



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 Prasarak 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
B. A.	F.Y.B.A.	131	128	127	122	120
	S.Y.B.A.	87	98	79	68	60
	T.Y.B.A.	87	81	61	64	47
B. COM.	F.Y.B.COM.	107	80	101	120	86
	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-teaching	03	03	01	00	00
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 वर्ष २०१७-१८ या वर्षाची विद्यार्थी सुरक्षानिधी व विद्यार्थी कल्याणनिधी योजनांची खालीलप्रमाणे वर्गणी जमा करून या कार्यालयाकडे ३१/८/२०१७ पर्यंत पाठविण्यात यावी.

अ.नं	तपशिल	विभाग	वर्गणी
०१	विद्यार्थी कल्याणनिधी	प्राथमिक व माध्यमिक विभाग महाविद्यालयीन व तंत्रशिक्षणविभाग	रु. ०५/- रु. १०/-
०२	विद्यार्थी सुरक्षानिधी	प्राथमिक, माध्यमिक महाविद्यालय व तंत्रशिक्षणविभाग (सर्वासाठी)	रु. १०/-

वरील वर्गणी पाठविताना मराठा विद्या प्रसारक समाज, विद्यार्थी कल्याणनिधी योजना व मराठा विद्या प्रसारक समाज, विद्यार्थी सुरक्षानिधी योजना या नावाने राष्ट्रीयकृत बँकेचे वेगवेगळ्या चेकमार्फत मध्यवर्ती कार्यालयाकडे पाठविण्यात यावे. सदरची वर्गणी मध्यवर्ती कार्यालयाकडे जमा करणे बाबत पुनःश्च स्मरणपत्र द्यावे लागणार नाही याची दक्षता घ्यावी.

कळावे,

आपला विश्वासु,

शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक.

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



**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. मेडि./६१२८/२०१६/१७

दिनांक: १/०९/२०१७

तातडीचे-स्मरणपत्र-१

प्रति,

प्राचार्य/मुख्याध्यापक, मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक (मराठी माध्यम) व
अव्यावसायिक वरिष्ठ महाविद्यालये यांसी-

विद्यार्थ्यांकरिता मेडिकलेम पॉलिसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरिता सामुहिक मेडिकलेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखून संस्थेने त्या संदर्भात 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 मेडीकलेम पॉलिसी न्यु इंडिया अॅशुरन्स कंपनी कडून घेण्याचे निश्चित झाले आहे. सदर मेडिकलेम पॉलिसी घेतल्या नंतर विद्यार्थ्यांना त्या संदर्भात सेवा कशी दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधीं सोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली आहे. संस्थेने पुढाकार 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 करिता घेण्याचे संस्थेने ठरविले आहे.

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

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

मेडिकलेम विमा पॉलिसी

अ. नं.	मेडिकलेम विमा पॉलिसी योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांस मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत पालकास मिळणारी रक्कम रु.	विम्याचा वार्षिक हप्ता रु.	विमा पॉलिसीचा मुदत
१	५०,०००/-	२,००,०००/-	१,००,०००/-	१५४/-	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 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 रु. १५४/- 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 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 गांभिर्याने लक्ष घालावे. अन्यथा मुदतीनंतर काही घटना घडल्यास संबंधीत पालकांच्या व विद्यार्थ्यांच्या तक्रारीस शाखाप्रमुख जबाबदार असतील याची नोंद घ्यावी. टिप- सदर पॉलिसी सक्तीची नसून ऐच्छिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.


शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

**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

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. सहभागी होणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांची माहिती भरून Excel Sheet ची Soft Copy व Hard Copy वेळोवेळी संस्थेच्या मध्यवर्ती कार्यालयात जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रु. १७६/- वार्षिक हप्ता रक्कम शाळने जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम शाळने 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 ऐश्विक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.

शिक्षणाधिकारी

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक





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. मॉडि./16-48/2019-96

दिनांक: २०/०३/२०१८

प्रति,

प्राचार्य/मुख्याध्यापक,

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व मराठी माध्यमांचे प्राथमिक/माध्यमिक/उच्च माध्यमिक व अत्यावसायिक वरिष्ठ महाविद्यालये
यांनी-

विद्यार्थ्यांकरिता मेडिकलेम पॉलिंसी

आपल्या संस्थेतील शाळा व महाविद्यालयात शिक्षण घेणाऱ्या सर्व विद्यार्थ्यांकरिता सामुहिक मेडिकलेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिंसीची गरज ओळखून संस्थेने सन-२०१८-१९ या वर्षी देखील पॉलिंसी 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 मेडिकलेम पॉलिंसी न्यु.इंडिया अंशुरन्स कंपनी कडून घेण्याचे निश्चित झाले आहे. सदर मेडिकलेम पॉलिंसी घेतल्या नंतर विद्यार्थ्यांना त्या संदर्भात सेवा कशी दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधी सोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली आहे. संस्थेने पुढाकार घेऊन इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींसोबत वेळोवेळी चर्चा करून पूर्ण पॉलिंसी संदर्भात माहिती घेतली आहे. व या योजनेचे सादरीकरण सर्व व्यवस्थापनाला वेळोवेळी करण्यात आले आहे. ही योजना आपल्या सर्व विद्यार्थ्यां करिता घेण्याचे संस्थेने ठरविले आहे.

सदर पॉलिंसीचा कालावधी गतवर्षाप्रमाणे एक वर्षाचा राहिल व प्रत्येक वर्षी पॉलिंसीचे नुतनीकरण केले जाईल व त्याप्रमाणे पॉलिंसीचा हप्ता प्रत्येक वर्षी भरावा लागेल. सन-२०१८-१९ करिता खालील प्रमाणे विमा पॉलिंसीचा हप्ता असेल.

विद्यार्थी हा एकमेव सदस्य या मेडिकलेम पॉलिंसी योजनेत समाविष्ट आहे. विद्यार्थ्याला दरवर्षी रु. १७१/- वार्षिक हप्ता प्रवेश घेते वेळी भरावयाचा आहे. सदर पॉलिंसी योजनेचे फायदे खालील प्रमाणे आहे.

मेडिकलेम विमा पॉलिंसी

अ.नं.	मेडिकलेम विमा पॉलिंसी योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत वडीलांच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यांस मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत आईच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यांस मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांच्या अपघाती मृत्यूनंतर पालकास मिळणारी रक्कम रु.	विम्याचा वार्षिक हप्ता रु.	विमा पॉलिंसीची मुदत
१	५०,०००/-	२,००,०००/-	१,००,०००/-	१,००,०००/-	१७१/-	१ वर्ष

प्रवेश घेते वेळी ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिंसी 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 व Hard Copy १५ दिवसाच्या आत संस्थेच्या कार्यालयात ERP Section मध्ये श्री. शिंदे विजय सर यांचेकडे जमा करणे आवश्यक आहे.

तसेच प्रवेश घेते वेळी विद्यार्थ्यांकडून रु. १७१/- वार्षिक हप्ता रक्कम शाळने जमा करावयाची आहे. सदर रक्कम शाळने विद्यार्थ्यांच्या पुर्ण नावाची यादी सोबत मध्यवर्ती कार्यालयात चेकने जमा करावयाची आहे. सदरचा चेक सरचिटणीस, मराठा विद्या प्रसारक समाज या नावाने जमा करावा. चेक व विद्यार्थ्यांची यादी १५ दिवसाच्या आत संस्थेच्या ऑफीस मध्ये जमा करणे आवश्यक आहे. टिप- सदर पॉलिंसी सक्तीची नसून ऐच्छिक आहे. ज्या विद्यार्थ्यांना ह्या पॉलिंसीचा लाभ घ्यावयाचा आहे अशाच विद्यार्थ्यांनी माहिती पाठवावी.

(श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार)
सरचिटणीस
मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

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. 1733/२०१९-२०

दिनांक: ३०/०४/२०१९

प्रति,

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

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

आपल्या संस्थेतील कर्मचाऱ्याकरीता सामुहिक मेडिकलेम 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.

मेडिकलेम पॉलिसीमध्ये समाविष्ट सदस्य:-कर्मचारी (स्वतः), कर्मचाऱ्याची पत्नी, कर्मचाऱ्याची २ मुले-(२५ वर्षांचे आतील) असा चार सदस्यांचा समावेश राहाणार आहे. माहिती पाठवितांना तयार केलेली माहिती संबंधीत कर्मचाऱ्यांकडून प्रमाणित करून घेण्यात यावी.
टिप- ज्या कर्मचाऱ्यांना १+५ (स्वतः+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 करिता सदर पॉलिसीचे वार्षिक हप्ते खालील प्रमाणे असतील.

अ.नं.	मेडिकलेम पॉलिसीची मर्यादा (Sum Assured Value)	वार्षिक हप्ता १+३ साठी (Including Tax)	
		पुर्वीचा हप्ता	नवीन हप्ता
१	रु. १,००,०००/- + वैयक्तिक अपघाती विमा-	रु.०५,००,०००/-	रु.७,५८२/-
२	रु. २,००,०००/- + वैयक्तिक अपघाती विमा-	रु.१०,००,०००/-	रु.९,९७९/-
३	रु. ५,००,०००/- + वैयक्तिक अपघाती विमा-	रु.२५,००,०००/-	रु.२३,७७७/-

* मेडिकलेमची 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 राहिल. 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.



**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. ४८६/२०२०-२१

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 मेडिकलेम
व अपघाती विमा योजनेबाबत.**

आपल्या संस्थेतील कर्मचाऱ्यांकरीता सामुहिक मेडिकलेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखून संस्थेने मागील तीन वर्षांपासून विमा कंपनी प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने निगोशिएशन केले व निगोशिएशन नुसार सामुहिक मेडिकलेम पॉलिसी न्यु. इंडिया इन्शुरन्स कंपनीकडून घेण्याचे निश्चित केले होते त्यानुसार ही मेडिकलेम पॉलिसी घेतल्यानंतर सेवकांना कशी सेवा दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनाने वेळोवेळी चर्चा केली होती. संस्थेने पुढाकार घेऊन इन्शुरन्स कंपनीच्या प्रतिनिधींसोबत वेळोवेळी चर्चा करून पुर्ण पॉलिसीसंदर्भात माहिती घेऊन या योजनेचे सादरीकरण सर्व कर्मचाऱ्यांना / व्यवस्थापनाला वेळोवेळी करण्यात आले असून ही योजना गेल्या तीन-चार वर्षांपासून 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 व नव्याने सहभागी होऊ इच्छिणाऱ्या कर्मचाऱ्यांची व त्यांच्या कुटुंबातील 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.	मेडिकलेम पॉलिसीची मर्यादा (Sum Assured Value)	वार्षिक हप्ता १+३ साठी (Including Tax)
१	रु. १,५०,०००/- + वैयक्तिक अपघाती विमा-	रु. ०५,००,०००/- ११,५००/-

म.कळावे,

(श्रीमती निलीमा वसंतराव पवार)

सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

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. मेडि./१०३९/२०२०-२१

दिनांक: २४/०३/२०२१

प्रति,

प्राचार्य/मुख्याध्यापक,

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

विद्यार्थ्यांकरिता मेडिकलेम पॉलिसी

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

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

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

मेडिकलेम विमा पॉलिसी

अ. नं.	मेडिकलेम विमा पॉलिसी योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांसाठी हॉस्पिटलायझेशन खर्चासाठी मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत वडीलांच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यांस मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत आईच्या अपघाती मृत्यूनंतर विद्यार्थ्यांस मिळणारी रक्कम रु.	अपघाती विमा योजने अंतर्गत विद्यार्थ्यांच्या अपघाती मृत्यूनंतर पालकास मिळणारी रक्कम रु.	विम्याचा वार्षिक हप्ता रु.	विमा पॉलिसीची मुदत
१	५०,०००/-	२,००,०००/-	१,००,०००/-	१,००,०००/-	१७५/-	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 रु.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 ऐच्छिक 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 वसंतराव पवार)
सरचिटणीस

मराठा विद्या प्रसारक समाज, नाशिक

* मेडिकलेमची 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 राहिल. परस्पर कुठल्याही प्रकारची रक्कम बँकेत जमा करू नये.

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. 4213/२०२१-२०२२

दिनांक: २० / ११ / २०२१

प्रति,

मा. मुख्याध्यापक / प्राचार्य,

मराठा विद्या प्रसारक समाज संचलित सर्व शाखा प्रमुख यांसी,

विषय: आपल्या संस्थेतील कायम व हंगामी कर्मचाऱ्याकरीता घ्यावयाच्या सामूहिक मेडीक्लेम व आपघाती विमा योजनेबाबत ...

आपल्या संस्थेतील कर्मचऱ्यातील सामूहिक मेडीक्लेम व वैयक्तिक अपघाती विमा पॉलिसीची गरज ओळखून संस्थेने मागील तीन वर्षापासून विमा कंपनी प्रतिनिधीसोबत संस्थेच्या व्यवस्थापनेने निगोशिऐशन नुसार सामूहिक मेडीक्लेम पॉलिसी **टाटा एआयजी. जनरल इन्शुरन्स** कंपनीकडून घेण्याचे निश्चित केले आहे. त्यानुसार ही मेडीक्लेम पॉलिसी घेतल्यानंतर सेवकांना कशी सेवा दिली जाईल या संदर्भात इन्शुरन्स 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 स्वरूपात 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 इच्छिणाऱ्या 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 हप्ता खालील प्रमाणे असेल.

अ.नं०	मेडीक्लेम पॉलिसीची मर्यादा (Sun Assured Value)	वार्षिक हप्ता १+३ साठी (Including Tax)
१	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 Previous Institute : 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

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



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. Kshirsagar
Principal

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

Student Admission Receipt



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

Admission Receipt

2021-22

Student Copy

Name Of Student : Ahire Rohit Uddhav
Class Name : FYBA; Gender : Male;
Aided Type : Non-Grant; Concession : 10-OBC/NT/SBC; Category : SC;

URN No : 483067
Receipt No : SN21000130
Date : 01/10/2021



Admission	Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Student Activities	Seminor
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	150.0	0.0	0.0	0.0
Medical	U.d.f	Eligibility	Computerization	U.s.w.f.	Mvpss	Pbf	I Card	
10.0	0.0	300.0	0.0	0.0	10.0	50.0	0.0	

Register [A] Total : 520.0

Comm Parctical	Ashwamedh	Lib W & T	P.e.drive Programme	Uni. Insurance	Disg. Mang	Mvp. Swf	Student Mediclaim	Corpuras Fund
0.0	0.0	60.0	100.0	0.0	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	

Register [B] Total : 625.0

Inwords : One Thousand One Hundred Forty-Five Only

Grand Total : 1,145.0

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

URN : 2100130
Clerk : 104,191

Water is more precious than Gold

Dr. S. B. Patil
Principal





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

Admission Receipt

2019 -20

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

Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Student 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	Computerization 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 Programm e Fee	Uni. Insurance	Disaster Managment Fee	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 Fee	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 : Eight Hundred Forty Only								Grand 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

Principal

Scanned with OKEN Scanner



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

Admission Receipt

2019 -20

Name Of Student :Pingale Prasad Sharad

Class :FYBCOM; Gender : Male; Aided : Non-Grant
Concession : 10-OBC/NT/SBC; Category :OBC;

URN No : 438386
Receipt No : SN19000431
Date : 03/09/2019

Admission Fee	Tution Fee	Lib Fee	Lab Fee	Uni. Reg. Fee	Exam Fee	Gym Fee	Student 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	Computerization 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 Programm e Fee	Uni. Insurance	Disaster Managment Fee	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 Fee	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 : One Thousand Two Hundred Fifty Only								Grand 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

2019-20

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	Student 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	Computerization 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 Programme Fee	Uni. Insurance	Disaster Managments Fee	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 Fee	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	
Inwards : Eight Hundred Ninety Only								Grand 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

2021-22

Name Of Student : Ladake Harshad Madan
Class Name :TYBCOM; Gender : Male;
Aided Type : Non-Grant; Concession : 0-PAY; Category :Open;

URN No : 340506
Receipt No : SN21000560
Date : 14/12/2021

Admission	Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Student 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	Computerization	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 Programme	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	
Inwards : Two Thousand One Hundred Fifteen Only								Grand Total :	2,115.0

**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

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

2021-22

Name Of Student : **Wable Rohit Sharad**
Class Name : **SYBA**; Gender : **Male**;
Aided Type : **Non-Grant**; Concession : **0-PAY**; Category : **Open**;

URN No : **506965**
Receipt No : **SN21000559**
Date : **14/12/2021**



Office Copy

Admission	Tution	Lib	Lab Fee	Uni. Reg.	Additional Credit	Gym	Student 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	Computerization	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 Programme	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

Grand Total : **2,115.0**

**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. Patil
Principal

Scanned with OKEN Scanner



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

Admission Receipt

2019-20

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	Student Activities Fee	Seminar
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	Computerization 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 Programme	Uni. Insurance	Disaster Managements Fee	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 Fee	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 : Eight Hundred Forty Only

Grand 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




Principal




Scanned with OKEN Scanner



Insurance ID Card

 <p>The New India Assurance Co. Ltd.</p> <p>MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ</p> <p>Photo I.D. to be Produced with this card</p>	<p>Name : PROF NERKAR NILESH BHAGWAN</p> <p>Age : 36 Yrs EmpCode: 859</p> <p>Relation: : Self Gender: M</p> <p>UHID : NAER 922060</p> <p>RMN : 0</p> <p>Policy No. : 15320034190400000025</p> <p>Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020</p> <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.</p> <p>An ISO 9001:2015 Certified Organisation</p>	<p>INSTRUCTIONS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the treatment 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. 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. <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd. 11-C, 2nd Floor, 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</p>
		

 <p>The New India Assurance Co. Ltd.</p> <p>MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ</p> <p>Photo I.D. to be Produced with this card</p>	<p>Name : SMT NERKAR JAYASHRI NILESH</p> <p>Age : 32 Yrs EmpCode: 859</p> <p>Relation: : Wife Gender: F</p> <p>UHID : NAER 922061</p> <p>RMN : 0</p> <p>Policy No. : 15320034190400000025</p> <p>Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020</p> <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.</p> <p>An ISO 9001:2015 Certified Organisation</p>	<p>INSTRUCTIONS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the treatment 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. 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. <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd. 11-C, 2nd Floor, 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</p>
		

 <p>The New India Assurance Co. Ltd.</p> <p>MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ</p> <p>Photo I.D. to be Produced with this card</p>	<p>Name : KU NERKAR RITIKA NILESH</p> <p>Age : 6 Yrs EmpCode: 859</p> <p>Relation: : Daughter Gender: F</p> <p>UHID : NAER 922062</p> <p>RMN : 0</p> <p>Policy No. : 15320034190400000025</p> <p>Valid From : 04-10-2019 Valid Upto: 03-10-2020</p> <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd.</p> <p>An ISO 9001:2015 Certified Organisation</p>	<p>INSTRUCTIONS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. This card is only for identification and is not an authorization to proceed with the treatment 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. 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. <p>Ericson Insurance TPA Pvt. Ltd. 11-C, 2nd Floor, 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</p>
		



Claim Form Case No 1

TATA AIG Group MediCare
CLAIM FORM
TATHLGP21248V022021

TATA AIG INSURANCE
WITH YOU ALWAYS

(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 PRIMARY INSURED (SECTION A)

Policy No: 36840008 SMVPS E

Sl. No. Certification No: Company TPA ID No: 36840008

Name (Mr/Mrs/Ms/Dr): YUVRAJ RAVINDRA THAKARE
First Name Middle Name Surname

Address: S.N.68 PLOT No. 151 BHAGYODAYA,
 Landmark: COLONY CAMP MALEGAON
 Area: BEHIND EHURCHE,
 City/Town: MALEGAON District: NASHIK
 Pin Code: 423203 State: MAHARASHTRA
 E-Mail: thakareyuyraji2015@gmail.com
 Phone: 9403515188

DETAILS OF INSURANCE HISTORY (SECTION B)

Currently covered by any other Medicaim/Health Insurance: Yes No

Date of commencement of first insurance without break: 01012022

If yes, Company Name: TATA AIG

Policy No: 36840008 Sum Insured (Rs.): 500000

Have you been hospitalized in the last four years since inception of the contract? Yes No

Date: Diagnosis: NO

Previously covered by any other Medicaim/Health Insurance: Yes No

If yes, Company Name:

DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED (SECTION C)

Name (Mr/Mrs/Ms/Dr): HARSHADA YUVRAJ THAKARE
First Name Middle Name Surname

Gender: Male Female Date of birth: 21021997 Age: 25 Years Months

Relationship to Primary Insured: Self Spouse Child Father Mother Other (Please Specify)

Occupation: Service Self Employed Homemaker Student Retired Other
 (Please Specify)



iii) If Medico legal: Yes No

iv) Reported to Police: Yes No

v) FIR No.

vi) If not reported to police give reason: _____

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST

(SECTION D)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Claim Form duly signed | <input checked="" type="checkbox"/> Investigation reports |
| <input type="checkbox"/> Original Pre-authorization request | <input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE investigation reports |
| <input type="checkbox"/> Copy of the Pre-authorization approval letter | <input type="checkbox"/> Doctor's reference slip for investigation |
| <input type="checkbox"/> Copy of photo ID card of patient verified by hospital | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital Discharge summary | <input checked="" type="checkbox"/> Pharmacy bills |
| <input checked="" type="checkbox"/> Operation Theatre notes | <input type="checkbox"/> MLC report & Police FIR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital main bill | <input type="checkbox"/> Original death summary from hospital where applicable |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital break-up bill | <input type="checkbox"/> Any other please specify |

ADDITIONAL DETAILS IN CASE OF NON NETWORK HOSPITAL

(SECTION E)

(ONLY FILL IN CASE OF NON-NETWORK HOSPITAL)

Name of the Hospital: STRIBE CHAITANYA NURSING

Address: HOMI B. HIRAPUR RD. CHARLES GAON

City/Town: CHARLES GAON District: JALGAON

Pin Code: 424101 State: MAHARASHTRA

E-Mail: _____

Phone: 9822896493

Registration No. with State Code: 74533

Hospital PAN: _____

Number of Inpatient beds: 020

Facilities available in the hospital: i) OT: Yes No ii) ICU: Yes No iii) Others _____

DECLARATION BY THE HOSPITAL

(SECTION F)

(PLEASE READ VERY CAREFULLY)

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.

Date: 09/04/2022

Place: CHARLES GAON

Signature and Seal of the Hospital Authority



DR. SANJAY CHAVAN
 M.D. (OB-GYN) M.A.S.
 Reg No. 74533

Communication details of TPA (kindly submit the duly signed filled claim form along with original documents at following address)

TAGIC Health Claims,
 TATA AIG General Insurance Company Limited, 5th and 6th Floor, Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, Ameerpet,
 Hyderabad - 500016, Telangana, Phone-040-66864900
 Toll Free: 1800 266 7780 or 1800 229 966 (For Senior Citizens)
 Website: www.tataaig.com; Email: healthclaimsupport@tataaig.com

Prohibition of Rebates - Section 41 of Insurance Act, 1938 as amended by Insurance Laws (Amendment) Act, 2015

- No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.
- Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.



