



महावितरण

महाराष्ट्र राज्य विद्युत वितरण कंपनी न्यायिक

(A Govt. of Maharashtra Undertaking)
CIN : U40109MH2005SGC153645

दूरध्वनी क्र. ६९८५२२००
Email : ciro@mahadiscom.in
Website : www.mahadiscom.in

औद्योगिक संबंध विभाग, प्रकाशगड,
प्लॉट जी - ९, प्रकाशगड, ४था मजला,
प्रा. अनंत काणेकर मार्ग, वांद्रे (पूर्व), मुंबई -५९.

जा. क्र. औसंवि/ब/१३८४२

दिनांक : ०८.०५.२०२४

परिपत्रक

विषय : महावितरण कंपनीतील माहे मे-२०२३ ते एप्रिल-२०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या तसेच माहे मे-२०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठी दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी मार्फत सुरु असलेल्या “हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी” योजनेबाबत.

म.रा.वि.मं.सुत्रधारी कंपनी मर्यादित अंतर्गत महावितरण, महानिर्मिती व महापारेषण कंपनीतील सेवानिवृत्त कर्मचारी व त्यांच्या पत्नीकरिता दरवर्षीप्रमाणे दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनीमार्फत “हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी” चा लाभ सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांना स्वतः विमा हप्ता अदा करावयाच्या तत्वावर देण्यात येत आहे.

MSEB HCL Group Mediclaim Insurance Policy चा लाभ सेवानिवृत्तीनंतरही कर्मचाऱ्यांना सलगपणे मिळावा अशी आग्रही मागणी तिन्ही कंपन्यांतील कामगार संघटनांनी वेळोवेळी केली असून तसेच सद्यस्थितीत चालू असलेल्या योजनेच्या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांनीही केलेली आहे. त्यानुसार माहे मे-२०२३ ते माहे एप्रिल-२०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेले कर्मचारी तसेच माहे मे-२०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणारे कर्मचारी हे दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनीमार्फत “हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी” चा लाभ घेवू शकतात.

तसेच, कर्मचाऱ्यांकरिता “हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी” मुळ राशीभूत विमा रक्कम रु.३ लाख किंवा रु.५ लाख (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी) अशी मेडीक्लेम योजना दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी स्वतः वैयक्तिकपणे हप्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात आलेली आहे. सदर योजना ऐच्छिक स्वरूपाची आहे. सोबत ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनीचे दि.२५.०४.२०२४ रोजीचे परिपत्रक व प्रपत्र माहितीसाठी जोडलेले आहे.

त्यानुषंगाने, माहे मे-२०२३ ते एप्रिल - २०२४ या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेले अधिकारी / कर्मचारी व माहे मे-२०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या अधिकारी / कर्मचारी तसेच यापूर्वी या कार्यालयाचे परिपत्रक क्र. औसंवि/ब/१३९०९ दि.१६.०५.२०२३ अन्वये ज्या सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर योजनेचा लाभ घेतलेला असून अशा सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांना देखील सलग योजनेचा लाभ घेता येईल.

महावितरण कंपनीमधील माहे माहे मे-२०२३ ते माहे एप्रिल-२०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेले कर्मचारी तसेच माहे मे-२०२४ मध्ये सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांस “हॅप्पी फॅमिली प्लॉटर पॉलिसी” ही योजना घ्यावयाची असल्यास सोबतच्या प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरून, विमा हप्त्याच्या धनादेशासह प्रस्ताव दि.१५.०५.२०२४ पूर्वी दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनीकडे खालील पत्त्यावर पाठवावा. तसेच, सदर सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी मेडिकलेम योजनेची नुतनीकरण करण्यास विलंब केल्यास किंवा त्यामध्ये खंड पडल्यास मेडिकलेम योजनेचा सलगपणे लाभ मिळणार नाही, याची कृपया नोंद घ्यावी.

श्री. रितेश कुमार, प्रबंधक
दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,
मंडल कार्यालय - ४, अब्बास चेंबर्स, तिसरा मजला, १, महात्मा गांधी रोड, कॅम्प पुणे - ४११००१.
(दूरध्वनी क्र. ०२०-२६१३००५२-२६१३००५२-२६१३४४४९)
भ्रमणध्वनी क्र. ८४३१२७६९६२
ईमेल आय.डी. : ritesh.kumar@orientalinsurance.co.in

सदर योजने संदर्भात अधिक माहितीसाठी दि ओरिएंटल इन्शुरन्स कंपनीच्या खालील अधिकारी वर्गाशी संपर्क साधावा.

अ. क्र.	अधिकाऱ्यांचे नाव	भ्रमणध्वनी क्र.	कार्यालयीन दूरध्वनी क्र.	ई-मेल आय.डी.
१	श्रीमती स्नेहल खेडकर	७९७२९७४८४१	०२० - २६१३००५२ २६१३०५०५ २६१३४४४९	snehal.khedkar@orientalinsurance.co.in
२	श्री. पी. डी. गेडाम	९५०३९३५८०७		pravin.gedam@orientalinsurance.co.in
३	श्री. इमरान अतार	८४२९७४४०९२		imran.atar@orientalinsurance.co.in
४	श्रीमती निर्मला जोशी	९९७०७४२०९७		nirmala.joshi@orientalinsurance.co.in

(टिप:- प्रस्ताव सादर करण्यास अडचणी आल्यास जास्तीत-जास्त कार्यालयीन दूरध्वनी व ई-मेलचा वापर करण्यात यावा.)

सदर परिपत्रक महावितरण कंपनीच्या www.mahadiscom.in या संकेतस्थळावरील Employee Portal अंतर्गत Medclaim व Circular - Industrial Relation Department येथे उपलब्ध असून त्याची मुद्रांकित प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.



(संजय रा. ढोके)

मुख्य औद्योगिक संबंध अधिकारी

प्रति,

सर्व कार्यकारी अभियंता तत्सम व त्यावरील दर्जाचे अधिकारी, महावितरण.

प्रत माहितीसाठी सविनय सादर :

१. संचालक (वित्त), म.रा.वि.मं.सुत्रधारी कं.मर्या., हॉगकाँग बँक इमारत, फोर्ट, मुंबई.

२. संचालक (वित्त) / (संचलन) / (प्रकल्प) / (वाणिज्य) / (मासं), महावितरण, सां.का., मुंबई.

प्रत:

सर्व संघटना पदाधिकारी.

आपणास कळविण्यात येते की, उपरोक्त मेडिकलेम योजना माहे मे-२०२३ ते माहे मे-२०२४ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या व होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांपर्यंत जास्तीत जास्त पोहोचवावी. जेणे करून त्यांना सदर योजनेचा लाभ घेणे शक्य होईल.



अब्बास चेम्बर्स, तिसरा मजला, ए 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 मेडिकलेम योजना अर्थात हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी देऊ इच्छित आहोत. या नवीन वैयक्तिक पॉलिसीचे सातत्य दिनांक १५ मे २०२४ पासून लागू राहिल. आमच्या हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी अंतर्गत विशेष प्रीमियम दर खाली दिलेल्या तक्त्याप्रमाणे तसेच नावाप्रमाणे कुटुंबाचे दर नवासहित निवृत्ति धारकाच्या कुटुंबा सहित विमा रक्कम 5 लाख रुपया पर्यंत जोडत आहोत:-

अनु.क्र.	पॉलिसी	विमा रक्कम	वयोगट	प्रीमियम (टॅक्स 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 इन्शोरेंस कम्पनी लिमिटेड

पंजीकृत एवं मुख्य कार्यालय : ए-25/27, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002
वेबसाइट <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 वैशिष्ट्ये :

- (1) पॉलिसी घेतल्यानंतर पहिल्या दिवसापासून विमा संरक्षण सुरू। (सातत्य कवर - कॉर्पोरेट पॉलिसीमध्ये उपलब्ध डेटा च्या अधीन)
- (2) आयकर सेक्शन ८० D नुसार सुट.
- (3) विमा कंपनीच्या पॅनल वर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेस सुविधा उपलब्ध.
- (4) क्लेम झाल्यास १०% (सह पेमेंट) रक्कम स्वतः भरावी लागेल.
- (5) आजारपणासाठी साधारण रुम मध्ये भरती साठी विमा राशिच्या १% रक्कम प्रति दिवसासाठी खोली भाडे.
- (6) आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशिच्या २% रक्कम प्रति दिवसासाठी भाडे
- (7) पॉलिसी कालावधी १ वर्षे व विमाधारक हयात असेपर्यंत नूतनिकरणाची सुविधा.
- (8) रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी 30 दिवस आगोदर ट्रीटमेंट घेतली असल्यास व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर ६० दिवसा अंतर्गत होणारा खर्च डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार व संबंधित बिलानुसार देय.
- (9) आधुनिक उपचार आणि आगाऊ शस्त्रक्रिया समाविष्ट आहेत.

विमा घेण्याकारिता करावयाची पूर्तता खालील प्रमाणे :

- 1) प्रस्ताव पत्र पूर्णपणे भरून देणे.
- 2) प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईज फोटो.
- 3) निवृत्त कर्मचा-याच्या आयकार्डची प्रत.
- 4) पॅन किंवा आधार कार्डची प्रत.

वरील सर्व कागदपत्रे व विमा रकमेचा चेक दि ओरिएण्टल इन्सुरेंस कंपनी लिमिटेड च्या नावाने काढून खालील पत्त्यावर पाठवावा.

श्री. रितेश कुमार,

प्रबंधक

दि ओरिएण्टल इन्सुरेंस कंपनी लिमिटेड,

मंडल कार्यालय ४, अब्बास चॅम्बर्स, ३ रा मजला, १, महात्मा गांधी रोड,

पुणे कॅम्प, 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@orientalinsurance.co.in

२. श्री.पी. डी. गेजम, दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449

ईमेल pravin.gedam@orientalinsurance.co.in

३. 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



दि ओरिएण्टल इन्शुरेन्स कम्पनी लिमिटेड

पंजीकृत एवं मुख्य कार्यालय : ए-25/27, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002
वेबसाइट <http://www.orientalinsurance.org.in> देखें

कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जारीकर्ता 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

कृपया अधिकाधिक निवृत्त कर्मचा-यानी या विशेष योजनेचा लाभ घ्यावा ही विनंती.

आपली कृपामिलायी,

श्रीश कुमार

(रितेश कुमार)

प्रबंधक



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 हप्त्या, आधार कार्ड व पॅन कार्ड पाठवावे. १५ मे ते १४ जून २०२४ या वाढीव कालावधी मध्ये फक्त ३० दिवसांचा ग्रेस कालावधी साठी म्हणजे १४ जून पर्यंत सवलत मिळेल)



POLICY

SCHEDULE

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

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: