

राजस्थान सरकार
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग

क्रमांक: प.1(1)चिस्वा/मुप-2/2020

जयपुर, दिनांक : 1.11.2020

परिपत्र

प्रधानमंत्री गरीब कल्याण पैकेज के अन्तर्गत चिकित्सा क्षेत्र (चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग/चिकित्सा शिक्षा/आयुर्वेद एवं भारतीय चिकित्सा पद्धति) में कार्यरत सभी चिकित्सा कर्मियों (यथा चिकित्सक, नर्सिंग स्टाफ, आशा वकर्स एवं अन्य मेडिकल स्टाफ) को जो चिकित्सा क्षेत्र में कोविड-19 के इस दौर में आमजन को चिकित्सा सेवायें प्रदान कर रहे हैं, को सुरक्षा प्रदान करने व मरीजों की अच्छी देखभाल के लिए प्रेरित करने हेतु Insurance Scheme For Health Workers Fighting Covid-19 के अन्तर्गत 50 लाख रुपये का बीमा कवर प्रदान किया गया है।

राज्य में चिकित्सक एवं स्वास्थ्य कर्मी जिनकी मृत्यु कोविड-19 के संक्रमण के कारण हुई है, के आश्रितों को बीमा राशि का यथा समय भुगतान सुनिश्चित किये जाने के दृष्टिगत निम्नानुसार मानक संचालन प्रक्रिया निर्धारित की जाती है:-

1. समस्त चिकित्सा एवं स्वास्थ्यकर्मी कोविड-19 से संबंधित विभिन्न गतिविधियों (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कान्टेक्ट ट्रेसिंग, आई.पी.डी./ओ.पी.डी. सेवाएँ, जांच, प्रचार प्रसार, रेपिड रेस्पांस टीम, जनजागरूकता, सैम्पल/रोगी परिवहन, उपचार आदि) में प्रारम्भ से ही अपनी सतत सेवाएँ प्रदान कर रहे हैं जिसके दौरान इनके संक्रमित होने की प्रबल आशंका रहती है। किसी चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी के अपने पदीय कर्तव्यों के निर्वहन के दौरान कोविड-19 संक्रमित होने व तत्पश्चात् असामयिक निधन होने पर दावा प्रपत्र के साथ संलग्न किये जाने वाले दस्तावेजों की सूची के कम संख्या VII , (A) (B) व (C) के संबंध में मृतक कार्मिक के नियंत्रण अधिकारी द्वारा निर्धारित प्रारूप (संलग्न) में तीन दिवस में प्रमाण पत्र जारी किया जायेगा।
2. अपने पदीय कर्तव्यों के निर्वहन के दौरान कोविड-19 संक्रमित होने व तत्पश्चात् असामयिक निधन होने पर मृत चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी (यथा चिकित्सक, नर्सिंग स्टाफ, आशा वकर्स एवं अन्य मेडिकल स्टाफ) के आश्रित द्वारा नियंत्रण अधिकारी को निर्धारित दावा प्रपत्र मय आवश्यक दस्तावेज प्रस्तुत करने पर, नियंत्रण अधिकारी द्वारा वांछित दस्तावेजों की पूर्ति कर दावा प्रपत्र मय समस्त आवश्यक दस्तावेज जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/प्रमुख चिकित्सा अधिकारी/ प्रधानाचार्य मेडिकल कालेज/अधीक्षक, मेडिकल कालेज से संबद्ध अस्पताल/उप निदेशक, आयुर्वेद एवं भारतीय चिकित्सा पद्धति के माध्यम से 5 कार्य दिवस में निदेशक (जन स्वास्थ्य), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ राजस्थान, जयपुर को प्रेषित किये जायेंगे।
3. निदेशालय स्तर पर सभी जिलों एवं बीमा कम्पनी से समन्वय कर मृत चिकित्सक एवं चिकित्सा कर्मी (यथा चिकित्सक, नर्सिंग स्टाफ, आशा वकर्स एवं अन्य मेडिकल स्टाफ) के आश्रितों को समय पर बीमा राशि का भुगतान सुनिश्चित करने हेतु डा0 प्रवीण असवाल को नोडल अधिकारी नियुक्त किया जाता है।
4. निदेशालय द्वारा ऐसे प्राप्त सभी दावा प्रपत्रों का एक रजिस्टर संधारित किया जायेगा तथा सप्ताह के प्रत्येक सोमवार को बीमा आवेदन के लम्बित प्रस्तावों की समीक्षा निदेशक, जनस्वास्थ्य के द्वारा की जायेगी एवं उसी दिन इस संबंध में हुई प्रगति एवं लम्बित प्रकरणों की वस्तुस्थिति से राज्य सरकार को अवगत करवाया जायेगा।
5. यदि प्रस्ताव में कोई कमी हो तो संबंधित नियंत्रण अधिकारी/उनके कार्यालय से सक्षम अधिकारी को निदेशालय में बुलाकर आवश्यक पूर्ति करवाई जावेगी। अनावश्यक प्रस्तावों की लौटा फेरी न की जावे।
6. निदेशालय द्वारा मृत चिकित्सक एवं चिकित्सा कर्मियों के संबंध में प्राप्त उक्त प्रस्ताव आवश्यक रूप से 5 कार्य दिवस में अनुमोदन हेतु संबंधित बीमा कम्पनी को प्रेषित किये जायेंगे।

7. उक्त समय अवधि में प्रस्ताव प्रेषित नहीं करने वाले संबंधित अधिकारी/कर्मचारी के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जावेगी।
8. प्रत्येक 15 दिवस में राज्य सरकार के स्तर पर ऐसे लम्बित प्रकरणों की समीक्षा की जायेगी।

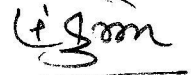
संलग्न:- 1. नियंत्रण अधिकारी द्वारा जारी किये जाने वाले प्रमाण पत्र का प्रारूप
2. निर्धारित दावा प्रपत्र
3. चैक लिस्ट



(अखिल अरोरा)
प्रमुख शासन सचिव

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. प्रमुख सचिव, मा. मुख्यमंत्री महोदय।
2. विशिष्ट सहायक, मा. चिकित्सा मंत्री महोदय/मा. चिकित्सा राज्य मंत्री महोदय
3. वरिष्ठ उप सचिव, मुख्य सचिव महोदय।
4. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, गृह विभाग।
5. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग।
6. निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग।
7. निजी सचिव, शासन सचिव, आयुर्वेद एवं भारतीय चिकित्सा पद्धति विभाग।
8. मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राज. जयपुर।
9. निजी सचिव, मुख्य कार्यकारी अधिकारी, राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी, जयपुर।
10. निदेशक, सूचना एवं जन सम्पर्क विभाग।
11. समस्त जिला कलेक्टर, राज.।
12. समस्त प्रधानाचार्य, चिकित्सा महाविद्यालय एवं नियंत्रक संबद्ध चिकित्सालय, राजस्थान।
13. समस्त निदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाये राज. जयपुर।
14. समस्त संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, जोन राज.।
15. समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, जिला चिकित्सालय, राज.।
16. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राज.।
17. रक्षित/निजी/कम्प्यूटर सैल।
18. प्रभारी सर्वर रूम, मुख्यालय को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करे।



(संजय कुमार)
शासन उप सचिव

Pradhan Mantri Garib Kalyan Package: Insurance Scheme for Health Workers Fighting COVID-19

FORM-I:

Personal Accident Insurance Claim Form for loss of life due to COVID19



The New India Assurance Company Limited

Regd. & Head Office: New India Assurance Bldg., 87, Mahatma Gandhi Road, Fort, Mumbai - 400 001.

The issuance of this form is not to be taken as an admission of Liability

Personal Accident Insurance Claim Form (Particulars of Accident)

Policy No. _____

TO BE COMPLETED BY THE CLAIMANT

Name of Insured: Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India, New Delhi

1. Details of Deceased Person who died due to COVID-19

- (a) Full name (Ms./Mr.) _____
- (b) Father's name _____
- (c) Age at last birthday _____
- (d) Sex _____
- (e) Address _____
- (f) Profession/occupation _____

2.	(a) Date and Time of Death:	
	(b) Date of Laboratory diagnosis of COVID19	

3. Electronic Clearing Service (ECS) Details of the Claimant:

3.1	Name of the Claimant (as per the Bank Account)	
3.2	Relationship with the Deceased	
3.3	Bank Name	
3.4	Branch and address	
3.5	Bank Account No.	
3.6	Bank Account Type	
3.7	IFSC Code	
3.8	MICR Code	

I, _____, hereby declare that the foregoing statements are true in all respect and that I, the claimant, have not attempted to conceal from the Company anything which it ought to be made acquainted. I, agree that if I have made, or in any further declaration the Company may require, shall make any false or fraudulent statement or any suppression, concealment or untrue averment whatever, the claim shall be void and my right to compensation forfeited and am willing, if required to make a Statutory Declaration before a Justice of the Peace of the truth of the whole of the foregoing statement or any other statement I, may make a connection with this claim.

	Claimant	Witness
Name:		
Address:		
Contact number:		
Date:		
Signature:		

Place and Date:

Signature of the Claimant

1. DOCUMENTS TO BE SUBMITTED ALONG WITH CLAIM FORM

- I. Identity proof of Deceased (Certified copy)
- II. Identity proof of the Claimant (Certified copy)
(Must fulfil clause 3 of this Form)
- III. Proof of relationship between the Deceased and the Claimant (Certified copy)
- IV. Laboratory Report certifying having tested Positive for COVID-19 (in Original or Certified copy)
- V. Death summary by the Hospital where death occurred (in case death occurred in hospital) (Certified copy).
- VI. Death Certificate (in Original)
- ✓ VII. Certificate by the Healthcare Institution/ organization/ office, as under:

✓ **A. Those employees (Regular/Adhoc/Contractual/ Daily Wagers/ retired Government Officials/ Private individuals) who may have to be in direct contact and care of COVID 19 patients engaged by-**

- Health care facilities of Central/State/UT Governments/Urban Local Bodies.
- Autonomous/PSU hospitals of Central/State/UT Government, AIIMSs, INIs and Hospitals of Central Ministries

- (i) Certificate of employment/engagement by the Head of Institution/ organization/office indicating that the Deceased was an employee of/engaged by the Institution.
- (ii) Certify and submit proof that the deceased was deployed/drafted for care and may have come in direct contact of the COVID-19 patient.

✓ **B. Private healthcare Institution:**

- (i) Certificate of Employment by the Director / Medical Superintendent / Head of the Institution.
- (ii) Certify and submit proof that the deceased was deployed/drafted for care and may have come in direct contact of the COVID-19 patient.

✓ **C. Private person engaged by the Health Care Institutions / Organisations (both public and private) through an Agency:**

- (i) Certified copy of the document indicating that the services of the Agency were engaged by the Institution / Organisation.
- (ii) Proof of engaging the services of individual by the Agency.
- (iii) Certify and submit proof that the deceased was deployed/drafted for care and may have come in direct contact of the COVID-19 patient.

D. Community Health Workers (ASHAs and ASHA Facilitators)

- (i) Certificate of engagement as ASHA/ASHA Facilitator provided by the Medical Officer of Primary Health Centre (PHC).
- (ii) Certificate by Medical Officer of Primary Health Centre (PHC) that ASHA/ASHA Facilitator was drafted for work related to COVID-19.

E. Volunteer drafted for COVID 19 related responsibilities by the Government officials authorized by the Central/State/UT Government.

- i. Proof of engaging the services of individual by the Government officials authorized by the State/UT Government.
- ii. Certify and submit proof that the deceased was drafted for care and came in direct contact of the COVID-19 patient.

2. CLAIM CERTIFYING AUTHORITY

2.1 Claims related to a particular State/UT would be certified and forwarded by the Director General Health Services /Director Health Services/ Director Medical Education or any other Official specifically authorised by the State/UT Government for this purpose.

2.2 Claims related to health care facilities of Central Government, Central Autonomous / PSU Hospitals, AIIMS, INIs and Hospitals of other Central Ministries, would be certified and forwarded by Director or Medical Superintendent or Head of the concerned institution.

3. CLAIMANT

3.1 In cases where the deceased was a Government servant (both serving and retired) of Central and State, or employee of Urban Local Body, insurance claim has to be submitted by a person appointed as nominee for Death cum Retirement Gratuity (DCRG) as per service record of the deceased and is to be certified by the concerned office.

3.2 For others, who are not covered under 3.1, they are to be governed by the priority list as being followed for deciding Railway accident claims.

4. CLARIFICATION

In case of any clarification on matter of interpretation, the decision of Ministry of Health & Family Welfare, Government of India shall be final.

कार्यालय

क्रमांक

दिनांक

चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी का कोविड-19 ड्यूटी प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....
.....उम्र.....पदनाम.....पदस्थापन स्थान.....
.....निवासी.....
.....को कोविड-19 के बचाव, नियंत्रण हेतु किये जा रहे (यथा सर्वे कार्य/पॉजिटिव केस कॉन्टेक्ट
ट्रेसिंग, प्रचार प्रसार, रेपिड रेस्पांस टीम, क्वारेन्टीन सेन्टर में कार्य, जॉच, सैम्पलिंग, डेडीकेटेड अस्पतालों
में कार्य आदि)के संचालन हेतु लगाया गया था।

नियंत्रण अधिकारी हस्ताक्षर मय सील

चैक लिस्ट

कोविड-19 के अन्तर्गत ड्यूटी के दौरान राज्य कर्मचारी/संविदा कर्मचारी/ मानदेय कर्मचारी के संक्रमित होने तथा इलाज के दौरान असामायिक मृत्यु होने पर रुपये 50.00 लाख की अनुग्रह राशि/सहायता राशि दिलाये जाने हेतु वांछित दस्तावेज।

1. ऑरिजनल क्लेम फार्म जो नोमिनी/दावाकर्ता द्वारा हस्ताक्षरित हो एवं सत्यापित हो।
2. मृतक का सत्यापित पहचान पत्र।
3. नोमिनी/दावाकर्ता का सत्यापित पहचान पत्र।
4. मृतक के सेवा रिकॉर्ड के आधार पर नामित नोमिनी का सत्यापित पत्र।
5. मृतक एवं नोमिनी/दावाकर्ता के आपस में रिश्ते की सत्यापित कॉपी।
6. ऑरिजनल डैथ सर्टिफिकेट।
7. मृतक के कोविड-19 पॉजिटिव की ऑरिजनल/ सत्यापित कॉपी।
8. मृतक के अस्पताल में भर्ती होने के सत्यापित दस्तावेज।
9. मृतक का नियुक्ति प्रमाण पत्र सत्यापित।
10. मृतक के कोविड-19 में ड्यूटी संबंधित आदेश की सत्यापित प्रति।
11. उपस्थिति पंजिका की सत्यापित प्रति।
12. संबंधित अस्पताल द्वारा दी गई सत्यापित डैथ समरी।
13. नोमिनी/दावाकर्ता के पैन कार्ड की सत्यापित कॉपी।
14. नोमिनी/दावाकर्ता का ऑरिजनल केन्सिल चैक।