

നോമിനേഷൻ ഫോം
കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ്
ഗ്രൂപ്പ് പേഴ്സണൽ ആക്റ്റീഡന്റ് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീം
ഫോറം 1
സെക്ഷൻ 9(1)

പേര് (ഉദ്യോഗസ്ഥൻ/ഉദ്യോഗസ്ഥ) :.....പെൻ/കെഎസ്ഐഡി ഐഡി.....

ഉദ്യോഗപ്പേര് :.....

ഓഫീസിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും :.....

ഞാൻ.....(പേര്, പെൻ, തസ്തിക), ഗ്രൂപ്പ് പേഴ്സണൽ ആക്റ്റീഡന്റ് ഇൻഷുറൻസ് സ്കീം പ്രകാരം ചുവടെ ചേർത്തിരിക്കുന്നവർ മാത്രമാണ് എന്റെ ക്ലെയിം തുകയ്ക്കുള്ള അനന്തരാവകാശികൾ എന്നും ചുവടെ കാണും പ്രകാരമുള്ള വിഹിതത്തിൽ അനന്തരാവകാശികൾക്ക് ക്ലെയിം തുക നൽകാവുന്നതാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു

നം	അവകാശിയുടെ പേര്	പ്രായം	മേൽ വിലാസം	ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന ആളുമായുള്ള ബന്ധം	വിഹിതം (%)	നാമനിർദ്ദേശം നിഷ്പലമാകുന്ന സാഹചര്യം
1	2	3	4	5	6	7

സ്ഥലം : ജീവനക്കാരന്റെ
 തീയതി : ഓഫീസ് മേലധികാരിയുടെ ഒപ്പും സീലും പേരും ഒപ്പും