

जा.क्र.मराविपाकंम/काऔसंकवि/सेकविमेयो/३१५४

दि.३ जून, २०२१

**परिपत्रक क्र. - औ.सं. - ०५**

**विषय:** महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी विशेष मेडिकलेम योजना

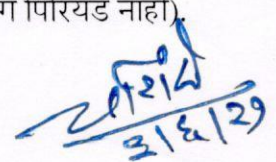
म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कंपनी मर्यादित अंतर्गत महावितरण, महानिर्मिती व महापारेषण कंपनीतील कार्यरत कर्मचारी व त्यांच्याचर अवलंबून असणाऱ्या कुटुंबातील ०५ सदस्यांसाठी MSEB HCL Group Mediclaim Insurance Policy सन २०१५ पासून सुरु आहे.

सदर योजनेचा लाभ सेवानिवृत्तीनंतरही कर्मचाऱ्यांना मिळावी अशी आग्रही मागणी तिन्ही कंपन्यातील कामगार संघटनांनी वेळोवेळी केली असून तसेच सद्यस्थितीत चालू असलेल्या योजनेच्या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांनीही केलेली आहे. यासाठी मेडीक्लेम योजनेच्या समितीचे अध्यक्ष तथा संचालक (वित्त), म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कंपनी मर्या., यांनी निर्देशित केल्यानुसार महापारेषण कंपनीतील माहे फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ 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 ओरिएटल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वतः वैयक्तीकपणे हफता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात येत आहे. सदर योजना ऐच्छीक स्वरूपाची आहे.

महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांना खालीलप्रमाणे वीमा हफता लागू राहिल. तसेच सदर वीमा हफता The Oriental Insurance Company Ltd., Pune यांच्याकडे सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वतः वैयक्तीकपणे भरावयाचा आहे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीची वैशिष्ट्ये :

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही रु. ३ लाख तसेच रु. ५ लाखांकरीता असून यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहिल.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास सदर योजनेचा लाभ सलगपणे घ्यावयाचा झाल्यास दि. १४.०६.२०२१ पूर्वी वीमा हफता वीमा कंपनीस जमा करणे बंधनकारक आहे. तसेच, दि. १४.०६.२०२१ नंतर वीमा हफता 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.
  - पॉलिसी घेतल्यानंतर पहिल्या दिवसापासून वीमा संरक्षण सुरु होईल. (पॉलिसी घेण्यापूर्वीचे आजार पहिल्या दिवसापासून कवर होतील व कोणत्याही आजारसाठी वेटिंग पिरियड नाही)

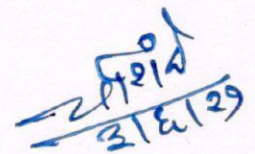
  
३/६/२१

- वीमा कंपनीच्या पॅनलवर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेसची सुविधा उपलब्ध राहिल.
- रुग्णालयातील उपचारासाठी वीमा राशीच्या १% साधारण खोलीसाठी व २% ICU करीता प्रति दिवस खोली भाडे राहिल.
- एकूण मंजूर वीमा दाव्याच्या रक्कमेपैकी १०% रक्कम ही सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास स्वतःला भरावी लागेल.
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी ३० दिवस अगोदर (Before) घेतलेले उपचार व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर 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.
- पॉलिसी कालावधी १ वर्षाकरिता राहिल तसेच वीमाधारक हयात असेपर्यंत नूतनिकरणाची सुविधा उपलब्ध राहिल.

- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी वीमा कंपनीकडून नूतनीकरण करून घ्यावे.
- "हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर" पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे वीमा योजनेचा हप्ता राहिल. सदर वीमा हप्ता हा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी वैयक्तीपणे भरावयाचा आहे.

योजनेचे नाव	वीमा राशी	वयोमर्यादा	हप्ता (वस्तु व सेवाकरासह)
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी	रु.०३ लाखांकरिता (१+१)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु.१९,७८९/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ४६ ते ५५ वर्षे	रु.१६,००१/-
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी	रु.०५ लाखांकरिता (१+१)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु.२८,८०९/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ४६ ते ५५ वर्षे	रु.२३,७६२/-
ऐच्छिक अपघात वीमा योजना	रु.०३ लाख (पती व पत्नी यांच्याकरिता प्रत्येकी) मृत्यु व कायमचे अपंगत्व		रु.३८३/-

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे कागदपत्रे आवश्यक आहेत.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याने प्रस्ताव पत्र संपूर्ण भरून देणे. (नमूना सोबत जोडला आहे).
  - प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईजचे फोटो.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याच्या कंपनी ओळखपत्राची छायांकित प्रत.
  - पॅनकार्ड किंवा आधारकार्डची छायांकित प्रत.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही योजना घ्यावयाची असल्यास प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरून, वीमा हप्त्याच्या धनादेशसह दि. १४.०६.२०२१ पूर्वी प्रस्ताव दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनीकडे विहित वेळेत खालील पत्त्यावर पाठवावा.


  
 ३/६/२१

दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,  
मंडल कार्यालय - ४,  
अब्बास चेंबर्स, तिसरा मजला,  
१ महात्मा गांधी रोड, कॅम्प पुणे - ४११ ००१  
दुरध्वनी क्र. (का.) ०२०-२६१३००५२/२६१३०५०५

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

१. श्री. अभिषेक शेंडेकर

मोबाईल क्र. - 9421807189

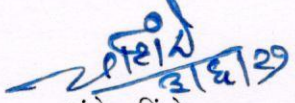
E-mail - abhishek.shendekar@orientalinsurance.co.in

२. श्री. इमरान अतार

मोबाईल क्र. - 8421744012

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

सदर परिपत्रक मा.कार्यकारी संचालक (मासं) यांच्या मान्यतेने पारित करण्यात येत असून ते महापारेषण कंपनीच्या सिंहद्वारावर ([www.mahatransco.in](http://www.mahatransco.in)) मेडिक्लेम Tab मध्ये तसेच [ep.mahatransco.in](http://ep.mahatransco.in) या संकेतस्थळावरील **HR Department** → **Industrial Relations Department** च्या Tab मध्ये **Retired Employee Mediclaim Scheme Circular - २०२१** या शिर्षकाखाली उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.

  
(मंगेश शिंदे)

मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी (प्रभारी)

सहपत्र : प्रस्ताव पत्र





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.

6. I have carefully read the Prospectus and having understood the same, I propose for a policy in the standard form issued by the Company.

Place		Signature of Proposer.
Date		Name of Proposer

**NOTE:**

1. In the event of a claim under the policy exceeding Rs.1 lac or a claim for refund of premium exceeding Rs.1 lac, the insured will comply with the provisions of the AML policy of the Company. The AML policy is available in all our operating offices as well as Company's website ([www.orientalinsurance.co.in](http://www.orientalinsurance.co.in)).
2. In case of death claims, the name of the beneficiary making claim, relationship with the insured and legal status is to be mentioned.
3. 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**

I .....do hereby nominate  
 .....(Relationship with the Proposer) and I further declare that his receipt shall be sufficient discharge to the Company.

Dated this.....Day of.....200.....at.....

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.

**SELF DECLARATION FORM**  
(FORM TO BE DULY FILLED IN BY EACH APPLICANT ONLY IN DUPLICATE)

**PERSONAL DETAILS:**

1. Name of the Person to be insured: \_\_\_\_\_  
 2. Age in completed years: \_\_\_\_\_ 3. Date of birth: \_\_\_\_\_ 4. Gender: \_\_\_\_\_  
 5. Address: \_\_\_\_\_  
 6. Telephone No.: \_\_\_\_\_ 7. E-mail ID: \_\_\_\_\_  
 8. Identification Document details:(Photo ID Proof / Ration Card) \_\_\_\_\_

**A. PERSONAL HISTORY: (For each of the person listed in the Proposal Form)**

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? YES/NO (b) If, yes, specify same. (c) When were you treated last for the 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 for treatment in the last 12 months if yes,

give details: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(D) Give Details of hospitalization (Attach Copy of discharge card and Doctors consultation notes and investigations): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(E) Past surgical details: Name of surgery or Body part operated \_\_\_\_\_  
Date of operation: \_\_\_\_\_ . Completely cured YES / NO, give details \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**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 claim/benefit under this Policy.**

Name of applicant: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_