



सं. ए60011/30/2017/एचआरपीसी/पार्ट.1/185

दिनांक: 08 अप्रैल, 2019

क्षेत्रीय कार्यपालक निदेशक  
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण  
उत्तरी/पश्चिमी/पूर्वी/दक्षिणी/उत्तर-पूर्वी क्षेत्र  
नई दिल्ली/मुंबई/कोलकाता/चेन्नई/गुवाहाटी

कार्यपालक निदेशक  
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण  
रे.नि.वि.ए./उ.नि.ए,  
नई दिल्ली

विमानपत्तन निदेशक  
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण  
कोलकाता/चेन्नई हवाई अड्डा

निदेशक  
भारतीय विमानन अकादमी  
नई दिल्ली

प्रधानाचार्य,  
नागर विमानन प्रशिक्षण महाविद्यालय(सीएटीसी).  
बमरौली, इलाहाबाद

महाप्रबंधक  
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण  
के.रे.भं.डि./वि.एवं यां.कार्यशाला  
नई दिल्ली

**नि.मा.सं.प्र. परिपत्र सं: 20/2019: संशोधित भाविप्रा चिकित्सा नीति से संबंधित प्रपत्र**

नि.मा.सं.प्र.परिपत्र सं. 10 / 2019 दिनांक 07.02.2019 और नि.मा.सं.प्र. परिपत्र सं. 16 / 2019 दिनांक 15.03.2019 के अनुक्रम में सेवारत तथा अधिवाषिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार) के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए विकल्प, जीवन प्रमाण पत्र, चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति और दंत चिकित्सा / फिजियोथेरेपी शुल्क की प्रतिपूर्ति के लिए प्रपत्र संशोधित किए गए हैं। भाविप्रा के सभी कार्यालयों में समान रूप से कार्यान्वयन हेतु यह प्रपत्र फॉर्म-ए से एफ के रूप में संलग्न है।

- **फॉर्म-ए**: सेवारत कर्मचारियों के लिए चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए विकल्प फॉर्म। फॉर्म कर्मचारी स्वयं सेवा पोर्टल (ईएसएस) के माध्यम से जमा किया जाएगा।
- **फॉर्म-बी**: अधिवाषिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों के लिए चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए जीवन प्रमाण पत्र और विकल्प फॉर्म (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)।
- **फॉर्म-सी**: स्व-प्रमाणन पर सेवारत कर्मचारियों के लिए, जिन्होंने स्कीम - बी का विकल्प चुना है त्रैमासिक चिकित्सा प्रतिपूर्ति फॉर्म। फॉर्म कर्मचारी स्वयं सेवा पोर्टल (ईएसएस) के माध्यम से जमा किया जाएगा।
- **फॉर्म-डी**: स्व-प्रमाणन पर अधिवाषिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार) के लिए त्रैमासिक चिकित्सा प्रतिपूर्ति फॉर्म (जिन्होंने स्कीम-बी को चुना है)।
- **फॉर्म-ई**: सेवारत और अधिवाषिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार) के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति फॉर्म, जिन्होंने स्कीम-ए का विकल्प चुना है।
- **फॉर्म-एफ**: सेवारत और अधिवाषिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार) के लिए दंत चिकित्सा / फिजियोथेरेपी प्रभार के संबंध में प्रतिपूर्ति फॉर्म, जिन्होंने स्कीम-ए या स्कीम -बी का विकल्प चुना है।

6

2. यह सूचित किया जाता है कि फॉर्म-ए तथा फॉर्म-बी मा. सं. विभाग और और फॉर्म-सी, फॉर्म-डी, फॉर्म-ई व फॉर्म-एफ वित्त विभाग में जमा किया जाए।

(संजय जैन)

(संजय जैन)  
कार्यपालक निदेशक (मा.सं.)

