

# **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,

സംഘം നടപ്പാക്കിയിട്ടുള്ള മെഡിക്കലിൽ പദ്ധതി ഈ വർഷം SBI GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED എന്ന കമ്പനിയുമായി സഹകരിച്ച് നടത്തുന്നതിന് ഭരണസമിതി തീരുമാനിച്ചിട്ടുള്ളതാകുന്നു.

എല്ലാത്തരം അലോപ്പതി ചികിത്സകളും ഈ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. അതോടൊപ്പം ആയുർവ്വേദ ചികിത്സ തുടർന്നും ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. താഴെ പറയുന്ന ചികിത്സകൾക്ക് നിശ്ചയിച്ചിട്ടുള്ള പരിധി ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

| <b>സർവ്വീസിൽ നിന്ന് വിരമിച്ചവർക്കും പദ്ധതിയിൽ ചേരാവുന്നതാണ്</b>           |                                         |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ⇒ Treatment In all hospitals<br>⇒ Room Rent limited to Rs. 5,000/ per day | ⇒ Sum insured Per family- Rs.5,00,000/- | ⇒ Age limit Children-25<br>Members, Parents & Parent in-Laws 85 years |

Maternity benefit: (No waiting period)      Normal Delivery : 30,000/-      Caesarean : 50,000/-

Cattract (each eye) : 40,000  
Ayurveda treatment : 30,000

| Option | Family Size | Premium per family |
|--------|-------------|--------------------|
| A -    | 1           | 30,222             |
| B -    | 2           | 46,668             |
| C -    | 3           | 54,250             |
| D -    | 4           | 60,125             |
| E -    | 5           | 65,000             |
| F -    | 6           | 69,250             |
| G -    | 7           | 72,382             |

Policy, claims എന്നിവ സംബന്ധിച്ചുള്ള എല്ലാ സംശയങ്ങൾക്കും, സേവനങ്ങൾക്കും താഴെ പറയുന്ന ഓഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടാവുന്നതാണ്.

ALLIANCE INSURANCE BROKERS PVT LTD, S 116, 4<sup>th</sup> Floor, Monlash Business, Center Cresnet Tower, Metro Pillar : 327, Kalamassery, Ernakulam- 682033

| <b>FOR EMERGENCY CONTACT MOBILE : 9562171777, 9747378924, 9321708705</b>                         |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| മെഡിക്കലിൽ സംബന്ധിച്ച താഴെ പറയുന്ന സേവനങ്ങൾ "EB 360" എന്ന മൊബൈൽ ആപ്ലിക്കേഷനിലൂടെ ലഭിക്കുന്നതാണ്. |                                       |
| * ക്ലെയിം വിശദാംശങ്ങൾ                                                                            | * ക്ലെയിം കവറേജ്                      |
| * E-കാർഡ് (ഹെൽത്ത് കാർഡ്)                                                                        | * നെറ്റ്വർക്ക് ആശുപത്രികളുടെ ലിസ്റ്റ് |

കഴിഞ്ഞ പദ്ധതിയിലെപോലെ പ്രീമിയം തുക 10 തവണകളായി (9.25% പലിശ സഹിതം) അടയ്ക്കാവുന്നതാണ്. പദ്ധതി 31-01-2026 മുതൽ നിലവിൽ വരുന്നതിനായി നിങ്ങളുടെ പുരിപ്പിച്ച അപേക്ഷകൾ 27-01-2026-ന് മുമ്പ് സംഘം ഓഫീസിൽ ലഭിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷാ ഫാറം മറുപുറത്ത് ചേർത്തിട്ടുണ്ട്.

**Mandatory - Claims must be intimated within 24 hrs of hospitalization**

കൊച്ചി - 18      ആജ്ഞാനുസരണം  
22-01-2026      സെക്രട്ടറി

- N. B. :      \*      Application Forms സംഘത്തിന്റെ website-ൽ നിന്നും download ചെയ്യാവുന്നതാണ്.  
                 \*\*      പദ്ധതിയിൽ കുറഞ്ഞത് 330 പേരെങ്കിലും ചേരേണ്ടതാണെന്നും അല്ലാത്തപക്ഷം ഈ പദ്ധതി നടപ്പാക്കുന്നത് പ്രായോഗികമല്ലെന്നും കമ്പനി അറിയിച്ചിട്ടുള്ളതാകുന്നു.  
                 \*\*\*      വിരമിച്ച അംഗങ്ങൾക്ക് പദ്ധതിയിൽ ചേരുന്നതിന് അപേക്ഷ നൽകുന്നതോടൊപ്പം തന്നെ സംഘത്തിലെ SB Accountൽ മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയും ഒറ്റ തവണയായി അടയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

**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) :  
(Whats App) :
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 SBI GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED's Group Medi claim Scheme in tie up with the Society. I agree to deduct the premium amount of Rs. .... in Lumpsum / in 10 installments with interest @9.25% from my salary.

Signature

Place :

Name and Designation

Date :

Member No