

ए 60011/30/2017/एचआरपीसी/129

दिनांक : 13 अप्रैल, 2020

क्षेत्रीय कार्यपालक निदेशक,

कार्यपालक निदेशक,

भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण

भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण

उत्तरी/ पश्चिमी / पूर्वी /दक्षिणी/ उत्तर-पूर्वी क्षेत्र  
दिल्ली/ मुंबई / कोलकाता /चेन्नई /गुवाहाटी

आरसीडीयू / एफआईयू , नई दिल्ली

विमानपत्तन निदेशक,

निदेशक

भारतीय विमानपत्तन निदेशक

भारतीय विमानन अकादमी

कोलकाता /चेन्नई हवाईअड्डा

नई दिल्ली

प्रधानाचार्य,

महाप्रबंधक विमानन

प्रशिक्षण कॉलेज (सीएटीसी)

भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण

बमरौली ,प्रयागराज।

सीआरएसडी / ई एंड एम वर्कसॉप, नई दिल्ली

निगमित मा.सं. प्र. परिपत्र संख्या - 18/2020

विषय: संशोधित भाविप्रा चिकित्सा नीति - सेवानिवृत्त कर्मचारी से संबंधित।

संशोधित भाविप्रा चिकित्सा नीति के संबंध में नि.मा.सं.प्र. संख्या - 10/2019 दिनांक : 07.02.2019, नि.मा.सं.प्र. संख्या - 16/2019 दिनांक : 15.03.2019 और नि.मा.सं.प्र. संख्या - 37/2019 दिनांक : 20.06.2019 के अतिरिक्त, सेवानिवृत्त भाविप्रा कर्मचारियों के लिए राष्ट्रीय लॉकडाउन हेतु निम्नलिखित निर्णय लिया गया है:

(i) जीवन प्रमाणपत्र : विधिवत भरा हुआ हस्ताक्षरित जीवन प्रमाणपत्र फॉर्म ईमेल के माध्यम से उस संबंधित कार्यालय को भेजा जाए जहां से सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ का दावा कर रहे हैं और वित्तीय वर्ष 2020-21 के लिए जीवन प्रमाणपत्र पर राजपत्रित अधिकारी के हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है। (फॉर्म की प्रति संलग्न)

(ii) योजना विकल्प: योजना 'ए' या 'बी' के लिए विधिवत भरा हुआ हस्ताक्षरित विकल्प फॉर्म ईमेल के माध्यम

से उस संबंधित कार्यालय को भेजा जाए जहां से सेवानिवृत्त कर्मचारी चिकित्सा लाभ का दावा कर रहे हैं। साथ ही, वित्तीय वर्ष 2020-21 के लिए यदि कोई सेवानिवृत्त कर्मचारी अपना विकल्प योजना 'ए' से 'बी' में या इसके विपरीत बदलना चाहते हैं तो इसे भी संबंधित कार्यालय को ईमेल के माध्यम से प्रेषित किया जाए। (फॉर्म की प्रति संलग्न)

(iii) यदि कर्मचारी ने वित्तीय वर्ष 2019-2020 के दौरान विकल्प 'बी' चुना है तो जनवरी से मार्च 2020 की तिमाही में विकल्प 'बी' के लिए विधिवत भरा हुआ हस्ताक्षरित तिमाही भुगतान फॉर्म संबंधित कार्यालय को ईमेल के माध्यम से भेजा जाए जहां से सेवानिवृत्त कर्मचारी ने चिकित्सा लाभ का दावा किया है। (फॉर्म की प्रति संलग्न)

(iv) यदि किसी सेवानिवृत्त कर्मचारी का कोई ईमेल आईडी नहीं है या वह ईमेल द्वारा उपरोक्त विकल्पों का उपयोग करने में असमर्थ है, तो वह जहाँ से चिकित्सा लाभ का दावा कर रहे हैं उस कार्यालय में 31 जुलाई, 2020 तक उपर्युक्त फॉर्म जमा करें।

2. क्षेत्रीय कार्यपालक निदेशकों / विमानपत्तन निदेशकों द्वारा एक नोडल अधिकारी को नामित करते हुए उनका ईमेल पता सेवानिवृत्त कर्मचारियों के साथ साझा किया जा सकता है ताकि वे अपना जीवन प्रमाणपत्र, योजना विकल्प फॉर्म और तिमाही प्रतिपूर्ति फॉर्म प्रस्तुत कर सकें। यह प्राथमिकता के आधार पर किया जा सकता है।

3. यह सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जाता है।

हस्ता.

(संजय जैन)

कार्यपालक निदेशक (मा.सं.)

वितरण :-

- ❖ अध्यक्ष महोदय के विशेष कार्याधिकारी
- ❖ उप महाप्रबंधक (ईएस) - सदस्य (मा.सं.)/सदस्य (प्रचालन) /सदस्य (योजना)/सदस्य (एएनएस)/सदस्य (वित्त)/मुख्या सतर्कता अधिकारी।
- ❖ कार्यपालक निदेशक (मा.सं.-II)/ निगमित मुख्यालय के सभी विभागाध्यक्षों / प्रचालन कार्यालय/भाविप्रा कार्यालय परिसर
- ❖ महाप्रबंधक (मा.सं.) - केएन/जीबी/एनडी/आरकेजे/एमएन
- ❖ महाप्रबंधक (आईटी) - को भाविप्रा वेबसाइट पर अपलोड करने के लिए
- ❖ महासचिव- एएईयू
- ❖ महासचिव- एटीसी (गिल्ड)/सीएनएस अधिकारी गिल्ड/ भाविप्रा इंजीनियरिंग गिल्ड/ आईएएआईओए/ भाविप्रा एससी/एसटी एसोसिएशन/भाविप्रा एससी/एसटी/ओबीसी (एनई) ईडब्ल्यूए।



फॉर्म/Form- B

अधिवर्षिता प्राप्त / पृथक कर्मचारियों के लिए चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति हेतु जीवन प्रमाण पत्र एवं विकल्प प्रपत्र (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)/ Life Certificate & Option Form for Reimbursement of Medical Claim for Superannuated/ Separated Employees (as per AAI retired Medical Scheme)

01	कर्मिक का नाम/ Name of Employee			
02	कर्मिक संख्या/ Employee Number			
03	अधिवर्षिता / पृथक्करण पर पदनाम / Designation at Superannuation / Separation			
04	विभाग /Department			
05	वर्तमान घर का पता / Present Residential address			
06	अधिवर्षिता / पृथक्करण की तिथि (सेवानिवृत्ति / मृत्यु आदि)/Date of Superannuation / Separation (Retirement/Death etc.)			
07	फ़ोन नंबर/ Phone Number			
08	ईमेल पता/ Email Address			
09	पैन नंबर/ PAN Number			
10	वित्तीय वर्ष ----- के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति विकल्प/ Medical Reimbursement Option For Financial Year <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> या <input type="checkbox"/> योजना ए/ Scheme A योजना बी/ Scheme B		
11	आश्रितों की सूची / Dependent List			
क्रम सं. Sl.No.	आश्रितों के नाम /Name of Dependent	संबंध/ Relationship	जन्म तिथि/ Date of Birth	क्या पीडब्ल्यूडी हैं (हां/नहीं)/Whether PWD (yes/no)

1. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं और मेरे आश्रित (यदि कोई हो) आज की तिथि में जीवित हैं। /I certified that I and my admissible dependents (if any) are alive as on date.
2. मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है तथा कोई भी जानकारी गलत प्रस्तुत नहीं की गई है। / I certified that the information furnished above is true to the best of my knowledge and that no information has been misrepresented.

दिनांक/Date : -----

(हस्ताक्षर/Signature)

स्थान/Place : -----

नाम : -----

नोट /Note : किसी कर्मचारी की मृत्यु के मामले में उसके पति / पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करना होगा।/ In case of death of an employee the form shall be signed by his/her spouse/ admissible dependent.



फॉर्म/Form- D

अधिवर्षिता प्राप्त / पृथक कार्मिकों के लिए स्व प्रमाणीकरण पर तिमाही चिकित्सा प्रतिपूर्ति (भाविप्रा सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)/  
Quarterly Medical Reimbursement for Superannuated/ Separated Employees (as per AAI retired Medical Scheme) on Self Certification  
(जिन्होंने योजना B को चुना है / (Those who have opted Scheme - B)

01	कार्मिक का नाम/ Name of Employee						
02	कार्मिक संख्या/ Employee Number						
03	अधिवर्षिता /पृथक के समय पर पदनाम (सेवानिवृत्त/मृत्यु आदि) Designation at Superannuation/Separation (Retirement/Death etc.)						
04	अधिवर्षिता /पृथक तिथि (सेवानिवृत्त/मृत्यु आदि) / Date of Superannuation/Separation (Retirement/Death etc.)						
5.	मेडिकल दावा की अवधि (प्रति तिमाही के अंत पर जमा करना है। / Period of Medical Claim (to be submitted at the end of each quarter)						
	दिन/Day	महीना/Month	वर्ष/Year		दिन/Day	महीना/Month	वर्ष/Year
तिमाही1/ Qtr 1	1 <sup>st</sup>	अप्रैल		To	30 <sup>th</sup>	जून	
तिमाही2/ Qtr 2	1 <sup>st</sup>	जुलाई		To	30 <sup>th</sup>	सितंबर	
तिमाही3/ Qtr 3	1 <sup>st</sup>	अक्तूबर		To	30 <sup>th</sup>	दिसंबर	
तिमाही4/ Qtr 4	1 <sup>st</sup>	जनवरी		To	30 <sup>th</sup>	मार्च	

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने ओपीडी उपचार के लिए ऊपर उल्लिखित अवधि के दौरान अपने और स्वीकार्य आश्रितों (यदि कोई हो) के लिए रुपये ----- (रुपए -----) खर्च किए हैं और यह अन्य किसी स्रोत से दावा नहीं किया गया है।

This is certified that I had spent Rs ----- (Rupees -----) towards OPD treatment for myself and admissible dependents (if any) during the period mentioned above and the same has not be claimed from any other source.

दिनांक/Date : -----

(हस्ताक्षर/Signature)

स्थान/Place : -----

नाम : -----

नोट/Note : किसी कर्मचारी की मृत्यु के मामले में उसके पति / पत्नी / स्वीकार्य आश्रितों द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करना होगा।/ In case of death of an employee the form shall be signed by his/her spouse/admissible dependent.



## फॉर्म/Form- E

सेवारत कर्मचारी एवं सेवानिवृत्त/पृथक कर्मचारी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)  
Medical Reimbursement Form for Serving Employees and Superannuated/ Separated Employees (as per AAI retired Medical Scheme)

(जिन्होंने स्कीम A को चुना है / (Those who have opted Scheme - A)

01	कार्मिक का नाम/ Name of Employee	
02	कार्मिक संख्या/ Employee Number	
03	सेवारत या सेवानिवृत्त/पृथक (एक विकल्प पर टिक करें) / Whether Serving or Superannuated/Separated (tick one option)	सेवारत कार्मिक/ Serving Employee <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त/पृथक Superannuated/ Separated employee <input type="checkbox"/>
04	कार्मिक के घर का पता / Residential address of Employee	
05	रोगी के नाम एव पता/ Name and Age of the patient	
06	कार्मिक के साथ संपर्क/ Relationship with employee	
07	चिकित्सक के नाम एव पता/ Name & Address of the Doctor	
08	चिकित्सा का अवधि / Period of treatment	
09	व्यय का विवरण / Details of expenditure	
	परामर्श शुल्क/Consultation Fee	
	दवा की लागत / Cost of Medicine	
	अन्य शुल्क (पैथोलॉजिकल / रेडियोलॉजिकल टेस्ट आदि)/ Other Charges (Pathological/Radiological test etc.)	
	कुल राशी/ Total amount	

प्रमाणपत्र / Certificate

- ऊपर दिए गए विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं।/The particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति जमा की जाती है, उसका दावा किसी अन्य स्रोतों से नहीं किया जा सकता।/The patient for whom medical reimbursement is submitted has not be claimed from any other sources.
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति जमा की जाती है, वह सम्पूर्ण रूप से मुझ पर निर्भर है।/ That the patient for whom medical reimbursement is submitted is wholly dependent on me.

दिनांक/Date : -----

(हस्ताक्षर/Signature)

स्थान/Place : -----

नाम : -----

नोट/Note:

- मूल बिल / चालान को संलग्न करना होगा।/ Original bills/invoice need to be enclosed.
- किसी कर्मचारी की मृत्यु के मामले में उसके पति / पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करना होगा।/ In case of death of an employee the form shall be signed by his/her spouse/ admissible dependent.
- प्रत्येक उपचार के लिए अलग फॉर्म जमा करना होगा।/ Separate form shall be submitted for each treatment.



फॉर्म/Form- F

दंत चिकित्सा के संबंध में चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र/कर्मचारी और सेवानिवृत्त की सेवा के लिए फिजियोथेरेपी शुल्क/पृथक कर्मचारी (एएआई सेवानिवृत्त चिकित्सा योजना के अनुसार)

Medical Reimbursement Form in respect of Dental /Physiotherapy charges for Serving Employees and Superannuated/ Separated Employees (as per AAI retired Medical Scheme)

(जिन्होंने स्कीम का विकल्प चुना है - A या स्कीम B)/ (Those who have opted either Scheme - A or Scheme B)

01	कार्मिक का नाम/ Name of Employee		
02	कार्मिक संख्या/ Employee Number		
03	सेवारत या सेवानिवृत्त/पृथक (एक विकल्प पर टिक करें) / Whether Serving or Superannuated/Separated (tick one option)	सेवारत कार्मिक/ Serving Employee <input type="checkbox"/>	सेवानिवृत्त/पृथक Superannuated/ Separated employee <input type="checkbox"/>
04	कार्मिक के घर का पता / Residential address of Employee		
05	रोगी के नाम एव पता/ Name and Age of the patient		
06	कार्मिक के साथ संपर्क/ Relationship with employee		
07	चिकित्चक के नाम एव पता/ Name & Address of the Doctor		
08	चिकित्सा का अवधि / Period of treatment		
09	चिकित्सा का विवरण / Details of treatment		
10	दंत/फिजियोथेरेपी के खर्च का व्योरा/ Details of Expenditure towards Dental/ Physiotherapy		
	परामर्श शुल्क/Consultation Fee		
	दवा की लागत /इलाज Cost of Medicine/Treatment		
	कुल राशी/ Total amount		

प्रमाणपत्र / Certificate

- ऊपर दिए गए विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं।/The particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति जमा की जाती है, उसका दावा किसी अन्य स्रोतों से नहीं किया जा सकता।/The patient for whom medical reimbursement is submitted has not be claimed from any other sources.
- जिस रोगी के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति जमा की जाती है, वह सम्पूर्ण रूप से मुझ पर निर्भर है।/ That the patient for whom medical reimbursement is submitted is wholly dependent on me.

दिनांक/Date : -----

(हस्ताक्षर/Signature)

स्थान/Place : -----

नाम : -----

नोट/Note:

- मूल बिल / चालान को संलग्न करना होगा।/ Original bills/invoice need to be enclosed.
- किसी कर्मचारी की मृत्यु के मामले में उसके पति / पत्नी / स्वीकार्य आश्रित द्वारा फॉर्म पर हस्ताक्षर करना होगा।/ In case of death of an employee the form shall be signed by his/her spouse/ admissible dependent.
- प्रत्येक उपचार के लिए अलग फॉर्म जमा करना होगा।/ Separate form shall be submitted for each treatment.