KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT
കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷ്വറൻസ് വകുപ്പ്

FORM A - APPLICATION FOR CLAIM IN JEEVAN RAKSHA SCHEME

(*For Accidents claim s as per G.O.(P) No. 17/2023/Fin Dated, 22/02/2023*)

ഫോറം എ – ജീവൻ രക്ഷാ പദ്ധതിയിൽ നിന്നുള്ള ക്ലെയിമിനുള്ള അപേക്ഷ

(22/02/2023 – ലെസ.ഉ.(അച്ചടി) നം.17/2023/ ധന പ്രകാരം അപകടംമൂലമുള്ള ക്ലെയിമുകൾക്ക്)

FOR OFFICE USE ONLY

Inward No : ....

File No : ....

Claim No : ....

This claim form should be completed by the insured Person or his/her eligible family member, as the case may be Issue of this Claim Form does not tantamount to admission of liability by the Department

Details of the Insured (ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ വിവരങ്ങൾ)

1. Name of the Insured (ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ പേര്)

2. Official Designation of the Insured (ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ ഉദ്യോഗപേര്)

3. Official Address of the Insured (ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസം)

Pin Code (പിൻകോഡ്) Phone No. (ഫോൺ നമ്പർ) E-mail Address. (ഇ–മെയിൽ വിലാസം)

Details of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ വിവരങ്ങൾ)

4. Name of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ പേര്)

5. Residential Address of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ മേൽ വിലാസം)

House Name, Place,Post Office & District (വീട്ടുപേര്, സ്ഥലം, പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് & ജില്ല)

Pin Code (പിൻകോഡ്) Phone No. (ഫോൺ നമ്പർ) Fax No. (ഫാക്സ് നമ്പർ)

Mobile No. (മൊബൈൽ നമ്പർ) Email Address. (ഇ–മെയിൽ വിലാസം)

Details of Accident (അപകടം സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ)

6. Date, Time & Place of Accident (അപകടം നടന്ന തീയ്യതി, സമയം & സ്ഥലം) /

Date of accident (അപകടം നടന്ന തീയതി) Time of accident (അപകടം നടന്ന സമയം) AM/PM

Place (സ്ഥലം)

7. Date of Death (മരണപ്പെട്ട തീയതി)

8. Description of the Accident (അപകടത്തിന്റെ വിശദ വിവരങ്ങൾ) Please attach separate sheet, if required

9. Details of Injury and Treatment in case of no-fatal accident (അപകടം മൂലമുണ്ടായ പരിക്കുകളുടെയും ലഭിച്ച ചികിത്സയുടെയും വിവരങ്ങൾ)
Please attach separate sheet, if required.

Other Informations (മറ്റ് വിവരങ്ങൾ)

10. SLI Policy Nos.

1. 2.

3. 4.

11. GIS Account No.

Declaration (സത്യപ്രസ്താവന)

I hereby declare that all the foregoing statements are true in all respects and that I have not concealed from the Department which ought to have been disclosed and I understand and agree that any false or fraudulent information or concealment of information will forfeit all my rights to compensation. I hereby declare that, I am aware of the fact that if any concealment or fraudulent act found, the claim shall become void. (മേൽപ്പറഞ്ഞ എല്ലാ പ്രസ്താവനകളും എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും ശരിയാണെന്നും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ട വിവരങ്ങൾ വകുപ്പിനോട് ഞാൻ മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നതോടൊപ്പം, തെറ്റായതോ വഞ്ചനാപരമായതോ ആയ വിവരങ്ങളോ വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവെക്കലോ ഉണ്ടായാൽ നഷ്ടപരിഹാരത്തിനുള്ള എന്റെ എല്ലാ അവകാശങ്ങളും നഷ്ടപ്പെടുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. എന്തെങ്കിലും മറച്ചുവെക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ വഞ്ചനാപരമായ പ്രവൃത്തി കണ്ടെത്തിയാൽ, ക്ലെയിം അസാധുവാകുമെന്ന വസ്തുത എനിക്കറിയാം എന്നും സത്യപ്രസ്താവന ചെയ്യുന്നു.)

Place (സ്ഥലം) .... Signature : ....

Date (തീയതി)... Name of the Claimant : ....

Name, Address & Signature of Witness (സാക്ഷികളുടെ പേരും, മേൽവിലാസവും, ഒപ്പും)

1 ....

2. ....

Countersigned by the controlling Officer/Head of Office of the Insured (ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ മേലുദ്യോഗസ്ഥന്റെ മേലൊപ്പ്)

Signature : ....

Name : ....

Designation : ....

Place (സ്ഥലം) : .... Office : ....

Date (തീയതി) : ....

(Office Seal)

Documents to be Attached

1. *<u>In the case of an accident not involving death of the member.</u> Attested copies of (a) Medical Records, (b) Disability Certificate from the Medical Board, (c) Police Documents (if Police case registered) and (d) Proof regarding the remittance of premium in favour of the member to the Jeevan Raksha Head of Account.*

2. *<u>In the case of an accident involving death of the member :</u>* Attested copies of *(a) FIR from Police Department whereever applicable, (b) Mahazar from Police Department, (c) Death Certificate, (d) Postmortem Report, (e) and Proof regarding the remittance of premium in favour of the member to the Jeevan Raksha Head of Account and Form No. I (Nomination Form) in original*