वितरण :

- अध्यक्ष महोदय के उप महाप्रबंधक (कार्यपालक सचिव)
- सदस्य (वित्त/मा.सं./प्रचालन/योजना/एएनएस) / मुख्य सतर्कता अधिकारी के उ.म.प्र. (का.स.)
- का. नि. (वित्त) / म.प्र. (वित्त) -रोकड़
- म.प्र. (मा.सं.) -(सैप)-सैप में प्रविष्टि करने हेतु
- निगमित मुख्यालय /प्रचालन कार्यालय /भाविप्रा कार्यालय परिसर में सभी विभागाध्यक्ष
- म.प्र. (सू. प्रौ.)-भाविप्रा वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु / सभी म. प्र. (मा.सं.)
- महासचिव - एएओए (आई) / एटीसी गिल्ड (आई) /आईएएआईओए/ एएआई इंजी गिल्ड (आई) / एएआई एससी एसटी एसोसिएशन
- महासचिव - एआईयू
- नोट: विवाद उत्पन्न होने की स्थिति में अंग्रेजी पाठ अधिकृत माना जाएगा।

**भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण**  
**सेवारत कर्मचारियों के लिए चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए विकल्प फॉर्म**

1.	कर्मचारी का नाम	
2.	कर्मचारी संख्या	
3.	पदनाम	
4.	विभाग	
5.	वित्तीय वर्ष के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति विकल्प (_____)	<input type="checkbox"/> स्कीम A    या <input type="checkbox"/> स्कीम B (एक विकल्प पर टिक करें)

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

Li ✓

**भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण**  
**अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों के लिए चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए**  
**जीवन प्रमाण पत्र और विकल्प फॉर्म (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)**

1.	कर्मचारी का नाम			
2.	कर्मचारी संख्या			
3.	अधिवार्षिता/विलगन के समय पदनाम			
4.	विभाग			
5.	वर्तमान आवासीय पता			
6.	अधिवार्षिता/विलगन (सेवानिवृत्ति /मृत्यु आदि ) की तिथि			
7.	फ़ोन नंबर			
8.	ईमेल पता			
9.	पैन			
10.	वित्तीय वर्ष के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति विकल्प ( _____ )	<input type="checkbox"/> स्कीम A	या	<input type="checkbox"/> स्कीम B
		(एक विकल्प पर टिक करें )		
11.	आश्रित सूची			
क्र. सं.	आश्रित का नाम	संबंध	जन्म तिथि	क्या पीडब्ल्यूडी है (हाँ / नहीं)

1. मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैं और मेरे स्वीकार्य आश्रित (यदि कोई हो तो) आज तक जीवित हैं।
2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही है और किसी भी जानकारी को गलत तरीके से प्रस्तुत नहीं किया गया है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

नोट : कर्मचारी की मृत्यु होने पर प्रपत्र उसकी पति या पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा हस्ताक्षरित होगा।

61

**भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण**  
**स्व-प्रमाणन पर सेवारत कर्मचारियों के लिए त्रैमासिक चिकित्सा प्रतिपूर्ति**  
**(जिन्होंने स्कीम - बी का विकल्प चुना है)**

1.	कर्मचारी का नाम						
2.	कर्मचारी संख्या						
3.	पदनाम						
4.	चिकित्सा दावे की अवधि ( प्रत्येक तिमाही के अंत में जमा करना है )						
	दिन	महीना	साल		दिन	महीना	साल
तिमाही 1	1	अप्रैल		से	30	जून	
तिमाही 2	1	जुलाई		से	30	सितंबर	
तिमाही 3	1	अक्टूबर		से	31	दिसंबर	
तिमाही 4	1	जनवरी		से	31	मार्च	

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने ऊपर उल्लिखित अवधि के दौरान अपने और स्वीकार्य आश्रितों (यदि कोई हो तो) के लिए ओपीडी उपचार पर (रुपए \_\_\_\_\_) खर्च किए और इस राशि के लिए किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया गया है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

५ /

## भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण

स्व-प्रमाणन पर अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों के लिए त्रैमासिक चिकित्सा प्रतिपूर्ति (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार) (जिन्होंने स्कीम-बी को चुना है)

1.	कर्मचारी का नाम						
2.	कर्मचारी संख्या						
3.	अधिवार्षिता / विलगन (सेवानिवृत्ति / मृत्यु आदि) के समय पदनाम						
4.	अधिवार्षिता / विलगन (सेवानिवृत्ति / मृत्यु आदि) की तिथि						
5.	चिकित्सा दावे की अवधि ( प्रत्येक तिमाही के अंत में जमा करना है )						
	दिन	महीना	साल		दिन	महीना	साल
तिमाही 1	1	अप्रैल		से	30	जून	
तिमाही 2	1	जुलाई		से	30	सितंबर	
तिमाही 3	1	अक्टूबर		से	31	दिसंबर	
तिमाही 4	1	जनवरी		से	31	मार्च	

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने ऊपर उल्लिखित अवधि के दौरान अपने और स्वीकार्य आश्रितों (यदि कोई हो तो) के लिए ओपीडी उपचार पर (रुपए \_\_\_\_\_) खर्च किए और इस राशि के लिए किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया गया है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

नोट : कर्मचारी की मृत्यु होने पर प्रपत्र उसकी पति या पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा हस्ताक्षरित होगा।

61

**भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण**  
**सेवारत और अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति**  
**प्रपत्र (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)**  
**(जिन्होंने स्कीम-ए का विकल्प चुना है)**

1.	कर्मचारी का नाम	
2.	कर्मचारी संख्या	
3.	सेवारत या अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित (एक विकल्प पर टिक करें)	<input type="checkbox"/> सेवारत      या <input type="checkbox"/> अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित
4.	कर्मचारी का आवासीय पता	
5.	रोगी का नाम और आयु	
6.	कर्मचारी के साथ संबंध	
7.	डॉक्टर का नाम और पता	
8.	उपचार की अवधि	
9.	व्यय का विवरण	
	परामर्श शुल्क	
	दवा की लागत	
	अन्य शुल्क (पैथोलॉजिकल / रेडियोलॉजिकल टेस्ट आदि)	
	कुल राशि	

## प्रमाण पत्र:

- ऊपर दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्तुत किया गया है, उसने किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया है।
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्तुत किया गया है, वह मुझ पर पूरी तरह निर्भर है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

## नोट :

- मूल बिल संलग्न करना आवश्यक है।
- कर्मचारी की मृत्यु होने पर प्रपत्र उसकी पति या पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा हस्ताक्षरित होगा।
- प्रत्येक उपचार के लिए अलग फॉर्म जमा करना होगा।

6/

## भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण

सेवारत और अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित कर्मचारियों के लिए दंत चिकित्सा / फिजियोथेरेपी प्रभार के संबंध में प्रतिपूर्ति प्रपत्र (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)  
(जिन्होंने स्कीम-ए या स्कीम -बी का विकल्प चुना है)

1.	कर्मचारी का नाम	
2.	कर्मचारी संख्या	
3.	सेवारत या अधिवार्षिता प्राप्त / विलगित (एक विकल्प पर टिक करें)	<input type="checkbox"/> सेवारत या <input type="checkbox"/> अधिवार्षिताप्राप्त/विलगित
4.	कर्मचारी का आवासीय पता	
5.	रोगी का नाम और आयु	
6.	कर्मचारी के साथ संबंध	
7.	डॉक्टर का नाम और पता	
8.	उपचार की अवधि	
9.	उपचार का विवरण	
10.	दंत चिकित्सा / फिजियोथेरेपी व्यय का विवरण	
	परामर्श शुल्क	
	चिकित्सा / दवा की लागत	
	कुल राशि	

प्रमाण पत्र:

- ऊपर दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्तुत किया गया है, उसने किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया है।
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्तुत किया गया है, वह मुझ पर पूरी तरह निर्भर है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

जगह: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

**ध्यान दें:**

- मूल बिल संलग्न करना आवश्यक है।
- कर्मचारी की मृत्यु होने पर प्रपत्र उसकी पति या पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा हस्ताक्षरित होगा।
- प्रत्येक उपचार के लिए अलग फॉर्म जमा करना होगा।

51