



(A Govt. of Maharashtra Undertaking)
CIN: U40109MH2005SGC153645

दूरध्वनी क्र. ६९८५२२०० Email : ciro@mahadiscom.in

Website: www.mahadiscom.in

जा. क्र. औसंवि/ब/१३८४२

औद्योगिक संबंध विभाग, प्रकाशगड, प्लॉट जी - ९, प्रकाशगड, ४था मजला, प्रा. अनंत काणेकर मार्ग, वांद्रे (पूर्व), मुंबई -५१.

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 "हंप्पी 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 स्वत: 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 ओरिएन्टल इन्शुरन्स कंपनी लि. यांच्यामार्फत सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी रवत: वैयक्तिकपणे हप्ता भरण्याच्या अटीवर सुरु करण्यात आलेली आहे. सदर योजना ऐच्छिक रवरुपाची आहे. सोबत ओरिएन्टल 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 "हंप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी" ही योजना घ्यावयाची असल्यास सोबतच्या प्रस्ताव पत्रात संपूर्ण माहिती भरुन, विमा हफ्त्याच्या धनादेशासह प्रस्ताव दि.१५.०५.२०२४ पूर्वी दि ओरिएंटन्ल इन्शुरन्स कंपनीकडे खालील पत्यावर पाठवावा. तसेच, सदर सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्यांनी मेडिक्लेम योजनेची नुतनीकरण करण्यास विलंब केल्यास किंवा त्यामध्ये खंड पडल्यास मेडिक्लेम योजनेचा सलगपणे लाभ मिळणार नाही, याची कृपया नोंद घ्यावी.

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

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

अ. क्र.	अधिकाऱ्यांचे नाव	भ्रमणध्वनी क्र.	कार्यालयीन दूरध्वनी क्र.	ई-मेल आय.डी.
9	श्रीमती स्नेहल खेडकर	७९७२९७४८४१	०२० - २६१३००५२	snehal.khedkar@orientalinsurance.co.in
2	श्री. पी. डी. गेडाम	९५०३९३५८०७	28930404	pravin.gedam@orientalinsurance.co.in
3	श्री.इमरान अतार	2829088092	28938888	imran.atar@orientalinsurance.co.in
8	श्रीमती निर्मला जोशी	९९७०७४२०१७	44120005	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 Mediclaim 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., हाँगकाँग बँक इमारत, फोर्ट, मुंबई.

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

प्रत:

सर्व संघटना पदाधिकारी.

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

दि ओरिएण्टल इंश्वोरेन्स कम्पनी लिमिटेड

पर्कावृत्र एवं मुख्य कार्याव्य : ए-2527, आसफ अली गेड, नई दिल्डी - 110,002 शबसाईट http://www.orientalinsurance.org.in देख कृत्यया अपनी पत्राचार पालिसी कारी वार्ता कार्यास्ट्य से करें ।



THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED

Regd. & Head Office: A-25/27, Asal All Road, New Delhi-110 002. Visit us at http://www.orientalinsurance.org.in Address all communication to Policy Issuing Office

अब्बास चेम्बर्स, तिसरा मजला, १ एम. जी. रोड, कॅंप पुणे ४११००१

दूरआष : २०-२६१३००५२, २६१३०५०५ CIN: U66010DL1947GOI007158

दिनांक : 25.4.2024

प्रति, कार्यकारी संचालक, मानव संसाधन, महावितरण सांधिक कार्यालय, महापारेषण सांधिक कार्यालय, महानिर्मिती सांधिक कार्यालय, महाहोल्डिंग सांधिक कार्यालय, प्रकाशगड, बांद्रा (पूर्व) मुंबई ४०००५१.

विषय : निवृत झालेल्या महावितरण, महापारेषण, महानिर्मिती व महाहोल्डिंगच्या कर्मचा-यांसाठी हॅण्पी फॅमिली फ्लोटर प्राॅलिसी साठी विमा प्रीमियम दर

आम्ही वरील संदर्भानुसार १५ मे २०२३ ते ३० एप्रिल २०२४ या कालावधीत निवृत झालेल्या कर्मचा-यांसाठी विशेष मेडिक्लेम योजना अर्थात हॅण्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी देऊ इच्छित आहोत. या नवीन वैयक्तिक पॉलिसीचे सातत्य दिनांक १५ मे २०२४ पासून लागू राहील. आमच्या हॅण्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी अंतर्गत विशेष प्रीमियम दर खाली दिलेल्या तक्त्याप्रमाणे तसेच नावाप्रमाणे क्टूबाचे दर नवासहित निवृति धारकाच्या कुटुंबा सहित विमा रक्कम 5 लाख रुपया पर्यंत जोडत आहोत:-

	पॉलिसी	विमा रक्कम	वयोगट	प्रीमियम (टैक्स सहित)
8.	हॅप्पी कॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु. 3 लाख (निवृत कर्मचारी व पत्ची करिता)	कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE
			कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ४६ ते ५५	₹. २००३०/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	₹. २९४३३/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५१ ते ५५	₹. २४८२१/-
	हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२४	रु. ५ लाख (निवृत्त कर्मचारी व पत्नी करिता)	कर्मचा-याचे वय ५६ ते ६०, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	₹. 38°35/-
	90		कर्मचा-याचे वय ५६ ते.६०, पत्नीचे वय ५१ ते ५५	₹. २७९१७/-
	X Compression (Bills)		कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५, पत्नीचे वय ५६ ते ६०	₹.39003/-
			कर्मचा-याचे वय ६१ ते ६५ , पत्नीचे वय ५१ ते ५५	₹.3२८८८/-



दि ओरिएण्टल इंड्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

पंजीकृत एवं मुख्य क्रायांल्य : ए-25/27 , आसफ अली रोह, नई दिल्ली - 110 002 वेनसाईट http://www.orientellinsurance.org in वेखें कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जारी कर्ता कार्यालय से करें ।



THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED

Regd. & Head Office: A-25/27, Asal Ali Road, New Delhi-110 002.

Visit us at http://www.orientalinsurance.org.in

Address all communication to Policy Issuing Office

योजनेची खास वैशीष्ट्ये :

- (१) पॉलिसी घेतल्यानंतर पहिल्या दिवसापासून विमा संरक्षण सुरू। (सातत्य कवर कॉपॉरेट पॉलिसीमध्ये उपलब्ध डेटा च्या अधीन)
- (२) आयकर सेक्शन ८० D नुसार सुट.
- (3) विमा कंपनीच्या पॅनल वर असलेल्या हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्या**स कॅशलेस सु**विधा उपलब्ध.
- (४) क्लेम झाल्यास १०% (सह पेमेंट) रक्कम स्वतः भरावी लागेल.
- (५) आजारपणासाठी साधारण रूम मध्ये भरती साठी विमा राशिच्या १% रक्कम प्रति दिवसासाठी खोली भाड़े.
- (६) आजारपणासाठी अतिदक्षता विभागात भरती झाल्यास विमा राशिच्या २% रक्कम प्रति दिवसासाठी आडे
- (७) पॉलिसी कालावधी १ वर्षे व विमाधारक हयात असेपर्यंत न्तिकरणाची सुविधा.
- (८) रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी ३० दिवस आगोदर ट्रीटमेंट घेतली असल्यास व रुग्णालयातून डिस्चार्ज झाल्यानंतर ६० दिवसा अंतर्गत होणारा खर्च डॉक्टरच्या सल्ल्यानुसार व संबंधित बिलानुसार देय.
- (९) आधुनिक उपचार आणि आगाऊ शस्त्रक्रिया समाविष्ट आहेत.

विमा घेण्याकारिता करावयाची पूर्तता खालील प्रमाणे :

- १) प्रस्ताव पत्र पूर्णपणे अरुन देणे.
- २) प्रत्येकी दोन आयकाई साईज फोटो.
- निवृत कर्मचा-याच्या आयकाईची प्रत.
- ४) पॅन किंवा आधार कार्डची प्रत.

वरील सर्व कागदपत्रे व विमा रकमेचा चेक दि ओरिएटल इन्सुरंस कंपनी लिमिटेड च्या नावाने काढून खालील पत्यावर पाठवावा.

श्री. रितेश कुमार,

प्रबंधक

दि ओरिएंटल इन्सुरंस कंपनी लिमिटेड,

मंडल कार्यालय ४, अब्बास चेंबर्स, ३ रा मजला, १, महातमा गांधी रोह, पुणे केंप, 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 snchal.khedkar@oriental.insurance.co.in
- २. श्री.पी. डी. गेडाम, दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449 ईमेल pravin.gedam@orientalinsurance.co.in
- 3. श्री. इमरान अतार, दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-261344**49**

\$A mran atar@orientalinsurance.co.in

8. श्रीमती निर्मला जोशी, दूरध्वनी क्रमांक : 020-26130052 / 020-26130505 / 020-26134449 ईमेल nirmala.joshi@orientalinsurance.co.in



दि ओरिएण्टल इंश्योरेन्स कम्पनी लिमिटेड

पंजीवृत्र एवं मुख्य कार्यालय : ए-26/27, आसफ अली रोड, नई दिल्ली - 110 002 चेबसाईट http://www.orientalinsurance.org.in देखें कृपया अपनी पत्राचार पॉलिसी जार्ग कर्ना 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 निवृत कर्मचा-यांनी या विशेष योजनेचा लाभ घ्यावा ही विनती.

आपली कृपाभिलाधी,

अस्ति। जेसार (रितेश कुमार) प्रबंधक

ENTALINE संलग्न : हॅप्पी फॅमिली क्लोटर पालिसी प्रस्ताव पत्र.

पॉलिसीच्या नियम व अटी कंपनीच्या हॅप्पी फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी २०२१ प्रमाणे लागू होतील.

(टिप : कृपया १४ में २०२४ पर्यंत प्रपोजल फॉर्म सहित विमा हप्ता, आधार कार्ड व पैन कार्ड पाठवावे. १५ में ते १४ जून २०२४ या वाढीव कालावधी मधे फक्त ३० दिवसांचा ग्रेस कालावधी साठी म्हणजे १४ जून पर्यंत सवलत मिळेल)





THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LIMITED

Regd. Office: Oriental House, A-25/27, Asaf Ali Road, New Delhi-110002 CIN No.U66010DL1947GOI007158

HAPPY FAMILY FLOATER POLICY-2021

PROPOSAL FORM

- I. PROPOSAL FORM AND SELF DECLARATION FORM TO BE FILLED IN BLOCK LETTERS AND IN UPLICATE.
- II. PLEASE ATTACH TWO STAMP SIZE PHOTOGRAPHS OF EACH PERSON PROPOSED TO BE INSURED
- 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 55 YEARS OF AGE DESIRING TO TAKE INSURANCE COVER HAS TO UNDERGO PRE INSURANCE MEDICAL 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 PROPOSER: Mr. / Mrs. / Miss:
- 2. NAME OF THE INSURED PERSON AND RELATIONSHIP WITH THE PROPOSER

SL. NO.	Name of Insured Person	Relationship With proposer	Gender M/F/TG*	Dependent on proposer Y/N	Date of Birth	Age in completed years	Occupation
1.	137						
2.							
3.					-		A
4.							
5.							
6.							
7.							

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

				- 2	- 1								
						Mo	bile I	No.					
Phone No.													
Email ID								7.				u I	

4. Plan Opted:

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

^{**}S-Silver, G-Gold, D-Diamond, P-Platinum

5. OPTIONAL COVERS:

Α

Restoration of Sum Insured	Yes	No
If Yes	50% of SI	100% of SI

В.

nal Accider	ame	n A			5	Pla		,		
N ilver Plan	ame				5	SI(Rs. In	Lakhs)		
N ilver Plan	ame				•	SI(Rs. In	Lakhs)		
liver Plan						SI(Rs. In	Lakhs)		
			TO H							
				11 910						
						= 141				
	1									
	Gold /D	iamono		num Plan						
14X. 30 /0	50%		100%							
Lavas										
r No										
	1114									
								,		
OUNT NO. (I	SSUED B	YINCO	ME-TA	X.AUTHOF	RITIES)	3 (4)				
					71					
			-							
& TELEPHO	ONE NO O	FFAM	ILY PH	YSICIAN						
				Mobile No.						
	OUNT NO. (I	& TELEPHONE NO O	SUNT NO. (ISSUED BY INCO	& TELEPHONE NO OF FAMILY PH	& TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.	OUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX.AUTHORITIES) & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.	OUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX.AUTHORITIES) & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.	OUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX.AUTHORITIES) & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.	OUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX.AUTHORITIES) & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.	OUNT NO. (ISSUED BY INCOME-TAX.AUTHORITIES) & TELEPHONE NO OF FAMILY PHYSICIAN Mobile No.

Page 2

RESENT OR IN	HOSPITALISATION / ILLNESS/DISEASE/INJURY AT Feexisted)	TAILS OF ANY HOSPITAL or not insurance existed)	PLEASE GIVE THE DETA ST 4 YEARS. (Whether o	10. P
			+:	-

OICL HAPPY FAMILY FLOATER POLICY-2021 UIN: OICHLIP22010V042223

S.No	Name of the Proposed person	Refusal by insurer & reasons thereof	Cancellation of policy / denial of renewal by the insurer & reasons thereof
	Te la		

42	D-				TDA	0
14.	DO	you wish	i to op	t out or	IPA	Service?

YES NO

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

F	ROM			TO		I	E	
TIME (24 HO								

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. 1 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.

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:

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 anyperson 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:			
	In my capacity as an Agent/ Insurance Advisor/ Specified Person of the Corpora 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 Proposal 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 Compan 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:		
	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
Α	Are you in good health and free from physical and mental diseases or infirmity or major complaints?		
В	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.		THE RESERVE OF THE PARTY OF THE
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.		The state of the s
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.		

OICL HAPPY FAMILY FLOATER POLICY-2021 UIN: OICHLIP22010V042223

	consciousness or similar disease.	
16	Tuberculosis (TB)	
17	AIDS / HIV / related disorder etc.	
18	Congenital diseases (Since Birth)	
	(a) Have you ever suffered from dental problems?	
19	(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	
На	ave you noticed sudden decrease or increase in your weig ave you visited a doctor /hospital /healthcare unit for eva ve details:	
ast f	ease furnish details of any Hospitalization / Pre-existing E four Years. Give all Details.(Attach Copy of discharge ca stigations copy):	
	8	
D	ast surgical 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 Mediclaim policy.

Name of surgery or part operated:

Completely cured YES / NO, give details:

Date of operation:

14 Genital Disorder

Any cerebral or vascular strokes or sudden loss of

- 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- exiting 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.

Sig	gnat	ure:
-----	------	------

Name of the person proposed to be insured:

Date:

Place: