

दि स्टेट ट्रेडिंग कॉर्पोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड : नई दिल्ली

कार्मिक प्रभाग

(औ.सं. अनुभाग)

फा.सं. एसटीसी/मुख्यालय/कार्मिक/औ.सं./02076 (खंड-II)2019

17 दिसंबर, 2020

परिपत्र सं. /33/ 2020

विषय : एसटीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना, 1981 के सदस्य(यों) की मृत्यु के पश्चात चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के संबंध में दिशानिर्देश ।

कुछ मामलों में देखा गया है कि एसटीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना, 1981(एसआरईएमबीएस) के दोनों सदस्यों (पूर्व कर्मचारी या पति/ पत्नी) का इम्पैनल / गैर-इम्पैनल अस्पताल में इलाज के दौरान निधन हो गया और बाद में उनके परिवार के सदस्य(यों), जो कि बच्चे/कानूनी वारिस हैं, उनके द्वारा किए गए चिकित्सा खर्च के बिल एसटीसी को प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत किए गए हैं।

2. इसकी जांच के उपरांत निर्णय लिया गया है कि इस तरह के मामलों में चिकित्सा बिलों का यथालागू भुगतान, एसटीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना के दिवंगत सदस्य के कानूनी वारिस को निम्नलिखित प्रक्रिया/दशानिर्देशों को सुनिश्चित करने के उपरांत किया जाएगा :-

(i) सेवानिवृत्त कर्मचारी की मृत्यु - केवल जीवित और कानूनन पति/पत्नी ही पात्र होंगे, भले ही अस्पताल को इलाज की बाबत किसी के द्वारा भी भुगतान किया गया हो।

(ii) पति /पत्नी की मृत्यु -

क) जीवित बच्चों में से कोई भी ( नाबालिग के मामले में , वह कानून के अनुसार होना चाहिए) प्रतिपूर्ति का दावा कर सकता है, बशर्ते कि वह कम-से-कम रु. 10/- के स्टैम्प पेपर पर पब्लिक नोटरी द्वारा विधिवत प्रमाणित एक शपथ-पत्र दे। शपथ-पत्र की नमूना परिशिष्ट - 'क' में दिया गया है।

ख) अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों, यदि कोई हों, से इसी तरह के स्टांप पेपर पर एक "अनापति प्रमाण पत्र" भी देना होगा, जिसमें कहा गया हो कि दावेदार को बिलों की राशि का भुगतान करने के मामले में उन्हें कोई आपत्ति नहीं है। परिवार के अन्य सदस्यों का विवरण सदस्यता लेने के समय प्रस्तुत मूल आवेदन पत्र या उपरोक्त आवेदन पत्र के साथ प्रस्तुत शपथ-पत्र से सत्यापित किया जाए। शपथ-पत्र का नमूना परिशिष्ट - 'ख' में दिया गया है।

(iii) सेवानिवृत्त कर्मचारी की मृत्यु, जिनके न तो पति/पत्नी और न ही बच्चे जीवित हों-

जो भी दावेदार हैं, उन्हें अस्पताल को उनके द्वारा भुगतान किए जाने के प्रमाण के साथ अदालत द्वारा जारी 'उत्तराधिकार प्रमाणपत्र' (यह साबित करता हुआ कि वह कानूनी वारिस हैं) प्रस्तुत करना होगा।

12/12

(iv) मृत्यु मामलों में संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज:

- क) दावेदार द्वारा गैर-न्यायिक स्टांप पेपर पर शपथ-पत्र।
- ख) सभी कानूनी उत्तराधिकारियों से अलग-अलग अनापति प्रमाण-पत्र।
- ग) मृत्यु प्रमाण-पत्र।
- घ) अस्पताल से मृत्यु संबंधी विवरणी (डेथ समरी) की प्रति।
- ङ) जहाँ मुख्य कार्ड धारक और पति/पत्नी की मृत्यु हो जाती है, ऐसे मामलों में, दावेदार को सरकार द्वारा माता/पिता के नाम के साथ जारी पहचान-पत्र की प्रति।
- च) न्यायालय द्वारा जारी किया गया उत्तराधिकार प्रमाण-पत्र, जहाँ भी आवश्यक हो।
- छ) चिकित्सा कार्ड

