

आवश्यक कागदपत्रे

- शासकीय व निम शासकीय व शिक्षक-शिक्षकेतर कर्मचाऱ्यांसाठी : कार्यालयाचे ओळखपत्र, दोन फोटो, पॅनकार्ड, शिधापत्रिका, आधारकार्ड.
- अवलंबून असलेल्या व्यक्तींसाठी : प्रत्येकी दोन फोटो, शिधापत्रिका, आधारकार्ड, जन्माचा दाखला, पॅनकार्ड, शाळेचे ओळखपत्र, वरीष्ठ नागरिक ओळखपत्र, मतदानकार्ड.
- (२३००/- सेवाशुल्क + २००/- नोंदणी शुल्क) एकूण २५००/- रक्कमेचा (संपूर्ण कुटुंबासाठी वार्षिक) धनादेश (Cheque) युनिक हेल्थकेअर अँड मेडिकल सर्व्हिसेस प्रा. लि. (Unique Healthcare & Medical Services Pvt. Ltd.) या नावे द्यावा.
- सेवाशुल्क धनादेश (Cheque) सॅलरी अकाउंटचा देण्यात यावा.
- वार्षिक फी मध्ये प्रत्येक वर्षाला १०% वाढ करण्यात येईल.

संमतीपत्र

मी असे जाहीर करतो / करते की, वरील नमूद केलेली माहिती खोटी आढळल्यास केलेल्या औषधोपचाराची संपूर्ण रक्कम एकरकमी भरण्यास मी तयार आहे. तसेच, खोटी माहिती पुरविल्यास माझ्यावर योग्य ती कायदेशीर कारवाई करण्यास काही हरकत नाही. याची मला पूर्ण जाणीव असून त्याबद्दल मी जबाबदार राहीन. तसेच रुग्णालय सोडतांना मी वैद्यकीय प्रतिपूर्तीसाठी आवश्यक असलेले सर्व कागदपत्रांवर स्वाक्षरी करेन. मी स्वाक्षरी न केल्याने वैद्यकीय देयक वेळेत मंजूर न झाल्यास घेतलेल्या औषधोपचाराची संपूर्ण रक्कम एकरकमी माझ्या पगारातून कापून घेण्यात येईल याची मला जाणीव आहे.

मी श्री/श्रीमती.....शाळेचे नाव.....येथे पदनाम म्हणून कार्यरत असून युनिक हेअल्थकेअर अँड मेडिकल सर्व्हिसेस प्रा. लि. मार्फत राबवण्यात येणाऱ्या कुटुंब स्वास्थ्य योजनेत सहभागी असून यासाठी आकारण्यात येणार सेवाशुल्क देण्यास माझी संमती आहे. तसेच, ही कोणतीही विमा पॉलिसी (Mediclaime / Insurance) नाही याची मला जाणीव आहे. सदर योजनेबाबत वेळोवेळी मला Whatsapp अथवा SMS द्वारे माहिती पाठविण्यास मी संमती देत आहे.

योजनेसाठी आकारण्यात आलेला सेवाशुल्क हा परत दिला जाणार नाही.

योजनेचा कालावधी : जानेवारी ते डिसेंबर

(वरील सर्व अटी मला मान्य आहे)

जुलै ते जून

कर्मचारी स्वाक्षरी

सभासदांचा मुळगाव व पत्ता :

घरचा फोन नंबर : ई-मेल :

टीप : कुटुंब स्वास्थ्य योजनेच्या वरील अटी व नियम मला मान्य आहेत जर मी दिलेली माहिती सत्य नसल्यास माझे सभासदत्व रद्द करून मला वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती देय राहणार नाही याची मला जाणीव आहे.

कर्मचारी स्वाक्षरी