महानिर्मिती
महाराष्ट्र राज्य वीज निर्मिती कंपनी मर्यादित
महाराष्ट्र राज्य वीज निर्मिती कंपनी मर्यादित
महाराष्ट्र शासन उपक्रम (सीआयएन: यु४०१००एमएच२००५एसजीसी१५३६४८)
एच.डी.आय.एल टॉवर, 'ए' विंग, ४ था मजला, बांद्रा (पुर्व), मुंबई - ४०० ०५१.
दूरध्वनी क्र. ९१-२२-२६५८२४२४ विस्तारीत क्र.३५२
website:www.mahagenco.in Email ID-ciro@mahagenco.in

क्र. औसविं/सेनिक/२०२१-२२/186/5160 दिनांक:- 27 MAY 2021

परिपत्रक

विषय:- महानिर्मिती कंपनीतील माहे फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीत सेवानिवृत्त होणाऱ्या कर्मचाऱ्यांसाठी दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनीमार्फत हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी.

****

म.रा.वि.मं. सूत्रधारी कंपनी मर्यादित अंतर्गत महावितरण, महानिर्मिती व महापारेषण कंपनीतील कार्यरत कर्मचारी व त्यांच्यावर 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 कंपन्यांतील कामगार संघटनेने वेळोवेळी केली असून तसेच सद्यस्थितीत चालू असलेल्या योजनेच्या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांनीही केलेली आहे. यासाठी मेडीक्लेम योजनेच्या सचमितीचे अध्यक्ष तथा संचालक (वित्त), म.रा.वि.मं. सूत्रधारी कंपनी मर्या., यांनी निर्देशीत केल्यानुसार महानिर्मिती कंपनीतील माहे फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांकरीता **"हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी" रू.३.०० लाख अथवा रू. ५.०० लाखांकरीता (सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी)** अशी विशेष मेडिक्लेम योजना दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी **स्वत: वैयक्तीकपणे हफ्ता भरण्याच्या** अटीवर सुरू करण्यात येत आहे. सदर योजना **ऐच्छीक** स्वरूपाची आहे.

सदर योजना माहे फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या अधिकारी/कर्मचाऱ्यांना खालीलप्रमाणे विमा हप्ता लागू राहील. तसेच सदर विमा हप्ता दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि., पुणे यांच्याकडे सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याने स्वत: वैयक्तीकपणे भरावयाचा आहे.

हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसीची वैशिष्ट्ये:-

- **हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी ही रू.३.०० लाख अथवा रू.५.०० लाखांकरीता** असुन यामध्ये सेवानिवृत्त कर्मचारी व पत्नी (१+१) असा समावेश राहील.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास सदर योजनेचा लाभ सलगपणे घ्यावयाचा झाल्यास दि. १४.०६.२०२१ पूर्वी विमा हप्ता विमा कंपनीस जमा करणे बंधनकारक आहे. तसेच, दि. १४.०६.२०२१ 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 माध्यमातुन नियुक्त केलेल्या TPA कंपनीच्या पॅनलवर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्यास कॅशलेसची सुविधा उपलब्ध राहील.
- आजारपणासाठी साधारण रुममधे भरती झाल्यास विमा राशिच्या १% रक्कम प्रति दिवसासाठी खोली भाडे लागू राहील.
- आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशिच्या २% रक्कम प्रति दिवसासाठी खोली भाडे लागू 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 (after) ६० दिवसापर्यंत डॉक्टरांच्या सल्ल्यानुसार होणारा खर्च योजनेत अनुज्ञेय राहील.
- आयकर कलम ८० D नुसार सुट मिळेल व त्याबाबतचे प्रमाणपत्र विमा कंपनीमार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांच्या मागणीप्रमाणे देण्यात येईल.

❖ **हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी ही ऐच्छीक** असून, विमाधारक हयात असेपर्यंत नुतनीकरण विमा कंपनीच्या अटी व शर्तीनुसार विहीत मुदतीमध्येच करु शकतील. सबब, सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी योजनेची मुदत संपण्यापूर्वी विमा कंपनीकडून नुतनीकरण करुन घ्यावे.

❖ **हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी**साठी खालीलप्रमाणे विमा योजनेचा हप्ता राहील. सदर विमा हप्ता हा वैयक्तिकपणे भरावयाचा आहे.

पॉलीसी	विमा रक्कम	वयोगट	वार्षिक प्रिमीअम (GST सह)
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी २०१५	रु.३.०० लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	कर्मचाऱ्यांचे वय ५८ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु. १९,७८९/–
		कर्मचाऱ्यांचे वय ५८ ते ६०, पत्नीचे वय ४६ ते ५५	रु. १६,००१/–
		अथवा	
हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी २०१५	रु.५.०० लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नीकरीता)	कर्मचाऱ्यांचे वय ५८ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	रु. २८,८०९/–
		कर्मचाऱ्यांचे वय ५८ ते ६०, पत्नीचे वय ४६ ते ५५	रु. २३,७६२/–
ऐच्छिक अपघात विमा	विमा राशी रु.३.०० लाख (पती व पत्नी यांच्या करीता प्रत्येकी) मृत्यु व कायमचे अपंगत्व	–	रु.३८३/– (विशेष दर)

❖ हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसीकरीता खालील कागदपत्रे आवश्यक आहेत.

- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याने प्रस्ताव पत्र स्वत: संपूर्ण भरुन देणे. (नमुना सोबत जोडला आहे.)
- प्रत्येकी दोन आयकार्ड साईझचे फोटो.
- सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याच्या ओळखपत्राची (आयकार्डची) छायांकीत प्रत.
- पॅनकार्ड किंवा आधारकार्डची प्रत.

❖ सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यास **हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलीसी** ही योजना घ्यावयाची असल्यास प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरुन विमा हफ्त्याच्या धनादेशासह **दि.१४.०६.२०२१** पुर्वी प्रस्ताव दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनीकडे खालील पत्त्यावर पाठवावा.

दि ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि. विभागीय कार्यालय—४, अब्बास चेंबर्स, ३ रा मजला, एम.जी.रोड, पुणे—४११००१. दूरध्वनी क्र.०२०—२६१३००५२/२६१३०५०५ email:sunitabhurewar@orientalinsurance.co.in
पॉलीसीचा लाभ घेण्यासाठी आमच्या खालील अधिकारी वर्गाशी संपर्क साधावा १. श्री. अभिषेक शेंडेकर, मो.क्र. ९४२१८०७१८९, ईमेल abhishek.shendekar@orientalinsurance.co.in २. श्री. इमरान अतार, मो.क्र. ८४२१७४४०१२ ईमेल imran.atar@orientalinsurance.co.in

सदर परिपत्रक महानिर्मिती कंपनीच्या https://esevarth.mahagenco.in या संकेतस्थळावर उपलब्ध असुन त्याची मुद्रांकीत प्रत प्रसारीत करण्यात येणार नाही.

(भिमाशंकर मंता)
कार्यकारी संचालक (मासं)

प्रति:— (ई—मेलद्वारे)

१. सर्व मुख्य अभियंता/मुख्य महाव्यवस्थापक, महानिर्मिती
२. सर्व संघटना पदाधिकारी

— आपणांस कळविण्यात येते की, या वर्षीच्या मेडिक्लेम योजनेच्या कालावधीत सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांच्या आग्रही मागणीनुसार सदर योजना विमा कंपनीमार्फत सुरू करण्यात येत आहे तरी, उपरोक्त मेडिक्लेम योजना ही माहे फेब्रुवारी २०२१ ते एप्रिल २०२१ या कालावधीमध्ये सेवानिवृत्त झालेल्या कर्मचाऱ्यांपर्यंत जास्तीत जास्त पोहचवावी, जेणेकरून त्यांना सदर योजनेचा लाभ घेणे शक्य होईल.

प्रत माहितीस्तव सविनय सादर:— (ई—मेलद्वारे)
१. संचालक (वित्त), म.रा.वि.मं. सूत्रधारी कंपनी मर्या.,
२. संचालक (वित्त/संचलन/प्रकल्प/खनिकर्म), महानिर्मिती, सांघिक कार्यालय, मुंबई.

00006461/Desktop/MSEB HCL Group Ins Policy/retired employee mediclaim policy

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

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 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.
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.