जा.क्र.मराविपाकंम/काऔसंककवि/सेकविमेयो/**३१०२** दि. **०९.०५.२०२४**

परिपत्रक क्र. - औ.सं. - ३६

विषय: महापारेषण कंपनीतील १५ मे २०२३ ते ३० एप्रिल २०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या तसेच मे २०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठी विशेष मेडिक्लेम योजना

म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कंपनी मर्यादित अंतर्गत महावितरण, महानिर्मिती व महापारेषण कंपनीतील कार्यरत कर्मचारी व त्यांच्यावर अवलंबून असणाऱ्या कुटुंबातील ०५ सदस्यांसाठी MSEB HCL Group Mediclaim Insurance Policy सन २०१५ पासून सुरु आहे.

सदर योजनेचा लाभ सेवानिवृत्तीनंतरही कर्मचाऱ्यांना मिळावा अशी आग्रही मागणी तिन्ही कंपन्यातील कामगार संघटनांनी वेळोवेळी केली असून तसेच सद्यस्थितीत चालू असलेल्या योजनेच्या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांनीही केलेली आहे. त्यानुषंगाने महापारेषण कंपनीतील १५ मे २०२३ ते ३० एप्रिल २०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या तसेच मे २०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांकरीता हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी रु. ३.०० लाख अथवा रु. ५.०० लाखांकरीता (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी) अशी विशेष मेडिक्लेम योजना दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वत: वैयक्तीकपणे हफ्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात येत आहे. सदर योजना ऐच्छीक स्वरुपाची आहे.

सदर योजना १५ मे २०२३ ते ३० एप्रिल २०२४ या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या व मे २०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या अधिकारी/कर्मचाऱ्यांना खालीलप्रमाणे विमा हप्ता लागू राहील. तसेच, विमा हप्ता दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे यांच्याकडे सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांना स्वत: वैयक्तिकपणे भरावयाचा आहे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीची वैशिष्टये :

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही रु. ३ लाख अथवा रु. ५ लाखांकरीता असून यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहील.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास सदर योजनेचा लाभ सलगपणे घ्यावयाचा झाल्यास दि. १०.०६.२०२४ पूर्वी विमा हप्ता विमा कंपनीस जमा करणे बंधनकारक आहे. तसेच, दि. १०.०६.२०२४ नंतर वीमा हप्ता कंपनीस जमा झाल्यास अशा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याला सदर योजनेचा लाभ सलगपणे मिळणार नाही व सदर कालावधीचे दावे वीमा कंपनीकडे करता येणार नाही. सदर कालावधीस वीमा कंपनीच्या नियमानुसार कोणत्याही स्थितीत मुदत वाढ देता येणार नाही.
- सदर योजनेमध्ये खालील लाभ देय राहतील.
  - विमा कंपनीच्या माध्यमातून नियुक्त केलेल्या TPA कंपनीच्या पॅनलवर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेसची सुविधा उपलब्ध राहील.
  - आजारपणासाठी साधारण रुममध्ये भरती झाल्यास विमा राशीच्या १% रक्कम प्रती दिवसासाठी खोली भाडे लागू राहील.
  - आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशीच्या २% रक्कम प्रती दिवसासाठी खोली भाडे लागू राहील.
  - एकूण मंजूर विमा दाव्याच्या रक्कमेपैकी १०% रक्कम ही सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास स्वत:ला भरावी लागेल.

- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी ३० दिवस अगोदर (Before) घेतलेले उपचार व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर (after) ६० दिवसांपर्यंत डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार होणारा खर्च योजनेत अनुज्ञेय राहील.
- आयकर कलम ८० D नुसार सुट मिळेल व त्याबाबतचे प्रमाणपत्र वीमा कंपनीमार्फत सेवानिवृत्त कर्मचा-यांच्या मागणीप्रमाणे देण्यात येईल.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी ऐच्छीक असून, विमाधारक हयात असेपर्यंत नूतनीकरण विमा कंपनीच्या अटी व शर्तीनुसार विहीत मुदतीमध्येच करु शकतील. सबब, ज्या सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी सदर पॉलीसी या पूर्वी घेतलेली आहे अशा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी विमा कंपनीकडून नूतनीकरण करुन घ्यावे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसीसाठी खालीलप्रमाणे विमा योजनेचा हप्ता राहील. तसेच सदर विमा हप्ता The Oriental Insurance Company Ltd., Pune यांच्याकडे सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वत: वैयक्तीकपणे भरावयाचा आहे.

