

(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.मराविपाकंम/काऔसंकवि/सेकविमेयो/३१५४

दि.३ जुन, २०२१

परिपत्रक क्र. - औ.सं. - ०५

विषय: महापारेषण कंपनीतील फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांसाठी विशेष मेडिक्लेम 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 सिमतीचे अध्यक्ष तथा संचालक (वित्त्), म.रा.वि.मं. सुत्रधारी कंपनी मर्या., यांनी निर्देशीत 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 मेडिक्लेम योजना दि ओरिएटल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वत: वैयक्तीकपणे हफ्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात येत आहे. सदर योजना ऐच्छीक स्वरुपाची आहे.

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

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीची वैशिष्टये :

- हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही रु. ३ लाख तसेच रु. ५ लाखांकरीता असून यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहील.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास सदर योजनेचा लाभ सलगपणे घ्यावयाचा झाल्यास दि. १४.०६.२०२१ पूर्वी वीमा हफ्ता वीमा कंपनीस जमा करणे बंधनकारक आहे. तसेच, दि. १४.०६.२०२१ नंतर वीमा हफ्ता 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 आजारासाठी वेटिंग पिरियड नाही)

- > वीमा कंपनीच्या पॅनलवर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेसची सुविधा उपलब्ध राहील.
- > रुग्णालयातील उपचारासाठी वीमा राशीच्या १% साधारण खोलीसाठी व २% ICU करीता प्रति दिवस खोली भाडे राहील.
- एकूण मंजूर वीमा 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 वीमा कंपनीमार्फत सेवानिवृत्त कर्मचा-यांच्या मागणीप्रमाणे देण्यात येईल.
- पॉलिसी कालावधी १ वर्षाकरिता राहिल तसेच वीमाधारक हयात असेपर्यंत नूतिनकरणाची सुविधा उपलब्ध् राहिल.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी वीमा कंपनीकडून नुतनीकरण करुन घ्यावे.
- "हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर" पॉलिसीसाठी खालील प्रमाणे वीमा योजनेचा हप्ता राहील. सदर वीमा हफ्ता हा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी वैयक्तीपणे भरावयाचा आहे.

योजनेचे नाव	वीमा राशी	वयोमर्यादा	हफ्ता (वस्तु व सेवाकरासह)
हॅप्पी फॅमिली	रु.०३ लाखांकरीता	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे	रु.१९,७८९/-
फ्लोटर पॉलिसी	(8+8)	पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे	रु.१६,००१/-
		पत्नीचे वय -४६ ते ५५ वर्षे	
हॅप्पी फॅमिली	रु.०५ लाखांकरीता	सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे	रु.२८,८०९/-
फ्लोटर पॉलिसी	(8+8)	पत्नीचे वय - ५६ ते ६० वर्षे	
		सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे वय - ५८ ते ६० वर्षे	रु.२३,७६२/-
		पत्नीचे वय -४६ ते ५५ वर्षे	
ऐच्छीक	रु.०३ लाख (पती व		रु.३८३/-
अपघात वीमा	पत्नी यांच्याकरीता		
योजना	प्रत्येकी) मृत्यु व		
	कायमचे अपंगत्व		

- 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.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी ही योजना घ्यावयाची असल्यास प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरुन, वीमा हफ्त्याच्या धनादेशसह दि. १४.०६.२०२१ पूर्वी 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

- पॉलिसीचा लाभ घेण्यासाठी दि ओरीएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड, पुणे यांच्या खालील अधिकारी वर्गाशी संपर्क साधावा.
 - 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) मेडिक्लेम Tab मध्ये तसेच 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



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 PHO TO GRAPHS 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 COSTOF SUCH EXPENSES TO BEREIMBURSED 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 la

^{**}S-SILVER, G-GOLD, D-DIAMOND

3. OPTIONAL COVERS:

A.	Restoration of SI	YES	NO
	If Yes	50% of SI	100% of SI

В.	Life Hardship Survival benefit	YES	NO
	IF YES	PLAN A	PLAN B

Sl.No.	Pe	ersonal 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

NENT A	CCOU	NT NO). OF PI	ROPOSE	ER (ISS	UED I	BYING	OME	-TAX	AUT	HOR	ITIES	5):			
- ADDRI	SS&T	ELEPI	HONE I	NO. OF	FAMIL	Y PH	YSICIA	N								
-																
							- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PH	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIA	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN		- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN	- ADDRESS & TELEPHONE NO. OF FAMILY PHYSICIAN

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

S. No	F	irst N	Vame	of th	ne ins	surec	ı	Name of the Insurer	Policy no.	Policy Period	Type of policy (Please specify) P.A., Cancer, Mediclai m, others)	Sum Insured	Illnes s/ disea se

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	st Nan urance	he per	son pr	oposed for	Denial by insurer (Name of Insurer)	Cancellation of policy by Insurer (Name of Insurer)				
1.	П	T	П							
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

4.									
5.									
6.									
7.									
	14								
9. Do you	wish to o	opt for T	TPA Se	rvice?	YES	NO	7		

10. PRO	PO!	SED	DA	ΓE &	PERIOD	OF	INSUR	ANC	E (D	D M	M YYYY
FROM						То			\Box		

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
- 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

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).
- 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			do hereby nominate
			p with the Proposer) and I further declare that his receipt shall be
sufficient discharge to th	ne 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:			
 Name of the Person to be insured: Age in completed years: 	2 Data afhiath	1.6.1	
5. Address:	3. Date of birth:	4. Gender:	
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 sudde	n decrease or in	ncrease in yo	urweightinp	oast 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:		
investigations):		
(E) Past surgical details: Name of surgery or Body pa Date of operation: Completely cure		
(Attach Copy of discharge card and Doctor's consultation not I, the undersigned, hereby declare that all the information these details if found untrue on correlation with my managements of my heal	on given by me in this form is true and I understand that any edical test or medical examination before or after issuance	of
Name of applicant:	Signature:	
Date:	Place:	