Maratha Vidya Prasarak Samaj's



ARTS AND COMMERCE COLLEGE, SOYGAON

Tal: Malegaon Dist: Nashik, Pincode: 423203

Affiliated to Savitribai Phule Pune University (ID No. PU/NS/AC/75/2003)

Contact No.: (02554)250505 AISHE Code: C-41366 College Code: 0733

E-mail: srcollege.soygaon@mvp.edu.in Website: www.mvpsoygaoncollege.ac.in

7.3.1: Portray the performance of the Institution in one area distinctive to its priority and thrust within 1000 words

Distinctiveness Area

Group Medical Policy for Students

Maratha Vidya Prasar Samaj's, Art's and Commerce College Soygaon, Malegaon tehsil of Nashik district. The college is situated in rural, tribal area. Most of our students are from economically backward classes. sometimes it is very difficult for them to face the medical problems. In these days of uncertainties, it is imperative to keep yourself & your beloved ones protected against unforeseen medical emergencies. In the pandemic, we all realize how emergency medical treatment & hospitalization can take a crucial role on our financial health. Hence, our parent institute decide a group insurance scheme for staff and students in order to safeguard future of the stakeholders.

The main purpose of our parent institute for group medical insurance for students and staff is to obtain the best medical facility without any strain on their finances. Health insurance for students is essential, especially when a medical emergency occurs in the most unexpected matter and sometimes without financial support, they are unmanageable. This Health insurance plans offer protection against the treatment cost of the diseases which require hospitalization. It covers hospitalization expenses and day care procedures for day one of admission. Health insurance can reimburse the insured for expenses incurred from illness/injury or pay the care provider directly.

Every year, we implement group-medical insurance policy for students with the assistance of insurance company, 'The New India Assurance Co. Ltd. (

) The New India Assurance Co. Ltd. based in Mumbai, Maharashtra is a nationalized general insurance company. It is under the ownership of Ministry of Finance, Government of India. "It is the largest nationalized general insurance company of India on the basis of gross premium collection inclusive of foreign operations." It was founded by sir Dorabjee Tata in 1919, & was nationalized in 1973.

Our management of Parent Institute has negotiations with 'The New India Assurance Co. Ltd. Since from 2016-17 to till date. Insurance Premium per student in academic year varies as 2017-18, Rs. 154, 2018-19, Rs. 171, 2019-20, Rs. 175, 2020-21 Rs. 175, and 2021-22 Rs. 165 respectively.

Initially students were reluctant to join this scheme, but later on, they realized the importance of health insurance. Staff also takes its benefits but in last few years the Insurance company has increased its premium that's why the respective staff cannot take any initiative after then.

Students Enrolment for Health Insurance

Faculty	Class	Academic Year				
		2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
	F.Y.B.A.	131	128	127	122	120
B. A.	S.Y.B.A.	87	98	79	68	60
	T.Y.B.A.	87	81	61	64	47
	F.Y.B.COM.	107	80	101	120	86
B. COM.	S.Y.B.COM.	54	65	48	72	101
	T.Y.B.COM.	43	35	15	57	57
Total		509	487	431	503	471
Insurance Premium		154/-	171/-	175/-	175/-	165/-



Staff Enrolment for Health Insurance

Staff	Year							
	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22			
Teaching	04	02	04	04	02			
Non-	03	03	01	00	00			
teaching								
Total	07	05	05	04	02			

Among the above policy holders some of them has taken its benefits of the insurance policy.

- The maximum amount accessible for hospitalization expenses for students under Mediclaim insurance policy scheme is Rs. 50k. In case of accidental death of the student's father, the student will get a total of Rs. 2 Lakh's and in case of accidental death of the student's mother, the student will get a total of Rs. 1 Lakh under the Mediclaim Insurance Policy Scheme.
- To benefit this scheme, the student must be admitted for at least one day to claim the medical or hospital expenses. The minimum education of a doctor in a hospital should be MBBS or equivalent under the criterion of the Mediclaim Insurance Policy Scheme.



Principal
Arts & Commerce College
Soygaon, Tal. Malegaon (Nashik)

3} Evidence of Success: - Circulars for Insurance policy for Students

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२.

फोन: (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

परिपत्रक क्र. ३०५३/२०१७-२०१८

दिनांक. १५/०६/२०१७

महत्वाचे

प्रति.

मराठा विद्या प्रसारक समाज, संचलित सर्व शाखा प्रमुख यांसी......

विषय- विद्यार्थी सुरक्षानिधी व विद्यार्थी कल्याणनिधी योजना वर्गणी पाठविणे बाबत..... महाशय,

वरील विषयान्वये कळविण्यात येते की, शैक्षणिक वर्षे २०१७-१८ या वर्षांची विद्यार्थी सुरक्षानिधी व विद्यार्थी कल्याणनिधी योजनांची खालीलप्रमाणे वर्गणी जमा करून या कार्यालयाकडे ३१/८/२०१७ पर्यंत पाठविण्यात यावी.

अ.नं	तपशिल	विभाग	वर्गणी
09	विद्यार्थी कल्याणनिधी	प्राथमिक व माध्यमिक विभाग महाविद्यालयीन व तंत्रशिक्षणविभाग	रू. 0५/- रू. 90/-
05	विद्यार्थी सुरक्षानिधी	प्राथमिक , माध्यमिक महाविद्यालय व तंत्रशिक्षणविभाग (सर्वासाठी)	रू. 90/-

वरील वर्गणी पाठवितांना मराठा विद्या प्रसारक समाज, विद्यार्थी कल्याणनिधी योजना व मराठा विद्या प्रसारक समाज,विद्यार्थी सुरक्षानिधी योजना या नावाने राष्ट्रीयकृत बँकेचे वेगवेगळया चेकमार्फत मध्यवर्ती कार्यालयाकडे पाठविण्यात यावे. सदरची वर्गणी मध्यवर्ती कार्यालयाकडे जमा करणे बाबत पुन:श्च स्मरणपत्र द्यावे लागणार नाही याची दक्षता द्यावी.

कळावे.

आपला विश्वासु,

शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज,नाशिक.

टिप-एन.डी.सी.सी बँकेचे कोणत्याही प्रकारचे चेक / डि.डि स्विकारले जाणार नाही.



मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२.

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

परिपत्रक क्र. मेडि./६१२८/२०१६/१७

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

SOYGAON

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनांकः १/०९/२०१७

तातडीचे-स्मरणपत्र-१

प्रति

प्राचार्य/मुख्याध्यापक, मराठा विद्या प्र<mark>सारक समाज संचलित सर्व प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक (मराठी माध्यम) व</mark> अव्यावसायिक वरिष्ठ महाविद्यालये यांसी—

विद्यार्थ्यांकरीता मेडिक्लेम पॉलिसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरीता सामुहिक मेडिक्लेम व वैयक्तिक अपधाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखुन संस्थेने त्या सदर्भात वर्तमान पत्रात जाहीरात देऊन विमा कंपन्यांकडून बंद पाकिटात निवीदा मागविल्या होत्या. सदर निवीदा प्राप्त झाल्यानंतर सर्व विमा कंपनी प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने निगोशिएशन केले व निगोशिएशन नुसार सदर सामुहिक मेडीक्लेम पॉलिसी न्यु.इंडिया ॲश्युरन्स कंपनी कडून घेण्याचे निश्चित झाले आहे. सदर मेडिक्लेम पॉलिसी घेतल्या नंतर विद्यार्थ्यांना त्या संदर्भात सेंवा कशी दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनीधी सोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली आहे. संस्थेने पुढाकर घेऊन इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींबरोबर वेळोवेळी चर्चा करून पूर्ण पॉलिसी संदर्भात माहिती घेतली आहे. व या योजनेचे सादरीकरण सर्व व्यवस्थापनाला वेळोवेळी करण्यात आले आहे. ही योजना आपल्या सर्व विद्यार्थ्यां करीता घेण्याचे संस्थेने ठरविले आहे.

सदर पॉलिसीचा कालावधी एक वर्षाचा राहील व प्रत्येक वर्षी पॉलिसीचे नुतनीकरण केले जाईल व त्याप्रमाणे पॉलिसीचा हप्ता प्रत्येक वर्षी भरावा लागेल. सन-२०१७-१८ करीता खालील प्रमाणे विमा पॉलिसीचा हप्ता असेल.

विद्यार्थी हा एकमेव सदस्य या मेडिक्लेम पॉलिसी योजनेत समाविष्ट आहे. विद्यार्थ्याला दरवर्षी रू. १५४/- वार्षिक हप्ता प्रवेश घेते वेळी भरावयाचा आहे. सदर पॉलिसी योजनेचे फायदे खालील प्रमाणे आहे.

मेडिक्लेम विमा पॉलिसी

		11044111411 11141	NII.		
3Ŧ	मेडिक्लेम विमा पॉलिसी योजने अंतर्गत	अपघाती विमा योजने	अपघाती विमा योजने	विम्याचा	विमा
नं.	विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन	अंतर्गत विद्यार्थ्यास	अंतर्गत पालकास	वार्षिक हप्ता	पॉलिसीच
	खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रू.	मिळणारी रक्कम रू.	मिळणारी रक्कम रू.	₹0.	ी मुदत
9	40,000/-	2,00,000/-	9,00,000/-	948/-	१ वर्ष

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसी योजनेत सहभागी व्हायचे आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती सोबत जोडलेल्या नमुना फॉर्म मध्ये भक्तन घेणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती सदर नमुना फॉर्म मध्ये Excel Sheet मध्येच भरणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भक्तन Excel Sheet ची Soft Copy व Hard Copy दि. १० जुलै २०१७ पर्यंत संस्थेच्या कार्यालयात ERP Section मध्ये श्री. शिंदे विजय सर यांचेकडे जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रू. १५४/ – वार्षिक हप्ता रक्कम शाळेने जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम शाळेने विद्यार्थ्यांच्या पुर्ण नावांची यादी सोबत मध्यवर्ती कार्यालयात चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरिवटणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने जमा करावा. चेक व विद्यार्थ्यांची यादी दिनांक १५ जुलै २०१७ पर्यंत संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक होती. तथापी अद्याप ज्या विद्यार्थ्यांना या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती व रक्कम दिनांक ३० सप्टेंबर २०१७ पर्यंत मध्यवर्ती कार्यालयाकडे पाठविण्यात यावी याबाबत संबंधीत शाखाप्रमुखाने गांभियांने लक्ष घालावे. अन्यथा मुदतीनंतर काही घटना घडल्यास संबंधीत पालकांच्या व विद्यार्थ्यांच्या तक्रारीस शाखाप्रमुख जबाबदार असतील याची नोंद घ्यावी. टिप- सदर पॉलिसी सक्तीची नसून एश्चिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.

शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

D/Wadje/Kajale Sir Folder/MVP Students Mediclem doc

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक – ४२२ ००२.

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसी योजनेत सहभागी व्हायचे आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती सोबत जोडलेल्या नमुना फॉर्म मध्ये भक्तन घेणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती सदर नमुना फॉर्म मध्ये Excel Sheet मध्येच भरणे आवश्यक आहे. सहभागी होणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भक्तन Excel Sheet ची Soft Copy व Hard Copy वेळोवेळी संस्थेच्या मध्यवर्ती कार्यालयात जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रू. १७६/ – वार्षिक हप्ता रक्कम शाळेने जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम शाळेने विद्यार्थ्यांच्या पुर्ण नावांची यादी सोबत मध्यवर्ती कार्यालयात चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरचिटणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने जमा करावा. चेक व विद्यार्थ्यांची यादी संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे.

टिप- सदर पॉलिसी सक्तीची नसून ऐश्चिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.

् । शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक





मध्यवतीं कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२

फोन (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३ परिपत्रक क्र. मेडि./1648 / /२०१७-१८



Fax: (0253) 2579863 E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनांकः २०/०३/२०१८

प्राचार्य /मख्याध्यापक

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व <mark>मराठी माध्यमाचे</mark> प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक व अव्यावसायिक **वरिष्ठ महाविद्यालये** यांस्नी-

विद्यार्थ्यांकरीता मेडिक्लेम पॉलिसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरीता सामृहिक मेडिक्लेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखुन संस्थेने सन-२०१८-१९ या वर्षी देखील पॉलिसी संदर्भात विविध विमा कंपन्यांकडून बंद पाकिटात निवीदा मागविल्या होत्या. सदर निवीदा प्राप्त झाल्यानंतर सर्व विमा कंपनी प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने निगोशिएशन केले व निगोशिएशन नुसार सदर सामुहिक मेडीक्लेम पॉलिसी न्यु.इंडिया ॲश्युरन्स कंपनी कडून घेण्याचे निश्चित झाले आहे. सदर मेडिक्लेम पॉलिसी घेतल्या नंतर विद्यार्थ्यांना त्या संदर्भात सेवा कशी दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनींधी सोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली आहे. संस्थेने पुढाकर घेऊन इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींबरोबर वेळोवेळी चर्चा करून पूर्ण पॉलिसी संदर्भात माहिती घेतली आहे. व या योजनेचे सादरीकरण सर्व व्यवस्थापनाला वेळोवेळी करण्यात आले आहे. ही योजना आपल्या सर्व विद्यार्थ्यां करीता घेण्याचे संस्थेने ठरविले

सदर पॉलिसीचा कालावधी गतवर्षाप्रमाणे एक वर्षाचा राहील व प्रत्येक वर्षी पॉलिसीचे नतनीकरण केले जाईल व त्याप्रमाणे पॉलिसीचा हप्ता प्रत्येक वर्षी भरावा लागेल. सन-२०१८-१९ करीता खालील प्रमाणे विमा पॉलिसीचा हप्ता असेल.

विद्यार्थी हा एकमेव सदस्य या मेडिक्लेम पॉलिसी योजनेत समाविष्ट आहे. विद्यार्थ्याला दरवर्षी रू. १७९/- वार्षिक हप्ता प्रवेश घेते येळी भरावयाचा आहे. सदर पॉलिसी योजनेचे फायदे खालील प्रमाणे आहे.

मेडिक्लेम विमा पॉलिसी

9	40,000/-	2,00,000/-	9,00,000/-	9,00,000/-	909/-	१ वर्ष
अ.नं	मेडिक्लेम विमा पॉलिन्ती योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यासाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रू.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत वडीलांच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी रक्कम रू.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत आईच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी रक्कम रू.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत विद्यार्थ्याच्या अपघाती मृत्यूनंतर पालकास मिळणारी रकम रू.	विम्याचा वार्षिक हप्ता रू.	विमा पॉलिसीर्च मुदत

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसी योजनेत सहभागी व्हायचे आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती सोबत जोडलेल्या नमुना फॉर्म मध्ये भरून घेणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती सदर नमुना फॉर्म मध्ये Excel Sheet मध्येच भरणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भक्तन Excel Sheet ची Soft Copy व Hard Copy 94 दिवसाच्या आत संस्थेच्या कार्यालयात ERP Section मध्ये श्री. शिंदे विजय सर यांचेकडे जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रू. १७९/- वार्षिक हप्ता रक्कम शाळेने जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम शाळेने विद्यार्थ्याच्या पूर्ण नावाची यादी सोबत मध्यवर्ती कार्यालयात चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरविदणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने जमा करावा, चेक व विद्यार्थ्यांची यादी १५ दिवसाच्या आत संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे. टिप- सदर पॉलिसी सक्तीची नसून ऐच्छिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी

> (श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार) सरिवटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

rp.edu.in/FMfcgcmZTlpXDrczGGzffWw8miMtxTDz?projector=1&messagePartid=0.2

SOYGAON OF THE STATE OF THE STA

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक – ४२२ ००२.

फोन: (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

परिपत्रक क्र. / ७ ३३ / २०१९ – २०

दिनांक:३०/०४/२०१९

प्रति,

मा. मुख्याध्यापक / प्राचार्य, मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व शाखाप्रमुख यांसी,

विषयः आपल्या संस्थेतील कायम व हंगामी कर्मचाऱ्याकरीता घ्यावयाच्या सामुहिक मेडिक्लेम व अपघाती विमा योजनेबाबत...

आपल्या संस्थेतील कर्मचाऱ्यांकरीता सामुहिक मेडिक्लेम व वैयक्तीक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखून यावर्षी सदर न्यु.इंडिया इन्शुरन्स कंपनीने पॉलिसीमध्ये काही बदल केले असून नव्याने १+३ (पती+पत्नी+२ मुले वय वर्ष २५ पर्यंतची) सुविधा सुरू ठेवली आहे.

सदर पॉलिसीचा कालावधी एक वर्षाचा असेल. त्यानुसार या वर्षी ३१ मार्च व २ मे रोजी संपणार आहे. दोन्ही पॉलिसीचे नुतणीकरण १५ मे.२०१९ पर्यंत करण्यात येणार आहे. त्यासाठी या पॉलिसील सहभागी असणारे व नव्याने सहभागी होऊ इच्छिणाऱ्या कर्मचाऱ्यांची व त्यांच्या कुटूंबातील इतर सदस्यांची माहिती दिनांक १५ मे २०१९ पर्यंत खालील ई-मेल वर पाठविण्यात यावी. तसेच माहितीची एक प्रत Excel Sheet वर संस्थेच्या ई-मेलवर (mediclaim@mvp.edu.in) पाठविण्यात यावी. सदर कर्मचाऱ्यांची पॉलिसी रक्कम दि.८.०५.२०१९ ते १५.०५.२०१९ पर्यंत मध्यवर्ती कार्यालयात जमा करण्यात यावी.

मेडिक्लेम पॉलिसीमध्ये समाविष्ट सदस्य:-कर्मचारी (स्वतः), कर्मचाऱ्याची पत्नी, कर्मचाऱ्याची २ मुले-(२५ वर्षाचे आतील) असा चार सदस्यांचा समावेश राहाणार आहे. माहिती पाठवितांना तयार केलेली माहिती संबंधीत कर्मचाऱ्यांकडून प्रमाणित करून घेण्यात यावी. टिप- ज्या कर्मचाऱ्यांना १+५ (स्वत:+पत्नी+२मुले+आई-वडील) अशी पॉलिसी हवी असल्यास अशा कर्मचाऱ्यांनी दिनांक १५ मे २०१९

पर्यंत खालील दिलेल्या नंबरवर संपर्क करावा.

(संपर्कसाठी- श्री. वैभव पुरकर -७०३०९२१४५५ , श्री.राजेश जोगवडे-७०३०९१७००३)

सन-२०१९-२० करीता सदर पॉलिसीचे वार्षिक हप्ते खालील प्रमाणे असतील.

अ.नं.	मेडिक्लेम पॉ (Sum Ass	वार्षिक हप्ता १+३ साठी (Including Tax)			
-				पुर्वीचा हप्ता	नवीन हप्ता
8	रू. १,00,000/- + वैयक्तिक अप	ाघाती विमा-	₹.04,00,000/-	रू.७,५८२/-	७,८००/-
7	रू. २,00,000/- + वैयक्तिक अप	ाघाती विमा–	₹.?0,00,000/-	₹.९,९७१/-	१२,८५०/-
3	रू. ५,00,000/- + वैयक्तिक अप	ाघाती विमा–	रू.२५,00,000/-	रू.२३,७७७/-	३२,000/-

* मेडिक्लेमची माहिती व रोख रक्कम/चेक मध्यवर्ती कार्यालयातील ऑडीट विभागात सादर करावी. सादर केलेल्या माहितीच्या आधारे ऑनलाईन बँक डिपॉझिट चलन तयार केले जाईल व सदर चलन व रोख रक्कम/चेक बँकेत जमा करून त्या संबंधीच्या पावतीची एक प्रत ऑडीट विभागात व एक प्रत शाखेत जमा करणे अनिवार्य राहिल. जमा केलेल्या रक्कमेचे चलन ऑडीट विभागात जमा केले नाही तर पॉलिसी चालू होणार नाही व काही क्लेम आल्यास संबंधीत व्यक्ती जबाबदार राहील. परस्पर कुठल्याही प्रकारची रक्कम बँकेत जमा करू नये.

(श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार)

सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

महत्वाचे- पॉलिसी चालू होण्यासाठी कर्मचारी संख्येची किमान मर्यादा आहे.

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२.

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

परिपत्रक क्र. ४८६६/२०२०-२१

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनांक -२४/१०/२०२०

प्रति,

मा. मुख्याध्यापक / प्राचार्य, मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व शाखाप्रमुख यांसी,

विषय : आपल्या संस्थेतील कायम व हंगामी कर्मचाऱ्याकरीता घ्यावयाच्या सामुहिक मेडिक्लेम व अपघाती विमा योजनेबाबत.

आपल्या संस्थेतील कर्मचाऱ्यांकरीता सामुहिक मेडिक्लेम व वैयक्तीक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखूत संस्थेने मागील तीन वर्षापासून विमा कंपनी प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने निगोशिएशन केले व निगोशिएशन नुसार सामुहिक मेडिक्लेम पॉलिसी न्यु. इंडिया इन्शुरन्स कंपनीकडून घेण्याचे निश्चित केले होते त्यानुसार ही मेडिक्लेम पॉलिसी घेतल्यानंतर सेवकांना कशी सेवा दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली होती. संस्थेने पुढाकार घेऊन इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींबरोबर वेळोवेळी चर्चा करून पुर्ण पॉलिसीसंदर्भात माहिती घेऊन या योजनेचे सादरीकरण सर्व कर्मचाऱ्यांना / व्यवस्थापनाला वेळोवेळी करण्यात आले असून ही योजना गेल्या तीन-चार वर्षापासून कार्यान्वीत आहे.

या पॉलिसीमध्ये १+३ (पती-पत्नी-२ मुले) यांचा समावेश करून पॉलिसी चालू ठेवणार आहे. ज्या सेवकांना १+३ (पती-पत्नी-२ मुले) या पॉलिसीचा फायदा घ्यावयाचा असेल अशा सेवकांनी आपल्या शाखेमार्फत चेक अथवा रोख स्वरूपात पॉलिसी रक्कम संस्थेच्या मध्यवर्ती कार्यालयातील ऑडीट डिपार्टमेंटकडे दि.१.११.२०२० पर्यंत अदा करावीत.

या पॉलिसीत सहभागी असणारे च नव्याने सहभागी होऊ इच्छिणाऱ्या कर्मचाऱ्यांची व त्यांच्या कुटूंबातील इतर सदस्यांची माहिती दिनांक १/११/२०२० पर्यंत खालील ई-मेल वर पाठविण्यात यावी. तसेच माहितीची एक प्रत Excel Sheet वर संस्थेच्या ई-मेलवर (mediclaim@mvp.edu.in) पाठविण्यात यावी.

सन-२०२०-२१ करीता (माहे-नोव्हेंबर-२०२० पासून ते ऑक्टोबर-२०२१ पर्यंत) सदर पॉलिसीचा वार्षिक हप्ता खालील प्रमाणे असेल.

अ.नं.	मेडिक्लेम पॉलिसीची मर्यादा	वार्षिक हप्ता १+३ साठी
	(Sum Assured Value)	(Including Tax)
8	रू. १,५0,000/- + वैयक्तिक अपघाती विमा- रू. 0५,00,000/-	११,५00/-

म.कळावे

(श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार)

सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक



मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२.

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३

परिपत्रक क्र. मेडि./४३० ५ /२०२०-२१



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनाकः १५/१०/२०२०

MERC

SOYGAO

प्रति

प्राचार्य/मुख्याध्यापक,

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व मराठी माध्यमाचे प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक व अव्यावसायिक वरिष्ठ महाविद्यालये यांसी-

विद्यार्थ्यांकरीता मेडिक्लेम पॉलिसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरीता सामुहिक मेडिक्लेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची मुदत दि.७ ऑगष्ट २०२० रोजी संपल्याने संस्थेने सन–२०२०–२१ या वर्षी देखील पॉलिसी चालू ठेवण्याचा निर्णय घेतला आहे.

सदर पॉलिसीचा कालावधी गतवर्षाप्रमाणे एक वर्षाचा राहील व प्रत्येक वर्षी पॉलिसीचे नुतनीकरण केले जाईल व त्याप्रमाणे पॉलिसीचा हप्ता प्रत्येक वर्षी भरावा लागेल. सन-२०२०-२१ करीता खालील प्रमाणे विमा पॉलिसीचा हप्ता असेल.

विद्यार्थी हा एकमेव सदस्य या मेडिक्लेम पॉलिसी योजनेत समाविष्ट आहे. विद्यार्थ्याला दरवर्षी रू.१७५/-वार्षिक हप्ता प्रवेश घेते वेळी भरावयाचा आहे. सदर पॉलिसी योजनेचे फायदे खालील प्रमाणे आहे.

मेडिक्लेम विमा पॉलिसी

9	40,000/-	2,00,000/-	9,00,000/-	9,00,000/-	904/-	१ वर्ष
नं.	योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रू.	अंतर्गत वडीलांच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी रक्कम रू.	अंतर्गत आईच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी रक्कम रू.	अंतर्गत विद्यार्थ्याच्या अपघाती मृत्यूनंतर पालकास मिळणारी रक्कम रू.	वार्षिक हप्ता रू.	पॉलिसीची मुदत
अ.	मेडिक्लेम विमा पॉलिसी	अपघाती विमा योजने	अपघाती विमा योजने	अपघाती विमा योजने	विम्याचा	विमा

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसी योजनेत सहभागी व्हायचे आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती सोबत जोडलेल्या नमुना फॉर्म मध्ये भक्तन घेणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती सदर नमुना फॉर्म मध्ये Excel Sheet मध्येच भरणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भक्तन Excel Sheet ची Soft Copy (mediclaim@mvp.edu.in) या मेलवरती पाठविण्यात यावी व Hard Copy त्वरीत संस्थेच्या ऑडीट डिपार्टमेंट मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रू.१७५/-वार्षिक हप्ताची रक्कम जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम, विद्यार्थ्यांच्या पुर्ण नावांची यादी मध्यवर्ती कार्यालयात ऑडीट विभागातच चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरिचटणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे. चेक व विद्यार्थ्यांची यादी दि. १० नोव्हेंबर २०२० पर्यंतच स्विकारली जाईल. त्यानंतर आलेले चेक अथवा यादी स्विकारली जाणार नाही. पॉलिसीची मुदत १५ नोव्हेंबर २०२० ते १४ नोव्हेंबर २०२१ पर्यंत लागू होईल याची सर्व शाखाप्रमुखांनी नोंद घ्यावी.

टिप− सदर पॉलिसी सक्तीची नसून ऐश्चिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.

(श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार) सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

मेडिक्लेमची माहिती व रोख रक्कम/चेक मध्यवर्ती कार्यालयातील ऑडीट विभागात सादर करावी. सादर केलेल्या माहितीच्या आधारे ऑनलाईन बँक डिपॉझिट चलन तयार केले जाईल व सदर चलन व रोख रक्कम/चेक बँकेत जमा करून त्या संबंधीच्या पावतीची एक प्रत ऑडीट विभागात व एक प्रत शाखेत जमा करणे अनिवार्य राहिल. जमा केलेल्या रक्कमेचे चलन ऑडीट विभागात जमा केले नाही तर पॉलिसी चालू होणार नाही व काही

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड,

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनांकः २४/०३/२०२१

MERC

SOYGAO

परिपत्रक क्र. मेडि./३०३ ८९ /२०२०-२१

प्रति

प्राचार्य/मुख्याध्यापक,

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व मराठी माध्यमाचे प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक व अव्यावसायिक वरिष्ठ महाविद्यालये यांसी-

विद्यार्थ्यांकरीता मेडिक्लेम पॉलिसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरीता सामुहिक मेडिक्लेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची मुदत दि. ७ ऑगष्ट २०२० रोजी संपल्याने संस्थेने सन-२०२०-२१ या वर्षी देखील पॉलिसी चालू ठेवण्याचा निर्णय घेतला आहे.

सदर पॉलिसीचा कालावधी गतवर्षाप्रमाणे एक वर्षाचा राहील व प्रत्येक वर्षी पॉलिसीचे नुतनीकरण केले जाईल व त्याप्रमाणे पॉलिसीचा हप्ता प्रत्येक वर्षी भरावा लागेल. सन-२०२०-२१ करीता खालील प्रमाणे विमा पॉलिसीचा हप्ता असेल.

विद्यार्थी हा एकमेव सदस्य या मेडिक्लेम पॉलिसी योजनेत समाविष्ट आहे. विद्यार्थ्याला दुरवर्षी रू.१७५/-वार्षिक हप्ता प्रवेश घेते वेळी भरावयाचा आहे. सदर पॉलिसी योजनेचे फायदे खालील प्रमाणे आहे.

मेडिक्लेम विमा पॉलिसी

अ. नं.	मेडिक्लेम विमा पॉलिसी योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रू.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत वडीलांच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी	अपघाती विमा योजने अंतर्गत आईच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यास मिळणारी	अपघाती विमा योजने अंतर्गत विद्यार्थ्याच्या अपघाती मृत्यूनंतर पालकास मिळणारी	विम्याचा वार्षिक हप्ता रू.	विमा पॉलिसीची मुदत
9	40.000/-	रक्कम रू. २.00.000/-	रक्कम रू. 9,00,000/-	रक्कम रू. 9,00,000/-	904/-	१ वर्ष

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसी योजनेत सहभागी व्हायचे आहे अशा विद्यार्थ्यांची माहिती सोबत जोडलेल्या नमुना फॉर्म मध्ये भरून घेणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती सदर नमुना फॉर्म मध्ये Excel Sheet मध्येच भरणे आवश्यक आहे. सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भरून Excel Sheet ची Soft Copy (mediclaim@mvp.edu.in) या मेलवरती पाठविण्यात यावी व Hard Copy त्वरीत संस्थेच्या ऑडीट डिपार्टमेंट मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रू.१७५/-वार्षिक हप्ताची रक्कम जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम, विद्यार्थ्यांच्या पुर्ण नावांची यादी मध्यवर्ती कार्यालयात ऑडीट विभागातच चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरचिटणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे. चेक व विद्यार्थ्यांची यादी दि. १० एप्रिल २०२१ पर्यंतच स्विकारली जाईल. त्यानंतर आलेले चेक अथवा यादी स्विकारली जाणार नाही. पॉलिसीची मुदत १० एप्रिल २०२१ ते १९ फेब्रुवारी २०२२ पर्यंत लागू होईल याची सर्व शाखाप्रमुखांनी नोंद घ्यावी.

टिप – सदर पॉलिसी सक्तीची नसून ऐश्चिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती दिलेल्या मुदतीत पाठवावी. सदरची मुदत ही अंतीम मुदत देण्यात आली आहे. यानंतर मुदतवाढ देण्यात येणार नाही याची नोंद घ्यावी.

(श्रीमती निलीमा वस्तराव पवार)

सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

* मेडिक्लेमची माहिती व रोख रक्कम/चेक मध्यवर्ती कार्यालयातील ऑडीट विभागात सादर करावी. सादर केलेल्या माहितीच्या आधारे ऑनलाईन बँक डिपॉझिट चलन तयार केले जाईल व सदर चलन व रोख रक्कम/चेक बँकेत जमा करून त्या संबंधीच्या पावतीची एक प्रत ऑडीट विभागात व एक प्रत शाखेत जमा करणे अनिवार्य राहिल. जमा केलेल्या रक्कमेचे चलन ऑडीट विभागात जमा केले नाही तर पॉलिसी चालू होणार नाही व काही क्लेम आल्यास संबंधीत व्यक्ती जबाबदार राहील. परस्पर कुठल्याही प्रकारची रक्कम बँकेत जमा करू नये.

मध्यवर्ती कार्यालय:

शिवाजी नगर, गंगापूर रोड, नाशिक - ४२२ ००२.

फोन : (०२५३) २५७४५११, २५७३४२२

फॅक्स : (०२५३) २५७९८६३



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

SOYGAON

CENTRAL OFFICE: Shivaji Nagar, Gangapur Road, Nashik - 422 002. Tel.: (0253) 2574511, 2573422

Fax: (0253) 2579863

E-mail: ndmvpsamajnashik@yahoo.co.in

Website: www.mvp.edu.in

दिनांक: २० / ११ /२०२१

परिपत्रक क्र. 42/3/२०२१-२०२२

प्रति.

मा. मुख्याध्यापक / प्राचार्य,

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व शाखा प्रमुख यांसी,

विषय: आपल्या संस्थेतील कायम व हंगामी कर्मचाऱ्यकरीता घ्यावंयाच्या सामूहिक मेडीक्लेम व आपघाती विमा योजनेबाबत ...

आपल्या संस्थेतील कर्मचऱ्यातील सामूहिक मेडीक्लेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखून संस्थेने मागील तीन वर्षपासून विमा कंपनी प्रतिंनिधीसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनेने निगोशिएशन नुसार सामुहिक मेडीक्लेम पॉलिसी टाटा एआयजी. जनरल इन्शुरनस कंपनीकडून घेण्याचे निश्यित केले आहे. त्यानुसार ही मेडीक्लेम पॉलिसी घेतल्यानंतर सेवकांना कशी सेवा दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरनस कंपनीच्या प्रतिनिधीसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली आहे.

या पॉलिसी मध्ये १+३ (पती –पत्नी -२ मुले) यांचा समावेश करून पॉलिसी चालू ठेवणार आहे. ज्या सेवकांना १+३ (पती – पत्नी-२ मुले) या पॉलिसीचा फायदा घ्यायचा असेल अशा सेवकांनी आपल्या शाखेमार्फत चेक अथवा रोख स्वरुपात पॉलिसी रक्कम संस्थेच्या मध्यवर्ती कार्यालयातील ऑडिट डिपार्टमेंटकडे दि. ३०-११-२०२१ पर्यंत अदा करावीत. दिनांक ३०-११-२०२१ नंतर पैसे स्वीकारले जाणार नाही याची सगळ्यांनी नोंद घ्यावी.

या पॉलिसीत सहभागी असणारे व नव्याने सहभागी होवू इच्यिणाऱ्या कर्मचाऱ्यांची व त्यांच्या कुटुंबातील इतर सदस्याची माहिती दिनांक २६/११/२०२१ पर्यंत खलील ई –मेलवर (mediclaim@mvp.edu.in) पाठविण्यात यावी.

सन २०२१ -२०२२ करिता (माहे- नोव्हेंबर-२०२१ पासून ते ऑक्टोबर -२०२२ पर्यंत.) सदर पॉलिसीचा वार्षिक हफ्ता खालील प्रमाणे असेल.

अ.नं∘	मेडीक्लेम पॉलिसीची मर्यादा	वार्षिक हफ्ता १+३ साठी
	(Sun Assured Value)	(Including Tax)
8	रु. १,५०,०००/- + वैयक्तिक अपघाती विमा – रु. ०५,००,०००/-	१६,१५०/-

महत्वाचे : १. पॉलिसी चालू होण्यासाठी कर्मचारी संख्येची किमान मर्यादा आवश्यक आहे . २. अधिक माहितीसाठी संपर्क ७०३०२१४५४५ / ७०३०९१७००१ / ७७७४०२३६५९

म. कळावे .

Education Officer

Maratha Vidya Prasarak Samaj

Nashik

MVP STUDENT SAFETY SCHEME FORM



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK

MVP Student Safety Scheme

Member From (1st June 2022 to 31st May 2023)

1. Name Of the Institute

: Arts & Commerce College, Soygaon

2. Name Of the Student

: Wagh Roshan Sunil

3. Date of Birth

: 02-Jun-2004

4. Class

: FYBA

5. Address

Kaulane Malegaon Nashik Maharashtra 423208

6. Full Name Of Father /Mother/Guardian

: Wagh Sunil Muralidhar

7. Permanent Address

: Kaulane Malegaon Nashik Maharashtra 423208

8. Name Of the Prvious

: Shrimant Maharaj Sayajirao Gaikwad Vidyalay

Kaulane

9. Date Of Admission

: 10-Aug-2022

I wish to be a member of MVP Student Safety Scheme for a period of 1st June 2022 to 31st May 2023. I am paying Rs. against the fees to MVP Student Safety Scheme. I Request you to offer me a membership.

Date: 8/10/2022

Signature of Student

Marsel !:

The applicant student has paid the fees of MVP Student Safety Scheme by Cash.

Se Con Se

Sign of the receiver with date

The applicant student Wagh Roshan Sunil of FYBA of Division has been offered a membership of MVP Student Safety Scheme for a period from 1st June 2022 to 31st May 2023

Date: 8/10/2022

Dr. H. M. Kshiysagar Principal

Principal
Arts & Commerce College
Soygaon, Tal. Malegaon (Nashik)

Student Admission Receipt



ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON

Soygaon, Tal- Malegaon, Dist-Nashik-423203

Admission Receipt

Name Of Student : Ahire Rohit Uddhav

Class Name :FYBA; Gender : Male;

Aided Type: Non-Grant; Concession: 10-0BC/NT/SBC; Category

URN No	:483067	奥製画
Receipt No	:SN21000130	
Date : 01/	10/2021	
Gym	Studant Activities	Seminor

2021-22

		TO STATE OF THE PARTY OF THE PA					
Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Studant Activities	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	150.0	0.0	0.0	0.0
	100/		Jan Statistics	PARI			
U.d.f	Eligibility	Computerizatio n	U.s.w.f.	Mvpss	Pbf	I Card	. 1, 11
0.0	300.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	l
	0.0	0.0 0.0 U.d.f Eligibility	0.0 0.0 0.0 U.d.f Eligibility Computerizatio n	0.0 0.0 0.0 0.0 U.s.w.f.	Tution Lib Lab Fee Uni. Reg. Credit 0.0 0.0 0.0 150.0 U.d.f Eligibility Computerization n U.s.w.f. Mvpss	Tution Lib Lab Fee Uni. Reg. Credit Gym 0.0 0.0 0.0 150.0 0.0 U.d.f Eligibility Computerization U.s.w.f. Mvpss Pbf	Tution Lib Lab Fee Uni. Reg. Reduction Credit Gym Activities 0.0 0.0 0.0 150.0 0.0 0.0 U.d.f Eligibility Computerizatio n U.s.w.f. Mvpss Pbf 1 Card

		334		7.4		Register	[A] Total :	520.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramme	Uni. Insurance	Disg. Mang	Mvp. Swf	Student Mediclaim	Corpuras Fund
0.0	0.0	60.0	100.0	173 0.0 31	0.0	10.0	165.0	0.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon Fee	Eligibility Form Fee	N.s.s.	Mvp Medical	Mvp Sports	Miscellaneous (cctv)	
0.0	100.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	140.0	

0.0

Inwords: One Thousand One Hundred Forty-Five Only

100.0

0.0

Register [B] Total: 625.0 1,145.0

Grand Total:

**This is a computer generated Receipt and does not require a signature

50.0

URN : 2100130 Clerk: 104,191

0.0

Water is more precious than Gold

Dr. S. B. Patil **Principal**





MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON

Admission Receipt

Name Of Student : Ahire Rakesh Bhagwat Class:SYBA; Gender: Male; Aided: Non-Grant Concession: 10-OBC/NT/SBC; Category:SC;

URN No : 341138 Receipt No: SN19000220 Date: 02/07/2019

		Name of the last o						/
Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Studant Activities Fee	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medical Fee	U.d.f. Fee	Eligibility Fee	Computeriz ation Fee	U.s.w.f. Fee	Mvpss Fee	Poor Boys Fund	I Card Fee	[A] Total
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	60.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramm	Uni. Insurance	Disaster Managments Foo	Mvp.swf	Student Mediclaim Fee	Corpuras Fund
0.0	20.0	120.0	0.0	0.0	0.0	10.0	175.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon	Eligibility Form Fee	N.s.s. Fee	Mvp Medical	Mvp Sports Fee	Miscellaneous (cctv) Fee	[B] Total
0.0	100.0	15.0	0.0	10.0	50.0	20.0	250.0	780.0
Inwords: Ei	ght Hundred	Forty Only				(Frand Total:	840.0

This is a computer generated Receipt and does not require a signature

URN : 1900220

Dues Note: FYBA Rs. 3517.5

Clerk : 104,191

Water is more precious than Gold

13 Principal



Scanned with OKEN Scanner



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON Soygaon, Tal- Malegaon, Dist-Nashik-423203

Admission Receipt

Name Of Student :Pingale Prasad Sharad Class :FYBCOM; Gender : Male; Aided : Non-Grant Concession : 10-OBC/NT/SBC; Category :OBC;

2019 - 20 URN No: 438386 Receipt No: SN19000431

	1	o categor	y .obc,				Date : 03/	09/2019
Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Studant Activities Fee	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0
Medical Fee	U.d.f. Fee	Eligibility Fee	Computeriz ation Fee	U.s.w.f. Fee	Mvpss Fee	Poor Boys Fund	I Card Fee	[A] Total
0.0	0.0	300.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	360.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramm	Uni. Insurance	Disaster Managments Foo	Mvp.swf	Student Mediclaim Fee	Corpuras Fund
0.0	20.0	120.0	50.0	10.0	0.0	10.0	175.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon	Eligibility Form Fee	N.s.s. Fee	Mvp Medical	Mvp Sports Fee	Miscellaneous (cctv) Fee	[B] Total
0.0	100.0	15.0	50.0	10.0	50.0	20.0	250.0	890.0
Inwords: Or	e Thousand	Two Hundr	ed Fifty Only	,		G	rand Total:	1,250.0

**This is a computer generated Receipt and does not require a signature

URN :1900431 Clerk : 104,191

Water is more precious than Gold

Principal

Scanned with OKEN Scanner





MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON Soygaon, Tal- Malegaon, Dist-Nashik-423203

Admission Receipt

Name Of Student : Dusane Sahil Narayan Class :SYBCOM; Gender : Male; Aided : Non-Grant Concession: 10-OBC/NT/SBC; Category:OBC;

URN No: 438410 Receipt No: SN19000432 Date: 03/09/2019

Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Studant Activities Fee	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medical Fee	U.d.f. Fee	Eligibility Fee	Computeriz ation Fee	U.s.w.f. Fee	Mvpss Fee	Poor Boys Fund	I Card Fee	[A] Total
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	60.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramm	Uni. Insurance	Disaster Managments	Mvp.swf	Student Mediclaim Fee	Corpuras Fund
0.0	20.0	120.0	50.0	0.0	0.0	10.0	175.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon	Eligibility Form Fee	N.s.s. Fee	Mvp Medical	Mvp Sports Fee	Miscellaneous (cctv) Fee	[B] Total
0.0	100.0	15.0	0.0	10.0	50.0	20.0	250.0	830.0
Inwords : Ei	ght Hundred	Ninety Only	Y			G	rand Total:	890.0

**This is a computer generated Receipt and does not require a signature

URN : 1900432

Clerk : 104,191

Water is more precious than Gold

Principal



Scanned with OKEN Scanner



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S

ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON Soygaon, Tal- Malegaon, Dist-Nashik-423203

Admission Receipt

URN No: 340506

Name Of Student: Ladake Harshad Madan Class Name : TYBCOM; Gender : Male;

Aided Type: Non-Grant; Concession: 0-PAY; Category: Open;

Receipt No: SN21000560

2021-22

1			10011	,		Date : 14/	12/2021	
Admission	Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Studant Activities	Evs Fee
20.0	588.0	50.0	173.0	25.0	0.0	50.0	500.0	0.0
Medical	U.d.f	Eligibility	Computerizatio n	U.s.w.f.	Mvpss	Pbf	I Card	
0.0	94.0	0.0	25.0	30.0	10.0	50.0	0.0	
	-	4211		distribution in	210	Dogistor	[Al Total:	1.615.0

	distribution of the second		EIL		3/3	Register	[A] Total:	1,615.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramme	Uni. Insurance	Disg. Mang	Mvp. Swf	Student Mediclaim	Corpuras Fund
0.0	0.0	60.0	0.0	5.0	0.0	10.0	165.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon Fee	Eligibility Form Fee	N.s.s.	Mvp Medical	Mvp Sports	Miscellaneous (cctv)	
0.0	100.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	140.0	
				-		Register	[B] Total:	500.0

Inwords: Two Thousand One Hundred Fifteen Only **This is a computer generated Receipt and does not require a signature

URN :2100560

Clerk : 104,191

Dues: 109017 TYBCOM-3312

Water is more precious than Gold

Register [B] Total: **Grand Total:** 2,115.0

> Dr. S. B. Patil Principal



Scanned with OKEN Scanner





MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S

ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON Soygaon, Tal- Malegaon, Dist-Nashik-423203

Admission Receipt

URN No: 506965 Receipt No: SN21000559

Name Of Student: Wable Rohit Sharad

Class Name :SYBA; Gender : Male; Aided Type : Non-Grant; Concession : 0-PAY; Category :Open;

Date: 14/12/2021

						D 4400 1 2 1/		
Admission	Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Studant Activities	Evs Fee
20.0	471.0	50.0	0.0	25.0	0.0	50.0	500.0	290.0
Medical	U.d.f	Eligibility	Computerizatio n	U.s.w.f.	Mvpss	Pbf	I Card	
0.0	94.0	0.0	25.0	30.0	10.0	50.0	0.0	

Register [A] Total: 1,615.0

Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramme	Uni. Insurance	Disg. Mang	Mvp. Swf	Student Mediclaim	Corpuras Fund
0.0	0.0	60.0	0.0	5.0	0.0	10.0	165.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon Fee	Eligibility Form Fee	N.s.s.	Mvp Medical	Mvp Sports	Miscellaneous (cctv)	
0.0	100.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	140.0	

Register [B] Total:

500.0 **Grand Total:** 2,115.0

Inwords: Two Thousand One Hundred Fifteen Only **This is a computer generated Receipt and does not require a signature

URN : 2100559 Clerk : 104,191

Dues: 109017 SYBA-3429

Water is more precious than Gold

Dr. S. B. Pati Principal

Scanned with OKEN Scanner

2019 - 20



MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ, NASHIK ARTS & COMMERCE COLLEGE, SOYGAON

Admission Receipt

Name Of Student: Patil Nilima Raosaheb Class:TYBA; Gender:Female; Aided:Non-Grant Concession:10-OBC/NT/SBC; Category:OBC;

URN No: 339482 Receipt No: SN19000074 Date: 27/06/2019

Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Studant Activities Fee	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medical Fee	U.d.f. Fee	Eligibility Fee	Computeriz ation Fee	U.s.w.f. Fee	Mvpss Fee	Poor Boys Fund	I Card Fee	[A] Total
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	60.0
Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Progrramm	Uni. Insurance	Disaster Managments	Mvp.swf	Student Mediclaim Fee	Corpuras Fund
0.0	20.0	120.0	0.0	0.0	0.0	10.0	175.0	10.0
Stud. Aid Fee	Internet Fee	Mvp Marrathon	Eligibility Form Fee	N.s.s. Fee	Mvp Medical	Mvp Sports Fee	Miscellaneous (cctv) Fee	[B] Total
0.0	100.0	15.0	0.0	10.0	50.0	20.0	250.0	780.0
Inwords: Ei	oht Hundred	Forty Only				G	rand Total:	840.0

**This is a computer generated Receipt and does not require a signature URN : 1900074 Dues Note: FYBA Rs. 3000

Clerk : 104,191

Water is more precious than Gold

MERC

SOYGAO

Principal



Scanned with OKEN Scanner

Insurance ID Card



The New India Assurance Co. Ltd.

MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ

: PROF NERKAR NILESH BHAGWAN Photo I.D. Age : 36 Yrs EmpCode: 859 to be Produced Relation: : Self Gender: M with this UHID : NAER 922060

: 0

Policy No. : 15320034190400000025

Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020 **Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.**

An ISO 9001:2015 Certified Organisation

INSTRUCTIONS

- This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the
- reatment or a guarantee for payment.

 In case of photoless identity cards issued to beneficiaries, others acceptable proof identity such as : Unique ID Card / Passport / Driver's License / Ration Card / Voter's ID Card / PAN Card / should be presented at hospitals. Subject to the terms & conditions of the underlying insurance policy.
- 3. This non-transferable identification card is valid at network hospitals only.
- 4. The Card will be enable you to avail cashless hospitalization only on the basis of eauthorization by Ericson TPA.
- 5. All preauthorization and/or settlement of claim is subject to the terms and conditions
- For the latest updated hospital list, login to www.ericsontpa.com
- For any emergency contact your SPOC Download Mobile App eMate available on android.



Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.

11-C, 2nd Floor, Corporate Park, Sion Trombay Road, Chembur, Mumbal-400071. Tel: 022-25280280 * Fax: 022-25270200 Toll Free No.: 1800 22 2034. E-mail: care@ericsontpa.com * Website: www.ericsontpa.com



The New India Assurance Co. Ltd.

MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ

: SMT NERKAR JAYASHRI NILESH Name Photo I.D. : 32 Yrs EmpCode: 859 to be Relation: : Wife Produced with this

Policy No. : 15320034190400000025

Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020

Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.

An ISO 9001:2015 Certified Organisation

INSTRUCTIONS

- This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the atment or a guarantee for payment.
- 2. In case of photoless identity cards issued to beneficiaries, others acceptable proof of identity such as : Unique ID Card / Passport / Driver's License / Ration Card / Voter's ID Card / PAN Card / should be presented at hospitals. Subject to the terms & conditions of the underlying insurance policy.
- This non-transferable identification card is valid at network hospitals only.
- 4. The Card will be enable you to avail cashless hospitalization only on the basis of
- 5. All preauthorization and/or settlement of claim is subject to the terms and conditions
- For the latest updated hospital list, login to www.ericsontpa.com
- 7. For any emergency contact your SPOC 8. Download Mobile App eMate available on android.



Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.

III-C, 2nd Floro, Corporate Park, Sion Trombay Road, Chembur, Mumbai-400071. Tel: 022-25280280 * Fax: 022-25270200 Toll Free No.: 1800 22 2034. E-mail: care@ericsontpa.com * Website: www.ericsontpa.com



The New India Assurance Co. Ltd.

MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ

Name Photo I.D. EmpCode: 859 Age Relation: : Daughter Gender: F

> : NAER 922062 UHID

Policy No. : 15320034190400000025

Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020

: KU NERKAR RITIKA NILESH

Produced with this card

RMN

Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.

An ISO 9001:2015 Certified Organisation

INSTRUCTIONS

- 1. This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the eatment or a guarantee for payment.
- 2. In case of photoless identity cards issued to beneficiaries, others acceptable proof of dentity such as : Unique ID Card / Passport / Driver's License / Ration Card / Voter's ID Card / PAN Card / should be presented at hospitals. Subject to the terms & conditions of the underlying insurance policy.
- 3. This non-transferable identification card is valid at network hospitals only.
- 4. The Card will be enable you to avail cashless hospitalization only on the basis of preauthorization by Ericson TPA.
- 5. All preauthorization and/or settlement of claim is subject to the terms and conditions of the relevant policy.
- 6. For the latest updated hospital list, login to www.ericsontpa.com
- 7. For any emergency contact your SPOC
 8. Download Mobile App eMate available on android.

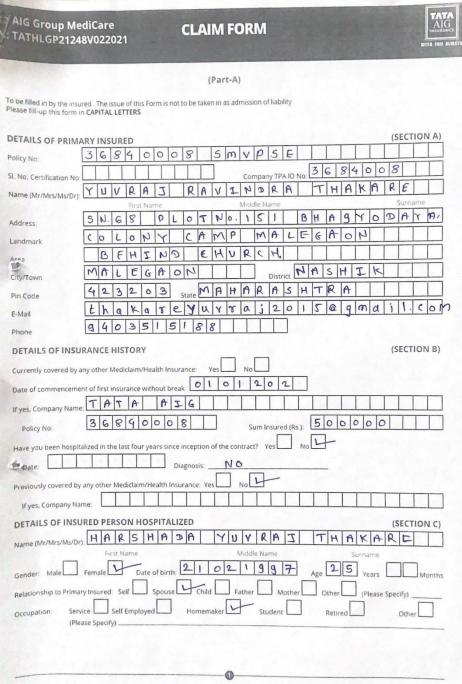


Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.
11-C, 2nd Floor, Corporate Park, Sion Trombay Road, Chembur,
Mumbai-400071. Tei: 022-25280280 * Fax: 022-25270200
Toll Free No.: 1800 22 2034.
E-mail: care@ericsontpa.com * Website: www.ericsontpa.com





Claim Form Case No 1



TATHL	LGP21248V022021	BIS 400 STRATS
II) If Medi	ico legal: Yes No	iv) Reported to Police: Yes No
v) FIR No		
vi) If not	reported to police give reason:	
AIM DOG	CUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST	(SECTION D)
	n duly signed	☐ Investigation reports
	re-authorization request	CT/MR/USG/HPE investigation reports
	ne Pre-authorization approval letter	☐ Doctor's reference slip for investigation
	hoto ID card of patient verified by hospital	□ ECG
1	Discharge summary	Pharmacy bills
Operation	n Theatre notes	☐ MLC report & Police FIR
LHospital	main bill	Original death summary from hospital where applicable
Hospital	break-up bill	Any other please specify
	NAL DETAILS IN CASE OF NON NETWORK IN CASE OF NON-NETWORK HOSPITAL)	(HOSPITAL (SECTION E)
Name of the	e Hospital: GTRBB CHA	ETANNA NURSENG
Address:	HOMB, HISTELP	THOR KIDI CHIPLIES GIRDON
City/Town	CHALTSGAO	District JALB AON
Pin Code	42416 State	11AH BIKA SHITRA
E-Mail		
Phone	9823964	3 3
Registration	on No: 14568	
Hospital P		Number of Inpatient beds: 020-
Facilities a	available in the hospital: i) OT: Yes No	ii) ICU: Yes No iii) Others
DECLAR	RATION BY THE HOSPITAL	(SECTION F)
PLEASE	READ VERY CAREFULLY)	
We hereb	by declare that the information furnished in this Claim Fr	om is true & correct to the best of que knowledge and belief. If we have made any aterial fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.
		iterial fact, our right to claim under this thain shall be forreited.
Date:	19042022	1 E
		1 6 9 13 1 60 -
Place	CHALBERON.	Signature and Seafor the Hospital Authoriti DR. SANJAY CHAV
	011	Ch-1-02 PO 12.4 193-43 171
Cor	mmunication details of TPA (kindly submit the dully sig	gned filled claim form along with original documents at following address)
TATA A	TA 1G General Insurance Company Limited. 5th and 6t	GIC Health Claims, th Floor, Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, Ameerpet,
INIMA	Hyderabad - 5000	16, Telangana, Phone-040-66864900
	Toll Free: 1800 266 771 Website: www.tataaig.com	80 or 1800 229 966 (For Senior Citizens) n; Email: healthclaimsupport@tataaig.com
Prohib	oition of Rebates - Section 41 of Insurance A	ct 1938 as amended by Insurance Laws (Amendment) Act, 2015
1.	No person shall allow or offer to allow, either directly o insurance in respect of any kind of risk relating to lives or any rebate of the premium shown on the policy, nor except such rebate as may be allowed in accordance v	ir indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, with the published prospectus or tables of the insurer.
2.	Any person making default in complying with the provisi	ons of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.



ata AIG Group MediCare JIN: TATHLGP21248V022021



CLAIM FORM

		(P	ART-B)			
				of liability. Please incl	ude the original	preauthorization request
oe filled in by the Hospital m in lieu of PART A	. The issue of this Form	i is not to be taken a	s an admission	or liability. Please inci	ude tite original	preauthorization request
ase fill-up this form in C	APITAL LETTERS					
ETAILS OF HOSPITA	Λ1					(SECTION A)
			110 400 1 4		ni rean	
ospital ID:	IKEE CHILL	ANDA M	rkennel	HOIGE CH	HLISCHK	JN.
			non network fill	saction E)		
ype of Hospital: Netwo				Ta la la la la	101410	NIANI
Name of the treating Doc	tor: SANT	ANI	SAH E	NAME NAME	Surna	
	ra D. Co	DALAN 1				
Qualification:	1911.	10191	+++			
Registration No.:	141010	8				
(with State Code) Phone No.:	9822	13944	931			
)			((SECTION B)
DETAILS OF THE PA			Dulula.	DATE	HAINL	
Name of the Patient:	HARSH	41111	141014	KIMI	Surna	AREL
	First Name	3 2 2	Middle	Name	outild	THE STATE OF THE S
IP Registration Number:	11300					
Gender:	Male Female	A	ge: Years	Months L		
Date of Birth:	5 45 8 2	Y 7 9.				
0	20 03 2	022	AB	A RO		
Date of Admission.			Time:			
Date of Discharge:	ଅଷ୍ଟ ପ୍ରୟାକ୍ଷ	022	Time: 03 :	10 10		
Type of Admission: Em	ergency Planne	ed Day Care	Maternit	y 🔲		
If Maternity: i) Date of	Delivery 30 C	3202	12 i) Gravi	da Status: 6		
		a home		nother hospital	Deceased	
Status at time of discharge.) nome	Discharge to an	lottler flospijai	Deceased L	
Total claimed amount:						
DETAILS OF AILM	MENT DIAGNOSED	(PRIMARY)				(SECTION C)
ICD 10 Codes:	Descr	cription	ICD	10 PCS:	De	scription
			1)	Procedure 1	NON-1	PROGRESS
i) Primary Diagnos	noris		11)	Procedure 2	CMC)	1 DOCULO
ii) Additional Diagr	110313		, Con.	-		METER TOPE
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities	110313		iii)	Procedure 3	UF	-000
ii) Additional Diagr		7	iii) iv)	Procedure 3 Details of Procedure		
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities					_ OF	
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt	tained: Yes No				_ OF	
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt Pre-authorization Nu	tained: Yes No	ained, give reason:	iv)		- OF	
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt Pre-authorization Nu	tained: Yes No	ained, give reason:	iv)		- 07	
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt Pre-authorization Nu If authorization by ne	tained: Yes No		iv)		- 07	
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt Pre-authorization Nu If authorization by ne Hospitalization due to	tained: Yes No No Imber: Atwork hospital not obtained: No Injury: Yes No		iv)	Details of Procedure		
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities Pre-authorization obt Pre-authorization Nu If authorization by ne Hospitalization due to	tained: Yes No		iv)			ption
ii) Additional Diagr iii) Co-morbidities iv) Co-morbidities pre-authorization obt pre-authorization Nu If authorization by ne Hospitalization due t i) If yes, give-	tained: Yes No No Imber: Atwork hospital not obtained: No Injury: Yes No	Road Traffic A	iv)	Details of Procedure	alcohol consum	ption [



AIG Group MediCare TATHLGP21248V022021



AILS	OF BILLS ENCLOSED:				(SECTION)
No.	Bill No.	Date	Issued by	Towards	Amount
1	As per Attach	DISTRIBUTE COV		Hospital Main Bill	32,000
2	B/11/	DIN WILLIAMS		Pre-hospitalization Bills Nos.	
3	01	D10-9 05-1779		Post-hospitalization Bills Nos.	
4		ELDIN FINITE		Pharmacy Bills	5206
5		STATISTICS CON		NST	1000
6		6(3, 5, M-199)		Anasethesa	2800
7		BIDINGS THE			
8		215 3 W 574			
9		DISTRIBUTED AND A			
10		D) 2) W. W. YYYY		Total =	41006+

ETAILS OF PRIMA	RY	INS	URE	DE	BAN	ΚA	cco	UN	T:														ECT			
	-		M	0	т	1.	0	1	1.	K			Acc	ount	No:	6	0	3	2	2	3	8	5	7	5	9
AN Card: Bank Name and Branch	0	A	N	K	0	P	15	A	H	A	R	A	S	Т	R	A	W	A	D	N	E	R	K	HF	KI	RDI
Cheque/DD Payable de													1F	SC C	ode:	M	A	Н	B	0	0	0	١	0	0	9

DECLARATION BY THE INSURED

(SECTION H)

I hereby declare that the information furnished in this Claim From is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact with respect to questions asked in relation to this claim, my right to claim reimbursement shall be forfeited. I also consent & authorize TPA/insurance company, to seek necessary medical information/documents from any hospital/Medical Practitioner who has attended on the person against whom this daim is made. I hereby declare that I have included all the bills/ receipts for the purpose of this claim & that I will not be making any supplementary claim except the pre/post-hospitalization claim, if any.

receipts for the purpose of this claim & that I will not t	ge making any supplementary damin except the propositions plants and a supplementary
Date 16042022	Signature of the Insured
MALEGAON.	

GUIDANCE FOR FILLING CLAIM FORM-PART A (To be filled in by the insured)

No.	DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
		SECTION A: DETAILS OF PRIMARY INSURED	
	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
	SI. No./Certificate No.	Enter the social insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
	Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	License number as allotted by IRDA and printed in TPA documents
d.	Name	Enter the full name of the policyholder	Surname, First name, Middle name
e.	Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin Code
		SECTION B: DETAILS OF INSURANCE HISTORY	
a.	Currently covered by any other Mediclaim/Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Mediclaim/Health Insurance	Tick Yes or No
b.	Date of Commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy format
c	Company Name	Enter the full name of the Insurance company	Name of the organization in full
	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
-	Sum Insured	Enter the total sum insured as per the policy	in rupees
d.	Have you been Hospitalized in the last four years since inception of the contract?	Indicate whether hospitalized in the last four years	Tick Yes or No
-	Date	Enter the date of hospitalization	Use mm-yy format
-	Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text

Group MediCare "HLGP21248V022021								WITH 10	IG HALREAUS
SNG8 PLOT	NO. 15	511	BH	A	3 Y	0	q	AY	1
COLONYCA	MPI	MAL	E 6	A	N		T		
	URCH	-		1	+	T	寸		T
	PRCI	-	1 0	- 1	1 5	K	+	+	+
MALEGAON		DISTRICT	NA	ST	1 2	-	_	-	+
423203 State M	MAHA	RAS	HIT	R	A				_
thakareyu	vra	1 20	1 5	0	g m	4	i	1. 0	O M
940351518	8								
T OF HOSPITALIZATION							(S	ECTIO	N D)
S OF HOSPITALIZATION	AITA	NYA	1 1	A	TA	F	R	NI	T
Hospital: STREE CHE	7		1 1		3 11		1		
ategory occupied: Day Care Single occupancy	Twin sharing	30	or more b	eds pe	r room l				
lizaton due to. Injury Illness	Maternity								
injury/Date Disease first detected/Date of Delivery :	19. M. M.		Y.						
Admission: 30032022	Time:	0 8 A	M						
Discharge: 03042022	Time:	03P	W.						
		Substance A	buse/Alc	ohol Co	nsump	ion			
,		Jubstance A	LOGSC// WC	31101 0					
f Medico legal Yes N									
Reported to police Yes N	°H								
MLC Report & Police FIR attached Yes N	٥				7 34	-	_		
System of Medicine							_		-
AILS OF CLAIM Is of the treatment expenses claimed:							(SECTI	ON E
Pre-hospitalization Expenses Rs.	Ho	spitalization	Expenses	Rs.					
	He	ealth-Check u	ip Cost	Rs.					
Post-hospitalization Expenses RS.									
Post-hospitalization Expenses Rs.	01	ther (Code)		Rs.					
Ambulance Charges Rs.	01	ther (Code)	Total		,				
Ambulance Charges Rs.			Total	Rs.					
Ambulance Charges Rs. Pre-hospitalization period: days	Post-hospita	alization peri	od:		day	s			
Ambulance Charges Rs.		alization peri	od:		day	s			
Ambulance Charges Rs. Pre-hospitalization period: days	Post-hospita	alization peri details in an	od:	Rs.	day	s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita	alization periodetails in an	od:	Rs.	day	s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita	details in an Si Conv	od: nexure) urgical Ca	Rs.		s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita	details in an Si Conv	od: nexure) urgical Ca	Rs.		s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita (If yes, provide	alization peri details in an Si Conv	nexure) urgical Ca valescence Other Total	Rs. sh Rs. e Rs Rs		s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospital (If yes, provide	alization periodetails in an Si Com	nexure) urgical Ca valescence Other Total	Rs. sh Rs. e Rs Rs		s			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita (If yes, provide	details in an Si Com C claim intima	nexure) urgical Ca valescence Other Total	Rs. sh Rs. e Rs Rs		S			
Ambulance Charges Rs.	Post-hospita (If yes, provide	details in an Si Com C claim intima- lak-up Bill scharge Summ	od: nexure) urgical Ca valescence Other Total tion, if any	Rs. sh Rs. e Rs Rs		s			
Ambulance Charges Rs. days Pre-hospitalization period: days Important for Domiciliary Hospitalization: Yes No lails of Lump sum/cash benefit claimed Hospital Daily Cash Rs. Critical Illness Benefit Rs	Post-hospita (If yes, provide Copy of the Hospital Bre	details in an Si Com C claim intima ak-up Bill scharge Sum quest for inve	nexure) urgical Ca valescence Other Total tion, If any	Rs,		s s			



AIG Group Me TATHLGP2124			AIG NOTE AND TOO ALEXATE
iii) If Medico legal: Yes	No.	iv) Reported to Police: Yes No	
vi) If not reported to	police give reason:		
AIM DOCUMENTS	SUBMITTED-CHECK LIST		(SECTION D)
Claim Form duly signed	3	Investigation reports	
Original Pre-authorizat	NAME OF THE PARTY	CT/MR/USG/HPE investigation reports	
	rization approval letter	Doctor's reference slip for investigation	
	of patient verified by hospital	LI ECG	
Hospital Discharge su		Pharmacy bills	
Operation Theatre no	ites	 ☐ MLC report & Police FIR ☐ Original death summary from hospital when 	re applicable
Hespital break-up bill		Any other please specify	re applicable
	ILS IN CASE OF NON NETWORK H	OSPITAL	(SECTION E)
Name of the Hospital:	STREE CHAN	TANNA NURST	NG
Address:	HOMB HISKIAH	DINK KIDI ICH INTILI	5 19 17 DN
City/Town	CHALITSGAO	V District JALG AO	N.
Pin Code	424101 State M	AHARASHTRA	
E-Mail			
Phone	982239449	<u>s</u> .	
Registration No: with State Code	41510181111		
Hospital PAN:		Number of Inpatient beds: 020-	
Facilities available in th	ne hospital: ; i) OT: Yes No	ii) ICU: Yes No iii) Others	
DECLARATION BY			(SECTION F)
We hereby declare tha	t the information furnished in this Claim From	is true & correct to the best of entiting wledge and belief. I	f we have made any
false or untrue statem	ent, suppression or concealment of any mater	ial fact, our right to claim under this claim shall be forfeited	d.
Date: 090	4 20 2-2	(B) 5	, -
	3900N.	Signature and Seafor the Hospital Authority R.	NE DEBUGE C SC COLORS
Communication	details of TPA (kindly submit the dully signe	d filled claim form along with original documents at follows	Rogino 74538 owing address)
	TAGII nsurance Company Limited, 5th and 6th F Hyderabad - 500016, Toll Free: 1800 266 7780	. Health Claims. Hoor, Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - (Telangana, Phone-040-68864900 or 1800 229 986 (For Senior Citizens) mail: healthclaimsupport@ataaig.com	
Prohibition of Re	bates - Section 41 of Insurance Act.	1938 as amended by Insurance Laws (Amend	dment) Act 2015
No person sh insurance in i or any rebate except such r	all allow or offer to allow, either directly or in respect of any kind of risk relating to lives or of the premium shown on the policy, nor sh- rebate as may be allowed in accordance with	directly, as an inducement to any person to take out or r property in India, any rebate of the whole or part of the all any person taking out or renewing or continuing a poli the published prospectus or tables of the insurer.	enew or continue an commission payable cy accept any rebate,
2. Any person m	naking default in complying with the provisions	of this section shall be liable for a penalty which may exte	nd to ten lakh rupees.
			The second secon





N: TATHLGP21248V022021	TATA
CLAIM FORM (PART-B)	MITT TOO ALMIES
se filled in by the Hospital. The issue of this Form is not to be taken as an admission of liability. Please include the original prea asse fill-up this form in CAPITAL LETTERS	uthorization request
TAILS OF HOSPITAL me of the Hospital: SQI CAINTON, HONDING; which hospital: SQI CAINTON, HONDING; which hospital: Non Network (If non network fill section E) me of the treating Doctor: SQL GATE NO L AND	(SECTION A)
set time of discharge: Discharge to home Discharge to another hospital Deceased Claimed amount:	
Primary Diagnosis Additional Diagnosis Co-morbidities Co-morbidities I) Procedure 1 Iii) Procedure 2 Iii) Procedure 3 Iv) Details of Procedure	(SECTION C)
authorization obtained: Yes No No Number:	



ata AIG Group MediCare IIN: TATHLGP21248V022021



TAILS OF BILLS ENCLOSED

No.	Bill No.	Date	Issued by		(SECTIO
1	As per	BIDTO M TYNY	issued by	Towards	Amount
2				Hospital Main Bill	28,000
	Bill Attach.	analata sixt		Pre-hospitalization Bills Nos.	
3		DIDINIA AADA		Post-hospitalization Bills Nos.	
4		DIBINITATIVE		Pharmacy Bills	6013
5		31 03 2022		Cal ask	
6		03/04/22		sai patholog laborary.	650
7		D D St St WY + Y		lab Acros	500
8		DiDIMEN YVY			
9		DIDIMIMITYPY	8. 9		
10		BID STOM YVYY	1	Tabela	35163+

PETAILS OF PRIMA	_	_	_	_			-															(S	ECT	101	V G)	
and the same of th			M	-				_	_	_	1.														5	
ank Name and Branch:	B	A	N	K	0	F	M	A	H	R	A	S	Н	τ	R	A	٧	A	9	2	E	R	K	Н	AI	LURZ
heque/DD Payable de	tails:												IF	sc c	ode:	M	A	H	B	0	0	0	1	0	0	9

ECLARATION BY THE INSURED

(SECTION H)

P

ereby declare that the information furnished in this Claim From is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false untrue statement, suppression or concealment of any material fact with respect to questions asked in relation to this claim, my right to claim imbursement shall be forfeited. I also consent & authorize TPA/insurance company, to seek necessary medical information/documents from any spital/Medical Practitioner who has attended on the person against whom this claim is made. I herededere that I have included all the bills/ teipts for the purpose of this claim & that I will not be making any supplementary claim except the pre/post-hospitalization claim, if any.

ate:	1	6	0	4	2	0	2	2	
		ı	MA	IF	GF	tof	V		

Signature of the Insured _

UIDANCE FOR FILLING CLAIM FORM-PART A (To be filled in by the insured)

I. No.	DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
		SECTION A: DETAILS OF PRIMARY INSURED	
	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
	SI. No./Certificate No.	Enter the social insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
	Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	License number as allotted by IRDA and printed in TPA documents
	Name	Enter the full name of the policyholder	Surname, First name, Middle name
	Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin Code
	Address	SECTION B: DETAILS OF INSURANCE HISTORY	
	Currently covered by any other Mediclaim/Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Mediclaim/Health Insurance	Tick Yes or No
	Date of Commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy format
	Company Name	Enter the full name of the Insurance company	Name of the organization in full
	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
	Sum Insured	Enter the total sum insured as per the policy	In rupees
	Have you been Hospitalized in the last four years since inception of the contract?	Indicate whether hospitalized in the last four years	Tick Yes or No
	Date Date	Enter the date of hospitalization	Use mm-yy format
	Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text

Regd Office 15th Floor, Tower A, Peninsula Business Park, G. K. Marg, Lower Parel, Mumbai - 400 013

Toll Free No. (24x7) 1800 266 7780 OR 1800 229966 (For Senior Citizens) • Fax: 022 6693 8170 • Email: customersupport@tataaig.com



GAON OF										
GAON										
/m.										
ata AlG Gr	oup MediCare									777
mon C TATHLO	GP21248V022021									AIG
ROTT									n	THE FOU ALMAYS
ddress:	SN. 68 PL	0 T. NO	0.115	1 6	HA	V	a c	AY	A	
andmark	COLONY	CAMI	PM	1AL	EG				111	++
rea	BEHIND	CHI	JRr	1.7	CG	H	ON		+	
	MALEGAO		DIKK	H	1		<u> </u>			
ty/Town	11-1-18/11/0	N		District	NA	SH	1 7	K		
In Code	423203	State MA	HAR	AS	HT	- R 4	4.		T	
Mail	thakare	Yuv-	ras	20	15	@	g n	ndi	1.	Con
hone	9403515	188					u I	1		
ETAILS OF H	OSPITALIZATION									
	6 0 0	1. 1. 1. 1	- 1.1						(SECT	TION D)
nme of Hospital: here Admitted	SAICHI	LDR	EM	HO	SP	1	T A	4		
nom Category of	ccupied: Day Care Single occupa	ancy Twin	sharing	3 (or more b	eds ner	room			
ospitalizaton du	e to: Injury Illne		aternity	7		eas per				
ate of injury/Dat	e Disease first detected/Date of Deliv		dernity _	1 1 1						
ate of Admission	2	2	- [2 4	(9)					
	060400	2	lime:	1.7						
ate of Discharge			Time: 0	5 P	m				1	
Injury give caus	e: Self Inflicted Road Tra	ffic Accident	Su	ostance A	buse/Alco	hol Cor	sump	tion		
If Medico le	gal Yes	No								
Reported to	police Yes	No								
MLC Report	t & Police FIR attached Yes	No								
System of N							716			
ETAILS OF C	LAIM atment expenses claimed:								(SEC	TION E)
						. [
Dec benefits				alization E		Rs. L				
Pre-hospita	alization Expenses Rs.		Health	-Check up	Cost	Rs.	_		_	
	Charges Rs.		Other	(Code)		Rs.				
Post-hospit	Charges Rs.		Other	(Code)	Total	Rs. L				
Post-hospit Ambulance		s Post-				Γ	dav			
Post-hospit Ambulance Pre-hospita	days		hospitalizat	ion perio	d: 🔲	Γ	day	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil				ion perio	d: 🔲	Γ	day	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita Dim for Domicil stails of Lump s	days days Hospitalization: Yes No		hospitalizat	ion period	d: 🔲	Rs.	day	s		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil ttails of Lump s Hospital Da	days lization period: days liary Hospitalization: Yes No um/cash benefit claimed lily Cash Rs.		hospitalizat	ion period ils in anno Sur	d: exure) gical Cash	Rs.	day	S		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical Illne	days lization period: days liary Hospitalization: Yes No lum/cash benefit claimed lily Cash Rs.		hospitalizat	ion period ils in anno Sur Conva	d: exure) gical Cash	Rs.	day	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical Illne	days liary Hospitalization: Yes No um/cash benefit claimed lily Cash Rs. less Benefit Rs. spitalization Rs.		hospitalizat	ion period ils in anno Sur Conva	d: dexure) gical Casi descence	Rs.	day	s		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical illne Pre/Post ho Lump sum I	days lary Hospitalization: Yes No um/cash benefit claimed lily Cash Rs. less Benefit Rs. spitalization Rs.	o (If yes, p	hospitalizat	ion period ils in anno Sur Conva	d: exure) gical Cash	Rs.	day	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical Illne Pre/Post ho Lump sum I	days liary Hospitalization: Yes Ne um/cash benefit claimed lily Cash Rs. sss Benefit Rs. sspitalization Rs. MENTS SUBMITTED-CHECK L	o (If yes, p	hospitalizat	ion period ils in anno Sur Conva Oti	exure) gical Casi lescence ner	Rs.	days	S		
Post-hospit Ambulance Pre-hospita aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical illne Pre/Post ho Lump sum I	days iary Hospitalization: Yes No um/cash benefit claimed illy Cash Rs. sss Benefit Rs. spitalization Rs. MENTS SUBMITTED-CHECK L illy signed	IST Copy o	hospitalizat rovide deta of the claim al Break-up	ion periodils in anno Sur Conva Oti T intimatio	d: exure) gical Casi escence ner otal n, if any	Rs.	days	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospital aim for Domicil tails of Lump s Hospital Da Critical Illne Pre/Post ho Lump sum I LAIM DOCU Claim Form du Hospital Bill Pa	days iary Hospitalization: Yes No um/cash benefit claimed illy Cash Rs. sss Benefit Rs. spitalization Rs. MENTS SUBMITTED-CHECK L illy signed	IST Copy o	nospitalizat rovide deta of the claim tal Break-u tal Oischarg	ion periodils in anno Sur Conva Oti T intimatio Bill e Summa	d: exure) gical Casi escence ner otal n, if any	Rs.	day	5		
Post-hospit Ambulance Pre-hospital aim for Domicil stails of Lump s Hospital Da Critical Illne Pre/Post ho Lump sum I LAIM DOCU	days liary Hospitalization: Yes No liary Hospitalization Rs. MENTS SUBMITTED-CHECK L liary signed Bill	IST Copy c Hospit Hospit Opera	hospitalizat rovide deta of the claim al Break-up	ion periodils in anno Sur Conva Oti T intimatio Bill e Summa e Notes	d: exure) gical Cash escence ner rotal n, if any	Rs.	day	S		

Regd Office: 15th Floor, Tower A, Peninsula Business Park, G. K. Marg, Lower Parel, Mumbal - 400 013
Toll Free No. (24x7): 1800 266 7780 OR 1800 229966 (For Senior Citizens) • Fax: 022 6693 8170 • Email: customersupport@tataaig.com

-0



AIG Group MediCare ATHLGP21248V022021

CLAIM FORM



(Part-A)

To be filled in by the insured . The issue of this Form is not to be taken in as admission of liability Please fill-up this form in CAPITAL LETTERS

DETAILS OF PRI	MARY INSURED
Policy No:	SECTION A)
SI. No. Certification I	Company TPA ID No: 06 8 9 0 0 0 8
`lame (Mr/Mrs/Ms/E	
-	First Name Middle Name Surname
'dress:	21 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
ndmark	COLONY CAMP MALEGAON
ea	BEHIND CHURCH
ty/Town	MALEGAON District NASHIK
n Code	423203 State MARASHTRA
Mail	thakareyuvraj2015@9maj1.com
ione	9403515188
ETAILS OF INS	SURANCE HISTORY (SECTION B)
rrently covered b	by any other Mediclaim/Health Insurance: Yes No
ite of commencer	ment of first insurance without break :
res, Company Na	TATA
Policy No:	36840008 Sum Insured (Rs.): 500000
ve you been hos	pitalized in the last four years since inception of the contract? Yes No
Date:	Diagnosis; No
viously covered	by any other Mediclaim/Health Insurance: Yes No
yes, Company N	Name:
TAILS OF INS	SURED PERSON HOSPITALIZED (SECTION C)
ne (Mr/Mrs/Ms/	
- The state of the	First Name Middle Name Surname
Gender: Male	Female Data of high: 3 0 0 3 2 0 2 2
Relationship to Prin	nary Insured: Self Spouse Child Father Mother Other (Please Specify)
	ervice Self Employed Homemaker Student Retired Other
(P	Please Specify)
	Pearl Office 15th Floor Tower & Paping of Business Dark C. V. Mars L.

in If Medico leg			
		D110 120 A	18475
III) II Medico leg.	ai: Yes No	iv) Reported to Police: Yes No	
v) FIR No:			
vi) If not reporte	ed to police give reason:		_
	ITS SUBMITTED-CHECK LIST	(Freezien)	-
Claim Form duly sig		Investigation reports (SECTION	D)
Original Pre-author	thorization approval letter	CT/MR/USG/HPE investigation reports	
	ard of patient verified by hospital	☐ Doctor's reference slip for investigation	
Hospital Discharge		□ ECG	
Operation Theatre		Pharmacy bills	
Hospital main bill		MLC report & Police FIR	
Hospital break-up I	Ilio	Original death summary from hospital where applicable Any other please specify	
DITIONAL DET	AILS IN CASE OF NON NETWORK HOS		N E)
ne of the Hospital:	SAI CHELDIL	EN HOSPITAL	
lress:	LAYMINAGA	4	Ħ
ity/Town	CHAL25 GAON	District JAL GAON	Ħ
n Code	424101 State WA	HAKASHTKA	
Mail	gajendra ak	IVVad @ gman.	
hone	0158922201	0	
stration No: State Code	2002083183		
oltal PAN:		Number of Inpatient beds: 0 3 0	
	e hospital: i) OT: Vos No II ii) IC	(U: Yes No iii) Others	
ities available in th	ie nospital i) O1. 165 NO II) IC		
LARATION BY	THE HOSPITAL	(SECTIO	ON F)
CLARATION BY ASE READ VERY C	THE HOSPITAL AREFULLY)		
CLARATION BY ASE READ VERY C	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to	rue & correct to the best of our knowledge and belief. If we have m act, our right to claim under this claim shall be forfeited.	
CLARATION BY ASE READ VERY C	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to	rue & correct to the best of our knowledge and belief. If we have m act, our right to claim under this claim shall be forfeited.	
CLARATION BY ASE READ VERY C	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to	rue & correct to the best of our knowledge and belief. If we have m act, our right to claim under this claim shall be forfeited.	
CLARATION BY ASE READ VERY C. nereby declare that or untrue statemen	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to	rue & correct to the best of our knowledge and belief. If we have m act, our right to claim under this claim shall be forfeited.	
CLARATION BY CASE READ VERY C. nereby declare that or untrue statemen [0] 7 0 0	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to the information or concealment of any material fair to the last	rue & correct to the best of our knowledge and belief. If we have m sct, our right to claim under this claim shall be forfeited. अप वास्त्र स्मेश अहिरराव उस्त्री स्मेश अहिरराव Signature and Seal of the Hospital Authority	ade any
CLARATION BY ASE READ VERY C. See READ V	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is tr nt, suppression or concealment of any material fa	Signature and Seal of the Hospital Authority Signature and Seal of the Hospital Authority Let Claims form along with original documents at following addresses.	ade any
CLARATION BY ASE READ VERY C. See READ V	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to not suppression or concealment of any material factorial fact	Signature and Seal of the Hospital Authority alth Claims Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, An ngana, Phone-040-6866900 0229 966 (For Senior Citizens)	ade any
CLARATION BY ASE READ VERY C. Thereby dedare that or untrue statemer [0] 7 0 4 C. Communication d. AliG General Institute (C. C. C	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is to not, suppression or concealment of any material factorial fac	Signature and Seal of the Hospital Authority alth Claims, Imperial Towers, H.No. 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, An ngana, Phone-040-6866900 io 229 966 (For Senior Citizens) Is healthclaimsupport@tataaig.com	ess)
CLARATION BY ASSEREAD VERY C. A Property dedare that For untrue statements A AIG General Institution of Reba No person shall Insurance in resor any rebate or or any rebate or except such reb.	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is tr nt, suppression or concealment of any material fa L l l L L TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TOIL Free: 1800 256 7780 or 18 Website: www.tataaig.com; Email altes - Section 41 of Insurance Act, 193 allow or offer to allow, either directly or indirect for information of risk relating to lives or prop the premium shown on the policy, nor shall an tet as may be allowed in accordance with the ig	Signature and Seal of the Hospital Authority Let Claims. Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, Anngana, Phone-040-66864900 Be as amended by Insurance Laws (Amendment) A city, as an inducement to any person to take out or renew or coterly in India, any rebate of the whole or part of the commission years to take out or renew or coterly in India, any rebate of the whole or part of the commission years taking out or renewing or continuing a policy accept a published prospectus or tables of the insurer.	ess) neerpet, ct, 2015 intinue and payable ny rebate.
e Christian of Rebinaria in responsibilition of Rebinaria in respo	THE HOSPITAL AREFULLY) the information furnished in this Claim From is tr nt, suppression or concealment of any material fa L l l L L TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TAGIC Her TOIL Free: 1800 256 7780 or 18 Website: www.tataaig.com; Email altes - Section 41 of Insurance Act, 193 allow or offer to allow, either directly or indirect for information of risk relating to lives or prop the premium shown on the policy, nor shall an tet as may be allowed in accordance with the ig	Signature and Seal of the Hospital Authority ded claim form along with original documents at following addrugates, phone-040-66864900 in the Hospital Authority in the Hospital Auth	ess) neerpet, ct, 2015 intinue and payable ny rebate.



Employee Information for Insurance

ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON DIST. NASHIK

Employee Information For GMC

			Employee Int	ormation For	GIVIC						
Sr.no	Sr.no for Memb er	Name	Employee Number	Designation	Monthly Salary	DOB of Member	sex	Age (Year)	Relation	Opt	tion 2Lac
1	a	PROF, SHEWALE YUVRAJ SHREERAM	9823628481	Asst. Prof.	СНВ	20-09-1971	М	43	SELF	1 Lac	
	b	SMT. SHEWALE SWETA YUVRAJ				14-07-1984	F	31	WIFE		
	С	KU. SHEWALE ASAWARI YUVRAJ				19-01-2011	F	4	DAUGHTER		
	d	KU, SHEWALE OJASWI YUVRAJ				06-12-2013	F	2	DAUGHTER		
	е	SMT. SHEWALE YASHODA SHREERAM				17-07-1945	F	70	MOTHER		
2	а	PROF, AHIRE BABAJI MOTJRAM	99211488573	Asst. Prof.	СНВ	02-07-1972	M	43	SELF	1 Lac	
11000	b	SMT. AHIRE SARALA BABAJI				28-06-1978	F	37	WIFE		
	С	KU, AHIRE LEKHA BABAJI				25-11-2004	F	11	DAUGHTER	il.	
	d	KU, AHIRE SAI BABAJI	-			21-07-2011	М	4	SON		
	е	SHREE, AHIRE MOTIRAM DAGA				01-12-1931	М	84	FATHER		
	f	SMT. AHIRE DASODABAI MOTIRAM				01-06-1935	F	80	MOTHER		
3	а	SHRFF. BACHHAV BHAUSAHEB KARBHARI	9552637774	PEON	10761	09-06-1970	М	45	SELF	1 Lac	
	b	SMT, BACHHAV VAISHALI BHAUSAHEB				27-06-1976	F	39	WIFE		
	С	KU. BACHHAV GAURI BHAUSAHEB	-			27-01-2009	F	6	DAUGHTER		
	d	KU. BACHHAV PANKAJ BHAUSAHEB				21-07-2015	М	1	SON		
	е	SHREE, BACHHAV KARBHARI RAJARAM				01-06-1940	M	75	FATHER		
	f	SMT. BACHHAV HIRUBAI KARBHARI			10	01-06-1945	F	70	MOTHER		
4	a	SHREE, DEORE VISHWAS SANTOSH	9921496603		10453	04-02-1982	М	33	Self	1 Lac	
	b	SHREE, DEORE SANTOSH BABURAO	-			10-06-1954	М	61	Father		
	-	SMT DEODE SUSUII A SANTOSH				08-12-1967	F	48	Mother		





2017-18

MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S,

ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON DIST. NASHIK

			EMPLO	OYEES	FAMILY	INFO	RMATION	
LOY								OPTION
EE				MONTH	D. LETT. OD	AGE		
SR. SR.	FULL NAME OF EMPLOYEE AND FAMILY				DATE OF	(YE	RELATIONSHIP	
NO. NO.	MEMBERS	NO.	TION	SALARY		,		1 Lac 2 Lac
1 1A	DR. KSHIRSAGAR HIRAMAN MADHUKAR	1308	PRINCIPAL	32000	01-06-1978		SELF	2 Lac
1B	SMT. KSHIRSAGAR PRATIBHA HIRAMAN		-	-	30-11-1983		WIFE	9823870463
1C	KU. KSHIRSAGAR KHUSHI HIRAMAN		•	-	03-10-2007		DAUGHTER	
1D	SMT. KSHIRSAGAR MIRABAI MADHUKAR			-	02-06-1958		MOTHER	
2 2A	DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL	1312	ASST. PRO	F 22000	15-06-1981	M 35	SELF	2 Lac
2B	SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ			-	05-09-1993	F 23	WIFE	9096404806
2C	KU, JAGTAP PRANJAL MANOJ			-	28-02-2014	F 2	DAUGHTER	
2D	SHREE. JAGTAP VITTHAL DEVAJI				01-06-1951	M 65	FATHER	
2E	SMT. JAGTAP VIJAYA VITTHAL		-	-	12-06-1962	F 54	MOTHER	
3 3A	PROF. PAWAR SACHIN GANPAT	1314	ASST. PRO	F CHB	11-09-1989	M 27	SELF	1 Lac
3B	SHREE.PAWAR GANPAT RAGHO		·	-	01-06-1954	M 62	FATHER	9921593739
3C	SMT. PAWAR LATABAI GANPAT		-	-	01-06-1968	F 48	MOTHER	
4 4A	PROF. BORASE AMIT ANNA	1315	ASST. PRO	F CHB	23-05-1988	M 29	SELF	1 Lac
4B	SHREE, BORASE ANNA KASHINATH		1=0	-	05-07-1959	M 57	FATHER	9763312733
4C	SMT. BORASE VIMAL ANNA				12-03-1965	F 51	MOTHER	
5 5A	SHREE, HIRAY JEETENDRA ASHOKRAO	1316	SR. CLEAR	K 19800	22-06-1972	M 44	SELF	2 Lac
5B	-SMT. HIRAY SHUBHANGI JEETENDRA		-	-	21-06-1982	F 34	WIFE	7588555879
5C	KU. HIRAY PRANJAL JEETENDRA		•		30-01-2005	F 11	DAUGHTER	
5D	KU. HIRAY ATHARVA JEETENDRA		-	-	05-09-2013	M 3	SON	
5E	SMT. HIRAY KALAWATI ASHOK				01-06-1943	F 73	MOTHER	and the
6 6A	SHREE, SHINDE SACHIN SHIVMAN	1317	JR. CLEAR	K 9091	01-04-1982	M 34	SELF	2 Lac
6B	SMT. SHINDE ASHA SACHIN				02-06-1986	F 30	WIFE	9657067624
6C	KU. SHINDE PRANITEE SACHIN			•	24-03-2016	F 1	DAUGHTER	
6C	SMT. SHINDE VANUBAI SHIVMAN				01-06-1945	F 71	MOTHER	
7 7A	SHREE. PAWAR BHAUSAHEB DHARMA	1320	DRIVER	12800	16-07-1978	M 38	SELF	2 La
7B	SMT. PAWAR REKHA BHAUSAHEB		-	•	30-04-1980	F 36	WIFE	9637900141
7C	KU. PAWAR SWAPNIL BHAUSAHEB				21-02-2003	M 13	SON	
7D	KU. PAWAR DURGESH BHAUSAHEB				17-07-2005	M 11	SON	

SHREE. PAWAR DHARMA PUNJARAM





Employee Name Designation Salary Monthly Member Member Sex Relation Option MOBILE Age RVI. BAVISKAR SHANTARAM GAMBIR PRINCIPAL 40000 0.10-7-1968 M SELF 1 Lac 7798181253 51 s SMT. BAVISKAR JYOTI SHANTARAM - 13-10-1981 F WIFE - - 13-10-1981 F WIFE - - 19 KU. BAVISKAR GAURAV SHANTARAM - 25-05-2000 M SON - - 25-05-2000 M SON - - 19 KU. BAVISKAR NEHAL SHANTARAM - 25-05-1991 M EMP LAC 9096404806 38 s 18 SMT. JGTAP PARSHDA MANOJ - - 10-05-1991 M EMP - - 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 - - - - - - - - - - - - - - - - - -		ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON	JMMERCE	COLLEG	E SOYGAC	J NC	AL. MALEG	SAON			
RULBAVISKAR SHANTARAM GAMBIR PRINCIPAL 40000 01-07-1968 M SELF 1 Lac 7798181253 SMT. BAVISKAR SHANTARAM - 13-10-1981 F WIFE - - KU. BAVISKAR JOTI SHANTARAM - 25-05-2000 M SON - - KU. BAVISKAR NEHAL SHANTARAM - 01-06-2002 F DAUGHTER - - RU. BAVISKAR NEHAL SHANTARAM - 01-06-2002 F DAUGHTER - - RU. BAVISKAR NEHAL SHANDA MANOJ - 01-06-2033 F WIFE - - KU. JAGTAP PARNUAL MANOJ - - 11-03-2018 M SON - - KU. JAGTAP PARNUAL MANOJ - - 11-03-2018 M SON - - KU. JAGTAP PARNUAL MANOJ - - 11-03-2018 M SELF 1 Lac 903-1048573 KU. JAGTAP PARNUAL MILESH - - 16-00-1983 M SELF 1 Lac 902-1148573	Sr No	Employee Name	Designation	Monthly Salary		Sex	Relation	Option	MOBILE	Age	School & College Name
SMT. BAVISKAR JYOTI SHANTARAM - 13-10-1981 F WIFE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		PRIN.BAVISKAR SHANTARAM GAMBIR	PRINCIPAL	40000	01-07-1968	M	SELF	1 Lac	7798181253	51	soygaon college
KU.BAVISKAR GAURAV SHANTARAM - 25-05-2000 M SON - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	7	SMT.BAVISKAR JYOTI SHANTARAM	1	1	13-10-1981	F	WIFE	-		39	
KU.BAVISKAR NEHAL SHANTARAM - 01-06-2002 F DAUGHTER - DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL ASST. PROF. 26500 15-06-1981 M EMP 1 Lac 9096404806 SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ - 05-09-1993 F WIFE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	-	KU.BAVISKAR GAURAV SHANTARAM	1	T	25-05-2000	M	NOS	1	,	19	
DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL ASST. PROF. 26500 15-06-1981 M EMP 1 Lac 9096404806 SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ - 05-09-1993 F WIFE - - KU. JAGTAP PRANJAL MANOJ - 28-02-2014 F DAUGHTER - - KU. JAGTAP DHRUV MANOJ - - 11-03-2018 M SON - - PROF. NERKAR JAYASHRI NILESH - - 04-09-1987 F WIFE - - KU. NERKAR RITIKA NILESH - - 04-09-1987 F WIFE - - KU. NERKAR RITIKA NILESH - - 16-07-2013 F DAUGHTER - - RU. NERKAR RITIKA NILESH - - 16-07-2013 F DAUGHTER - - RU. NEKAR RITIKA NILESH - - 12-07-2013 F DAUGHTER - - - SMT-AHIRE SARALA BABAJI - - 25-11-2004 F DAUGHTER		KU.BAVISKAR NEHAL SHANTARAM	1		01-06-2002	F	DAUGHTER		1	17	•
KU. JAGTAP HARSHDA MANOJ - 05-09-1993 F WIFE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL	ASST. PROF.	26500	15-06-1981	Σ	EMP	1 Lac	9096404806	38	soygaon college
KU. JAGTAP PRANJAL MANOJ - 28-02-2014 F DAUGHTER - KU. JAGTAP DHRUV MANOJ - 11-03-2018 M SON - PROF. NERKAR NILESH BHAGWAN ASST. PROF. 16-06-1983 M SELF 1 Lac 9403407716 SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH - 04-09-1987 F WIFE - - 920148573 KU. NERKAR RITIKA NILESH - 16-07-2013 F DAUGHTER - - - PROF. AHIRE BABAJI MOTIRAM ASST. PROF. CHB 02-07-1972 M SELF 1 Lac 9921148573 SMT. AHIRE SARALA BABAJI - - 28-06-1978 F WIFE - - KU.AHIRE SAI BABAJI - - 21-07-2014 F DAUGHTER - - SHREE. SHINDE SACHIN - - 10-04-1982 M EMP 1 Lac 9284109440 SMT. SHINDE PRANITI SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER <td>•</td> <td>SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ</td> <td></td> <td>1</td> <td>05-09-1993</td> <td>ш</td> <td>WIFE</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>26</td> <td></td>	•	SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ		1	05-09-1993	ш	WIFE	-	1	26	
KU. JAGTAP DHRUV MANOJ - 11-03-2018 M SON - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	7	KU. JAGTAP PRANJAL MANOJ	1	•	28-02-2014	F	DAUGHTER	1	1	5	1
PROF. NERKAR NILESH BHAGWAN ASST. PROF. 16000 16-06-1983 M SELF 1 Lac 9403407716 SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH - 04-09-1987 F WIFE - - - 16-07-2013 F DAUGHTER - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - <td></td> <td>KU. JAGTAP DHRUV MANOJ</td> <td>t</td> <td>1</td> <td>11-03-2018</td> <td></td> <td>SON</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>1</td> <td></td>		KU. JAGTAP DHRUV MANOJ	t	1	11-03-2018		SON	-	1	1	
SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH - 04-09-1987 F WIFE - - 04-09-1987 F WIFE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		PROF. NERKAR NILESH BHAGWAN	ASST. PROF.	16000	16-06-1983	Ν	SELF	1 Lac	9403407716	36	soygaon college
KU. NERKAR RITIKA NILESH - 16-07-2013 F DAUGHTER - 921148573 PROF-AHIRE BABAJI MOTIRAM ASST. PROF. CHB 02-07-1972 M SELF 1 Lac 9921148573 SMT-AHIRE SARALA BABAJI - 28-06-1978 F WIFE - - KU.AHIRE SAR BABAJI - - 25-11-2004 F DAUGHTER - KU.AHIRE SAI BABAJI - - 21-07-2011 M SON - SHREE. SHINDE SACHIN - - 02-06-1986 F WIFE - KU. SHINDE PRANITI SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER -	3	SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH	1	1	04-09-1987	ш	WIFE	-	1	32	t
PROF-AHIRE BABAJI MOTIRAM ASST. PROF. CHB 02-07-1972 M SELF 1 Lac 9921148573 SMT-AHIRE SARALA BABAJI - - 28-06-1978 F WIFE - - KU-AHIRE SARALA BABAJI - - 25-11-2004 F DAUGHTER - - KU-AHIRE SAI BABAJI - - 21-07-2011 M SON - - SHREE. SHINDE ASCHIN - - 02-06-1986 F WIFE - - KU. SHINDE PRANITI SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - - - 24-03-2016 F DAUGHTER - -		KU. NERKAR RITIKA NILESH	1	1	16-07-2013	F	DAUGHTER		1	9	
SMT-AHIRE SARALA BABAJI - 28-06-1978 F WIFE - KU.AHIRE LEKHA BABAJI - - 25-11-2004 F DAUGHTER - KU.AHIRE SAI BABAJI - - 21-07-2011 M SON - SHREE. SHINDE SACHIN - - 02-06-1982 M EMP 1 Lac 9284109440 SMT. SHINDE ASHA SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PRANITI SACHIN - - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - 07-01-2019 M SON - - -		PROF.AHIRE BABAJI MOTIRAM	ASST. PROF.	CHB	02-07-1972	M	SELF	1 Lac	9921148573	47	soygaon college
KU.AHIRE LEKHA BABAJI - 25-11-2004 F DAUGHTER - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		SMT.AHIRE SARALA BABAJI	-		28-06-1978	F	WIFE	1	1	41	
KU.AHIRE SAI BABAJI - 21-07-2011 M SON - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - <	4	KU.AHIRE LEKHA BABAJI	ī		25-11-2004	F	DAUGHTER		1	15	1
SHREE. SHINDE ACHIN SHIVMAN JR.CLEARK 17000 01-04-1982 M EMP 1 Lac 9284109440 SMT. SHINDE ASHA SACHIN - 02-06-1986 F WIFE - - - KU. SHINDE PRANITI SACHIN - 24-03-2016 F DAUGHTER - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		KU.AHIRE SAI BABAJI	-	1	21-07-2011	M	SON	1	1	00	ı
SMT. SHINDE ASHA SACHIN - 02-06-1986 WIFE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -		SHREE. SHINDE SACHIN SHIVMAN	JR.CLEARK	17000	01-04-1982	Σ	EMP	1 Lac	9284109440	37	soygaon college
KU. SHINDE PRANITI SACHIN - 24-03-2016 F DAUGHTER - - KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN - 07-01-2019 M SON - -	L	SMT. SHINDE ASHA SACHIN	1	1	02-06-1986	ı.	WIFE			33	1
RIKSHIT SACHIN - 07-01-2019 M SON	n	KU. SHINDE PRANITI SACHIN	,		24-03-2016	щ	DAUGHTER	. 1	,	3	
	57	KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN	1	1	07-01-2019		SON		1	0.8	





Arts, Commerce & Science College Soygaon Tal. Malegaon Dist. Nashik Staff Mediclaim

		Excel Sheet Format					
Sr.No.	School/College Name	Name	Relation	Date of Birth	Age	Gender M/F	Mobile No
1	Arts, Commerce & Science College Soygaon	Thakare Yuvraj Ravindra	Self	08-03-1992	30	Male	9403515188
1	Arts, commerce & science conege correct	Thakare Harshada Yuvraj	Wife	21-02-1997	25	Female	9403515188
2	Arts, Commerce & Science College Soygaon	Shirsath Vilas Yuvraj	Self	14-09-1990	32	Male	9765581804
	Arts, commerce & science conege soygoon	Shirsath Priyanka Vilas	Wife	14-04-1989	33	Female	9765581804





2 2A	PROF. DEORF KETAN RAMFSH	NEW/	INDADIVAN	0000	20 1001 01 01	ני
		INLVV	LIBRARITAIN	0000	IN 1861-01-61	25 SELF
28	SHREE. DEORE KRISHNA RMESH	,		1	01-06-1951 M	67 FATHER
2C	SMT. DEORE ASHALATA RAMESH	-			03-03-1961 F	57 MOTHER
3 3A	PROF. NERKAR NILESH BHAGWAN	NEW	ASST. PROF.	14000	16-06-1983 M	34 SELF
38	SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH				04-09-1987 F	30 WIFE
30	KU. NERKAR RITIKA NILESH	ı	ì		16-07-2013 F	4 DAUGHTER
3D	SHREE. NERKAR BHAGWAN GANGARAM	1	i		28-05-1956 M	60 FATHER
4 4A	PROF. PANDIT NITIN DATTATRAY	NEW	ASST. PROF. CHB	CHB	03-07-1972 M	45 SELF
48	SMT. PANDIT SEEMA NITIN				23-07-1981 F	36 WIFE
4C	KU. PANDIT OMKAR NITIN	,	1		20-10-2004 M	13 SON
4D	KU. PANDIT BHAGYASHRI NITIN		1		30-12-2005 F	12 DAUGHTER
4E	SHREE. PANDIT DATTATRAY DINKAR	ı			04-07-1936 M	81 FATHER
4F	SMT. PANDIT SUSHILA DATTATRAY				19-02-1952 F	65 MOTHER
5 5A	GONARKAR PIRAJI DATTA	NEW	ASST. PROF.	14000	04-03-1981 M	36 SELF
5B	GONARKAR SANGITA PIRAJI				22-05-1991 F	26 WIFE
2C	GONARKAR DAKSH PIRAJI	i			22-06-2015 M	2 SON
SD	GONARKAR ANJANABAI DATTA	ı			01-06-1952 F	65 MOTHER
6 6A	SONAWANE RAMESHWAR NARAYAN	NEW	ASST. PROF.	14000	10-10-1987 M	29 SELF
68	SONAWANE JAYSHREE RAMESHWAR	1	1		05-05-1990 F	26 WIFE
90	SONAWANE ARADHYA RAMESHWAR				02-05-2014 F	3 DOUGHTER
Q9	SONAWANE VIGHNESH RAMESHWAR	i			12-09-2016 M	I SON
99	SONAWANE NARAYAN ANAJI				01-06-1961 M	56 FATHER
6F	SONAWANE SHOBHA NARAYAN	j	1		15-06-1966 F	50 MOTHER
EMPL						
OYEE				MONTHA		
SR. SR.NO. NO.	FULL NAME OF EMPLOYEE AND FAMILY MEMBERS	EMPLOYEE DESIGNA- NO. TION		LY SALARY	DATE OF BIRTH SEX	AGE RELATION (YEARS) SHIP
7 7A	PATIL NILESH SUDAM	NEW	CLERK 4	4 TH PAY	28-12-1986 M	27 SELF
78	PATIL PRATIBHA NILESH		,		08-04-1996 F	22 WIFE
70	PATIL MEHUL NILESH	1	1		09-10-2015 M	2 SON
70	PATIL SUDAM DAMU	,	1		01-04-1959 M	58 FATHER
7E	PATIL LATABAI SUDAM				05-06-1966 F	50 MOTHER



8 8A	PROF.KOTE YOGESH ASHOK	NEW	JR.TEA.	FIX PAY	03-05-1989 M	30 SELF
8B	SMT.KOTE DHANASHREE YOGESH			(E)	21-10-1993 F	25 WIFE
8C	KOTE RAMESHWAR YOGESH		u l	-	23-03-2019 M	2MONTH SON
8D	KOTE ASHOK PANDIT		-		01-06-1960 M	59 FATHER
8E	KOTE RADHABAI ASHOK				01-06-1968	51 MOTHER
9 9A	PROF.GANGURDE GORAKHRAJ SURESH	NEW	JR.TEA.	CHB	22-06-1988 M	31 SELF
9B	GANGURDE RUPALI GORAKHRAJ				01-01-1996 F	23 WIFE
9C	GANGURDE ANNANYA GORAKHRAJ				05-12-2015 M	3 DAUGHTER
9D	GANGURDE SURESH DATTATRAY					
9E	GANGURDE SUMANBAI SURESH					
10 10A	SHREE DEORE SHALIGRAM KAUTIK	NEW	PEON		14-01-1990 M	29 SELF
10B	SMT.DEORE NIKITA SHALIGRAM			-	13-02-1996 F	23 WIFE
10C	KU.DEORE AADITYA SHALIGRAM				21-02-2017 M	2 SON
10D	SHREE DEORE KAUTIK DAULAT		-		01-01-1954 M	64 FATHER
10E	SMT.DEORE JIJABAI KAUTIK			-	01-06-1957 F	62 MOTHER
11 11A	PRIN.BAVISKAR SHANTARAM GAMBIR	NEW	PRINCIPA	L -	01-07-1968 M	SELF
12B	SMT.BAVISKAR JYOTI SHANTARAM		-	-	13-10-1981 F	WIFE
13C	KU.BAVISKAR GAURAV SHANTARAM				25-05-2000 M	SON
14D	KU.BAVISKAR NEHAL SHANTARAM			-	23-06-2002 F	DAUGHTER
15E	SMT.BAVISKAE HIRABAI GAMBIR		-	-	F	MOTHER
12 12A	PROF.AHIRE BABAJI MOTIRAM	EMP00626	ASST. PRO	OF	02-07-1972 M	47 SELF
12C	SMT.AHIRE SARALA BABAJI	g.		-	28-06-1978 F	41 WIFE
12D	KU.AHIRE LEKHA BABAJI			-	25-11-2004 F	15 DAUGHTER
12E	KU.AHIRE SAI BABAJI			-	21-07-2011 M	8 SON
12F	SMT.AHIRE DASODABAI MOTIRAM				01-063-1935 F	84 MOTHER







Nikita Ramesh Bagul Get 2 Lakh Insu.Policy Beneficiat from College.