CLAIM FORM (PART-B)

To be filled in by the Hospital. The issue of this Form is not to be taken as an admission of liability. Please include the original preauthorization request form in lieu of PART A

Please fill-up this form in CAPITAL LETTERS

DETAILS OF HOSPITAL (SECTION A)

Name of the Hospital: **STREE CHAITANYA NURSING HOME CHALISGAON.**
 Hospital ID: _____
 Type of Hospital: Network Non Network (if non network fill section E)
 Name of the treating Doctor: **SANTAN SAHUBRAO CHANAN**
First Name Middle Name Surname
 Qualification: **M.D. (OB-GYN)**
 Registration No.: **74533**
(with State Code)
 Phone No.: **9822894493**

DETAILS OF THE PATIENT ADMITTED (SECTION B)

Name of the Patient: **HARSHADA NUNRAT THAKARE**
First Name Middle Name Surname
 IP Registration Number: **1305322**
 Gender: Male Female Age: Years **24** Months
 Date of Birth: _____
 Date of Admission: **30 03 2022** Time: **03 AM**
 Date of Discharge: **02 04 2022** Time: **08: PM**
 Type of Admission: Emergency Planned Day Care Maternity
 If Maternity: i) Date of Delivery: **30 03 2022** ii) Gravida Status: **G1**
 Status at time of discharge: Discharge to home Discharge to another hospital Deceased
 Total claimed amount: _____

DETAILS OF AILMENT DIAGNOSED (PRIMARY) (SECTION C)

ICD 10 Codes:	Description	ICD 10 PCS:	Description
i) Primary Diagnosis	_____	i) Procedure 1	NON-PROGRESS
ii) Additional Diagnosis	_____	ii) Procedure 2	OF LABOUR
iii) Co-morbidities	_____	iii) Procedure 3	_____
iv) Co-morbidities	_____	iv) Details of Procedure	_____

Pre-authorization obtained: Yes No
 Pre-authorization Number: _____
 If authorization by network hospital not obtained, give reason: _____
 Hospitalization due to injury: Yes No
 i) If yes, give cause: Self-inflicted Road Traffic Accident Substance abuse / alcohol consumption
 ii) If injury due to Substance abuse/alcohol consumption, Test Conducted to establish this: Yes No (If Yes, attach report)





LIST OF BILLS ENCLOSED: (SECTION F)

No.	Bill No.	Date	Issued by	Towards	Amount
1	As per Attach Bill			Hospital Main Bill	32,000
2				Pre-hospitalization Bills Nos.	
3				Post-hospitalization Bills Nos.	
4				Pharmacy Bills	5206
5				NST	1000
6				Anaesthesia	2800
7					
8					
9					
10				Total =	41006+

DETAILS OF PRIMARY INSURED BANK ACCOUNT: (SECTION G)

AN Card: ALMPT4314K Account No: 60322385759
 Bank Name and Branch: BANK OF MAHARASTRA VADNER KHAKRODI
 Cheque/DD Payable details: _____ IFSC Code: MAHB0001009

DECLARATION BY THE INSURED (SECTION H)

I hereby declare that the information furnished in this Claim Form 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 claim 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.

Date: 16042022 Signature of the Insured: _____
 Place: MALEGAON

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

Sl. No.	DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
SECTION A: DETAILS OF PRIMARY INSURED			
a.	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
b.	Sl. No./Certificate No.	Enter the social insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
c.	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 Medicaclaim/Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Medicaclaim/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

Address: S N G 8 P L O T N O . 1 S I B H A G Y O P A Y A
 COLONY CAMP MALEGAON
 BEHIND CHURCH
 MALEGAON District NASHIK
 Code: 4 2 3 2 0 3 State MAHARASHTRA
 Email: thakareyuvra2015@gmail.com
 Phone: 9 4 0 3 5 1 5 1 8 8

DETAILS OF HOSPITALIZATION

(SECTION D)

Name of Hospital: STREE CHAITANYA MATERNITY
 Name of Hospital where Admitted: STREE CHAITANYA MATERNITY
 Room Category occupied: Day Care Single occupancy Twin sharing 3 or more beds per room
 Hospitalization due to: Injury Illness Maternity
 Date of injury/Date Disease first detected/Date of Delivery: _____
 Date of Admission: 3 0 0 3 2 0 2 2 Time: 0 8 A M
 Date of Discharge: 0 3 0 4 2 0 2 2 Time: 0 3 P M
 Injury give cause: Self Inflicted Road Traffic Accident Substance Abuse/Alcohol Consumption
 If Medico legal: Yes No
 Reported to police: Yes No
 MLC Report & Police FIR attached: Yes No
 System of Medicine: _____

DETAILS OF CLAIM

(SECTION E)

Details of the treatment expenses claimed:
 Pre-hospitalization Expenses Rs. _____ Hospitalization Expenses Rs. _____
 Post-hospitalization Expenses Rs. _____ Health-Check up Cost Rs. _____
 Ambulance Charges Rs. _____ Other (Code) _____ Rs. _____
 Total Rs. _____
 Pre-hospitalization period: _____ days Post-hospitalization period: _____ days
 Claim for Domiciliary Hospitalization: Yes No (If yes, provide details in annexure)
 Details of Lump sum/cash benefit claimed:
 Hospital Daily Cash Rs. _____ Surgical Cash Rs. _____
 Critical Illness Benefit Rs. _____ Convalescence Rs. _____
 Pre/Post hospitalization Lump sum benefit Rs. _____ Other Rs. _____
 Total Rs. _____

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST

- Claim Form duly signed
- Hospital Main Bill
- Hospital Bill Payment Receipt
- Pharmacy Bill
- ECG
- Investigation Reports (Including CT/MRI/USG/HPE)
- Copy of the claim intimation, if any
- Hospital Break-up Bill
- Hospital Discharge Summary
- Operation Theatre Notes
- Doctor's request for investigation
- Doctors Prescription
- Others





iii) If Medico legal: Yes No

iv) Reported to Police: Yes No

v) FIR No.

vi) If not reported to police give reason: _____

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST

(SECTION D)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Claim Form duly signed | <input checked="" type="checkbox"/> Investigation reports |
| <input type="checkbox"/> Original Pre-authorization request | <input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE investigation reports |
| <input type="checkbox"/> Copy of the Pre-authorization approval letter | <input type="checkbox"/> Doctor's reference slip for investigation |
| <input type="checkbox"/> Copy of photo ID card of patient verified by hospital | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital Discharge summary | <input checked="" type="checkbox"/> Pharmacy bills |
| <input checked="" type="checkbox"/> Operation Theatre notes | <input type="checkbox"/> MLC report & Police FIR |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital main bill | <input type="checkbox"/> Original death summary from hospital where applicable |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hospital break-up bill | <input type="checkbox"/> Any other please specify |

ADDITIONAL DETAILS IN CASE OF NON NETWORK HOSPITAL

(SECTION E)

(ONLY FILL IN CASE OF NON-NETWORK HOSPITAL)

Name of the Hospital: STRIBE CHAITANYA NURSING

Address: HOMI B. HIRAPUR RD. CHARLES GAON

City/Town: CHARLES GAON District: JALGAON

Pin Code: 424101 State: MAHARASHTRA

E-Mail: _____

Phone: 9822896493

Registration No. with State Code: 74533

Hospital PAN: _____ Number of Inpatient beds: 020

Facilities available in the hospital: i) OT: Yes No ii) ICU: Yes No iii) Others: _____

DECLARATION BY THE HOSPITAL

(SECTION F)

(PLEASE READ VERY CAREFULLY)

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.

Date: 09/04/2022

Place: CHARLES GAON

Signature and Seal of the Hospital Authority



DR. SANJAY CHAVAN
 M.D. (OB-GYN) M.A.S.
 Reg No. 74533

Communication details of TPA (kindly submit the duly signed filled claim form along with original documents at following address)

TAGIC Health Claims,
 TATA AIG General Insurance Company Limited, 5th and 6th Floor, Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, Ameerpet,
 Hyderabad - 500016, Telangana, Phone-040-66864900
 Toll Free: 1800 266 7780 or 1800 229 966 (For Senior Citizens)
 Website: www.tataaig.com; Email: healthclaimsupport@tataaig.com

Prohibition of Rebates - Section 41 of Insurance Act, 1938 as amended by Insurance Laws (Amendment) Act, 2015

- No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.
- Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.





CLAIM FORM
 (PART-B)

To be filled in by the Hospital. The issue of this Form is not to be taken as an admission of liability. Please include the original preauthorization request form in lieu of PART A
 Please fill-up this form in CAPITAL LETTERS

DETAILS OF HOSPITAL

Name of the Hospital: Sai Children's Hospital; Chalisgaon (SECTION A)

Hospital ID: 4LL

Type of Hospital: Network Non Network (If non network fill section E)

Name of the treating Doctor: DR GAJENDRA K. AHIRKAR

Qualification: M B B S D C H

Registration No. (with State Code): 2002/08/3193

Phone No.: 02589 222090

DETAILS OF THE PATIENT ADMITTED

Name of the Patient: BHARSHADA THAKRE (SECTION B)

Registration Number: 1982

Gender: Male Female Age: Years NB Months

Date of Birth: 30032022

Date of Admission: 30032022 Time: 1200 PM

Date of Discharge: 06042022 Time: 0500 PM

Type of Admission: Emergency Planned Day Care Maternity

Maternity: i) Date of Delivery: ii) Gravida Status:

Status at time of discharge: Discharge to home Discharge to another hospital Deceased

Amount claimed:

DETAILS OF ILLNESS DIAGNOSED (PRIMARY)

ICD 10 Codes:	Description	ICD 10 PCS:	Description
Primary Diagnosis: <u>P07.0</u>	<u>preterm</u>	i) Procedure 1	<u> </u>
Additional Diagnosis: <u>U07.1</u>	<u>CBW</u>	ii) Procedure 2	<u> </u>
Co-morbidities: <u> </u>	<u> </u>	iii) Procedure 3	<u> </u>
Co-morbidities: <u> </u>	<u> </u>	iv) Details of Procedure	<u> </u>

Pre-authorization obtained: Yes No

Pre-authorization Number:

Pre-authorization by network hospital not obtained, give reason:

Hospitalization due to injury: Yes No

i) If yes, give cause: Self-inflicted Road Traffic Accident Substance abuse / alcohol consumption

ii) If injury due to Substance abuse/alcohol consumption, Test Conducted to establish this: Yes No (If Yes, attach report)





DETAILS OF BILLS ENCLOSED:

(SECTION F)

Sl. No.	Bill No.	Date	Issued by	Towards	Amount
1	As per			Hospital Main Bill	28,000
2	Bill Attach.			Pre-hospitalization Bills Nos.	
3				Post-hospitalization Bills Nos.	
4				Pharmacy Bills	6013
5		31/03/2022		Sai Pathology Laboratory	650
6		03/04/22		lab PCRS	500
7					
8					
9					
10				Total =	35163

DETAILS OF PRIMARY INSURED BANK ACCOUNT:

(SECTION G)

AN Card: ALMPT4314K Account No: 60322385759
 Bank Name and Branch: BANK OF MAHARASHTRA AVADNER KHAMKUR
 Cheque/DD Payable details: _____ IFSC Code: MAHB0001009

DECLARATION BY THE INSURED

(SECTION H)

I hereby declare that the information furnished in this Claim Form 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 claim 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.

Date: 16/04/2022 Signature of the Insured: [Signature]
 Name: MALEGAON

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

Sl. No.	DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
SECTION A: DETAILS OF PRIMARY INSURED			
1	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
2	Sl. No./Certificate No.	Enter the social insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
3	Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	License number as allotted by IRDA and printed in TPA documents
4	Name	Enter the full name of the policyholder	Surname, First name, Middle name
5	Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin Code
SECTION B: DETAILS OF INSURANCE HISTORY			
6	Currently covered by any other Medica/Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Medica/Health Insurance	Tick Yes or No
7	Date of Commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy format
8	Company Name	Enter the full name of the Insurance company	Name of the organization in full
9	Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the insurance company
10	Sum Insured	Enter the total sum insured as per the policy	In rupees
11	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
12	Date	Enter the date of hospitalization	Use mm-yy format
13	Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text





Tata AIG Group MediCare
TATHLGP21248V022021



WITH YOU ALWAYS

Address: S N G 8 P L O T N O . I S I B H A Y O D A Y A
 Landmark: C O L O N Y C A M P M A L E G A O N
 Area: B E H I N D C H U R C H
 City/Town: M A L E G A O N District: N A S H I K
 Pin Code: 4 2 3 2 0 3 State: M A H A R A S H T R A
 Mail: t h a k a r e y u v r a j 2 0 1 5 @ g m d i i . c o m
 Phone: 9 4 0 3 5 1 5 1 8 8

DETAILS OF HOSPITALIZATION (SECTION D)

Name of Hospital: S A I C H I L D R E N H O S P I T A L
 Name of Hospital where Admitted: _____
 Room Category occupied: Day Care Single occupancy Twin sharing 3 or more beds per room
 Hospitalization due to: Injury Illness Maternity
 Date of injury/Date Disease first detected/Date of Delivery: _____
 Date of Admission: 3 0 0 3 2 0 2 2 Time: 1 2 A M
 Date of Discharge: 0 6 0 4 2 0 2 2 Time: 0 5 P M
 Injury give cause: Self inflicted Road Traffic Accident Substance Abuse/Alcohol Consumption
 If Medico legal Yes No
 Reported to police Yes No
 MLC Report & Police FIR attached Yes No
 System of Medicine _____

DETAILS OF CLAIM (SECTION E)

Details of the treatment expenses claimed:
 Pre-hospitalization Expenses Rs. _____ Hospitalization Expenses Rs. _____
 Post-hospitalization Expenses Rs. _____ Health-Check up Cost Rs. _____
 Ambulance Charges Rs. _____ Other (Code) Rs. _____
 Total Rs. _____
 Pre-hospitalization period: _____ days Post-hospitalization period: _____ days
 Claim for Domiciliary Hospitalization: Yes No (If yes, provide details in annexure)
 Details of Lump sum/cash benefit claimed
 Hospital Daily Cash Rs. _____ Surgical Cash Rs. _____
 Critical Illness Benefit Rs. _____ Convalescence Rs. _____
 Pre/Post hospitalization Lump sum benefit Rs. _____ Other Rs. _____
 Total Rs. _____

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST

- Claim Form duly signed
- Hospital Main Bill
- Hospital Bill Payment Receipt
- Pharmacy Bill
- ECG
- Investigation Reports (Including CT/MRI/USG/HPE)
- Copy of the claim intimation, if any
- Hospital Break-up Bill
- Hospital Discharge Summary
- Operation Theatre Notes
- Doctor's request for Investigation
- Doctors Prescription
- Others



TATA AIG Group MediCare
TATHLGP21248V022021

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 PRIMARY INSURED

(SECTION A)

Policy No: 36840008 SMVPSF

Sl. No. Certification No: [] Company TPA ID No: 36840008

Name (Mr/Mrs/Ms/Dr): YUVRAJ RAVINDRA THAKARE
First Name Middle Name Surname

Address: SN68 PLOT NO 151 BHAGODAYA
 Colony CAMP MALEGAON
 Behind CHURCH
 Malegaon District NASHIK
 Pin Code 423203 State MARASHTRA
 Mail thakareyuvraj2015@gmail.com
 Phone 9403515188

DETAILS OF INSURANCE HISTORY

(SECTION B)

Currently covered by any other Medica/Health Insurance: Yes No

Date of commencement of first insurance without break: []

Insurer, Company Name: TATA AIG

Policy No: 36840008 Sum Insured (Rs.): 500000

Have you been hospitalized in the last four years since inception of the contract? Yes No

Date: [] Diagnosis: No

Previously covered by any other Medica/Health Insurance: Yes No

Insurer, Company Name: []

DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED

(SECTION C)

Name (Mr/Mrs/Ms/Dr): B/O HARSHADA YUVRAJ THAKARE
First Name Middle Name Surname

Gender: Male Female Date of birth: 30032022 Age: [] Years [] Months

Relationship to Primary Insured: Self Spouse Child Father Mother Other (Please Specify)

Occupation: Service Self Employed Homemaker Student Retired Other (Please Specify)



iii) If Medico legal: Yes No

iv) Reported to Police: Yes No

v) FIR No:

vi) If not reported to police give reason: _____

CLAIM DOCUMENTS SUBMITTED-CHECK LIST

- | | | |
|--|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Claim Form duly signed | <input type="checkbox"/> Investigation reports | (SECTION D) |
| <input type="checkbox"/> Original Pre-authorization request | <input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE investigation reports | |
| <input type="checkbox"/> Copy of the Pre-authorization approval letter | <input type="checkbox"/> Doctor's reference slip for investigation | |
| <input type="checkbox"/> Copy of photo ID card of patient verified by hospital | <input type="checkbox"/> ECG | |
| <input type="checkbox"/> Hospital Discharge summary | <input type="checkbox"/> Pharmacy bills | |
| <input type="checkbox"/> Operation Theatre notes | <input type="checkbox"/> MLC report & Police FIR | |
| <input type="checkbox"/> Hospital main bill | <input type="checkbox"/> Original death summary from hospital where applicable | |
| <input type="checkbox"/> Hospital break-up bill | <input type="checkbox"/> Any other please specify | |

ADDITIONAL DETAILS IN CASE OF NON NETWORK HOSPITAL
 (ONLY FILL IN CASE OF NON-NETWORK HOSPITAL) (SECTION E)

Name of the Hospital: SAIZ CHILDRREN HOSPITAL

Address: LAYMI NAGAR

City/Town: CHALZS GAON District: JALGAON

Pin Code: 424101 State: MAHARASHTRA

E-Mail: gajendra ahivada@gmail.com

Phone: 02589222090

Registration No: 2002083183

Hospital PAN:

Number of Inpatient beds: 030

Facilities available in the hospital: i) OT: Yes No ii) ICU: Yes No iii) Others: _____

DECLARATION BY THE HOSPITAL
 (PLEASE READ VERY CAREFULLY) (SECTION F)

I hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim under this claim shall be forfeited.

Date: 07/04/2022

Signature and Seal of the Hospital Authority: *Dr. V. J. Ramesh Ahirrao*

Communication details of TPA (kindly submit the duly signed filled claim form along with original documents at following address)
 TAGIC Health Claims,
 TATA AIG General Insurance Company Limited, 5th and 6th Floor, Imperial Towers, H.No 7-1-6-617/A, GHMC No - 615,616, Ameerpet,
 Hyderabad - 500016, Telangana, Phone-040-66864900
 Toll Free: 1800 266 7780 or 1800 229 966 (For Senior Citizens)
 Website: www.tataaig.com; Email: healthclaimsupport@tataaig.com

Prohibition of Rebates - Section 41 of Insurance Act, 1938 as amended by Insurance Laws (Amendment) Act, 2015

No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.



Employee Information for Insurance

2017
ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON DIST. NASHIK

Employee Information For GMC

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

17
Principal
Arts & Commerce College
Soygaon, Tal. Malegaon (Nashik)



2017-18

**MARATHA VIDYA PRASARAK SAMAJ'S,
ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON DIST. NASHIK**

EMPLOYEES FAMILY INFORMATION

SR. NO.	SR. NO.	LOYEE FULL NAME OF EMPLOYEE AND FAMILY MEMBERS	EMPLOYEE NO.	DESIGNATION	MONTHLY SALARY	DATE OF BIRTH	AGE (YEARS)	RELATIONSHIP	OPTION 1 Lac	OPTION 2 Lac
1	1A	DR. KSHIRSAGAR HIRAMAN MADHUKAR	1308	PRINCIPAL	32000	01-06-1978	M 38	SELF		2 Lac
	1B	SMT. KSHIRSAGAR PRATIBHA HIRAMAN	-	-	-	30-11-1983	F 32	WIFE	9823870463	
	1C	KU. KSHIRSAGAR KHUSHI HIRAMAN	-	-	-	03-10-2007	F 9	DAUGHTER		
	1D	SMT. KSHIRSAGAR MIRABAI MADHUKAR	-	-	-	02-06-1958	F 59	MOTHER		
2	2A	DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL	1312	ASST. PROF	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. PROF 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. PROF CHB		23-05-1988	M 29	SELF		1 Lac
	4B	SHREE. BORASE ANNA KASHINATH	-	-	-	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. CLEARK	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		
6	6A	SHREE. SHINDE SACHIN SHIVMAN	1317	JR. CLEARK	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 Lac
	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		
	7E	SHREE. PAWAR DHARMA PUNJARAM	-	-	-	08-08-1943	M 73	FATHER		

13
Principal
Arts & Commerce College
Soygaon, Tal. Malegaon (Nashik)



2019-20

ARTS AND COMMERCE COLLEGE SOYGAON TAL. MALEGAON

Sr No	Employee Name	Designation	Monthly Salary	DOB of Member	Sex	Relation	Option	MOBILE	Age	School & College Name
1	PRIN. BAVISKAR SHANTARAM GAMBIR	PRINCIPAL	40000	01-07-1968	M	SELF	1 Lac	7798181253	51	soygaon college
	SMT. BAVISKAR JYOTI SHANTARAM	-	-	13-10-1981	F	WIFE	-	-	39	-
	KU. BAVISKAR GAURAV SHANTARAM	-	-	25-05-2000	M	SON	-	-	19	-
	KU. BAVISKAR NEHAL SHANTARAM	-	-	01-06-2002	F	DAUGHTER	-	-	17	-
2	DR. JAGTAP MANOJ VITTHAL	ASST. PROF.	26500	15-06-1981	M	EMP	1 Lac	9096404806	38	soygaon college
	SMT. JAGTAP HARSHDA MANOJ	-	-	05-09-1993	F	WIFE	-	-	26	-
	KU. JAGTAP PRANJAL MANOJ	-	-	28-02-2014	F	DAUGHTER	-	-	5	-
	KU. JAGTAP DHRUV MANOJ	-	-	11-03-2018	M	SON	-	-	1	-
3	PROF. NERKAR NILESH BHAGWAN	ASST. PROF.	16000	16-06-1983	M	SELF	1 Lac	9403407716	36	soygaon college
	SMT. NERKAR JAYASHRI NILESH	-	-	04-09-1987	F	WIFE	-	-	32	-
	KU. NERKAR RITIKA NILESH	-	-	16-07-2013	F	DAUGHTER	-	-	6	-
	PROF. AHIRE BABAJI MOTIRAM	ASST. PROF.	CHB	02-07-1972	M	SELF	1 Lac	9921148573	47	soygaon college
4	SMT. AHIRE SARALA BABAJI	-	-	28-06-1978	F	WIFE	-	-	41	-
	KU. AHIRE LEKHA BABAJI	-	-	25-11-2004	F	DAUGHTER	-	-	15	-
	KU. AHIRE SAI BABAJI	-	-	21-07-2011	M	SON	-	-	8	-
	SHREE. SHINDE SACHIN SHIVMAN	JR. CLEARK	17000	01-04-1982	M	EMP	1 Lac	9284109440	37	soygaon college
5	SMT. SHINDE ASHA SACHIN	-	-	02-06-1986	F	WIFE	-	-	33	-
	KU. SHINDE PRANITI SACHIN	-	-	24-03-2016	F	DAUGHTER	-	-	3	-
	KU. SHINDE PARIKSHIT SACHIN	-	-	07-01-2019	M	SON	-	-	0.8	-



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

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
		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
		Shirsath Priyanka Vilas	Wife	14-04-1989	33	Female	9765581804



13
Principal
Arts & Commerce College
Soygaon, Tal. Malegaon (Nashik)

8	8A	PROF.KOTE YOGESH ASHOK	NEW	JR.TEA.	FIX PAY	03-05-1989	M	30	SELF
	8B	SMT.KOTE DHANASHREE YOGESH	-	-	-	21-10-1993	F	25	WIFE
	8C	KOTE RAMESHWAR YOGESH	-	-	-	23-03-2019	M	2	MONTH 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 JIABAI KAUTIK	-	-	-	01-06-1957	F	62	MOTHER
11	11A	PRIN.BAVISKAR SHANTARAM GAMBIR	NEW	PRINCIPAL	-	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.BAVISKAIE HIRABAI GAMBIR	-	-	-		F		MOTHER
12	12A	PROF.AHIRE BABAJI MOTIRAM	EMP00626	ASST. PROF.	-	02-07-1972	M	47	SELF
	12C	SMT.AHIRE SARALA BABAJI	-	-	-	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	-	-	-	01-06-1935	F	84	MOTHER



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



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



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