3. दावेदार द्वारा उपर्युक्त दस्तावेज को एसटीसी मुख्यालय के संबंधित कार्मिक प्रभाग में प्रस्तुत किये जाने चाहिए। दावेदार को भुगतान करने से पहले सभी दस्तावेजों को उनकी पूर्णता और प्रामाणिकता के लिए सत्यापित किया जाएगा, ताकि बाद में किसी प्रकार की मुकदमेबाजी से बचा जा सके। दुरुपयोग से बचने के लिए चिकित्सा कार्ड को विरूपित/नष्ट कर दिया जाएगा और इस संबंध में कार्मिक प्रभाग में रखे रिकॉर्ड में टिप्पणी की जाएगी।

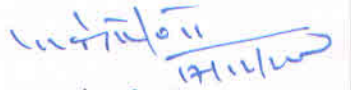
4. दावेदार को, एसटीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना के सदस्य की मृत्यु की तारीख से तीन महीने (90 दिन) के भीतर आवश्यक दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत करना होगा।

5. ऐसे दावों का निपटान यथासमय लागू एसटीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ योजना के अनुसार किया जाएगा।

6. सभी लंबित मामलों को, पैरा 4 में निर्दिष्ट 90 दिनों की अवधि के अंदर प्रस्तुत करने की शर्त को छोड़कर इस अनुच्छेद के प्रावधानों के अनुसार विनियमित किया जाएगा।

7. योजना के अन्य नियम और शर्तें यथावत रहेंगे।

8. यह सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया गया है।

  
(एस.के. मीणा)

संयुक्त महाप्रबंधक (कार्मिक)।

ईमेल द्वारा:

- अध्यक्ष एवं प्रबंध निदेशक के कार्यकारी सचिव
- निदेशकगण/मुख्य सतर्कता अधिकारी के कार्यकारी सचिव
- सभी मुख्य महाप्रबंधक / महाप्रबंधक
- मुख्यालय के सभी प्रभागाध्यक्ष
- सभी शाखा प्रबंधक

प्रतिलिपि :

- उप महाप्रबंधक (वित्त) (लेखा एवं स्थापना), मुख्यालय
- सूचना पट्ट
- वेबसाइट

## ( चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए स्टाम्प पेपर पर शपथ-पत्र का मसौदा )

मैं \_\_\_\_\_ पत्नी/पुत्र/पुत्री स्वर्गीय \_\_\_\_\_ और  
 \_\_\_\_\_ का निवासी, एतद द्वारा यहाँ मेरे पिता/माता/ \_\_\_\_\_ स्वर्गीय श्री / श्रीमती  
 \_\_\_\_\_ के इलाज से संबंधित चिकित्सा दावा पत्र प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ, जिनकी \_\_\_\_\_ को मृत्यु  
 हो गयी (मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न है)।

स्वर्गीय श्री / श्रीमती \_\_\_\_\_ के निम्नलिखित अन्य कानूनी उत्तराधिकारी हैं, यदि मुझे पूरी  
 प्रतिपूर्ति राशि का भुगतान किया जाता है तो इनमें से किसी को भी कोई आपत्ति नहीं है।

कानूनी उत्तराधिकारियों द्वारा स्टाम्प पेपर पर हस्ताक्षरित अनापत्ति प्रमाण-पत्र संलग्न हैं।

यदि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त घोषणा असत्य/गलत/मनगढ़त पाई जाती है तो एसटीसी द्वारा मेरे ऊपर जो भी  
 उचित समझी जाए कानूनी कार्रवाई करने के अलावा, मैं एसटीसी से दावा की गई राशि को वापस करने के लिए  
 उत्तरदायी रहूँगा।

पब्लिक नोटरी द्वारा सत्यापित

अभिसाक्षी

परिशिष्ट 'ख'

## ( स्टाम्प पेपर पर अनापत्ति प्रमाण-पत्र का नमूना )

मैं \_\_\_\_\_ पुत्र/पुत्री स्वर्गीय श्री \_\_\_\_\_ ;  
 स्वर्गीय श्री \_\_\_\_\_ का कानूनी वारिस होते हुए मुझे, मेरे पिता/माता के उपचार की  
 पूरी राशि की प्रतिपूर्ति मेरे भाई/बहन श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ को किए जाने पर कोई आपत्ति नहीं  
 है।

( )

पुत्र/पुत्री/ पत्नी

पता :

दिनांक:

पब्लिक नोटरी द्वारा सत्यापित

**THE STATE TRADING CORPORATION OF INDIA LTD., NEW DELHI**  
**PERSONNEL DIVISION**  
(IR section)

F.No. STC/CO/PER/IR/02076(Vol-VI)/2019

December, 17<sup>th</sup> 2020

**CIRCULAR No.IR/33/2020**

**Sub: Guidelines regarding Reimbursement of medical expenses after demises of Member(s) of STC Retired Employees' Medical Benefit Scheme, 1981.**

A few instances have come to notice where both members of the STC Retired Employees' Medical Benefit Scheme, 1981(SREMBS) (ex-employee or the spouse) have expired during the treatment in empanelled/non-empanelled hospital and subsequently their family member(s) who are children/legal heir, have submitted bills of medical expenses incurred by them to STC for reimbursement.

