



छत्रपति शाहू जी महाराज विश्वविद्यालय, कानपुर

CHHATRAPATI SHAHU JI MAHARAJ UNIVERSITY, KANPUR

(पूर्ववती कानपुर विश्वविद्यालय, कानपुर)
(Formerly Known as Kanpur University, Kanpur-208024)

Ref. No. - csjmu/Rcamp/1213/2022

Date - 09/09/2022

सेवा में,

1. समस्त शिक्षकगण [(नियमित एवं स्ववित्तपोषित योजनान्तर्गत कार्यरत), (अतिथि प्रवक्ता को छोड़कर)]।
2. समस्त अधिकारीगण।
3. समस्त कर्मचारीगण (नियमित एवं स्ववित्तपोषित योजनान्तर्गत कार्यरत)।
सी.एस.जे.एम. विश्वविद्यालय, कानपुर।

विषय : मेडिकल ग्रुप इंश्योरेंस (कैशलेस मेंडिकलेम) कराये जाने के संबंध में।

महोदय/महोदया,

कृपया उपर्युक्त विषयक के संबंध में मा0 कुलपति महोदय के आदेशानुसार अवगत कराना है कि विश्वविद्यालय में कार्यरत समस्त शिक्षक/शिक्षिकाओं [(नियमित एवं स्ववित्तपोषित योजनान्तर्गत कार्यरत), (अतिथि प्रवक्ता को छोड़कर)], अधिकारियों एवं कर्मचारियों (नियमित एवं स्ववित्तपोषित योजनान्तर्गत कार्यरत) तथा उनके दो बच्चों (25 वर्ष तक की आयु तक) का मेडिकल ग्रुप इंश्योरेंस (कैशलेस मेंडिकलेम) कराया जाना है। इस मेडिकल ग्रुप इंश्योरेंस (कैशलेस मेंडिकलेम) के प्रीमियम का निर्धारित अंश सम्बन्धित को तथा शेष अंश विश्वविद्यालय द्वारा वहन किया जायेगा।

अतः उक्त के अनुपालन में इस पत्र के साथ संलग्न सहमति पत्र व पारिवारिक विवरण समस्त शिक्षक एवं शैक्षणिक विभागों/संस्थानों में कार्यरत शिक्षणेत्तर कर्मचारी सम्बन्धित निदेशक/विभागाध्यक्ष/प्रभारी के पास तथा समस्त अधिकारीगण व कर्मचारीगण, प्रशासन विभाग में 03 कार्यदिवसों में उपलब्ध कराने का कष्ट करें, जिससे कि अग्रेतर कार्यवाही की जा सकें।

संलग्नक-यथोपरि।

भवदीय,

डॉ० (अनिल कुमार यादव)
कुलसचिव

प्रतिलिपि:- निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित

1. निजी सचिव कुलपति, मा0 कुलपति जी के अवलोकनार्थ।
2. वैयक्तिक सहायक, वित्त अधिकारी/कुलसचिव/परीक्षा नियंत्रक।
3. समिति के चेयरमैन एवं समस्त सम्मनित सदस्यगण।
4. संबंधित पत्रावली।
5. गार्ड फाइल।

डॉ० (अनिल कुमार यादव)
कुलसचिव

Medical Claim Group Insurance 2022-23
(Cashless Mediclaim) हेतु सहमति पत्र

सेवा में,
श्रीमान् कुलसचिव
छत्रपति शाहू जी महाराज विश्वविद्यालय
कानपुर।

विषय : Mediclaim Group Insurance (Cashless Mediclaim) कराने के संबंध में सहमति पत्र।

महोदय,

कृपया अवगत कराना है कि मैं
.....विश्वविद्यालय के संस्थान/विभाग
..... में कार्यरत हूँ। मेरा Teacher/Employee Code..... है। मैं स्वयं एवं अपने परिवार के सदस्यों (पत्नी/पति एवं 02 बच्चे (25 वर्ष तक की आयु तक) का Medical Group Insurance कराने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ। मेरा और मेरे परिवार का विवरण इस पत्र के साथ संलग्न है। मैं इस हेतु मेरा जो भी अंशदान होगा उसको देने के लिए सहमत हूँ।

हस्ताक्षर

शिक्षक/अधिकारी/कर्मचारी का नाम

पद

संस्थान/विभाग.....

मो० नं०.....

Details for Medical Claim Group Insurance (Cashless Mediclaim)- 2022-23

Note: Please fill the form in English in Capital Letters

Name of Teacher/Officer/Employee
Designation
Name of the Institute/Department
Salary Per Month Annual Salary
Aadhaar Card No.

Date of Birth
Age
Email
PAN No.
Mobile No.

Details

SPOUSE(HUSBAND/WIFE)				Children (UP TO 25 YEARS AGE) ONLY TWO		
Name of Spouse	Date of Birth	Age	Aadhaar No.	Name of Children	Date of Birth	Age

Any Other information

Please enclose copy of Aadhaars

Signature of Teacher/Officer/Employee