योजनेचे नाव	**वीमा राशी**	**वयोमर्यादा**	**हप्ता (टॅक्स सहित)**
रु.०३ लाखांकरीता (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)			
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु.०३ लाखांकरीता (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. २४,६४०/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय -४६ ते ५५ वर्षे	रु.२०,०३०
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय -५६ ते ६० वर्षे	रु.२९,४३३/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय -५१ ते ५५ वर्षे	रु.२४,८२१/-
रु.०५ लाखांकरीता (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)			
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु.०५ लाखांकरीता (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. ३४,०३२/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्ष पत्नीचे वय -५१ ते ५५ वर्षे	रु. २७,९१७/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. ३९,००३/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय -५१ ते ५५ वर्षे	रु. ३२,८८८/-

योजनेचे नाव	वीमा राशी	वयोमर्यादा	हप्ता (टॅक्स सहित)
ऐच्छीक अपघात वीमा योजना	रु.०३ लाख (पती व पत्नी यांच्याकरीता प्रत्येकी) मृत्यु व कायमचे अपंगत्व		रु.३८३/- (विशेष दर)

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे कागदपत्रे आवश्यक आहेत.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याने प्रस्ताव पत्र स्वत: संपूर्ण भरुन देणे. (नमूना सोबत जोडला आहे).
  - प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईजचे फोटो.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याच्या कंपनी ओळखपत्राची (आयकार्डची) छायांकित प्रत.
  - पॅनकार्ड किंवा आधारकार्डची छायांकित प्रत.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी ही योजना घ्यावयाची असल्यास प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरुन विमा हप्त्याच्या धनादेशासह दि. १०.०६.२०२४ पुर्वी प्रस्ताव दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनीकडे खालील पत्त्यावर पाठवावा.

श्री. रितेश कुमार, प्रबंधक
दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,
विभागीय कार्यालय - ४, अब्बास चेंबर्स, तिसरा मजला,
१ महात्मा गांधी रोड, कॅम्प पुणे - ४११ ००१
दुरध्वनी क्र. (का.) ०२०-
२६१३००५२/२६१३०५०५/२६१३४४४९
Email : ritesh.kumar@orientalinsurance.co.in

- पॉलिसीचा लाभ घेण्यासाठी दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे यांच्या खालील अधिकारी वर्गाशी संपर्क साधावा.

श्रीमती. स्नेहल खेडकर
मोबाईल क्र. - 7972974841
दुरध्वनी क्र. (का.) 020- 26130052/26130505/26134449
E-mail - snehal.khedkar@orientalinsurance.co.in

श्री. प्रविण डी. गेडाम
मोबाईल क्र. - 9503935807
दुरध्वनी क्र. (का.) 020-26130052/26130505/26134449
E-mail - pravin.gedam@orientalinsurance.co.in

श्री. इमरान अतार
मोबाईल क्र. - 8421744012
दुरध्वनी क्र. (का.) 020- 26130052/26130505/26134449
E-mail - imran.atar@orientalinsurance.co.in

श्रीमती. निर्मला जोशी
मोबाईल क्र. - 9970742017
दुरध्वनी क्र. (का.) 020- 26130052/26130505/26134449
E-mail - nirmala.joshi@orientalinsurance.co.in

सदर परिपत्रक मा. संचालक (मानव संसाधन) यांच्या मान्यतेने पारित करण्यात येत असून ते महापारेषण कंपनीच्या सिंहद्वारावर (www.mahatransco.in) मेडिक्लेम Tab मध्ये तसेच ep.mahatransco.in या संकेतस्थळावरील **HR Department → Industrial Relations Department च्या Tab मध्ये Retired Employee Mediclaim Scheme Circular - २०२४** या शिर्षकाखाली उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.

(भरत पाटील)
मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी

सहपत्र : प्रस्ताव पत्र

दि ओरिएण्टल इंश्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
पंजीकृत एवं मुख्य कार्यालय : ए-२५/२७, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - ११० ००२
वेबसाईट http://www.orientalinsurance.org.in देखें
कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जारी कर्ता कार्यालय से करें।

THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED
Regd. & Head Office : A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110 002
Visit us at http://www.orientalinsurance.org.in
Address all communication to Policy Issuing Office

अब्बास चेम्बर्स, तिसरा मजला, १ एम. जी. रोड, कैंप पुणे ४११००१
दूरभाष : २०-२६१३००५२, २६१३०५०५
CIN: U66010DL1947GOI007158

दिनांक : 25.4.2024

प्रति,
कार्यकारी संचालक,
मानव संसाधन,
महावितरण सांघिक कार्यालय, महापारेषण सांघिक कार्यालय,
महानिर्मिती सांघिक कार्यालय, महाहोल्डिंग सांघिक कार्यालय,
प्रकाशगड, बांद्रा (पूर्व) मुंबई ४०००५१.

विषय : निवृत्त झालेल्या महावितरण, महापारेषण, महानिर्मिती व महाहोल्डिंगच्या कर्मचा-यांसाठी हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी साठी विमा प्रीमियम दर.

आम्ही वरील संदर्भानुसार १५ मे २०२३ ते ३० एप्रिल २०२४ या कालावधीत निवृत्त झालेल्या कर्मचा-यांसाठी विशेष मेडिक्लेम योजना अर्थात हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी देऊ इच्छित आहोत. या नवीन वैयक्तिक पॉलिसीचे सातत्य दिनांक १५ मे २०२४ पासून लागू राहील. आमच्या हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी अंतर्गत विशेष प्रीमियम दर खाली दिलेल्या तक्त्याप्रमाणे तसेच नावाप्रमाणे कुटूंबाचे दर नवासहित निवृत्ति धारकाच्या कुटुंबा सहित विमा रक्कम 5 लाख रुपया पर्यंत जोडत आहोत:-

अनु.क्र.	पॉलिसी	विमा रक्कम	वयोगट	प्रीमियम (टैक्स सहित)
१.	हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु. ३ लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नी करिता)	कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु. २४६४०/-
			कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ४६ ते ५५	रु. २००३०/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु. २९४३३/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५१ ते ५५	रु. २४८२१/-
१.	हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु. ५ लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नी करिता)	कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु. ३४०३२/-
			कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ५१ ते ५५	रु. २७९१७/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु.३९००३/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५१ ते ५५	रु.३२८८८/-

दि ओरिएण्टल इंश्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
पंजीकृत एवं मुख्य कार्यालय : ए-25/27, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002
वेबसाईट http://www.orientalinsurance.org.in देखें
कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जारी कर्ता कार्यालय से करें।

THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED
Regd. & Head Office : A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110 002
Visit us at http://www.orientalinsurance.org.in
Address all communication to Policy Issuing Office

योजनेची खास वैशीष्ट्ये :

(१) पॉलिसी घेतल्यानंतर पहिल्या दिवसापासून विमा संरक्षण सुरु। (सातत्य कवर - कॉर्पोरेट पॉलिसीमध्ये उपलब्ध डेटा च्या अधीन)

(२) आयकर सेक्शन ८० D नुसार सुट.

(3) विमा कंपनीच्या पॅनल वर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेस सुविधा उपलब्ध.

(४) क्लेम झाल्यास १०% (सह पेमेंट) रक्कम स्वत: भरावी लागेल.

(५) आजारपणासाठी साधारण रुम मध्ये भरती साठी विमा राशिच्या १% रक्कम प्रति दिवसासाठी खोली भाडे.

(६) आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशिच्या २% रक्कम प्रति दिवसासाठी भाडे

(७) पॉलिसी कालावधी १ वर्षे व विमाधारक हयात असेपर्यंत **नूतनिकरणाची सुविधा.**

(८) रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी 30 दिवस आगोदर ट्रीटमेंट घेतली असल्यास व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर ६० दिवसा अंतर्गत होणारा खर्च डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार व संबंधित बिलानुसार देय.

(९) आधुनिक उपचार आणि आगाऊ शस्त्रक्रिया समाविष्ट आहेत.

विमा घेण्याकारिता करावयाची पूर्तता खालील प्रमाणे :

१) प्रस्ताव पत्र पूर्णपणे भरून देणे.

२) प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईज फोटो.

3) निवृत कर्मचा-याच्या आयकार्डची प्रत.

४) पॅन किंवा आधार कार्डची प्रत.

वरील सर्व कागदपत्रे व विमा रकमेचा चेक दि ओरिएंटल इन्सुरंस कंपनी लिमिटेड च्या नावाने काढून खालील पत्यावर पाठवावा.

श्री. रितेश कुमार,
प्रबंधक
दि ओरिएंटल इन्सुरंस कंपनी लिमिटेड,
मंडल कार्यालय ४, अब्बास चेंबर्स, ३ रा मजला, १, महात्मा गांधी रोड,
पुणे कँप, पुणे ४११००१.
ईमेल ritesh.kumar@orientalinsurance.co.in
दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052-26130505-26134449

पॉलिसीचा लाभ घेणेसाठी आमच्या खालील अधिकारी वर्गाशी संपर्क साधावा.

१. श्रीमती स्नेहल खेडकर, **दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449**
ईमेल snehal.khedkar@oriental.insurance.co.in

२. श्री.पी. डी. गेडाम, **दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449**
ईमेल pravin.gedam@orientalinsurance.co.in

3. श्री. इमरान अतार, **दूरध्वनी क्रमांक** : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449
ईमेल imran.atar@orientalinsurance.co.in

४. श्रीमती निर्मला जोशी, **दूरध्वनी क्रमांक** : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449
ईमेल nirmala.joshi@orientalinsurance.co.in

ओरिएण्टल इंश्योरेंस कं. लि. 163600 KBO M. G. Road Pune THE ORIENTAL INSURANCE CO. LTD.

दि ओरिएण्टल इंश्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड
पंजीकृत एवं मुख्य कार्यालय : ए-25/27, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002
वेबसाईट http://www.orientalinsurance.org.in देखें
कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जारी कर्ता कार्यालय से करें।

THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED
Regd. & Head Office : A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110 002.
Visit us at http://www.orientalinsurance.org.in
Address all communication to Policy Issuing Office

DHANRAJ PRINTERS 500 Nos x 1 pkts.

कृपया अधिकाधिक निवृत कर्मचा-यांनी या विशेष योजनेचा लाभ घ्यावा ही विनंती.

आपली कृपाभिलाषी,

रितेश कुमार

(रितेश कुमार)

प्रबंधक

दि ओरिएण्टल इंश्योरेंस कं. लि. 163600 KBO M. G. Road Pune THE ORIENTAL INSURANCE CO. LTD.

संलग्न : हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी प्रस्ताव पत्र.

पॉलिसीच्या नियम व अटी कंपनीच्या हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२१ प्रमाणे लागू होतील.

(टिप : कृपया १४ मे २०२४ पर्यंत प्रपोजल फॉर्म सहित विमा हप्ता, आधार कार्ड व पैन कार्ड पाठवावे. १५ मे ते १४ जून २०२४ या वाढीव कालावधी मधे फक्त ३० दिवसांचा ग्रेस कालावधी साठी म्हणजे १४ जून पर्यंत सवलत मिळेल)

Oriental Insurance

THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED
Regd. Office: Oriental House, A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110002 CIN No.U66010DL1947GOI007158

HAPPY FAMILY FLOATER POLICY-2021

PROPOSAL FORM

i. PROPOSAL FORM AND SELF DECLARATION FORM TO BE FILLED IN BLOCK LETTERS AND IN UPLICATE.
ii. PLEASE ATTACH TWO STAMP SIZE PHOTOGRAPHS OF EACH PERSON PROPOSED TO BE INSURED
iii. THE COMPANY WILL NOT BE ON RISK UNTIL THE PROPOSAL HAS BEEN ACCEPTED BY THE COMPANY AND COMMUNICATION OF THE ACCEPTANCE HAS BEEN MADE TO THE PROPOSER IN WRITING ON RECEIVING FULL PAYMENT OF PREMIUM.
iv. ANY PERSON BEYOND 55 YEARS OF AGE DESIRING TO TAKE INSURANCE COVER HAS TO UNDERGO PRE INSURANCE MEDICAL CHECK UP THROUGH COMPANY'S LISTED DIAGNOSTIC CENTRE AND 50% OF THE COST OF SUCH EXPENSES TO BE REIMBURSED BY THE COMPANY AFTER ACCEPTANCE.

1. **NAME OF THE PROPOSER: Mr. / Mrs. / Miss:**
2. **NAME OF THE INSURED PERSON AND RELATIONSHIP WITH THE PROPOSER**

SL. NO.	Name of Insured Person	Relationship With proposer	Gender M/F/TG*	Dependent on proposer Y/N	Date of Birth	Age in completed years	Occupation
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

3. **ADDRESS & TELEPHONE NO. / MOBILE NO. / E-MAIL ADDRESS OF PROPOSER**

	Mobile No.	
Phone No.		
Email ID		

4. **Plan Opted:**

S. no.	Plan (S/G/D/P)**	Sum Insured under the Plan (Rs. In lacs)

**S-Silver, G-Gold, D-Diamond, P-Platinum

5. **OPTIONAL COVERS:**

A.

Restoration of Sum Insured	Yes	No
If Yes	50% of SI	100% of SI

B.

Life Hardship Survival Benefit	Yes	No
If yes	Plan A	Plan B

C.

Sl. No.	Personal Accident	
	Name	SI(Rs. In Lakhs)
1.		
2.		
3.		
4.		

D.

Waiver of Proportionate clause	Silver Plan	Gold /Diamond/Platinum Plan	
	Max. 50%	50%	100%

E.

Waiver of 10% Co-payment from Silver Plan	Yes
	No

6. PERMANENT ACCOUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX AUTHORITIES)

7. NAME - ADDRESS & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN

Phone No.		Mobile No.

8. MONTHLY INCOME:

9. PLEASE FURNISH DETAILS OF ANY HOSPITALIZATION / ILLNESS / DISEASE/ INJURY IN THE PAST (whether or not insurance existed)

10. PLEASE GIVE THE DETAILS OF ANY HOSPITALISATION / ILLNESS/DISEASE/INJURY AT PRESENT OR IN THE PAST 4 YEARS. (Whether or not insurance existed)

11. **HAS THE PROPOSER OR ANY OF THE MEMBERS OF THE FAMILY PROPOSED BEEN REFUSED INSURANCE FOR HEALTH COVER / POLICY CANCELLED / RENEWAL DENIED. IF SO DETAILS THEREOF:**

S.No	Name of the Proposed person	Refusal by insurer & reasons thereof	Cancellation of policy / denial of renewal by the insurer & reasons thereof

12. **Do you wish to opt out of TPA Service?**

YES	NO

13. **PROPOSED DATE & PERIOD OF INSURANCE (DD MM YYYY)**

FROM									TO								

TIME (24 HOURS):

DECLARATIONS:

1. I hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I am authorized to propose on behalf of these other persons.
2. I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.
3. I further declare that I will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.
4. I declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at any time has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.
5. I authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

4/9C3

Place:		Signature of Proposer:
Date:		Name of Proposer:________________________

NOTE:

In case of death claims, the name of the beneficiary making claim, relationship with the insured and legal status is to be mentioned.

The claim for any of the insured person will be payable in the name of Proposer and discharge voucher signed by him will be considered valid. However, in the event of unfortunate demise of the Proposer during the course of policy period, the claim may be payable to the nominee declared by the Proposer in this form.

Nomination:

In the event of my death, I nominate.. (Name & Relationship with the Insured) in respect of the amount payable by the Oriental Insurance Company Ltd under this policy and I further declare that his receipt shall be sufficient discharge to the Company.

Signature of Proposer

Signature of Witness:

Name and address:

PROHIBITION OF REBATES (Section 41 of the Insurance Act 1938 provides)

1. No person shall allow, or offer to allow, either directly or indirectly as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy nor shall anyperson taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the Insurer.

2. Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to Ten Lakh Rupees.

VERNACULAR DECLARATION:

(The Company requires that this proposal is completed by the proposer himself. However, if this is not possible as the proposer does not read, write or speak English, then this proposal form can be completed by another person who can read, speak and write English and who is not connected to the company either as an agent/employee or Insurance Intermediary)

I have explained the contents of this proposal to the proposer and done my best to ensure that the contents have been fully understood by the proposer. I have accurately recorded the proposer's responses to the information sought by the proposal form and I have read the responses back to the proposer and he/she has confirmed that they are correct.

Name of the Witness:

Signature of the Witness

Thumb Impression/Signature of the Proposer:

Date:

AGENT DECLARATION:

I,________________________in my capacity as an Agent/ Insurance Advisor/ Specified Person of the Corporate Agent/ Authorized employee of the Broker/Relationship Officer, do hereby declare that I have explained all the contents of this Proposal Form, including the nature of the questions contained in this Proposal Form to the Proposer including statement(s), information and response(s) submitted by him/her in this Proposal Form to questions contained herein or any details sought herein will form the basis of the Contract of Insurance between the Company and the Proposer, if this Proposal is accepted by the Company for issuance of the Policy.

I have further explained that if any untrue statement(s)/ information/response(s) is/are contained in this Proposal Form/including addendum(s), affidavits, statements, submissions, furnished/to be furnished, the Company shall have the right to cancel the policy at its discretion. Further, this declaration does not confirm issuance of policy or assumption of risk thereof.

Name of the Agent:

Date:

Place:___________

Agent Code:

Signature of the Agent...........................

७१/२८

SELF DECLARATION FORM
(FORM TO BE DULY FILLED & SIGNED BY EACH PROPOSED PERSON, IN DUPLICATE)

PERSONAL DETAILS:

1. Name of the Insured: ____________________
2. Age (in completed years): ________ 3. Date of birth: ____________ Sex: ____
4. Address: ____________________

____

5. Telephone No.: ____________ 6. E-mail ID: ____________

Identification Document Details: (Photo ID Proof / Ration Card):

A) PERSONAL HISTORY (For all insured persons listed in the proposal)

	PARTICULARS	YES/NO	DETAILS
A	Are you in good health and free from physical and mental diseases or infirmity or major complaints?		
B	Have you ever suffered from any of the following diseases / illnesses? Please write **Yes / No.**		
1	Any Neurological / mental or related diseases?		
2	Slipped disc or other spinal disorder or paralysis of any kind or fainting episode, blackout, fit.		
3	High blood pressure, palpitation, Heart diseases including ischaemic heart diseases, other circulatory disorders including rheumatic fever etc.		
4	Diseases of uterus, ovaries, breast or any other gynaecological disorder		
5	Fistula, Piles, Hernia, Varicose veins etc.		
6	Any disease of bones, joints, Arthritis including rheumatic diseases etc.		
7	Any respiratory diseases		
8	Any allergic diseases		
9	Any dimness of vision or cataract etc.		
10	Any disease of ears or difficulty or interference with hearing etc.		
11	Any disorder of the stomach, ulcer, bowel or gall bladder, kidney etc.		
12	Cancer, malignant growth, boil, cyst or wound etc.		
13	Diabetes or any urinary diseases.		

14	Genital Disorder		
15	Any cerebral or vascular strokes or sudden loss of consciousness or similar disease.		
16	Tuberculosis (TB)		
17	AIDS / HIV / related disorder etc.		
18	Congenital diseases (Since Birth)		
19	(a) Have you ever suffered from dental problems?		
	(b) If, yes, specify same.		
	(c) When were you treated last for same?		
20	Any other complaint requiring specialist's consultation or surgical or hospital treatment or investigations.		
21	Any other complaint or tendency that may necessitate such consultation or treatment in the future		

B) Have you noticed sudden decrease or increase in your weight in past six months? **Yes / No**

C) Have you visited a doctor /hospital /healthcare unit for evaluation or treatment in recent past? If yes, give details:____

____

D) Please furnish details of any Hospitalization / Pre-existing Disease/ Illness suffered / contracted in the past four Years. Give all Details.(Attach Copy of discharge card and doctors consultation notes and investigations copy):

____

____

Past surgical details:

Name of surgery or part operated:__________________________

Date of operation: ______________

Completely cured YES / NO, give details: ____________________________________

(Attach Copy of discharge card and doctor's consultation notes and investigations copy)

1. I the Undersigned hereby declare that all the information given by me in this form is true and I understand that any of these details if found untrue on correlation with my medical test or medical examination before or after issuance of policy will affect the coverage and payments of my health insurance benefit under this Mediclaim policy.

2. I do hereby solemnly declare that all Pre-existing diseases have been declared and explicit information of such disease given in the above columns where the information has been sought.

3. I, give consent that if any of the pre- exiting disease declared by me, falls under the list of diseases given under "Clause 5" of the Prospectus /Policy document, the specific ICD codes for that particular disease mentioned therein, will be permanently excluded from the policy coverage.

Signature:

Name of the person proposed to be insured:

Date: Place: