



Baba Farid University of Health Sciences, Faridkot

Sadiq Road Faridkot – 151203 (Pb) India

Phone: 01639-256232, 256236

Fax: 01639-256234

Web: www.bfuhs.ac.in

E-mail: generalinfo@bfuhs.ac.in

No.08-BFUHS/Estt./2023/ 15829-35

Date: 3/11/2023

1. Principals of all Constituent Colleges/Institutes of University
2. Medical Supdt, GGS Medical Hospital, Faridkot
3. Director, Advanced Cancer Institute, Bathinda
4. Joint Director, University Centre of Excellence in Research, Faridkot
5. Senior Medical Officer, Civil Hospital, Badal
6. Administrator, Civil Hospital, Jalalabad
7. All Branch Heads, BFUHS

ਵਿਸ਼ਾ:- GIS (Group Insurance Scheme) ਸੰਬੰਧੀ।

ਇਸ ਖੱਤਰ ਰਾਹੀਂ ਇਹ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ GIS (Group Insurance Scheme) Policy-2023-24 renew ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ। ਇਸ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ LIC department ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੂਚੀ (soft copy in MS-Excel) ਦੇ ਨਾਲ Undertaking Proforma ਭੇਜਦੇ ਹੋਏ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਆਪ ਜੀ ਅਧੀਨ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੇ ਰੈਗੂਲਰ/ਐਡਹਾਕ/ਕੰਟਰੈਕਚੂਅਲ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ/ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ (ਟੀਚਿੰਗ/ਨਾਨ-ਟੀਚਿੰਗ) ਤੋਂ Undertaking ਲਈ ਜਾਵੇ। Undertaking ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਬਦ ਕੱਟੇ ਸਾਫ਼ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰੀ ਹੋਈ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸ਼ਾਖਾ/ਵਿਭਾਗ ਮੁਖੀ ਵੱਲੋਂ ਹਸਤਾਖਰ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਿਭਾਗ/ਸ਼ਾਖਾ ਦੇ ਮੁਖੀ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਵੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਲਿਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ Undertaking ਵਿੱਚ ਭਰੀ/ਲਿਖੀ ਗਈ ਅਤੇ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਭਰੀ/ਲਿਖੀ ਗਈ Policy ਦੀ ਰਕਮ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀ (same) ਹੈ ਭਾਵ ਕਿ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫਰਕ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਕਤ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਆਪ ਜੀ ਦੇ ਵਿਭਾਗ/ਸ਼ਾਖਾ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ/ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਚੈੱਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖੀਆਂ ਜਾਣ:-

1. ਜਿਹੜੇ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਫਾਰਗ ਕੀਤੇ ਜਾ ਚੁੱਕੇ ਹਨ ਜਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਨਾਮ ਸਾਹਮਣੇ 'Remarks' ਕਾਲਮ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇ।
2. ਜਿਹੜੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਰਕਮ ਵਧਾਈ ਜਾਂ ਘਟਾਈ ਜਾਣੀ ਹੈ ਤਾਂ ਰਕਮ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ (in words) ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਨਾਮ ਸਾਹਮਣੇ 'Remarks' ਕਾਲਮ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਜਾਵੇ।
3. ਜਿਹੜੇ ਨਵੇਂ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ/ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੇ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੁਣੇ ਜੁਆਇਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹੜੇ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਸਮੇਤ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕਾਲਮਾਂ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਹੋਰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਥੱਲੇ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਕਰਮਚਾਰੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਲਮ (Column & Row) delete ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
4. 'Father's Name' ਵਾਲੇ ਕਾਲਮ ਵਿੱਚੋਂ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਚੈੱਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਸਹੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਸਹੀ (correct) ਨਾਮ ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇ।

P.T.O.


From pre-page:-

5. 'Designation' ਵਾਲੇ ਕਾਲਮ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਸਹੀ designation ਲਿਖੀ/ਭਰੀ ਜਾਵੇ।
6. 'Place of Posting' ਵਾਲੇ ਕਾਲਮ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਤੈਨਾਤੀ ਦਾ ਸਥਾਨ (name of branch/college/institute/hospital) ਲਿਖਿਆ/ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ।

ਨੋਟ:- ਇੱਥੇ ਇਹ ਵੀ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਕਿ GIS ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਮੁਤਾਬਿਕ ਹਰੇਕ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ policy ਹੋਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧੀ ਸ਼ਾਖਾ/ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਮੁਖੀ ਵੱਲੋਂ ਹਸਤਾਖਰ ਸੂਚੀ ਦੀ Hard Copy ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀ ਅਮਲਾ ਸ਼ਾਖਾ ਨੂੰ ਮਿਤੀ 09/11/2023 ਨੂੰ 2:00 AM/PM ਤੱਕ ਪੁੱਜਦੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਸੂਚੀ ਦੀ Soft Copy (in MS-Excel) ਅਮਲਾ ਸ਼ਾਖਾ ਦੇ E-mail Account i.e. esttbfu@gmail.com ਅਤੇ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀ ਲੇਖਾ-ਸ਼ਾਖਾ ਦੇ E-mail Account i.e. accbfuhs@gmail.com 'ਤੇ ਵੀ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ। ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਵਿਭਾਗ, ਸ਼ਾਖਾ ਕਾਲਜ, ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਆਦਿ ਤੋਂ ਮਿਤੀਬੱਧ ਸਮੇਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸੂਚੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਤਾਂ ਇਹ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਉਸ ਵਿਭਾਗ, ਸ਼ਾਖਾ ਕਾਲਜ, ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਮਲਾ ਸ਼ਾਖਾ ਵੱਲੋਂ ਭੇਜੀ ਸੂਚੀ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਤਬਦੀਲੀ (change) ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਉਸਦੇ ਵਿਭਾਗ/ਸ਼ਾਖਾ ਵੱਲੋਂ ਭੇਜੀ ਗਈ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ correction ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਤਾਂ ਉਸਦੀ ਨਿਰੋਲ ਜਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸ਼ਾਖਾ/ਵਿਭਾਗ/ਕਾਲਜ/ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਹੋਵੇਗੀ।


ਰਜਿਸਟਰਾਰ

BABA FARID UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES, FARIDKOT

UNDERTAKING FOR GROUP INSURANCE SCHEME

I _____ S/D/o _____ working as _____
on _____ basis hereby undertake the following:-

1.	Name of Employee (in capital letters)	
2.	Designation	
3.	Father's Name	
4.	Mode of Appointment (Regular / Adhoc / Contractual)	
5.	Date of Joining (dd/mm/yyyy)	
6.	Date of Birth	
7.	Basic Pay + D.A.	
8.	Nominee's Name	
9.	Amount of Risk covered : Minimum 1 Lakh or 5/10/15/20 Lakhs	
10.	PAN No.	
11.	AADHAR No.	
12.	Full address of Organization (i.e. Employer)	

I solemnly declare that information provided above is true and correct to best of my knowledge. I shall be responsible for the discrepancy, if any.

Signatures of Employee

Place of Posting:- _____

Date _____

Endst No. _____

Date _____

Signatures of Branch Head

Stamp _____