं समकक्ष पद	ई1 – ग्रेड V	25,000
5	अन्य स्टॉफ सदस्य	ग्रेड IV – ग्रेड I	20,000
नोट : ओपीडी इलाज की व्यय की प्रतिपूर्ति की सुविधा दिनांक 01.04.2020 से लागू होगी ।			

IV. **प्रत्येक (यानि स्वयं और पति/पत्नी) के लिए कर्मचारी द्वारा उनके सेवानिवृत्ति के समय एक-मुश्त भुगतान की जाने वाली अंशदान में वृद्धि की गई है, जो इस प्रकार होगा :**

क्र.	पदनाम	स्तर	स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) प्रत्येक के लिए एक-मुश्त भुगतान (रुपये)
1	अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक और प्रकार्यात्मक निदेशक	बोर्ड स्तर	20,000
2	कार्यकारी निदेशक, मुख्य महाप्रबंधक एवं महाप्रबंधक	ईडी एवं ई8 - ई7	16,000
3	उप महाप्रबंधक, सहा. महाप्रबंधक, वरि. प्रबंधक, प्रबंधक एवं उप प्रबंधक,	ई6 – ई2	14,000
4	सहा. प्रबंधक, अनुभाग अधिकारी एवं समकक्ष पद	ई1 – ग्रेड V	12,000
5	अन्य स्टॉफ सदस्य	ग्रेड IV – ग्रेड I	10,000
नोट : एक-मुश्त भुगतान में यह संशोधन भाकनि सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना, 2009 के नये सदस्यों के लिए दिनांक 01.04.2020 से लागू होगी ।			

आगे, उपर्युक्त योजना की कार्य-प्रणाली इस प्रकार होगी :

1. <u>कार्य-प्रणाली :</u>

(क) कर्मचारी द्वारा निर्धारित फॉर्म यानि पंजीयन फॉर्म भरते हुए शाखा कार्यालय(इस योजना के अंतर्गत सुविधा प्राप्त करने के लिए) का विकल्प चुना जाना है। प्रत्येक कर्मचारी को एक फोटो पहचान पत्र के साथ एक अद्वितीय पंजीयन संख्या आबंटित किया जाएगा ।

(ख) संबंधित कर्मचारी द्वारा प्रत्येक वर्ष घोषणा दिया जाना है- (यानि स्वयं और पति/पत्नी का जीवन प्रमाण-पत्र), सहा. प्रबंधक(यानि ई-1) और इससे उच्च स्तर के अधिकारी द्वारा अनुप्रमाणित किया जाना चाहिए और प्रमाणितकर्ता अधिकारी के सामने सशरीर उपस्थित होना है या वह किसी राष्ट्रीयकृत बैंक के शाखा प्रबंधक से अपना 'जीवन प्रमाण-पत्र' सत्यापित करवा कर संबंधित शाखा कार्यालय/भाकनि मुख्यालय को प्रस्तुत करें ।

सेवानिवृत्त कर्मचारी या पति/पत्नी (Spouse) के मृत्यु के मामले में, इसकी सूचना मुख्यालय के साथ-साथ उस शाखा को भी दिया जाना है,जहां उन्होंने चिकित्सा बिलों की प्रतिपूर्ति का विकल्प चुना है।

(ग) सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना का लाभ सिर्फ उन ही सेवानिवृत्त कर्मचारियों को दिया जाएगा जिनका रिकॉर्ड निष्कलंक रहा हो और उन पर किसी भी समय बकाया ना रहा हो।

(घ) अस्पताल में भर्ती के मामले में, कर्मचारी संबंधित अस्पताल को व्यय का भुगतान करना होगा और प्रतिपूर्ति के लिए भाकनि को बिल प्रस्तुत करना होगा।

(ङ) दावा फॉर्म सभी तरह से भरे होने चाहिए और निगम के चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना के अंतर्गत यथा अपेक्षित आवश्यक प्रमाण पत्र, दवा पर्ची और नकद मेमो आदि (कर्मचारी द्वारा दावे के समर्थन के लिए) संलग्न किए जाएं।

(च) योजना के अंतर्गत प्रतिपूर्ति के लिए बिल निगम मुख्यालय या शाखा में प्रस्तुत किया जाना चाहिए, जिसके लिए संबंधित कर्मचारियों को अपना विकल्प अधिवार्षिता के समय सूचित करना होगा, कोई अन्य शाखा दावे पर विचार नहीं करेगी, प्रतिपूर्ति के लिए कार्यालय परिवर्तन सिर्फ मुख्यालय के अनुमोदन से होगा।

(छ) अस्पताल में भर्ती के लिए पात्रता (सेवानिवृत्ति और स्थान की स्थिति) अधिवर्षिता के दिन के पात्रता के अनुसार होगी, तद्नुसार अस्पताल भर्ती, आदि के सभी व्यय की प्रतिपूर्ति भाकनि के अनुमोदित दर और समय-समय पर इसके संशोधन के अनुसार की जाएगी।

(ज) अस्पताल जहां से संबंधित कर्मचारी इलाज करा रहे हैं, वहं से नजदीक स्थित शाखा के लिए लागू और अनुमोदित दर के अनुसार संबंधित कर्मचारी को शाखा/मुख्यालय के माध्यम से प्रतिपूर्ति की जाएगी।

(झ) कर्मचारी के पात्रता वर्ग, स्वयं और पति/पत्नी (Spouse) द्वारा अलग-अलग व्यक्तिगत रूप से की गई उपयोग की सीमा अधिकतम सीमा से अधिक न हो और भाकनि नियमानुसार राशि की प्रतिपूर्ति की जाए सहित संबंधित शाखा कार्यालय/भाकनि मुख्यालय द्वारा ओपीडी इलाज के साथ-साथ अस्पताल भर्ती के अंतर्गत पूर्व-कर्मचारियों के चिकित्सा के प्रतिपूर्ति का उचित रिकॉर्ड रखा जाएगा।

(ञ) पूर्व-कर्मचारी द्वारा अस्पताल में भर्ती होने की पूर्व-सूचना भाकनि को अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के अंदर दी जानी चाहिए, जैसा कि निगम के नियमित कर्मचारियों पर लागू है।

(ट) किसी सदस्य या सेवानिवृत्त कर्मचारी द्वारा कोई फर्जी,झूठा या कपटपूर्ण चिकित्सा दावा किए जाने की स्थिति में, ऐसे मामले को भाकनि द्वारा जांच के लिए सतर्कता विभाग को भेजा जाएगा। यदि, यह सही पाया जाता है, तो ऐसे सदस्यों को दावे की कोई राशि की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी और उन्हें भविष्य के चिकित्सा लाभ योजना से विवर्जित भी कर दिया जाएगा।

(ठ) सदस्य द्वारा किया गया दावा उसके पात्रता के वास्तविक आधार पर किया जाना चाहिए और इसे लाभ का स्रोत नहीं बनाया जाना चाहिए।

2. **संदेहों का अपसारण**

- योजना के किसी प्रावधान में किसी संदेह/संदिग्धता के मामले में, सक्षम प्राधिकारी(यानि-सीएमडी) का निर्णय अंतिम होगा।
- किसी विशेष परिस्थिति के मामले में, सक्षम प्राधिकारी(यानि-सीएमडी) मामले के गंभीरता को ध्यान में रखते हुए उसकी विशेष अनुमोदन प्रदान कर सकते हैं।

उपर्युक्त-संदर्भित योजना के अन्य सभी नियम एवं शर्तें यथावत रहेंगे।

सभी शाखा प्रमुखों से अपने अधिकार क्षेत्र में उपर्युक्त के अनुपालन और इसे सभी वर्तमान और सेवानिवृत्त कर्मचारियों के संज्ञान में लाने के लिए नोट करने का अनुरोध किया जाता है।

(राजेन्द्र कुमार गुप्ता)
मुख्य महाप्रबंधक (वित्त/मासंवि)

प्रति,

1. सभी शाखा प्रधान
2. मुख्यालय के सभी अनुभाग प्रधान

प्रतिलिपि :

1. अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक
2. निदेशक(वित्त)
3. निदेशक(विपणन)
4. मुख्य सतर्कता अधिकारी
5. मुख्य महाप्रबंधक (वित्त/वाणिज्य)
6. मुख्य महाप्रबंधक (विपणन)

सादर सूचनार्थ

7. महासचिव, एआईसीसीईसी
8. महासचिव, एससी/एसटी/ओबीसी/कर्मचारी कल्याण संगठन
9. सूचना पटल- कपास भवन, सीबीडीबेलापुर,नवी मुंबई

THE COTTON CORPORATION OF INDIA LTD., NAVI MUMBAI

NO.CCI/HRD/PRMS/2020

Date: 31.03.2020.

CIRCULAR

Sub: Modification in CCI Contributory Post-Retirement Medical Benefit Scheme 2009.

In partial modification to the Circular No. CCI/HRD/MED SCHEME/2009 dated 16.03.2009, and further modification vide order dated. 18.06.2012 & 21.02.2018, now it has been decided to modify and amend certain provisions of the said scheme, which are as under:-

I. **The maximum limit for reimbursement of hospitalization expenses i.e. ceiling for reimbursement of hospitalization expenses during a financial year in each category has been enhanced as under:**

Sr. No	Designation	Level	Amount for Self and Spouse each (Rs. In Lakhs)
1	CMD and Functional Directors	Board Level	10.00
2	Executive Director, Chief General Manager and General Manager	ED & E8 – E7	8.00
3	Dy General Manager, Asst. General Manager, Sr. Manager, Manager & Dy Manager	E6 – E2	6.00
4	Assistant Manager, Section Officer & equivalent post	E1 - Grade V	5.00
5	Other staff Members	Gr. IV – Gr. I	4.00
Note : The above-enhanced limits will be applicable to all members of CCI Post-Retirement Medical Benefit Scheme 2009.			

II. Hospitals for reimbursement of hospitalization expenses are as under:-

The Scheme will cover for reimbursement of treatment taken as indoor patient in a Government Hospital, Trust Hospitals, CGHS/Income Tax approved Hospital or CCI approved Hospital (having valid approval for the year of claim) under the terms as applicable to CCI regular employees at CCI approved rates, provided such private hospital should be minimum 50 bedded.

III. **Facility for reimbursement of OPD to the retired employees during the financial year for self and spouse each has been incorporated and will be as under:**

Sr. No	Designation	Level	Maximum limit for reimbursement of OPD expenses for self and spouse each (in Rs.)
1	CMD and Functional Directors	Board Level	50,000
2	Executive Director, Chief General Manager and General Manager	ED, E8 – E7	40,000
3	Dy General Manager, Asst. General Manager, Sr. Manager, Manager & Dy Manager	E6 – E2	30,000
4	Assistant Manager, Section Officer & equivalent post	E1 - Grade V	25,000
5	Other staff Members	Gr. IV – Gr. I	20,000
Note:- The facility for reimbursement of OPD treatment will be applicable w.e.f. 01.04.2020.			

IV. **One time lump-sum contribution to be paid by employee at the time of his/her retirement for each (i.e. self and spouse) has been enhanced and will be as under:**

Sr No	Designation	Level	One time lump sum payment - each for self & sponse (in Rs.)
1	CMD and Functional Directors	Board Level	20,000
2	Executive Director, Chief General Manager and General Manager	ED & E8 – E7	16,000
3	Dy. General Manager, Asst. General Manager, Sr. Manager, Manager & Dy. Manager	E6 – E2	14,000
4	Assistant Manager, Section Officer & equivalent post	E1 – Grade V	12,000
5	Other staff Members	Gr. IV – Gr. I	10,000
Note:- Revision in one time lump sum payment will be effective to the new members of CCI Post-Retirement Medical Benefit Scheme 2009, w.e.f. 01.04.2020.			

Further, the Modus Operandi of the above scheme will be as under:

1. **Modus Operandi:**

(a) The employee has to exercise option of Branch Office (for availing facility under this Scheme) by filling the prescribed form i.e. Registration Form. Each employee shall be allotted a unique Registration Number along with a Photo Identity Card.

(b) The concerned member employee has to submit a declaration for each year (i.e. Life Certificate for self and spouse), which should be attested by any Officer of the corporation at the level of Asst.Manager (i.e. E-1) & above and physically appear before Certifying Officer or may get his/her "Life Certificate" verified from any Nationalized Banks's Branch Manager and submit to respective Branch Office/ CCI Head office.

In case of death of retired employee or spouse, intimation should be sent to Head Office as well as to the Branch, where he/she opted for getting reimbursement of medical bills.

(c) The benefits of the Post-Retirement Medical Benefit Scheme shall be extended only to those retired employees who has clean record and no dues are outstanding at any time.

(d) In case of hospitalization, the employee concerned shall pay the amount of hospitalization to the concerned hospital and will submit the bill to CCI for reimbursement.

(e) Claim form should be complete in all respects and supported with necessary Certificate, Prescription and Cash Memos etc., (in support of claim by ex-employee) as required under the Medical Reimbursement Scheme of the Corporation.

(f) The Bill for reimbursement under the Scheme should be submitted to the branch or at the Head Office of the Corporation, for which the concerned employee should intimate their option at the time of superannuation, no other Branch will entertain such claim. Further, any change in branch office, availing for reimbursement facility shall be approved by Head Office only.

(g) The entitlement (i.e. status and place of retirement) for hospitalization shall be as per the entitlement on the day of superannuation, accordingly all charges for hospitalization, etc. shall be reimbursed as per CCI approved rate and its revision from time to time.

(h) The reimbursement shall be made through the Branch/Head Office of the Corporation to the concerned employee as per the rates approved for the branch Office near to the hospital where the employee concerned undergoes for the treatment.

(i) The concerned Branch office/ CCI Head-Office will maintain proper record for reimbursement of medical expenses of ex-employees under hospitalisation as well as OPD treatment including its entitlement class, availment of ceiling of individuals not beyond its maximum limit for self and spouse separately and amount will be reimbursed within CCI's rule.

(j) Prior intimation for hospitalization by ex-employees should be given within 24 hours of their admission in the hospital to the CCI, as applicable to the regular employees of the Corporation.

(k) In the event of any fake, false or fraudulent medical claim by any member/ retired employee, such cases would be referred by CCI to vigilance department for investigation. In case, the same is proved, such member will not be reimbursed any amount of his claim, but shall also be debarred from the scheme for future medical benefits.

(l) The claim made by the member should be on actual basis as per his entitlement and not as a source of profit.

2. **Removal of Doubts:-**

- In case of any doubt/ambiguity in any provision of the scheme, the decision of the Competent Authority (i.e. CMD) will be final.
- In case of any extra-ordinarily circumstances, the Competent Authority (i.e. CMD) may consider special approval subject to merit of the case.

All other terms and conditions of the above-referred scheme will remain unchanged.

All Branch Heads are requested to note the above for compliance and bring it to the notice of all existing and retired employees under their jurisdiction.

(R.K. Gupta)
Chief General Manager (HRD/Finance)

To:

1. All Branch Heads.
2. All Section Heads at H.O.

C.C to:

1. Chairman-cum-Managing Director
2. Director (Marketing)
3. Director (Finance)
4. Chief Vigilance Officer
5. CGM (Finance/Comm)
6. CGM (Marketing)

} for kind information please

7. General Secretary, AICCEC
8. General Secretary, SC/ ST/ OBC Welfare Assn
9. Notice Board – Kapas Bhavan, CBD Belapur, Navi Mumbai

भारतीय कपास निगम लिमिटेड, नवी मुंबई

अस्पताल उपचार /Hospital Treatment

पंजीकरण नं.
Registration No.

सेवानिवृत्ति के पश्चात चिकित्सा लाभ योजना 2009 के अंतर्गत चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए दावा

Claim for reimbursement of Medical Expenses under post retirement medical benifits scheme 2009
(सभी विवरण स्पष्ट रूप से लिखे जाये) (All the columns should be legible with details)

1. आवेदक का नाम और पदनाम : _____
   Name of the applicant and designation
2. अधिवर्षिता की तारीख /Date of retirement : _____
3. आहरित अंतिम मूल वेतन / Basic Pay Last Drawn : _____ 4. रोगी का नाम और संबंध _____
   Name of the Patient & Relation
5. आवासी पता : _____
   Residential Address
6. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ : _____ 7. रोगी की आयु _____
   Place at which patient fail ill Patient's age
8. उपचार का अवधि /Period of the treatment : _____
9. डॉक्टर का नाम /Name of Doctor : _____

दावों का विवरण / Details of Claims

	रु. Rs.	पैसे Ps.	अस्पताल में चिकित्सा उपचार	रु. Rs.	पैसे Ps.
क) परामर्श शुल्क / दिनांक: Consultation fees / Date			1) ठहरने के दिन / भोजन Accommodation for days / Diet		
ख) अनुवर्ती भेट / दिनांक Follow up / Date			2) शल्य चिकित्सा प्रभार Operation Charges		
ग) डॉ. का बिल / इंजेक्शन : Dr.'s Bill with details or injection			3) शल्य कक्ष प्रभार Op. Theatre Charges		
घ) औषधि का नाम: Name of the Medicines			4) एनस्थेसिया प्रभार Anaesthesia Charges		
			5) सहायक डॉ. का प्रभार Asst. Dr.'s Charges		
			6) डॉ. का व्हिजीट / दिनांक Dr.' visit / Date		
			7) आई.वी.सेटस् / संख्या I. V. Seats No.		
			8) सलाईन / ग्लूकोज संख्या Saline / Glucose No.		
			9) अन्य प्रभार Other Charges		
			10) प्रेषित करनेवाले डॉ. का नाम Referred by Dr.'s		
			कुल /Total		
			विवरण / Details		
			1) एक्स-रे / X-Ray	रु. Rs.	पैसे Ps.
			2) रक्त / Blood		
			3) मूत्र / Urine		
			4) मल / Stool		
			5) स्क्रीनिंग / Screening		
			6) ईसीजी / ईईजी / ECG/EEG		
			7) अन्य लैब टेस्ट Other Lab. charges		
			8) भौतिक चिकित्सा / सं. Physiotherapy / No. of Sittings		
			9) परामर्श देनेवाला डॉक्टर Advised by Dr.		
कुल /Total			कुल /Total		

कुल :
Total _____ रु.

सकल योग (शब्दों में) :
Grand Total (In words) _____

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि इस आवेदन के विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय लिया गया है, वह मुझ पर पूर्णतः आश्रित है।

I hereby declare that the medical expenses incurred as above are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom it incurred is / are wholly depend upon me.

दिनांक
Date

आवेदक का हस्ताक्षर
Applicant's Signature

राशि रु. में

	दावा की गई राशि	अस्वीकृत राशि	स्वीकृत राशि	टिप्पणी
1. परामर्श Consultation				
2. डॉ. का बिल Dr.'s Bill				
3. औषधियाँ Medicines				
4. अस्पताल में उपचार Hospital Treatment				
5. प्रयोगशाला प्रभार Laboratory Charges				
कुल / Total				

मासंवि बिल सं./दिनांक :
HRD Bill No./Date

द्वारा जाँच की गई :
Checked by

दिनांक / Date :

_____ रुपयों के भुगतान के लिए सिफारिश की जाती है।
Recommended for payment of Rs. _____

जाँच की गई और स्वीकृत राशि रुपये
Checked and admitted for Rs.

लेखा अनुभाग के उपयोग के लिए
For use of Accounts Section

लेखाधिकारी (मासंवि)
Accounts Officer (HRD)

उप प्रबंधक (मासंवि / लेखा)
Dy. Manager (HRD / A/c)

नोट : किसी रोग के संबंध में निगम के कर्मचारियों के चिकित्सा व्यय के अंतिम दावे की प्रतिपूर्ति के लिए सामान्यतः उपचार की समाप्ति की तारीख के तीन माह के अन्दर प्रस्तुत किया जाये।

Note : Final claim for reimbursement of Medical expenses of the Corporation's employee in respect of particulars spell of illness should ordinarily be preferred within three months from the date of completion of treatment.

****

भारतीय कपास निगम लिमिटेड, नवी मुंबई

जनरल उपचार / Out-door Treatment

मासंवि

निम्नलिखित चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए दावा
Claim for reimbursement of Medical Expenses

(सभी विवरण स्पष्ट रुप से लिखे जायें) (All the columns should be legible with the details)

1. आवेदक का नाम और पदनाम : _____
   Name of the applicant and designation
2. पंजीकरण नं. / REG. No. : _____ 3. मूल वेतन / Basic Pay _____ Last drawn
4. रोगी का नाम और संबंध : _____
   Name of the Patient & Relation
5. आवासी पता : _____
   Residential Address
6. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ : _____ 7. रोगी की आयु. _____
   Place at which patient fall ill Patient's age
8. डॉक्टर का नाम / Name of Doctor : _____

दावों का विवरण / Details of claims

	रु. ₹	पैसे Ps.	चिकित्सा जाँच	रु. ₹	पैसे Ps.
क) परामर्श शुल्क / दिनांक : Consultion fees / Date			1) एक्स-रे / X-Ray		
ख) अनुवर्ती भेंट / दिनांक : Follow up / Date			2) रक्त / Blood		
ग) डॉ. का बिल / इंजेक्शन : Dr.'s Bill with details or injection			3) मूत्र / Urine		
घ) औषधि का नाम : Name of the Medicines			4) मल / Stool		
			5) स्क्रीनिंग / Screening		
			6) ईसीजी / ईईजी / ECG / EEG		
			7) अन्य लैब टेस्ट Other Lab. charges		
			8) भौतिक चिकित्सा / सं. Physiotherapy / No. of sittings		
			9) परामर्श देनेवाला डॉक्टर Advised by Dr.		
			1) दाँत उपचार / Dental Treatment		
			2) दाँत का निकालना Extraction of tooth		
			3) मसूड़ों का उपचार Gums treatment		
			4) एक्स-रे (सं.) X-Ray (No.)		
			5) परामर्श Consultation		
			6) दाँत का भरना (सं.) Filling of tooth (No.)		
			7) सफाई तथा रोग निरोधन (Scaling & Probylaxies./No. of sittings)		
कुल / Total			**कुल / Total**		

कुल : _____ रु.
Total

सकल योग (शब्दों में) : _____
Grand Total (In words)

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि इस आवेदन के विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय लिया गया है, वह मुझ पर पूर्णतः आश्रित है।

I hereby declare that the medical expenses incurred as above are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom it incurred is / are wholly depend upon me.

दिनांक
Date

आवेदक का हस्ताक्षर
Applicant's Signature

राशि रु. में

	दावा की गई राशि	अस्वीकृत राशि	स्वीकृत राशि	टिप्पणी
1. परामर्श Consultation				
2. डॉ. का बिल Dr.'s Bill				
3. औषधियाँ Medicines				
4. अस्पताल में उपचार Hospital Treatment				
5. प्रयोगशाला प्रभार Laboratory Charges				
कुल / Total				

मासंवि बिल सं./दिनांक :
HRD Bill No./Date

द्वारा जाँच की गई :
Checked by

दिनांक / Date :

_____ रुपयों के भुगतान के लिए सिफारिश की जाती है।
Recommended for payment of Rs. _____

जाँच की गई और स्वीकृत राशि रुपये
Checked and admitted for Rs.

लेखा अनुभाग के उपयोग के लिए
For use of Accounts Section

लेखाधिकारी (मासंवि)
Accounts Officer (HRD)

उप प्रबंधक (मासंवि / लेखा)
Dy. Manager (HRD / A/c)

नोट : किसी रोग के संबंध में निगम के कर्मचारियों के चिकित्सा व्यय के अंतिम दावे की प्रतिपूर्ति के लिए सामान्यतः उपचार की समाप्ति की तारीख के तीन माह के अन्दर प्रस्तुत किया जाये।

Note : Final claim for reimbursement of Medical expenses of the Corporation's employee in respect of particulars spell of illness should ordinarily be preferred within three months from the date of completion of treatment.

****

भारतीय कपास निगम लिमिटेड, नवीं मुंबई

The Cotton Corporation of India Limited, Navi Mumbai

सेवा-निवृत्ति के पश्चात आंकनि अशंदायी चिकित्सा लाभ योजना, 2009 की धारा 7 (ख) के अनुसार घोषणा-पत्र

Declaration as per clause 7 (b) of CCI Contributory Post-Retirement Medical Benefit Scheme 2009

मैं _____ भूतपूर्व _____ तथा मेरी पत्नी/पति _____ प्रत्यक्ष रूप से श्री _____ मुख्य महा प्रबंधक, _____ (शा. का. का नाम) के सामने दिनांक ___/___/_____ को उपस्थित हुए तथा घोषित करते है कि हम दोनों जीवित है।

I _____ Ex. _____ and my wife/husband Mr. /Mrs. _____ physically appeared before Shri _____ Chief General Manager, _____ (B.O. name) on ___/___/_____ (date) and declare that we both are alive on this date.

हस्ताक्षर/ Signature:

भूतपूर्व कर्मचारी का नाम / Name of Ex-employee: _____

सेवा निवृत्ति के समय पदनाम / Designation at the time of Retirement _____

पंजीकरण संख्या / Registration No. _____

उपयुक्त भूतपूर्व कर्मचारी अपने साथी के साथ अधोहस्ताक्षरी के सामने आज दिनांक ___/___/_____ को उपस्थित हुए।

Above Ex-employee with spouse appeared before the undersigned today dated __/___/_____

स्थान:
Place:
दिनांक
Date:

साक्ष्यांकित अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Attesting Officer
(मोहर के साथ प्रबंधक तथा उसके ऊपर के स्तर के अधिकारी)
(In the level of Manager and above with seal)

भारतीय कपास निगम लिमिटेड, नवी मुंबई

भाकनि लि. सेवानिवृत्ति पश्चात अंशदायी

चिकित्सा लाभ योजना 2009 (यथा संशोधित दि. 01.04.2020)

नवीनीकरण प्रपत्र

1	नाम:	
	सेवानिवृत्ति के समय पदनाम:	
2	पति/पत्नी का नाम	
3	पंजीकरण सं.	
4	जन्म तिथि	
5	अधिवर्षिता तिथि	
6	कार्ड जारी होने की तिथि	
7	* स्थायी आवासीय पता	
8	* संपर्क नं.	
9	मुख्यालय/ शाखा कार्यालय में निपटाए गए चिकित्सा दावा (शाखा का नाम विनिर्दिष्ट किया जाए)	

नोट: 7* यदि आवासीय पते में कोई परिवर्तन हो, तो उसका उल्लेख करें ।

8* यदि संपर्क नं. में कोई परिवर्तन हो, तो उसका उल्लेख करें ।

ध्यान दें : 1) सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा पहचान-पत्र के जारी होने की तिथि से प्रत्येक 5 वर्ष पर उसका नवीनीकरण किया जाना है ।

2) पहचान-पत्र हेतु, इस प्रपत्र के साथ 2.5 X 2 सेंटीमीटर आकार का संयुक्त रंगीन फोटोग्राफ संलग्न किया जाना है ।

3) चूंकि यह योजना सरकारी अस्पताल, न्यास अस्पताल, सीजीएचएस/ आयकर अनुमोदित अस्पताल या भाकनि के नियमित कर्मचारियों के लिए भाकनि अनुमोदित दर पर यथा लागू नियम अंतर्गत भाकनि अनुमोदित अस्पताल (दावा वर्ष के लिए विधिमान्य अनुमोदन के साथ) बशर्ते कि ऐसे निजी अस्पताल कम से कम 50 बिस्तर वाले हों, में अंतरंग मरीज के रूप में लिए गए ईलाज के प्रतिपूर्ति के लिए कवर करती है। अत: दावे के साथ प्रमाण पत्र या समर्थित दस्तावेज संलग्न करें ।

4) प्रपत्र के साथ पुराने पहचान-पत्र की झेरॉक्स प्रति संलग्न करें ।

मैं वचन देता/ देती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सूचना मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है, और यदि किसी भी समय, यह पाया जाता है मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत है, तो मैं किसी भी

समय भाकनि से किसी भी चिकित्सा प्रतिपूर्ति का हकदार नहीं रहूंगा और भाकनि कानूनी कार्रवाई सहित कोई भी कार्रवाई करने का हकदार होगा जैसा कि वह उचित समझे ।

मैं आगे वचन देता/देती हूँ कि मैं भाकनि लिमिटेड सेवानिवृत्ति पश्चात अंशदायी चिकित्सा लाभ योजना 2009 को स्पष्टत: समझ चूका हूँ, कंपनी द्वारा मुझे दी गई यह सहायता, उक्त योजना के नियमों और शर्तों के अधीन है। मैं यह भी पूरी तरह से समझ चुका हूँ कि प्रबंधन के पास बिना कोई कारण बताए और/ या सूचना दिए किसी भी समय उक्त योजना के नियमों और शर्तों को संशोधित, आशोधन और/ या विलोप करने का अधिकार है ।

कर्मचारी के हस्ताक्षर :.....
नाम : .....
मुख्या. /शा.का. : .....

.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती ..... द्वारा प्रस्तुत उपर्युक्त विस्तृत विवरण अभिलेख से सत्यापित किया गया और सही पाया गया है। उन्हें सेवानिवृत्ति पश्चात अंशदायी चिकित्सा लाभ योजना, 2009 के अंतर्गत उनके चिकित्सा प्रमाण पत्र के नवीनीकरण की अनुमति दी जाए।

अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर
(मासंवि प्रमुख / शाखा प्रमुख)

THE COTTON CORPORATION OF INDIA LTD., NAVI MUMBAI

CCI LTD. CONTRIBUTORY POST RETIREMENT
MEDICAL BENEFIT SCHEME 2009 (As amended w.e.f. 01.04.2020)

RENEWAL FORM

1.	Name :	
	Designation at the time of retirement:	
2.	Name of Spouse :	
3.	Registration No.:	
4.	Date of Birth :	
5.	Date of Superannuation:	
6.	Date of Card Issued:	
7.	* Permanent Residential Address :	
8.	* Contact No. :	
9.	Medical Claim settled at H.O/ B.O. (Name of branch should be specified) :	

Note: 7* Mention if there is any change in Residential address.
8* Mention if there is any change of Contact number.

NB: 1) Post retirement medical I-Card, to be renewed every five year from the date of issue of the Card.
2) Joint colour photograph of size 2.5 x 2 cms is to be enclosed with this form, for I-Card purpose.

3) Since the scheme covers the reimbursement of hospitalization for treatment taken as indoor patient in a Government Hospital, Trust Hospitals, CGHS/Income Tax approved Hospital or CCI approved Hospital (having valid approval for the year of claim) under the terms as applicable to CCI employees at CCI approved rates, provided the hospital should be minimum 50 bedded. Hence a certificate or supporting documents should be enclosed with the claim.

4) Xerox Copy of the old I-Card should be enclosed along with the Form.

I undertake that the information furnished in this application is true to the best of my knowledge & belief, and if at any time, it is found that the information furnished by me is false, I will not be entitled for any medical reimbursement from CCI at any time and CCI will be entitled to take any action including legal action as it deems fit.

I further undertake that I have clearly understood the CCI Ltd. Contributory Post Retirement Medical Benefit Scheme 2009 which is assistance granted to me by the Company which is subject to the terms & conditions of the said scheme. I have also fully understood that the Management has the right to amend, modify and/ or delete the terms & conditions of the said scheme at any time without assigning any reasons and/ or notice.

Signature of the employee: _____

Name: _____

H.O/ B.O.:_____

Certified that the above details furnished by Shri/ Smt. _____ have been verified from the records and found correct. He/ She may be permitted to renew the Medical I- Card under CCI Contributory Post Retirement Medical Benefit Scheme 2009.

Signature & Seal of the Officer
(Head of HRD/ Head of Branch)