2. It has been examined and decided that in such cases the payment of medical bills as admissible shall be released to the legal heir(s) of the deceased member(s) of SREMBS after ensuring the following procedure/guidelines:

(i) **Death of Retired Employee** - Only living and legal spouse is the eligible claimant irrespective of who has made the payment to the hospital for treatment.

(ii) **Death of Spouse –**

a) Any of the living children (in case of Minor, the same has to be as per law) can claim reimbursement provided he/she gives an Affidavit on Stamp Paper of value not less than Rs 10/- duly attested by Public Notary. Specimen copy of the affidavit is placed at Appendix – A.

b) A "No Objection Certificate" from other legal heirs, if any, is also required to be given on a similar Stamp Paper stating that they have no objection in case the amount of Bills are paid to Claimant. Details of other family members may be verified from Original Application Form submitted at the time of taking membership or from the Affidavit submitted along with above application Form. Specimen copy of the affidavit is placed at Appendix – B.

(iii) **Death of Retired Employee with no living spouse and no surviving children –**

A 'succession certificate' issued by court has to be produced by whosoever is the claimant (proving that he/she is the legal heir) along with the proof that payment to the hospital has been made by him/her.



**(iv) Documents to be enclosed in Death Cases :**

- a) Affidavit on non judicial stamp paper by the claimant.
- b) NOC from all the legal heirs separately for each individual.
- c) Death certificate.
- d) Copy of death summary from the hospital.
- e) ID proof of claimant issued by Govt. agencies with name of father/mother in cases where both main card holder and spouse have expired.
- f) Succession certificate issued by court wherever required.
- g) Medical Card

3. The above mentioned documents are required to be submitted by the claimant to respective Personnel Division of C.O. The documents will be verified for their completeness and authenticity before effecting the payment to claimant to avoid any litigation at a later date. Medical cards will be defaced/destroyed to prevent misuse and annotation to this effect will be made in the records held at Personnel Division.

4. The claimant shall submit reimbursement claim along with required documents within three months (90days) from the date of death of deceased member of SREMBS.

5. Such claims will be settled as per the STC Retired Employees' Medical Benefit Scheme in vogue at that time.

6. All pending cases as on date shall be regulated as per provisions of this circular except the condition of submission period of 90 days as referred in para 4.

7. Other terms and condition of the scheme shall remain unchanged.

8. This issues with the approval of Competent Authority.

  
(S.K. Meena)

Jt. General Manager (Pers.)

By E-mail:

- Exe. Secy. to CMD
- Exe. Secys. to Directors/CVO
- All CGMs/GMs
- Divisional Heads, CO
- All Branch Managers

Copy to

- DGM(F)(A&E), CO
- Notice Board
- Website

**(Draft for Affidavit on Stamp Paper for claiming medical reimbursement)**

I \_\_\_\_\_ Wife/Son/Daughter of Late \_\_\_\_\_ and resident of \_\_\_\_\_ hereby submit the medical claim papers pertaining to treatment of my father/mother/ \_\_\_\_\_ Late Shri/Smt \_\_\_\_\_ who has expired on \_\_\_\_\_ (Copy of death certificate is enclosed).

Late Shri/Smt \_\_\_\_\_ has left behind the following other legal heirs none of whom have any objection if the entire amount reimbursable is paid to me.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No objection certificate signed by the legal heirs on Stamp paper is enclosed herewith.

In case it is found that the above declaration given by me is false/incorrect/fabricated then i shall be liable to return the claimed amount to STC apart from any legal actions against me which STC deems fit.

Attested by Notary Public

Deponent

\_\_\_\_\_

**(Draft for No objection certificate on Stamp Paper)**

I \_\_\_\_\_ S/o/D/o Late Shri \_\_\_\_\_ being the legal heir of Late Shri/Smt \_\_\_\_\_ have no objection if the entire amount reimbursable pertaining to the treatment of my father/mother is paid to our brother/sister Shri/Ms.

\_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Son/  
Daughter W/O

Address

Date:

Verified by Notary Public