

## पत्रकार स्वास्थ्य एवं दुर्घटना समूह बीमा योजना नवीनीकरण एवं नये आवेदन

जनसंपर्क संचालनालय द्वारा वर्ष 2015 में एक वर्ष के लिए स्वास्थ्य एवं दुर्घटना समूह बीमा यूनाइटेड इण्डिया इन्श्योरेंस कंपनी से दो चरण में करवाया गया था। द्वितीय चरण की पालिसी 4 अक्टूबर 2016 को समाप्त हो रही है। नवीनीकरण के आवेदन और नये आवेदन निर्धारित प्रीमियम के ड्राफ्ट के साथ 16 सितंबर 2016 तक जनसंपर्क संचालनालय/ संभागीय/ जिला जनसंपर्क कार्यालयों में देना आवश्यक है। प्रीमियम की तालिका निम्नानुसार है:-

### प्रीमियम तालिका

आयु	मूल प्रीमियम स्वास्थ्य बीमा	प्रीमियम दुर्घटना बीमा	कुल प्रीमियम	25% प्रीमियम पत्रकार की ओर से (स्वयं)	75% सरकार की ओर से	स्वयं पति/पत्नी	स्वयं पति/पत्नी एक बच्चा	स्वयं पति/पत्नी 2 बच्चे	स्वयं पति/पत्नी 3 बच्चे
21-35	2964	350	3314	829	2485	1168	1507	1845	2184
36-45	3574	350	3924	981	2943	1390	1798	2207	2615
46-55	5466	350	5816	1454	4362	2078	2701	3324	3948
56-60	7456	350	7806	1952	5854	2802	3653	4503	5354
61-70	10151	350	10501	1575*	8926**	2732	NA	NA	NA

\* प्रीमियम की गणना 15% के आधार पर की गई है। \*\* प्रीमियम की गणना 85% प्रतिशत के आधार पर की गई है।

### पात्र नये पत्रकार भी आवेदन कर सकेंगे

- व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा 2 लाख और दुर्घटना बीमा 5 लाख का होगा। 21 वर्ष से 70 वर्ष तक की उम्र के संचार प्रतिनिधि इसके पात्र होंगे।
- बीमा एक साल के लिये किया जायेगा। 60 वर्ष तक के संचार प्रतिनिधि की वार्षिक बीमा किशत का 75 प्रतिशत और 61 से 70 वर्ष के संचार प्रतिनिधियों के बीमा किशत का 85 प्रतिशत जनसम्पर्क संचालनालय द्वारा दिया जायेगा।
- पति, पत्नी या बच्चों को भी निर्धारित प्रीमियम देने पर, योजना में शामिल किया जा सकेगा।
- जनसंपर्क संचालनालय की अधिस्वीकृति प्राप्त पत्रकारों के साथ ही बिना अधिस्वीकृति प्राप्त पत्रकारों के लिये जो संस्था द्वारा देय फार्म 16 जिसमें पी.एफ. नम्बर का स्पष्ट उल्लेख हो अथवा पी.एफ. कटौती का प्रमाण-पत्र संलग्न करेंगे उन्हें भी योजना में शामिल करने के प्रावधान किये गए हैं।

-----संपर्क-----

पत्रकार कल्याण शाखा  
जनसंपर्क संचालनालय  
भोपाल

एस. जॉन, नोडल अधिकार  
M. 9009212713  
Email : johnunitedbpl@gmail.com

जे.के. सबलानिया, डिवीजन मैनेजर  
Email : jitendrasablania@uic.co.in  
यूनाइटेड इंडिया इन्श्योरेंस कम्पनी लिमि.,  
डिवीजन कार्यालय-II, 153, गुरु आर्केड,  
प्रथम तल, जोन-1, एमपी नगर, भोपाल  
मोबाइल नं. 9425015735

### आवेदन प्राप्त होने की अंतिम तिथि 16 सितम्बर, 2016

नोट: यदि पत्रकार परिवार के सदस्य/ सदस्यों को भी योजना में शामिल कराना चाहता है तो ऊपर तालिका में दर्शाये गए आयु वर्ग के अनुसार प्रीमियम राशि को जोड़कर कुल प्रीमियम का भुगतान यूनाइटेड इंडिया इन्श्योरेंस कंपनी को ड्राफ्ट द्वारा किया जाए। बीमा पॉलिसी की विस्तृत जानकारी [www.mpinfo.org](http://www.mpinfo.org) और [www.mdindiaonline.com](http://www.mdindiaonline.com) पर उपलब्ध है।

वेबसाइट से फार्म डाउनलोड कर प्रीमियम के अंश के साथ जनसंपर्क संचालनालय अथवा संभागीय/ जिला जनसंपर्क कार्यालय में जमा किया जा सकता है।

मध्यप्रदेश जनसम्पर्क द्वारा जारी

## नया बीमा-आवेदन-पत्र

युनाइटेड इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

मंडल कार्यालय-2

153, गुरु आर्केड, जोन-1 एम.पी.नगर, भोपाल-462011

फोन : व755-2555338, 2763447

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र

पूरा नाम: संस्थान का नाम-	वर्ष 2016 अधिमान्यता कार्ड नं. (अधिमान्यता नहीं होने की स्थिति में फार्म संस्था द्वारा देय फार्म 16 जिसमें पी.एफ. नम्बर का स्पष्ट उल्लेख हो अथवा पी.एफ. कटौती का प्रमाण-पत्र)
पता:	क्या किसी अशक्तता से प्रभावित हैं, यदि हाँ तो उसका विवरण :-
जन्मतिथि (Kyc दस्तावेज के अनुसार)	नामित का नाम-
मोबाइल नं.	नामित से संबंध
ई-मेल आईडी :	बीमा राशि रुपये 500000/-

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव प्रपत्र (रुपये 2 लाख बीमित राशि प्रति परिवार)

क्र.	बीमित सदस्यों का नाम	जन्मतिथि एवं आयु	लिंग(स्त्री/पुरुष)	प्रस्तावक से संबंध
1.				
2.				
3.				
4.				

बीमित सदस्यों के फोटोग्राफ्स

प्रस्तावक	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य

प्रीमियम राशि जमा करने का विवरण

डीडी. नं.	राशि	दिनांक	बैंक का नाम	बैंक शाखा

- डिमांड ड्राफ्ट युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से बनेगा।
- 1. अधिमान्यता कार्ड की छायाप्रति।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान :

दिनांक :

सेवा-वृद्धि का द्वार मार्ग

पंजीकृत व प्रधान कार्यालय : 24 व्हाइट्स रोड, चैन्नई-60001

बीमा नवीनीकरण-आवेदन-पत्र  
यूनाइटेड इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड  
मंडल कार्यालय-2  
153, गुरु आर्केड, जोन-1 एम.पी.नगर, भोपाल-462011  
फोन :व755-2555338, 2763447  
व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र

पूरा नाम: संस्थान का नाम-	वर्ष 2016 अधिमान्यता कार्ड नं. (अधिमान्यता नहीं होने की स्थिति में फार्म संस्था द्वारा देय फार्म 16 जिसमें पी.एफ. नम्बर का स्पष्ट उल्लेख हो अथवा पी.एफ. कटौती का प्रमाण-पत्र)
पता:	क्या किसी अशक्तता से प्रभावित हैं, यदि हाँ तो उसका विवरण :-
जन्मतिथि (Kyc दस्तावेज के अनुसार)	नामित का नाम-
मोबाइल नं.	नामित से संबंध
ई-मेल आईडी :	बीमा राशि रुपये 500000/-

वर्ष 2015 के बीमे का कार्ड नम्बर-

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव प्रपत्र (रुपये 2 लाख बीमित राशि प्रति परिवार)

क्र.	बीमित सदस्यों का नाम	जन्मतिथि एवं आयु	लिंग(स्त्री/पुरुष)	प्रस्तावक से संबंध
1.				
2.				
3.				
4.				

बीमित सदस्यों के फोटोग्राफ्स

प्रस्तावक	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य	बीमित सदस्य

प्रीमियम राशि जमा करने का विवरण

डीडी. नं.	राशि	दिनांक	बैंक का नाम	बैंक शाखा

- डिमांड ड्राफ्ट यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से बनेगा।

- अधिमान्यता कार्ड की छायाप्रति।
- 2015 के बीमा कार्ड की छायाप्रति।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान :

दिनांक :

सेवा-वृद्धि का द्वार मार्ग

पंजीकृत व प्रधान कार्यालय : 24 व्हाइट्स रोड, चैन्नई-60001