

THE CENTRAL EXCISE EMPLOYEES CO-OPERATIVE CREDIT SOCIETY LTD. NO. E - 674

I.S..Press Road, C.R. Building, Kochi - 682018. Ph : 0484-2395514, 0484-2390404, Extn : 362, 386
E-mail : cenexcse674@rediffmail.com/contact@centexsociety.com, web : www.centexsociety.com

GROUP MEDI CLAIM POLICY SCHEME

പ്രിയ സഹകാരികളേ,

STAR HEALTH & ALLIED INSURANCE COMPANY LIMITED എന്ന കമ്പനിയുമായി സഹകരിച്ച് സംഘം നടപ്പാക്കിയിട്ടുള്ള മെഡിക്കലിൽ പദ്ധതി ഈ വർഷവും തുടർന്ന് നടത്തുന്നതിന് ഭരണസമിതി തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളതാകുന്നു.

അംഗങ്ങളുടെ സംശയ ദുരീകരണത്തിനും അറിവിനുമായി ഏതെല്ലാം അസുഖങ്ങൾക്ക് പരമാവധി എത്ര രൂപയുടെ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുമെന്നതിനെപ്പറ്റിയുള്ള വിവരങ്ങൾ താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്നു. അതോടൊപ്പം ക്ലെയിം ചെയ്യാത്ത നിലവിലുള്ള അംഗങ്ങൾക്ക് പ്രീമിയം തുകയിൽ 5% ഡിസ്കൗണ്ടും അനുവദിച്ചിട്ടുണ്ട്. അതോടൊപ്പം ആയുർവ്വേദ ചികിത്സ തുടർന്നും ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. കോവിഡ് - 19 ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടു വരുന്ന ഹോസ്പിറ്റൽ അഡ്മിഷൻ (24 hrs. admission required) മെഡിക്കലിൽ പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതാണ്. (as per AllMS/ICMR-will be covered as per the General Insurance Council forms).

ക്യാൻസറിന് അഞ്ച് ലക്ഷം (pre-existing - 2,50,000 only) രൂപയുടെ മെഡിക്കലിൽ പരിരക്ഷ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. കൂടാതെ 405 day care treatment കൾക്കും കുടി reimbursement സൗകര്യം ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.

⇒ Treatment In all hospitals	⇒ Sum insured Per family-Rs.5,00,000/-	⇒ Pre-existing Cover (നിലവിലുള്ള അസുഖങ്ങൾക്ക് ചികിത്സ ചെലവിന്റെ 90% ലഭിക്കുന്നതായിരിക്കും)	⇒ Age limit Children-25 Parents & Parent in-Laws-80
---------------------------------	---	---	--

Maternity benefit: (No waiting period)		Normal Delivery : 30,000/-	Cesarean : 35,000/-
Room Rent	:	4,000 Rs per day	
Catract (each eye)	:	40,000	
Tympanoplasty	:	45,000	
Plies, fistula, hydrocele, sinusitis	:	50,000	
Hysterectomy,TURP	:	60,000	
Cholecystectomy, lapchole	:	55,000	
Joint replacement (each joint)	:	1,40,000	
Coronary artery diseases (CAD)	:	1,80,000	
Cerebro vascular attacks (CVA)	:	1,50,000	
Tonsillitis/tonsilleectomy	:	45,000	
Kidney stone/gal stone removal	:	45,000	
Ayurveda treatment	:	30,000	
Appendicitis, Hernia	:	60,000	
Cancer	:	2,50,000	

Option	Family Size	Premium per family
A	- 1	12,750
B	- 2	20,500
C	- 3	23,100
D	- 4	26,300
E	- 5	28,400
F	- 6	30,800
G	- 7	32,500

Policy, claims എന്നിവ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ സംശയങ്ങൾക്കും, സേവനങ്ങൾക്കും STAR HEALTH & ALLIED INSURANCE COMPANY LIMITED-ന്റെ താഴെ പറയുന്ന ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടാവുന്നതാണ്.

Star Health Allied Insurance Company Limited

Vth Floor, Penta Towers, Above Sevana Medicals, Opp. Kaloore Bus Stand, Ernakulam Ph : Off :0484-4000447, 0484-4000417

24 HOURS CUSTOMER CARE TOLL FREE NUMBER : 1800 – 425 – 2255
FOR EMERGENCY CONTACT : Sri SARATH R. NAIR, Manager (Corporate Sales) Mob : 8129903243

കഴിഞ്ഞ പദ്ധതിയിലെപോലെ പ്രീമിയം തുക 10 തവണകളായി (9% പലിശ സഹിതം) അടയ്ക്കാവുന്നതാണ്. പദ്ധതി 30-01-2022 മുതൽ നിലവിൽ വരുന്നതിനായി നിങ്ങളുടെ പുരിപ്പിച്ച അപേക്ഷകൾ 14-01-2022-ന് മുമ്പ് സംഘം ഓഫീസിൽ ലഭിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷാ ഫാറം മറുപുറത്ത് ചേർത്തിട്ടുണ്ട്.

ആജ്ഞാനുസരണം

കൊച്ചി - 18
22-12-2021

സെക്രട്ടറി

N. B. : * Application Forms സംഘത്തിന്റെ website-ൽ നിന്നും download ചെയ്യാവുന്നതാണ്.

** പദ്ധതിയിൽ കുറഞ്ഞത് 300 പേരെങ്കിലും ചേരേണ്ടതാണെന്നും അല്ലാത്തപക്ഷം ഈ പദ്ധതി നടപ്പാക്കുന്നത് പ്രായോഗികമല്ലെന്നും കമ്പനി അറിയിച്ചിട്ടുള്ളതാകുന്നു.

THE CENTRAL EXCISE EMPLOYEES CO-OPERATIVE
CREDIT SOCIETY LTD. NO. E - 674

I. S., Press Road, C.R. Building, Kochi - 682018. Ph : 0484-2395514, 0484-2390404, Extn : 362, 386
E-mail : cenexcse674@rediffmail.com/contact@centexsociety.com, web : www.centexsociety.com

Application for Enrollment in the Group Medi Claim Policy Scheme

1. Name of Member :
2. Member No. :
3. Office Address :
4. Phone (Off) :
(Res) :
(Mob) :
5. E-mail ID :
6. Details of family to be covered :

Sl. No.	Name	Age	Date of Birth	Relationship
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

7. Option

A	B	C	D	E	F	G
---	---	---	---	---	---	---

 (put ✓ in appropriate box):

8. Mode of payment of Premium : Lumpsum / Instalments

Declaration by member .

I wish to join the Star Health & Allied Insurance Company's Group Medi Claim policy Scheme in tie up with the Society. I agree to deduct the premium amount of Rs. in Lumpsum / in 10 installments with interest @9% from my salary.

Signature

Place :

Name and Designation

Date :

Member No