



# महानगर टेलीफोन निगम लिमिटेड, मुंबई MAHANAGAR TELEPHONE NIGAM LIMITED, MUMBAI

(A Government of India Enterprises)

कार्यकारी निदेशक का कार्यालय, 9वीं मंजिल, टेलीफोन हाउस, एमटीएनएल मार्ग, दादर (प.), मुंबई-400 028  
O/o Executive Director, Welfare Section, 9th Floor, Telephone House,  
MTNL Marg, Dadar (W), Mumbai - 400 028.

सं. डब्ल्यूएल/110-23/जीएचआयपी निवृत्त कर्मचारी/नियमावली/15-16/7 दि. 07.09.2015

प्रति,

सर्व क्षेत्रीय महाप्रबंधक/मुख्य अभियंता (इमारत निर्माण)

एमटीएनएल, मुंबई.

**विषय:** एमटीएनएल मधून सेवानिवृत्त होणारे कर्मचारी/ सेवानिवृत्त कर्मचारी/ मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीने निवृत्त कर्मचाऱ्यांच्या स्थित अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत नोंदणी करण्यासाठी आवेदन पत्र सादर करण्याची पध्दती

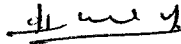
**संदर्भ:** नं. एमटीएनएल/सिओ/पर्स/मेडिकल/प्रोसिजर/(एमटीएनएल रिटायरीज)/2014-15, दिनांक 04.08.2015

एमटीएनएल मधून सेवानिवृत्त होणारे कर्मचारी/ सेवानिवृत्त कर्मचारी/ मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीने निवृत्त कर्मचाऱ्यांच्या स्थित अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत नोंदणी करण्यासाठी आवेदन पत्र (मेडिकल फॉर्म) सादर करण्याची पध्दत खाली दिल्याप्रमाणे अंमलात आणावी :-

1. संबंधित उप प्रबंधक (नगद/कार्य) यांनी सेवानिवृत्त होण्यापूर्वी दिल्या जाणाऱ्या पेंशन संबंधीच्या कागदपत्रांसोबत चिकित्सा सुविधा अर्ज (फॉर्म X) निवृत्त होणार असलेल्या कर्मचाऱ्यांस देण्यात यावा.
2. सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांची अंशदान समूह स्वास्थ योजना सुरळीत रितीने चालण्याकरिता संबंधित युनिट व.प्र.(प्रशासन) यांनी हमीपत्राच्या दोन प्रती घेऊन तिसरी प्रत कर्मचाऱ्यास पोचपावती स्वरूपात परत करावी. सदर हमीपत्र उपरोक्त योजने अंतर्गत नोंदणी करण्यासाठी आवेदन पत्र घेताना सुरुवातील आधार कार्डची झेरॉक्स प्रत फक्त एकदाच घेण्यात यावे आणि हया हमीपत्रांचे रेकॉर्ड ठेवावे.
3. हमीपत्र आवश्यकतेनुसार खालील दिलेल्या नमुन्यात घेण्यात यावे.  
(अ) सेवानिवृत्त होणार असणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठी फॉर्म X (तीन प्रती).  
(ब) 30.09.2015 रोजी सेवानिवृत्त होणाऱ्या व त्यापूर्वी निवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी फॉर्म Y (तीन प्रती).  
(क) मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीसाठी फॉर्म Z (तीन प्रती).

4. (अ) कार्यरत कर्मचाऱ्यांच्या मृत्युनंतर संबंधित युनिटच्या व.प्र. (प्रशासन) यांनी मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीस अंशदान समूह स्वास्थ योजनेचा लाभ घेण्यासाठी नोंदणी आवेदन पत्र आणि हमीपत्र त्वरीत सादर करण्यास कळवावे व खात्री करू घ्यावी.
  - (ब) व.प्र. (प्रशासन) यांनी कर्मचाऱ्यास सेवानिवृत्त होण्याअगोदर आणि/किंवा सेवानिवृत्त झाल्यानंतर लगेचच नोंदणीचे आवेदन पत्र आणि हमीपत्र सादर करण्यास सांगावे.
  - (क) सेवानिवृत्त कर्मचारी व मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीने इन्शुरन्स कव्हर मिळण्यासाठी नोंदणी अर्ज प्रत्येक वर्षाच्या ऑक्टोबर महिन्यात सादर करणे अनिवार्य आहे.
5. नोंदणी करण्यासाठीच्या आवेदन पत्रावर **एमटीएनएल स्टाफ नंबर** लिहिणे अनिवार्य आहे. DOT स्टाफ नंबर लिहू नये, जेणेकरून एकाच कर्मचाऱ्याची नोंदणी दोनवेळा होणार नाही.
  6. सर्व आवश्यक बाबी पूर्ण केल्यानंतर संबंधित व.प्र. (प्रशासन) यांनी प्राप्त झालेले नोंदणी अर्ज आधार कार्डच्या झेरॉक्स प्रतीसह त्याच दिवशी टीपीएकडे सुपूर्द करावेत. (on day to day basis).
  7. सेवानिवृत्त कर्मचारी किंवा मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीने नोंदणी अर्ज सादर केले नसेल तर त्यांनी दिलेल्या हमीपत्रानुसार तो/ती अंशदान समूह स्वास्थ योजनेच्या लाभास पात्र नसेल व ते संपूर्णपणे त्यास जबाबदार राहतील.
  8. यास व्यापक प्रसिध्दी दिली जावी. सदर सक्क्युलर एमटीएनएल मधून सेवानिवृत्त होणारे कर्मचारी/ सेवानिवृत्त कर्मचारी/ मृत कर्मचाऱ्यांच्या पती/पत्नीच्या निदर्शनास आणून द्यावे.

यास सक्षम अधिकाऱ्यांचे अनुमोदन प्राप्त आहे.

  
वरिष्ठ प्रबंधक (कल्याण)  
एम.टी.एन.एल. मुंबई

सोबत:

1. फॉर्म 'X', फॉर्म 'Y', फॉर्म 'Z'

प्रतीलीपी:-

1. कार्यकारी निर्देशकांचे व.प्र. : कृपया माहितीसाठी.
2. सर्व प्रधान महाप्रबंधक : कृपया माहितीसाठी.
3. महासचिव, एमटीएनकेएस : कृपया माहितीसाठी.

व.प्र.(प्रशासन) प्रत/उ.प्र.(वेतन/कार्य) प्रत/कर्मचारी प्रत

सेवानिवृत्त होणार असणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठीचे हमीपत्र

(तीन मूळ प्रतीत सादर करावे)

मी, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

हुद्दा \_\_\_\_\_ स्टाफ नं. \_\_\_\_\_ कार्यरत युनिट \_\_\_\_\_

म.प्र. \_\_\_\_\_ सेवानिवृत्त होत असलेली तारीख \_\_\_\_\_ असून निवेदन करतो/करते की अंशदान समूह स्वास्थ्य योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा मिळविण्यासाठी नोंदणी अर्ज व.प्र.(प्रशासन) \_\_\_\_\_ यांच्याकडे सादर करीन.

मी असे जाहीर करतो/करते की :-

\* (1) सेवानिवृत्त झाल्यानंतर नोंदणी अर्ज त्वरीत सादर करीन व त्यानंतर प्रत्येक वर्षीच्या ऑक्टोबर महिन्यात नोंदणी अर्ज सादर करीन. जर नोंदणी अर्ज सादर केला नाही तर अंशदान समूह स्वास्थ्य योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा मिळण्यास मी पात्र नसेन असे मला कळविण्यात आले आहे.

किंवा

\* (2) अंशदान समूह स्वास्थ्य योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा घेण्यास मी उत्सुक नाही, त्यामुळे मी नोंदणीसाठीचा अर्ज सादर करणार नाही.

(\* ) लागू नसेल ते खोडा

दिनांक:

कर्मचाऱ्याची सही

नांव: \_\_\_\_\_

स्टाफ नं. \_\_\_\_\_ हुद्दा \_\_\_\_\_

म. प्र. युनिट \_\_\_\_\_

उ.प्र. (वेतन/कार्य)  
(शिक्यासह सही)

व.प्र.(प्रशासन)  
(शिक्यासह सही)

व.प्र.(प्रशासन) प्रत/उ.प्र.(वेतन/कार्य) प्रत/कर्मचारी प्रत

**30.09.2015 रोजी किंवा त्यापूर्वी सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठीचे हमीपत्र**  
(तीन मूळ प्रतीत सादर करावे)

मी, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_  
हुद्दा \_\_\_\_\_ स्टाफ नं. \_\_\_\_\_ सेवानिवृत्त दिनांक \_\_\_\_\_  
म.प्र. \_\_\_\_\_

मी असे जाहीर करतो/करते की :-

- \* (1) अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत सुविधा मिळण्यासाठी मी प्रत्येक वर्षीच्या ऑक्टोबर महिन्यात व.प्र. (प्रशासन) \_\_\_\_\_ विभाग यांच्याकडे नोंदणी अर्ज सादर करीन. जर मी नोंदणीसाठीचा अर्ज सादर केला नाही तर अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा मिळण्यास मी पात्र नसेन असे मला कळविण्यात आले आहे.

किंवा

- \* (2) अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा घेण्यास मी उत्सुक नाही, त्यामुळे मी नोंदणीसाठीचा अर्ज सादर करणार नाही.

(\* लागू नसेल ते खोडा

दिनांक:

सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याची सही  
नांव: \_\_\_\_\_  
स्टाफ नं. \_\_\_\_\_ हुद्दा \_\_\_\_\_  
म. प्र. युनिट \_\_\_\_\_

उ.प्र. (वेतन/कार्य)  
(शिक्यासह सही)

व.प्र.(प्रशासन)  
(शिक्यासह सही)

व.प्र.(प्रशासन) प्रत/उ.प्र.(वेतन/कार्य) प्रत/कर्मचारी प्रत

मृत कर्मचान्याच्या सहचान्याकरिता हमीपत्र

(तीन मूळ प्रतीत सादर करावे)

मी, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_,  
कै. श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_, हुद्दा \_\_\_\_\_  
स्टाफ नं. \_\_\_\_\_, म.प्र. \_\_\_\_\_, यांची पती/पत्नी, मृत्यू दिनांक  
\_\_\_\_\_

मी असे जाहीर करतो/करते की :-

- \* (1) अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत सुविधा मिळण्यासाठी मी प्रत्येक वर्षीच्या ऑक्टोबर महिन्यात व.प्र. (प्रशासन) \_\_\_\_\_ विभाग यांच्याकडे नोंदणी अर्ज सादर करीन. जर मी नोंदणीसाठीचा अर्ज सादर केला नाही तर अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा मिळण्यास मी पात्र नसेन असे मला कळविण्यात आले आहे.

किंवा

- \* (2) अंशदान समूह स्वास्थ योजने अंतर्गत चिकित्सा सुविधा घेण्यास मी उत्सुक नाही, त्यामुळे मी नोंदणीसाठीचा अर्ज सादर करणार नाही.

(\* ) लागू नसेल ते खोडा

दिनांक:

मृत्यू कर्मचान्याच्या पती/पत्नीची सही  
नांव: \_\_\_\_\_  
स्टाफ नं. \_\_\_\_\_ हुद्दा \_\_\_\_\_  
म. प्र. युनिट \_\_\_\_\_

उ.प्र. (वेतन/कार्य)  
(शिक्यासह सही)

व.प्र.(प्रशासन)  
(शिक्यासह सही)



# महानगर टेलीफोन निगम लिमिटेड, मुंबई

MAHANAGAR TELEPHONE NIGAM LIMITED, MUMBAI

(A Government of India Enterprises)

कार्यकारी निदेशक का कार्यालय, कल्याण अनुभाग, 9वीं मंज़िल, टेलीफोन हाउस, एमटीएनएल

मार्ग, दादर (प.), मुंबई-400 028

O/o Executive Director, Welfare Section, 9th Floor, Telephone House,  
MTNL Marg, Dadar (W), Mumbai - 400 028.

डब्ल्यूएल/110-23/जीएचआईपी सेवानिवृत्त कर्मचारी/नियम/15-16/7

दि. 07/09/2015

सेवा में,

सभी महाप्रबंधक/मुख्य अभियंता (भवन निर्माण),

एमटीएनएल, मुंबई

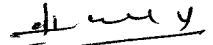
विषय : एमटीएनएल के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए स्थित अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत सेवानिवृत्त होने वाले/सेवा निवृत्त हो चुके कर्मचारियों/मृत कर्मचारी के पति/पत्नी के लिए पंजीकरण का आवेदन (मेडिकल फॉर्म) प्रस्तुत करने की प्रक्रिया ।

संदर्भ नं. एमटीएनएल/सिओ/पर्स/मेडिकल/प्रोसिजर/(एमटीएनएल रिटायरीज)/ 2014-15,  
दिनांक 04.08.2015

एमटीएनएल के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए स्थित अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत सेवानिवृत्त होने वाले/सेवानिवृत्त हो चुके कर्मचारियों/मृत कर्मचारी के पति अथवा पत्नी के लिए पंजीकरण के लिए आवेदन (मेडिकल फॉर्म) प्रस्तुत करने के लिए निम्नलिखित प्रक्रिया अपनाई जाए :-

1. सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों को संबंधित उप प्रबंधक (नकद/कार्य) द्वारा अग्रिम रूप से दिए जाने वाले पेंशन कागजात के साथ पंजीकरण के लिए आवेदन (मेडिकल फॉर्म) भी दिया जाना चाहिए ।
2. एमटीएनएल के सेवानिवृत्त कर्मचारियों के लिए अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के सुचारु रूप से संचालन के लिए संबंधित यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) द्वारा वचननामे (Undertaking) की दो प्रतियाँ प्राप्त करके पावती के रूप में तीसरी प्रति कर्मचारी को लौटा दी जाए। पंजीकरण के आवेदन के साथ प्रारम्भिक स्तर पर आधार कार्ड की झेरॉक्स कॉपी व वचननामा (Undertaking) एक बार ही लिया जाए और इन वचननामों (Undertakings) का रिकार्ड रखें ।
3. वचननामे (Undertakings), मामले के अनुसार, निम्नलिखित प्रारूप में लिए जाएँ :-  
(अ) सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों के लिए फॉर्म 'X' (तीन प्रतियों में) ।

- (ब) 30.09.2015 को सेवानिवृत्त होने वाले अथवा उससे पूर्व सेवानिवृत्त हो चुके कर्मचारियों के लिए फॉर्म 'Y' (तीन प्रतियों में) ।
- (क) मृत कर्मचारी के पति/पत्नी के लिए फॉर्म 'Z' (तीन प्रतियों में) ।
4. (अ) कार्यरत कर्मचारी की मृत्यु हो जाने पर संबंधित यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) द्वारा मृत कर्मचारी के पति/पत्नी को अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ उठाने के लिए पंजीकरण का आवेदन तथा वचननामा (Undertaking) तुरंत प्रस्तुत करने के संबंध में सूचित करना सुनिश्चित किया जाए ।
- (ब) वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) द्वारा सेवानिवृत्त कर्मचारी को उनकी सेवानिवृत्ति के तुरंत बाद पंजीकरण का आवेदन तथा वचननामा प्रस्तुत करने के बारे में सूचित किया जाए ।
- (क) सेवानिवृत्त कर्मचारी तथा मृत कर्मचारी के पति/पत्नी प्रत्येक वर्ष अक्टूबर माह में इन्शुरन्स कव्हर मिलने के लिए पंजीकरण का आवेदन पत्र प्रस्तुत करना अनिवार्य है ।
5. मेडिकल पंजीकरण फॉर्म पर अनिवार्य रूप से एमटीएनएल स्टाफ नंबर ही लिखें (DOT स्टाफ नंबर नहीं), ताकि नाम का पंजीकरण दोहराया न जाए ।
6. अपेक्षित औपचारिकताएँ पूरी करने के तुरंत बाद पंजीकरण का आवेदन आधार कार्ड की झेरॉक्स कॉपी के साथ संबंधित यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) द्वारा टीपीए को प्रत्येक दिन (On Day to Day basis) भेजा जाए ।
7. सेवानिवृत्त कर्मचारी तथा मृत कर्मचारी के पति/पत्नी द्वारा पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत न किए जाने पर उनके द्वारा दिए गए वचननामे (Undertaking) के अनुसार वे अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के पात्र नहीं होंगे और इसके लिए वे पूर्ण रूप से जिम्मेदार होंगे ।
8. इसे व्यापक प्रसिध्दी दि जाए । यह सर्कुलर एमटीएनएल से सेवानिवृत्त होने वाले/सेवानिवृत्त हो चुके कर्मचारियों/मृत कर्मचारी के पति अथवा पत्नी, इनके जानकारी के लिए लाया जाए । इसे सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया गया है ।

  
वरिष्ठ प्रबंधक (कल्याण)  
एमटीएनएल, मुंबई

संलग्न : फॉर्म 'X', फॉर्म 'Y', फॉर्म 'Z'

प्रतिलिपि :

1. कार्यकारी निदेशक के वरिष्ठ प्रबंधक - सूचनार्थ
2. सभी प्रमुख महाप्रबंधक - सूचनार्थ
3. महासचिव, एमटीएनएल कामगार संघ- सूचनार्थ

वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) की प्रति/उप प्रबंधक (नकद/कार्य) की प्रति/कर्मचारी की प्रति

**सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों के लिए वचननामा**

(तीनों प्रतियाँ मूल रूप से भरी जाएँ)

मैं, श्री/श्रीमती ....., पदनाम ..... स्टाफ नं ..... महाप्रबंधक ..... यूनिट में कार्यरत हूँ और दिनांक ..... को सेवानिवृत्त हो रहा/रही हूँ और अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए महाप्रबंधक ..... यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) को पंजीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत करने का एतद्वारा वचन देता/देती हूँ ।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि :-

\* (1) मैं सेवानिवृत्ति के तुरंत बाद पंजीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत करूंगा/करूंगी और उसके बाद प्रत्येक वर्ष अक्टूबर माह में पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत करूंगा/करूंगी । मुझे बताया गया है कि यदि मैंने पंजीकरण आवेदन प्रस्तुत नहीं किया तो मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए पात्र नहीं रहूंगा/रहूंगी ।

अथवा

\* (2) मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने का/की इच्छुक नहीं हूँ अतः मैं पंजीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत नहीं करूंगा/करूंगी ।

(\* ) जो लागू न हो उसे काट दें ।

दिनांक :

कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम : .....

स्टाफ नं. .... पदनाम .....

महाप्रबंधक यूनिट .....

उप प्रबंधक (नकद/कार्य)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)

वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)



वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) की प्रति/उप प्रबंधक (नकद/कार्य) की प्रति/कर्मचारी की प्रति

**30.09.2015 को अथवा उससे पूर्व सेवानिवृत्त हो चुके कर्मचारियों के लिए वचननामा**

(तीनों प्रतियाँ मूल रूप से भरी जाएँ)

मैं, श्री/श्रीमती ....., पदनाम ..... स्टाफ नं. .... दिनांक ..... को महाप्रबंधक ..... यूनिट से सेवानिवृत्त हो चुका/चुकी हूँ और एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि :-

\* (1) अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए सेवानिवृत्ति के तुरंत बाद मैं महाप्रबंधक ..... यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) को पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत करने का वचन देता/देती हूँ और उसके पश्चात प्रत्येक वर्ष अक्टूबर माह में पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत करूँगा/करूँगी। मुझे बताया गया है कि यदि मैंने पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत नहीं किया तो मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए पात्र नहीं रहूँगा/रहूँगी।

अथवा

\* (2) मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने का/की इच्छुक नहीं हूँ, अतः मैं पंजीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत नहीं करूँगा/करूँगी।

(\* ) जो लागू न हो उसे काट दें ।

दिनांक :

सेवानिवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम : .....

स्टाफ नं. .... पदनाम .....

महाप्रबंधक यूनिट .....

उप प्रबंधक (नकद/कार्य)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)

वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)

वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) की प्रति/उप प्रबंधक (नकद/कार्य) की प्रति/कर्मचारी की प्रति

**मृत कर्मचारी के पति/पत्नी के लिए वचननामा**

(तीनों प्रतियाँ मूल रूप से भरी जाएँ)

मैं, श्री/श्रीमती ....., स्वर्गीय श्री/श्रीमती ....., पदनाम ..... स्टाफ नं. ....  
की पत्नी/पति, जो महाप्रबंधक ..... यूनिट में कार्यरत थे और जिनकी मृत्यु दिनांक ..... को हुई है,  
एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि :-

\* (1) अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए मैं  
महाप्रबंधक ..... यूनिट के वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन) को पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ और  
उसके पश्चात प्रत्येक वर्ष अक्टूबर माह में उक्त आवेदन प्रस्तुत करूँगा/करूँगी। मुझे बताया गया है कि यदि  
मैंने पंजीकरण का आवेदन प्रस्तुत नहीं किया तो मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत  
चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए पात्र नहीं रहूँगा/रहूँगी।

अथवा

\* (2) मैं अंशदाई समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने का/की इच्छुक नहीं  
हूँ अतः मैं पंजीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत नहीं करूँगा/करूँगी।

(\* ) जो लागू न हो उसे काट दें ।

दिनांक :

मृत कर्मचारी के पति/पत्नी के हस्ताक्षर

नाम : .....

मृत कर्मचारी का नाम : .....

स्टाफ नं. .... पदनाम .....

महाप्रबंधक यूनिट .....

उप प्रबंधक (नकद/कार्य)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)

वरिष्ठ प्रबंधक (प्रशासन)

(हस्ताक्षर एवं कार्यालय की मुहर)



# महानगर टेलीफोन निगम लिमिटेड, मुंबई

**MAHANAGAR TELEPHONE NIGAM LIMITED, MUMBAI**

(A Government of India Enterprises)

कार्यकारी निदेशक का कार्यालय, 9वीं मंजिल, टेलीफोन हाउस, एमटीएनएल मार्ग, दादर (प), मुंबई-400 028  
O/o Executive Director, Welfare Section, 9th Floor, Telephone House,  
MTNL Marg, Dadar (W), Mumbai - 400 028.

**WL/110-23/GHIP Retd. Emp/Ruling/15-16/7**

**DT. 07/09/2015**

To,  
All GMs / CE (BW),  
MTNL, Mumbai.

**Sub:** Procedure for submission of "Application for Registration" (Medical forms) for retiring employees/ retired employees/ spouse of deceased employee under existing Contributory Group Health Insurance Scheme for MTNL Retired Employees

**Ref:** No.MTNL/CO/Pers/Medical/ Procedure (MTNL Retirees)/ 2014-15, dt. 04.08.2015

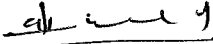
The following procedure may be followed regarding submission of "Application for Registration" (Medical forms) for retiring employees/ retired employees/ spouse of deceased employee under existing Contributory Group Health Insurance Scheme for MTNL Retired Employees:-

1. The "Application for Registration" (Medical forms) shall be given in advance to the retiring employees alongwith pension papers by concerned DM (Cash/Works).
2. To ensure smooth functioning of the Contributory Group Health Insurance Scheme for MTNL Retired Employees, SM (Admn) of the concerned unit shall collect the two copies of undertaking and third copy may be acknowledged and returned to the employee. The said undertaking may be taken one time at the initial stage of Application for Registration alongwith xerox copy of Aadhar Card, for the said scheme. It may please be noted that the undertaking must be taken from all the retiring employees/ retired employees/ spouse of deceased employee & SM (Admn) of concerned unit shall maintain the record of these undertakings.
3. The undertakings shall be taken in the formats indicated below, as the case may be :-
  - (a) Employees retiring in Form 'X' (in triplicate)
  - (b) Employees retired/ retiring upto 30.09.2015 in Form 'Y' (in triplicate).
  - (c) Spouse of deceased employee in Form 'Z' (in triplicate).
4. (a) In case of death of the working employee, it shall be ensured by concerned SM (Admn) to communicate the spouse of deceased employee to submit the Application for Registration and undertaking immediately to avail the Contributory GHIS cover.

....2..

- (b) SM (Admn.) shall inform to the employees to submit the Application for Registration alongwith undertaking before and/or immediately after retirement
- (c) It is mandatory for the Retired employees and spouse of deceased employee to submit the Application for Registration in the month of October every year to get insurance cover.
5. It is mandatory to mention the **MTNL Staff No. only** on Application for Registration Form (not DOT Staff No.) to avoid the duplication in registration.
6. Immediately after completing required formalities, the Application for Registration alongwith xerox copy of Aadhar Card, to be forwarded by the concerned SM (Admn) to TPA on day to day basis.
7. If the Application for Registration is not submitted by Retired employee or the spouse of deceased employee, he/she shall not be eligible for availing medical facility under Contributory GHIS as per undertaking given by him/her and he/she will be solely responsible for the same.
8. Wide publicity may be given to the circular. The circular may be brought to the notice of retiring employees/ retired employees/ spouse of deceased employee.

This issues with the approval of the Competent Authority.

  
 Sr. Manager (Welfare) 7/9/2015  
 MTNL, Mumbai.

Encl: Form 'X', Form 'Y', Form 'Z'

Copy to:

1. SM to ED : For information please.
2. All PGMs : For information please.
3. GS, MTNKS: For information please.

# Form 'X'

SM (Admn) copy / DM (Cash/ Works) copy/ Employee copy

## Undertaking for Retiring employees

*(Three originals to be submitted)*

I, Shri/Smt. \_\_\_\_\_ Desgn. \_\_\_\_\_, Staff No. \_\_\_\_\_, working with \_\_\_\_\_ (GM (Unit), retiring on (date) \_\_\_\_\_, hereby undertake to submit the Application for Registration to SM (Admn) \_\_\_\_\_ for availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme.

I hereby declare that :-

\* (1) I hereby undertake to submit the Application for Registration immediately after retirement and thereafter I shall submit the Application for Registration in the month of October every year. I have been informed that I shall not be eligible for availing medical facilities through Contributory GHIS, if I fail to submit the Application for Registration.

OR

\* (2) I am not interested in availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme, hence I shall not submit the Application for Registration.

*(\*) Strike out whichever is not applicable.*

Date:

**Signature of Employee**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Staff No.** \_\_\_\_\_ **Desgn.** \_\_\_\_\_

**GM Unit** \_\_\_\_\_

**DM (Cash/ Works)**  
**(Signature with Office Seal)**

**SM (Admn)**  
**(Signature with Office Seal)**

# Form 'Y'

SM (Admn) copy / DM (Cash/ Works) copy/ Employee copy

## **Undertaking for employees retired/ retiring upto 30.09.2015**

*(Three originals to be submitted)*

I, Shri/Smt. \_\_\_\_\_ Desgn. \_\_\_\_\_,

Staff No. \_\_\_\_\_, retired on \_\_\_\_\_ (date), from GM \_\_\_\_\_

hereby declare that :-

\* (1) I hereby undertake to submit the Application for Registration to SM (Admn) \_\_\_\_\_ for availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme this year and will submit the same in the month of October every year. I have been informed that I shall not be eligible for availing medical facilities through Contributory GHIS, if I fail to submit the Application for Registration.

OR

\* (2) I am not interested in availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme, hence I shall not submit the Application for Registration.

*(\* Strike out whichever is not applicable.*

Date:

**Signature of Retd. Employee**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Staff No.** \_\_\_\_\_ **Desgn.** \_\_\_\_\_

**GM Unit** \_\_\_\_\_

**DM (Cash/ Works)**  
**(Signature with Office Seal)**

**SM (Admn)**  
**(Signature with Office Seal)**

# Form 'Z'

SM (Admn) copy / DM (Cash/ Works) copy/ Employee copy

## **Undertaking for spouse of deceased employee** *(Three originals to be submitted)*

I, Shri/Smt. \_\_\_\_\_ spouse of Late \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Desgn. \_\_\_\_\_ Staff No. \_\_\_\_\_, worked with  
\_\_\_\_\_ (GM (Unit), expired on \_\_\_\_\_ (date), hereby declare that :-

\*(1) I hereby undertake to submit the Application for Registration to SM (Admn) \_\_\_\_\_ for availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme this year and in the month of October every year. I have been informed that I shall not be eligible for availing medical facilities through Contributory GHIS, if I fail to submit the Application for Registration.

OR

\*(2) I am not interested in availing medical facilities under Contributory Group Health Insurance Scheme, hence I shall not submit the Application for Registration.

Date:

**Signature of spouse of deceased employee**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Name of deceased employee** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Staff No.** \_\_\_\_\_ **Desgn.** \_\_\_\_\_

**GM Unit** \_\_\_\_\_

**DM (Cash/ Works)**  
**(Signature with Office Seal)**

**SM (Admn)**  
**(Signature with Office Seal)**

**MTNL RETIRED EMPLOYEES CONTRIBUTORY GROUP HEALTH INSURANCE SCHEME  
APPLICATION FOR REGISTRATION & CLAIMS  
(Tick mark whichever is applicable)**

GM(Admn)  
MTNL MUMBAI  
Sir,

1. I am retired employee/dependent spouse of retired employee of MTNL and would like to join the company's Retired Employees Contributory Group Health Insurance Scheme.
2. I request that medical coverage be extended to self and / or spouse as named below.

Sl.No.	Name of beneficiaries	Relation	Date of Birth	Photograph
		Self		
		Spouse		

(Note: Please enclose two passport size photographs of each member specified in above.)

1. Reimbursement of indoor claims (if any) submitted from time may please be deposited in my bank Account No. \_\_\_\_\_ with \_\_\_\_\_ Bank, \_\_\_\_\_ (Branch), Mumbai as admitted/through cheque drawn in my name/through ECS. (Photocopy of first page of bank passbook/bank statement/cancelled cheque is attached with)
2. I undertake to notify to the company any change in the above particulars as soon as it occurs.
3. I (Retiree/Spouse) understand that the company reserves the right to refuse the membership to any retired employee or terminate the same at any time, by giving one month's notice formally to individual retiree/spouse and specifying the reason thereof. Company's decision in this behalf shall be final.
4. I am aware that Rs. 3000/2000 will be deducted from my OPD limit every year.
5. I undertake to abide by the rules of this scheme, as amended from time to time.

Yours faithfully

Sign :

Residential Tele. No. \_\_\_\_\_ Mobile No. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ P.C. No. \_\_\_\_\_

St.No. \_\_\_\_\_ Desgn. \_\_\_\_\_ Scale of Pay \_\_\_\_\_

Basic Pay \_\_\_\_\_ Address for Correspondence \_\_\_\_\_

Sign : \_\_\_\_\_

Certified and verified that an amount of Rs. 3000/- (For both living)/ Rs. 2000/- (For single living) is debited from the eligible OPD limit of the retired employee/spouse of the retired employee.

Dy. Manager (Actts) Cash  
(Pension Disbursing Authority)

Forwarded to : TPA  
Sr. Manager (Admn) \_\_\_\_\_



**MTNL RETIRED EMPLOYEES CONTRIBUTORY GROUP HEALTH INSURANCE SCHEME  
INFORMATION FOR ISSUE OF MEDICAL CARD**

1. Name of Retired Employee : \_\_\_\_\_
2. P.C. No. \_\_\_\_\_ Staff No. \_\_\_\_\_
3. Date of Retirement \_\_\_\_\_
4. Desgn. \_\_\_\_\_
5. Scale of Pay \_\_\_\_\_ Basic Pay \_\_\_\_\_
6. GM Office \_\_\_\_\_ Place of duty at the time of retirement \_\_\_\_\_
7. Permanent address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Present Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Validity from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (to be filed by  
issuing Authority)
10. Details on medical Card

Sl.No.	Name of beneficiaries	Relation	Date of Birth	Photograph
		Self		
		Spouse		

**NOTE:**

1. Please note that Medical Claims are to be made in the prescribed form of the Company.
2. Separate claim should be preferred for each patient and each spell of treatment

Signature of the beneficiary

Verified and found o.k.

Forwarded to : TPA

Dy. Manager (Cash)  
Pension Disbursing Authority

Sr. manager (Admn) \_\_\_\_\_

**MTNL RETIRED EMPLOYEES CONTRIBUTORY GROUP HEALTH INSURANCE SCHEME****CERTIFICATION/DECLARATION**

(Tick mark whichever is applicable)

1. Certified that I am not availing any other medical cover in consequent of employment of my spouse, or any type of medical facility or allowance from any other source or CGHS facility.
2. Certified that my spouse is not employed. OR
3. Certified that my spouse, Mr./Mrs. ....  
is employed with/retired from .....and availing/not  
availing medical facility/medical allowance from his/her employer. (A certificate of  
his/her employer to that effect is enclosed).
4. Myself and my spouse are retired from MTNL and I will only facility the medical  
facilities in my name only.
5. I am retired from MTNL but my spouse Shri/Smt \_\_\_\_\_  
Desgn. \_\_\_\_\_ St.No. \_\_\_\_\_ is working in MTNL, hence I  
am availing the medical facility on her/his name.

Date :

Signature :

Place :

Name :

Address :

Phone No.:

Mobile No.: