



**കണ്ണൂർ സർവ്വകലാശാല
ഭരണവിഭാഗം സി സെക്ഷൻ**

നമ്പർ. Ad C2/7640/2018

തീയതി: 02.12.2021

സർക്കുലർ

വിഷയം:- കണ്ണൂർ സർവ്വകലാശാല - കേരള സർക്കാരിന്റെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP) യുടെ ആദ്യഘട്ടം ലഭ്യമാക്കിയ വിവരങ്ങളുടെ പരിശോധന - രണ്ടാം ഘട്ട വിവര ശേഖരണം - ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കുമുള്ള മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ - സംബന്ധിച്ച്

സൂചന :- 22.11.21 തീയതിയിലെ ധനകാര്യ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പിന്റെ 110/2021/ധന നമ്പർ പരിപത്രം

ജീവനക്കാരുടെയും പെൻഷൻകാരുടെയും ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയുടെ (MEDISEP) ഭാഗമായി ആദ്യഘട്ടം ലഭ്യമാക്കിയ വിവരങ്ങൾ മെഡിസെപ് വെബ്‌പോർട്ടലിൽ ലഭ്യമാണ്. അവ പരിശോധിക്കുന്നതിനൊപ്പം രണ്ടാം ഘട്ട വിവരശേഖരണം നടത്തുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് മേൽ സൂചന സർക്കുലർ പ്രകാരം സർക്കാർ പുറപ്പെടുവിച്ചിട്ടുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങളുടെ ഭാഗമായി സർവ്വകലാശാല ജീവനക്കാരും പെൻഷൻകാരും താഴെ ചേർത്ത നടപടികൾ സ്വീകരിക്കണമെന്ന് അറിയിക്കുന്നു.

1. മെഡിസെപ് പദ്ധതിയിൽ അംഗത്വം എടുക്കുന്നതിനായി സർവകലാശാല ജീവനക്കാരും പെൻഷൻകാരും നേരത്തെ ലഭ്യമാക്കിയ വിവരങ്ങൾ www.medisep.kerala.gov.in വെബ്‌പോർട്ടലിൽ 'Status' എന്ന ഓപ്ഷനിൽ താഴെ ചേർത്തവ എൻട്രി ചെയ്ത് പരിശോധിക്കാവുന്നതാണ്.

Category	employee/pensioner
Emp ID/PEN /PPO No.	KRUY+ID No. (ജീവനക്കാർ)
	KURTY+ Pension ID No. (പെൻഷൻകാർ)
Date of Birth	
Department	University (ജീവനക്കാർ)
	Bank for University Pensioners (പെൻഷൻകാർ)

മേൽ പരിശോധനയിൽ കണ്ടെത്തുന്ന തെറ്റുകൾ/ ന്യൂനതകൾ പരിഹരിക്കുന്നതിനും തിരുത്തുന്നതിനും വിവരങ്ങൾ കൂട്ടിച്ചേർക്കുന്നതിനും ഇതോടൊപ്പം ചേർത്തിട്ടുള്ള ഫോർമാറ്റിൽ പേര് ,Emp ID മാറ്റം വരുത്തേണ്ട വിവരം എന്നിവ മാത്രം രേഖപ്പെടുത്തി ഭരണ വിഭാഗം 'സി' സെക്ഷനിൽ നൽകേണ്ടതാണ്.

2. മെഡിസെപ് പദ്ധതിയിൽ അംഗത്വം എടുക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ വിവരങ്ങൾ സമർപ്പിച്ചിട്ടില്ലാത്ത സർവകലാശാല ജീവനക്കാരും പെൻഷൻകാരും ഇതോടൊപ്പം ചേർത്തിട്ടുള്ള ഫോർമാറ്റിൽ മുഴുവൻ വിവരവും രേഖപ്പെടുത്തി ഭരണ വിഭാഗം 'സി' സെക്ഷനിൽ നൽകേണ്ടതാണ്.
3. മറ്റു സർവകലാശാലയിൽ നിന്നും അന്തർ സർവകലാശാല മാറ്റം വഴി കണ്ണൂർ സർവകലാശാലയിൽ ജോലിയിൽ പ്രവേശിച്ചവർ, മാത്ര സർവകലാശാലയിൽ നിന്നും മെഡിസെപ് അംഗത്വം എടുക്കുന്നതിനായി വെബ്‌പോർട്ടലിൽ ചേർത്തിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ കണ്ണൂർ സർവ്വകലാശാലക്കു കീഴിലേക്ക് ട്രാൻസ്ഫർ ചെയ്യുന്നതിനുള്ള നടപടികൾ ബന്ധപ്പെട്ട സ്ഥാപനത്തിലെ നോഡൽ ഓഫീസർ

മുഖേന പൂർത്തിയാക്കേണ്ടതാണ്.

4. മെഡിസൈപ്പ് പദ്ധതിയിൽ താഴെ പറയുന്നവരെ ആശ്രിതരായി പരിഗണിക്കുന്നതാണ്

i. പങ്കാളി.

ii. ജീവനക്കാരെ മാത്രം പൂർണ്ണമായി ആശ്രയിച്ചു കഴിയുന്ന മാതാപിതാക്കൾ (സംസ്ഥാന സർക്കാർ /സർവകലാശാല /തദ്ദേശ സ്വയം ഭരണ ജീവനക്കാർ ,സർവീസ് /സർവകലാശാല /തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ പെൻഷൻകാർ എന്നിവർ ആശ്രിതരല്ല .അപ്രകാരമുള്ളവർക്കു പദ്ധതിയിൽ പ്രധാന അംഗത്വത്തിന് അർഹതയുണ്ട്.)

iii. ഇരുപത്തിയഞ്ചു വയസ് പൂർത്തീകരിക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിയുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ലഭിക്കുന്നത് വരെയോ ഇവയിലേതാണോ ആദ്യം അതുവരെയുള്ള കുട്ടികൾ

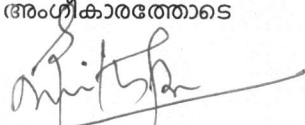

iv. ശാരീരിക മാനസിക വൈകല്യം ബാധിച്ച മക്കൾക്ക് പ്രായപരിധി ബാധകമല്ല

ആദ്യഘട്ടം ലഭ്യമാക്കിയ വിവരങ്ങളുടെ പരിശോധന, രണ്ടാം ഘട്ട വിവരശേഖരണം എന്നിവ സമയബന്ധിതമായി പൂർത്തിയാക്കേണ്ടതിനാൽ, മേൽ നിർദ്ദേശം അനുസരിച്ചുള്ള നടപടികൾ 10.12.2021 - നകം പൂർത്തിയാക്കണമെന്ന് അറിയിക്കുന്നു

മുഹമ്മദ് ഇ.വി. പി
ജോയിന്റ് രജിസ്ട്രാർ
രജിസ്ട്രാർക്ക് വേണ്ടി

സ്വീകർത്താവ്:

- 1 .എല്ലാ ബ്രാഞ്ച് / വകുപ്പ് /ഓഫീസ് മേധാവികൾക്കും (എല്ലാ ജീവനക്കാരെയും അറിയിക്കുന്നതിനായി)
- 2 .എല്ലാ പെൻഷൻകാർക്കും

അംഗീകാരത്തോടെ

സെക്ഷൻ ഓഫീസർ


അനുബന്ധം - 1 (സൂചന 3 -ലെ സർക്കുലർ നമ്പർ 73/2018 തീയതി 2018 ആഗസ്റ്റ് 07 പ്രകാരം പ്രസിദ്ധീകരിച്ചത്)

സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP) - സംസ്ഥാന സർക്കാർ/പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ്/മന്ത്രിമാരുടെ പേജ്‌ണൽ സ്റ്റാഫ്

ജീവനക്കാരുടെ വിവരശേഖരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള പ്രഫോർമ

(ഇംഗ്ലീഷ് ബ്ലോക്ക് അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കുക)

പേര്	
പെൻ നമ്പർ	
വകുപ്പ്/സ്ഥാപനം	
സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	
ജീവനക്കാരനും/ ജീവനക്കാരിക്ക് കുടുംബ പെൻഷൻ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരം	പി/പി/ഒ നമ്പർ/ പെൻഷൻ നമ്പർ:
ജനനതീയതി, വയസ്സ്	
ആധാർ നം.	
തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം. (ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/പാസ് പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ്/ **ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക))	
പാൻ നമ്പർ	
രക്തഗ്രൂപ്പ്	
തസ്തിക	
അന്യത്ര സേവനത്തിലാണെങ്കിൽ നിലവിലെ ഓഫീസ്/സ്ഥാപനം മാതൃവകുപ്പ്	
വിരമിക്കൽ തീയതി	
സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം	
പങ്കാളിയുടെ പേര്	
പങ്കാളി സംസ്ഥാന/സർവകലാശാല/ തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ സ്ഥാപനങ്ങളിലെ പെൻഷണർ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷണർ / എക്സ്ട്രാക്ടാ കുടുംബ പെൻഷണർ / സംസ്ഥാന സർക്കാർ / സർവകലാശാല / തദ്ദേശ സ്വയംഭരണ വകുപ്പ് ജീവനം/മന്ത്രിമാരുടെ നേരിട്ട് നിയമിതരായ പേജ്‌ണൽ സ്റ്റാഫ് ആണെങ്കിൽ വിവരം	പി/പി/ഒ നമ്പർ/ പെൻഷൻ നമ്പർ പെൻ നമ്പർ/ എംപ്ലോയീ നം/ കോഡ് :

അങ്ങനെ അല്ലെങ്കിൽ, ആധാർ /തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം.: ജനനതീയതി :	
ആശ്രിതർ *** ബന്ധം: പേര് : ജനന തീയതി : സ്ത്രീ/പുരുഷൻ : ആധാർ നം : തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം: (ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/പാസ് പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)) സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം (എല്ലാ ആശ്രിതരുടേയും മുകളിൽപറഞ്ഞ വിവരം ചേർക്കുക)	
മൊബൈൽ നം.:	ജീവനക്കാരെ മാത്രം പൂർണ്ണമായി ആശ്രയിച്ചു കഴിയുന്ന മാതാവ്, പിതാവ്, മകൻ/മകൾ (ഇരുപത്തിയഞ്ച് വയസ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിയുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ലഭിക്കുന്നതു വരെയോ), 60% മുകളിൽ ശാരീരിക മാനസിക വൈകല്യം ബാധിച്ച മക്കൾക്ക് പ്രായ പരിധി ബാധകമല്ല
മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൻ പ്രകാരം പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്നും ആയതിൽ എന്തെങ്കിലും പിഴവ് കണ്ടെത്തുന്ന പക്ഷം എന്റെ പോളിസി പൂർണ്ണമായും അസാധുവാകുമെന്നും മനസ്സിലാക്കുന്നതായും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ ആധാർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള മേൽ വിവരങ്ങൾ പദ്ധതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട കമ്പനികളുമായി പങ്കുവെയ്ക്കുന്നതിന് സമ്മതിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
 തീയതി :

പേര് :
 ഒപ്പ്

(മറുപുറം...)

* ആധാർ വിവരം ഐ.ആർ.ഡി.എ മാർഗനിർദ്ദേശമനുസരിച്ച് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിമിന്ദ അനിവാര്യമാണ്.

**ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ് മറ്റൊരു തിരിച്ചറിയൽ കാർഡുമില്ലാത്ത കുട്ടികൾക്കുവേണ്ടി ഉദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ളതാണ്.

*** ജീവനക്കാരെ മാത്രം പൂർണ്ണമായി ആശ്രയിച്ചു കഴിയുന്ന മാതാവ്, പിതാവ്, മകൻ/മകൾ (ഇരുപത്തിയഞ്ച് വയസ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവാഹം കഴിയുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ജോലി ലഭിക്കുന്നതു വരെയോ), ശാരീരിക മാനസികവുമായ ഭിന്നശേഷിയുള്ള മക്കൾക്ക് പ്രായ പരിധി ബാധകമല്ല. (ഭിന്നശേഷിയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിലുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യപ്പെടുന്ന മുറയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.)

അനുബന്ധം- 2

സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജീവനക്കാർക്കും പെൻഷൻകാർക്കും വേണ്ടിയുള്ള ആരോഗ്യ

ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതി (MEDISEP) - പെൻഷൻ/കുടുംബപെൻഷൻകാരുടെ

വിവരശേഖരണത്തിനു വേണ്ടിയുള്ള പ്രഫോർമ

(ഇംഗ്ലീഷ് ബ്ലോക്ക് അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കുക)

1	പേര്	
2	ലിംഗം (ബാധകമായത് ✓ ചെയ്യുക)	പുരുഷൻ / സ്ത്രീ / മറ്റുള്ളവർ
3	ജനനത്തീയതി, വയസ്സ്	
4	വിരമിച്ച തീയതി	
5	റിട്ടയർ ചെയ്ത സമയത്തെ തസ്തികയും ഓഫീസും പെൻഷനുമും	
6	പെൻഷൻ (ഇനം)	സംസ്ഥാന സർവ്വീസ് പെൻഷൻ/ കുടുംബ പെൻഷൻ / എക്സ്ട്രാപെൻഷൻ/ എക്സ്ട്രാപെൻഷൻ / കുടുംബ പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷൻ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് കുടുംബപെൻഷൻ/പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് പെൻഷൻ/പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് കുടുംബ പെൻഷൻ (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)
7	പി.പി.ഒ. നമ്പർ	
8	പ്രഫോർമ സമർപ്പിക്കുന്ന ട്രഷറി	
9	പെൻഷൻ വിതരണ എജൻസി (ബാധകമായത് ചെയ്യുക)	ബാങ്ക്/ട്രഷറി/മണിഓർഡർ
10	സംസ്ഥാന സർക്കാരിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പെൻഷനോ/കുടുംബ പെൻഷനോ ലഭിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരം	
11	ആധാർ നം. (Aadhaar)	
12	തിരിച്ചറിയിൽ കാർഡ് നം. (ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ഭരണസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/പാസ്പോർട്ട്/ റേഷൻകാർഡ്/പാൻകാർഡ് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക))	
13	പാൻ (PAN)	
14	മൊബൈൽ നം.	
15	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	
16	മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ കേന്ദ്ര/സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	
17	സമീരമായ മേൽവിലാസം	
18	മെഡിക്കൽ അലവൻസ് കൈപ്പറ്റുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ഇതുക.	

<p>പങ്കാളിയുടെ വിവരങ്ങൾ (കുടുംബപെൻഷൻകാർക്ക് ബാധകമല്ല)</p>		
19	പങ്കാളിയുടെ പേര്	
20	ജനനത്തീയതി, വയസ്സ്	
21	<p>പങ്കാളി താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും വിഭാഗത്തിൽ പെടുന്നുവെങ്കിൽ ആ വിവരം</p> <p>സംസ്ഥാന സർവ്വീസ് പെൻഷണർ / പാർട്ട് ടൈം കണ്ടിജന്റ് പെൻഷണർ / പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് പെൻഷണർ / സംസ്ഥാന സർക്കാർ / സർവകലാശാല/ തദ്ദേശസ്വയം ഭരണ സ്ഥാപനം/ പേഴ്സണൽ സ്റ്റാഫ് ജീവനം (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക) (ഈ വിഭാഗത്തിൽപ്പെടാത്തവർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതല്ല)</p>	<p>പി.പി.ഒ നമ്പർ/പെൻഷൻ നമ്പർ :</p> <p>പെൻ/ എംപ്ലോയീ നം/കോഡ് :</p> <p>തസ്തിക :</p> <p>ഓഫീസ്/സ്ഥാപനം :</p>
22	<p>(എ) ആധാർ നമ്പർ (Aadhaar)</p> <p>(ബി) തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നമ്പർ {ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ റേഷൻകാർഡ്/പാസ്പോർട്ട് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}</p>	
23	മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	
24	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	
<p>ആശ്രിതരുടെ വിവരങ്ങൾ (വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളെങ്കിൽ മാത്രം)</p>		
25	<p>പേര് :</p> <p>പെൻഷണറുമായുള്ള ബന്ധം :</p> <p>ആധാർ നം :</p> <p>തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് നം :</p> <p>{ഇലക്ഷൻ ഐ.ഡി/ ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ റേഷൻകാർഡ്/പാസ്പോർട്ട് (ബാധകമല്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)}</p> <p>ജനനത്തീയതി :</p> <p>ലിംഗം (ബാധകമായത് ✓ ചെയ്യുക)</p>	<p>പുരുഷൻ / സ്ത്രീ / മറ്റുള്ളവർ</p>
26	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	

27	മറ്റേതെങ്കിലും സമാനമായ സർക്കാർ ആരോഗ്യ പദ്ധതിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ പദ്ധതിയുടെ പേര്: അംഗത്വ നമ്പർ :	
----	--	--

സത്യപ്രസ്താവന

..... എന്ന ഞാൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൻ പ്രകാരം പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണെന്നും ആയതിൽ എന്തെങ്കിലും പിഴവ് കണ്ടെത്തുന്ന പക്ഷം എന്റെ പോളിസി പൂർണ്ണമായും അസാധുവാകുമെന്നും മനസ്സിലാക്കുന്നതായും ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു. കൂടാതെ ആധാർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള മേൽ വിവരങ്ങൾ പദ്ധതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട കമ്പനികളുമായി പങ്കുവെയ്ക്കുന്നതിന് സമ്മതിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
തീയതി :

പേര് :
ഒപ്പ് :

- കുറിപ്പുകൾ -
1. രക്ത ഗ്രൂപ്പ് സംബന്ധിച്ച വിവരം നൽകുന്നത് നിർബന്ധമല്ല
 2. വൈകല്യമുള്ള കുട്ടികളെ സംബന്ധിച്ച നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിലുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ആവശ്യപ്പെടുന്ന മുറയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്
 3. സർക്കാർ ജീവനരുടെ തുടങ്ങുന്ന കുടുംബ പെൻഷൻകാർ ഈ പ്രഫോർമ് പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതില്ല.