

यूनियन बैंक ऑफ इंडिया सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा सहायता योजना (यूबीआईआरईएमएस)
UNION BANK OF INDIA RETIRED EMPLOYEES' MEDICAL ASSISTANCE SCHEME (UBIREMAS)

प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT

1. ए) प्राथमिक सदस्य का नाम
Name of the Primary Member
(सेवानिवृत्त कर्मचारी Retired Employee)
- बी) सेवानिवृत्ति पर पदनाम
Designation at the time of Retirement
- सी) कर्मचारी संख्या Employee No.
2. गौण सदस्य का नाम
Name of Secondary Member
(जीवनसाथी Spouse)
3. इस योजना के अंतर्गत परिवार इकाई की सदस्यता संख्या
Membership No. Of Family Unit Under this Scheme
4. नामित शाखा Nominated Branch
5. नामित शाखा में ब. ब. खाता संख्या
S.B. A/c. No. At Nominated Branch
6. आवासीय पता / टेलीफोन संख्या
Residential Address/
Telephone No.
7. किसके लिए खर्च किया गया
Expenses incurred for whom,
(नाम का उल्लेख करें और बतायें कि प्राथमिक सदस्य या गौण सदस्य)
(Mention name and also mention whether Primary Member or Secondary Member)
8. बीमारी/रोग की प्रकृति Nature of Disease/illness
(निश्चित पूर्ण निदान एवं बीमारी की प्रकृति को दर्शानेवाला चिकित्सा प्रमाणपत्र,
(Medical Certificate must be submitted showing definite full diagnosis and nature of ailment))
9. अपरेशन की प्रकृति Nature of Operation
(बड़ा / छोटा Major/Minor)
10. उपचार की अवधि Duration of the Treatment
ए) अस्पताल में In Hospital : From _____ से to _____ तक
दिनों की संख्या No. Of Days _____
बिस्तर प्रभार Bed Charges _____
बी) घर में, अस्पतालीकरण के बाद
At home, after hospitalisation : From _____ से to _____ तक

Contd...

UNION BANK OF INDIA RETIRED EMPLOYEES' MEDICAL ASSISTANCE SCHEME (UBIRMA)

APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT

- 1.a) Name of the Primary Member (Retired Employee) :
- b) Designation at the time of Retirement :
- c) Employee No. :
2. Name of Secondary Member (Spouse) :
3. Membership No. Of Family Unit Under this Scheme :
4. Nominated Branch :
5. S.B. A/c. No. At Nominated Branch :
6. Residential Address/ Telephone No. :
7. Expenses incurred for whom, (Mention name and also mention whether Primary Member or Secondary Member) :
8. Nature of Disease/Illness (Medical Certificate must be submitted showing definite full diagnosis and nature of ailment) :
9. Nature of Operation (Major/Minor) :
10. Duration of the Treatment
 - a) In Hospital : From _____ to _____
No. Of Days _____
Bed Charges _____
 - b) At home, after hospitalisation : From _____ to _____

Contd...

11.	किये गये अस्पतालीकरण के विस्तृत विवरण Details of Hospitalisation Expenses incurred: (मूल बिल लगाये) (Enclose original bills)	खर्च रकम Amount incurred	क्षे.का. के प्रयोग हेतु For use at R.O. 100% या 75% जैसा कि निर्धारित सीमा के अध्यधीन लागू है. Amount Entitled 100 % or 75 % As applicable subject to ceiling
	ए) पंजीकरण प्रभार Registration Charges		
	बी) वाहन/एम्बुलेंस प्रभार Conveyance/Ambulance Charges		
	सी) आपरेसन प्रभार Operation Charges		
	डी) आपरेसन थियेटर प्रभार Operation Theatre Charges		
	ई) बेहोशी प्रभार Anaesthesia Charges		
	एफ) पैथॉलॉजी प्रभार Pathology Charges		
	जी) डॉक्टर विजिट / सलाह Doctor's visit/consultations		
	एच) फिजियोथेरेपी प्रभार Physiotherapy Charges		
	आई) औषध व दवाइयां Drugs & Medicines		
	जे) रक्ताधान प्रभार Blood Transfusion Charges		
	के) अस्पताल बिलों पर सरचार्ज Surcharge on Hospital Bills		
	एल) अन्य प्रभार Other Charges		
	कुल Total	=====	
	जमा Add: बिस्तर प्रभार Bed Charges		
	कुल पात्र रकम Total Amount Eligible		=====
12.	इस योजना के अंतर्गत परिवार इकाई के लिए अर्थात् स्वयं और जीवनसाथी के लिए अब तक पहले से प्राप्त अस्पतालीकरण व्ययों की प्रतिपूर्ति की रकम, यदि कोई हो (सुनिश्चित करें कि वर्तमान बिलो सहित कुल प्रतिपूर्ति सदस्यता चालू रहने के दौरान रु. 50000/- की अधिकतम सीमा के पार नहीं जाती .) Amount of Reimbursement towards hospitalisation expenses already received so far under the scheme, if any for the Family Unit i.e. for self and spouse (Ensure that total reimbursement including present bill does not exceed maximum limit of Rs. 50000/- throughout currency of Membership)		
13.	क्या स्वयं या जीवनसाथी के नाम से कोई मेडिक्लेम पालिसी रखते हैं Whether holding any Medi-Claim Policy in the name of self or spouse		
14.	यदि ऐसा है तो बीमा कम्पनी द्वारा ऊपर कॉलम सं. 11 के अंतर्गत सूचित कुल व्यय में से चुकायी गई दावे की रकम (बीमा कम्पनी के प्रमाणपत्र/मंजूरी पत्र की प्रति संलग्न करें.) If so, amount of claim settled by the Insurance Company, out of the total expenses reported under Column No. 11 (Enclose copy of the certificate/ sanction letter of the Insurance Company)		

11. Details of Hospitalisation Expenses incurred: (Enclose original bills)	Amount incurred	For use at R.O. Amount Entitled 100 % or 75 % As applicable subject to ceiling
a) Registration Charges	_____	_____
b) Conveyance/Ambulance Charges	_____	_____
c) Operation Charges	_____	_____
d) Operation Theatre Charges	_____	_____
e) Anaesthesia Charges	_____	_____
f) Pathology Charges	_____	_____
g) Doctor's visit/consultations	_____	_____
h) Physiotherapy Charges	_____	_____
i) Drugs & Medicines	_____	_____
j) Blood Transfusion Charges	_____	_____
k) Surcharge on Hospital Bills	_____	_____
l) Other Charges	_____	_____
Total	_____	_____
Add: Bed Charges	_____	_____
Total Amount Eligible	_____	_____
12. Amount of Reimbursement towards hospitalisation expenses already received so far under the scheme, if any for the Family Unit i.e. for self and spouse (Ensure that total reimbursement including present bill does not exceed maximum limit of Rs.50000/- throughout currency of Membership)		
13. Whether holding any Medi-Claim Policy in the name of self or spouse		
14. If so, amount of claim settled by the Insurance Company, out of the total expenses reported under Column No.11 (Enclose copy of the certificate/sanction letter of the Insurance Company)		

Contd...

15. बीमा कम्पनी द्वारा न चुकायी गई शेष रकम (कॉलम 11 की कुल राशि में से कॉलम 14 की राशि घटाये)
Balance amount not settled by the Insurance Company
(Total of Column No. 11 less amount shown in Column No. 14)
16. अनुरोध की गई प्रतिपूर्ति की रकम
Amount of Reimbursement requested

मैं इस फार्म में ऊपर दी गई सूचना के सही होने को प्रमाणित करता हूँ, कॉलम सं. 11 और 14 में सूचित किये अनुसार किये गये व्ययों के सम्बन्ध में सभी बिल / प्रमाणपत्र / वाउचर / कैश मेमो संलग्न हैं.

I certify the correctness of information given herein above. All Bills/ Certificates/Vouchers/Cash Memos in respect of expenses incurred as reported in Column No. 11 & 14 are enclosed.

स्थान Place:

प्राथमिक/गौण सदस्य के हस्ताक्षर

Signature of the

दिनांक Date:

Primary/Secondary Member

नाम Name:

नामित शाखा / कार्यालय के माध्यम से अप्रेषित
Forwarded (Through Nominated Branch/Office)

हम इस पत्र के साथ यूबीआईआरईएमएस के अंतर्गत श्री/सुश्री सदस्यता सं. द्वारा अस्पतालीकरण व्ययों की प्रतिपूर्ति करने के लिए प्रस्तुत आवेदन क्षे. का. में आगे की कार्रवाई हेतु प्रेषित कर रहे हैं. इस योजना के अंतर्गत हमारे रिकार्ड के अनुसार परिवार इकाई को अबतक रु. की प्रतिपूर्ति की गई है. हम कार्मिक प्रशासन अनुभाग, कार्मिक विभाग, (8 वीं मंजिल), केन्द्रीय कार्यालय, मुम्बई द्वारा परिवार इकाई को जारी किये गये सदस्यता कार्ड को सत्यापित किये जाने की पुष्टि करते हैं.

We forward herewith the application for reimbursement of hospitalisation expenses under UBIREMAS submitted by Shri/Smt. Membership No. for the further action at RO. The Family Unit has been reimbursed Rs. /- so far under the Scheme as per our records. We confirm having verified the Membership Card issued to the Family Unit by Personnel Administration Section, Department of Personnel, (8th Floor), Central Office, and Mumbai.

शाखा प्रबंधक / लेखाकार
Branch Manager/Accountant

शाखा/कार्यालय Branch/Office

Contd..

15. **Balance amount not settled by the Insurance Company**
(Total of Column No.11 less amount shown in Column No.14)
16. **Amount of Reimbursement requested**

I certify the correctness of information given herein above. All Bills/ Certificates/Vouchers/Cash Memos in respect of expenses incurred as reported in Column No.11 & 14 are enclosed.

Place:
Date:

Signature of the
Primary/Secondary Member
Name:

Forwarded (Through Nominated Branch/Office)

We forward herewith the application for reimbursement of hospitalisation expenses under UBIREMAS submitted by Shri/Smt. _____ Membership No. _____ for the further action at RO. The Family Unit has been reimbursed Rs. _____/- so far under the Scheme as per our records. We confirm having verified the Membership Card issued to the Family Unit by Personnel Administration Section, Department of Personnel, (8th Floor), Central Office, and Mumbai.

Branch Manager/Accountant
Branch/Office

Contd...

क्षेत्रीय कार्यालय REGIONAL OFFICE
(बैंक के निरीक्षण अधिकारियों द्वारा निरीक्षण हेतु कागजात रिकॉर्ड में रखे जाये.)
(PAPERS TO BE PRESERVED FOR
INSPECTION BY BANK'S INSPECTING OFFICIALS)

चिकित्सा प्रमाणपत्र की संवीक्षा की गई और बिलों का सत्यापन किया गया, जो उपयुक्त पाये गये और प्रचलित योजना के अनुसार उनकी संस्तुति की गई।
 Scrutinized the Medical Certificate and verified the bills which are found to be reasonable and recommended for reimbursement as per the Scheme in Force.

बैंक का चिकित्सा अधिकारी
 Bank's Medical Officer
 क्षे. का. At RO _____

यूबीआईआरडीएमएस के अंतर्गत श्री/सुश्री -----
 सदस्यता सं. ----- को रु.
 मंजूर किये गये, जिसे -----
 शाखा (नामित शाखा) में उनके बचत बैंक
 खाता सं. ----- में जमा किया जाये,
 पीओबी - केंका को नामे किया जाये और केंका काप्रअ,
 कें. का. से प्रतिपूर्ति का दावा किया जाये.
 Sanctioned Rs. _____
 To Shri/Smt. _____
 Membership No. _____ under
 UBIREMAS, which may be credited to his/her
 S.B. A/c No _____ with
 _____ Branch
 (Nominated Branch) by debiting POB-GO and
 reimbursement to be claimed from COPAS, C.O.

क्षेत्र प्रमुख Regional Head
 क्षे. का. RO _____

REGIONAL OFFICE

(PAPERS TO BE PRESERVED FOR INSPECTION BY BANK'S INSPECTING OFFICIALS)

Scrutinized the Medical Certificate and verified the bills which are found to be reasonable and recommended for reimbursement as per the Scheme in Force.

Sanctioned Rs. _____
To Shri/Smt _____
Membership No. _____ under
UBIREMAS, which may be credited to
his/her S.B. A/c. No. _____ with
_____ Branch
(Nominated Branch) by debiting "POB-
CO" and reimbursement to be claimed
from COPAS, C.O.

Bank's Medical Officer
At RO _____

Regional Head
RO _____
