

जा.क्र.मराविपाकंम/काऔसंककवि/सेकविमेयो/३३०७

दि. १७ मे २०२३

परिपत्रक क्र. - औ.सं. - २७

विषय: महापारेषण कंपनीतील मे २०२२ ते एप्रिल २०२३ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी विशेष मेडिकलेम 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 Mediciam 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 माहे मे २०२२ ते एप्रिल २०२३ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांकरीता हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी रु. ३.०० लाख अथवा रु. ५.०० लाखांकरीता (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी) अशी विशेष मेडिकलेम योजना दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वतः वैयक्तीकपणे हप्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात येत आहे. सदर योजना ऐच्छिक स्वरूपाची आहे.

सदर योजना माहे मे २०२२ ते एप्रिल २०२३ या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या अधिकारी/कर्मचाऱ्यांना खालीलप्रमाणे विमा हप्ता लागू राहिल. तसेच, विमा हप्ता दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे यांच्याकडे सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांना स्वतः वैयक्तीकपणे भरावयाचा आहे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीची वैशिष्ट्ये :

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही रु. ३ लाख अथवा रु. ५ लाखांकरीता असून यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहिल.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास सदर योजनेचा लाभ सलगपणे घ्यावयाचा झाल्यास दि. १३.०६.२०२३ पूर्वी विमा हप्ता विमा कंपनीस जमा करणे बंधनकारक आहे. तसेच, दि. १३.०६.२०२३ नंतर विमा हप्ता कंपनीस जमा झाल्यास अशा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याला सदर योजनेचा लाभ सलगपणे मिळणार नाही व सदर कालावधीचे दावे विमा कंपनीकडे करता येणार नाही. सदर कालावधीस विमा 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 राहिल.
 - आजारपणासाठी साधारण रुममध्ये भरती झाल्यास विमा राशीच्या १% रक्कम प्रती दिवसासाठी खोली भाडे लागू राहिल.
 - आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशीच्या २% रक्कम प्रती दिवसासाठी खोली भाडे लागू राहिल.

- एकूण मंजूर विमा दाव्याच्या रक्कमेपैकी १०% रक्कम ही सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास स्वतःला भरावी लागेल.
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी ३० दिवस अगोदर (Before) घेतलेले उपचार व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर (after) ६० दिवसांपर्यंत डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार होणारा खर्च योजनेत अनुज्ञेय राहिल.
- आयकर कलम ८० D नुसार सुट मिळेल व त्याबाबतचे प्रमाणपत्र वीमा कंपनीमार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांच्या मागणीप्रमाणे देण्यात येईल.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी ऐच्छीक असून, विमाधारक हयात असेपर्यंत नूतनीकरण विमा कंपनीच्या अटी व शर्तीनुसार विहित मुदतीमध्येच करू शकतील. सबब, सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी विमा कंपनीकडून नूतनीकरण करून घ्यावे.

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

योजनेचे नाव	वीमा राशी	वयोमर्यादा	हप्ता (टॅक्स सहित) Zone II (Zone I सोडून इतर भागातील हॉस्पिटलच्या खर्चाकरीता)	हप्ता (टॅक्स सहित) (Zone I मुंबई, ग्रेटर मुंबई, गुजरात व दिल्ली NCR भागातील हॉस्पिटलच्या खर्चाकरीता)
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२३	रु.०३ लाखांकरीता (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. २४,६१८/-	रु. २४,६४०/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ४६ ते ५५ वर्षे	रु. १९,८९६/-	रु. २०,०२९
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. २९,०८७/-	रु. २९,४३२/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५१ ते ५५ वर्षे	रु. २४,३६६/-	रु. २४,८२१/-
अथवा				
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२३	रु.०५ लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. ३४,००३/-	रु. ३४,०३२/-

योजनेचे नाव	वीमा राशी	वयोमर्यादा	हप्ता (टॅक्स सहित) Zone II (Zone I सोडून इतर भागातील हॉस्पिटलच्या खर्चाकरीता)	हप्ता (टॅक्स सहित) (Zone I मुंबई, ग्रेटर मुंबई, गुजरात व दिल्ली NCR भागातील हॉस्पिटलच्या खर्चाकरीता)
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्ष पत्नीचे वय - ५१ ते ५५ वर्षे	रु. २७,८९८/-	रु. २७,९१८/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु. ३८,५३९/-	रु. ३९,००३/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५१ ते ५५ वर्षे	रु. ३२,४३३/-	रु. ३२,८८९/-
ऐच्छिक 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 स्वतः संपूर्ण भरून 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 भरून विमा हप्त्याच्या धनादेशासह दि. १३.०६.२०२३ पुर्वी प्रस्ताव दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनीकडे खालील पत्त्यावर पाठवावा.

श्रीमती. सुनिता भुरेवार, वरिष्ठ मंडल प्रबंधक
दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,
विभागीय कार्यालय - ४, अब्बास चेंबर्स, तिसरा मजला,
१ महात्मा गांधी रोड, कॅम्प पुणे - ४११ ००१
दुरध्वनी क्र. (का.) ०२०-२६१३००५२/२६१३०५०५
Email : sunitabhurewar@orientalinsurance.co.in

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

१. श्रीमती. स्नेहल खेडकर

मोबाईल क्र. - 7972974841

E-mail - snehal.khedkar@orientalinsurance.co.in

२. श्री. इमरान अतार

मोबाईल क्र. - 8421744012

E-mail - imran.atar@orientalinsurance.co.in

३. श्रीमती. निर्मला जोशी

मोबाईल क्र. - 9970742017

E-mail - nirmala.joshi@orientalinsurance.co.in

४. श्री. विजय अहिवळे

मोबाईल क्र. - 9923807773

E-mail - vijay.ahiwale@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 - २०२३** या शिर्षकाखाली उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.


(भरत पाटील)

मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी

सहपत्र : प्रस्ताव पत्र



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

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.

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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 any person 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.....

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 Medclaim 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- existing 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: