(महाराष्ट्र शासन अंगीकृत)
कामगार, औद्योगिक संबंध व कर्मचारी कल्याण विभाग,
प्रकाशगंगा प्लॉट सी-१९, ई-ब्लॉक ४ था मजला, बांद्रा-कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व), मुंबई - ४०००५१
Email : ciro@mahatransco.in website : www. mahatransco.in दुरध्वनी क्र.. २६५९५०४३ / २६५९५०६४
C.I.N.No. U40109MH2005SGC153646

जा.क्र.महापारेषण/मासं/का.औ.सं.क.वि/७२७ दि.३०.०१.२०२०

परिपत्रक

विषय: महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०१९ ते जानेवारी २०२० या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या व झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी विशेष मेडिक्लेम योजना.

म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कंपनी मर्यादित अंतर्गत महावितरण, महानिर्मिती व महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०१८ ते जानेवारी २०१९ या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी "हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी" रु.३ लाखांकरीता (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी) अशी विशेष मेडिक्लेम योजना दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत, सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वत: वैयक्तीकपणे हफ्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात आलेली आहे.

सदर योजनेचा लाभ घेत असलेल्या सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांसाठी व महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०१९ ते जानेवारी २०२० या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या व झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी "हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी" रु.३ लाखांकरीता (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी) अशी विशेष मेडिक्लेम योजना दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वत: वैयक्तीकपणे हफ्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात येत आहे. सदर योजना ऐच्छीक स्वरुपाची आहे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीची वैशिष्टये :

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही रु. ३ लाखांकरीता असून यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहील.
- सदर योजनेचा लाभ घेत असलेल्या सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांना वैयक्तिकपणे हफ्ता भरुन या योजनेचा लाभ सलगपणे घेता येईल.
- महापारेषण कंपनीतून माहे फेब्रुवारी २०१९ ते जानेवारी २०२० या कालावधीतील सेवानिवृत्त होणाऱ्या व झालेल्या अधिकारी / कर्मचारी यांना या योजनेत नव्याने सहभागी होता येईल.
- सदर योजनेमध्ये खालील लाभ देय राहतील.
  - ➢ पॉलिसी घेतल्यानंतर पहिल्या दिवसापासून विमा संरक्षण सुरु होईल. (पॉलिसी घेण्यापूर्वीचे आजार पहिल्या दिवसापासून कवर होतील व कोणत्याही आजारासाठी वेटिंग पिरियड नाही.)
  - ➢ विमा कंपनीच्या पॅनलवर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेसची सुविधा उपलब्ध राहील.
  - ➢ विमा राशीच्या १% साधारण खोलीसाठी (रु.३,०००/-) व २% ICU करीता (रु.६,०००/-) प्रति दिवस रुग्णालयातील उपचारासाठी खोली भाडे 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 ६० दिवसांपर्यंत डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार होणारा खर्च योजनेत अनुज्ञेय राहील.
  - ➢ आयकर कलम ८० D नुसार सुट मिळेल व त्याबाबतचे प्रमाणपत्र विमा कंपनीमार्फत सेवानिवृत्त कर्मचा-यांच्या मागणीप्रमाणे देण्यात येईल.

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही ऐच्छीक असून विमाधारक हयात असेपर्यंत नुतनीकरण विमा कपंनीच्या अटी व शर्तीनुसार विहित मुदतीमध्येच करु शकतील. सबब, सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी विमा कंपनीकडून नुतनीकरण करुन घ्यावे.
- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे विमा योजनेचा हप्ता राहील. सदर विमा हफ्ता हा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी वैयक्तीपणे भरावयाचा आहे.

योजनेचे नाव	**विमा राशी**	**वयोमर्यादा**	**हफ्ता (वस्तु व सेवाकरासह)**
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी	रु.०३ लाखांकरीता (१+१)	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु.१८,८४७/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे पत्नीचे वय -४६ ते ५५ वर्षे	रु.१५,२४०/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	रु.२२,९१७/-
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ६१ ते ६५ वर्षे पत्नीचे वय -४६ ते ५५ वर्षे	रु.१९,३१०/-
ऐच्छीक अपघात विमा योजना	रु.०३ लाख (पती व पत्नी यांच्याकरीता प्रत्येकी) मृत्यु व कायमचे अपंगत्व		रु.३८३/-

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे कागदपत्रे आवश्यक आहेत.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याने प्रस्ताव पत्र संपूर्ण भरुन देणे. (नमूना सोबत जोडला आहे).
  - प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईजचे फोटो.
  - सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याच्या कंपनी ओळखपत्राची छायांकित प्रत.
  - पॅनकार्ड किंवा आधारकार्डची छायांकित प्रत.
- सदर योजनेचे नुतनीकरण किंवा नव्याने पॉलीसी घेण्यासाठीचा कालावधी हा १ फेब्रुवारी २०२० ते १४ मार्च २०२० इतका राहील. (१५ फेब्रुवारी २०२० पासून ३० दिवसांपर्यंत म्हणजेच १४ मार्च २०२० पर्यंत विमा हफ्ता भरण्यासाठीचा ग्रेस कालावधी राहील.)
- १५ फेब्रुवारी २०२० नंतर १४ मार्च २०२० पर्यंत आलेला विमा हफ्ता सलग पॉलीसी करिता ग्राहय धरला जाईल अन्यथा पॉलीसी सलगतेचे फायदे घेता येणार नाहीत. तसेच विमा हफ्ता १५ फेब्रुवारी २०२० नंतर व १४ मार्च २०२० च्या आधी विमा कंपनीच्या कार्यालयात जमा झाल्यास, १५ फेब्रुवारी २०२० नंतर विमा रक्कम ज्या तारखेला जमा केली त्या मधल्या कालावधीमध्ये जर काही आजार झाल्यास त्या आजाराचा खर्च या पॉलीसी अंतर्गत ग्राहय धरला जाणार नाही.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही योजना घ्यावयाची असल्यास प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरुन, विमा हफ्त्याच्या धनादेशसह प्रस्ताव दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनीकडे विहित वेळेत खालील पत्त्यावर पाठवावा.

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

सदर परिपत्रक मा.कार्यकारी संचालक (मासं) 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 - २०२०** या शिर्षकाखाली उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.

(अनंत पाटील)
मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी

सहपत्र : प्रस्ताव पत्र

THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED,
HEAD OFFICE: A-25/27, ASAF ALI ROAD, NEW DELHI 110002

HAPPY FAMILY FLOATER POLICY – 2015

WE VALUE YOUR HEALTH & YOUR WEALTH...BUILD A PRODUCTIVE NATION

PROPOSAL FORM

i. PROPOSAL FORM AND SELF DECLARATION FORM TO BE FILLED IN BLOCK LETTERS AND IN DUPLICATE.
ii. PLEASE ATTACH TWO STAMP SIZE PHOTOGRAPHS OF EACH INSURED PERSON.
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 60 /55 YEARS OF AGE (DEPENDING ON THE PLAN OPTED) DESIRING TO TAKE INSURANCE COVER HAS TO UNDERGO PRE INSURANCE HEALTH 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 INSURED PERSON AND RELATIONSHIP WITH THE PROPOSER.

S. No	Name of Insured person	Relationship with Proposer	Gender M/F/TG	Dependent on Proposer- Y/No	Date of Birth	Age in completed years	Occupation
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

***Third gender**

2. PLAN OPTED:

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

****S-SILVER, G-GOLD, D-DIAMOND**

3. OPTIONAL COVERS:

A.

Restoration of SI	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 lacs)
1.		
2.		
3.		
4.		

4. ADDRESS & TELEPHONE NO. / MOBILE NO. / E-MAIL ADDRESS OF PROPOSER:

												Mobile No												
Ph.No										E-mail														

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).

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.

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:

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,**

5. PERMANENT ACCOUNT NO. OF PROPOSER (ISSUED BY INCOME-TAX AUTHORITIES):

6. NAME - ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN

Ph.No										Mobile No													

7. PLEASE GIVE THE DETAILS OF ANY HOSPITALISATION/ILLNESS/DISEASE AT PRESENT OR IN THE PAST SIX YEARS.

S. No	First Name of the insured	Name of the Insurer	Policy no.	Policy Period	Type of policy (Please specify) P.A., Cancer, Mediclaim, others)	Sum Insured	Illness/disease

8. HAS THE PROPOSER OR ANY OF THE MEMBERS OF THE FAMILY PROPOSED FOR INSURANCE BEEN DENIED COVER FOR SIMILAR PROPOSAL/POLICY BEEN CANCELLED BY INSURER. IF SO DETAILS THEREOF:

S.No	First Name of the person proposed for insurance	Denial by insurer (Name of Insurer)	Cancellation of policy by Insurer (Name of Insurer)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

9. Do you wish to opt for TPA Service?

YES	NO

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

FROM									To								

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 anytime 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