



# KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT

## കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ്

### APPLICATION FOR CLAIM IN GROUP PERSONAL ACCIDENT INSURANCE SCHEME

ജീവിഹൃദയ നഷ്ടിമിൻ നിന്നുള്ള റെക്രൂമിമിനുള്ള അപകട

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 (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ വിവരങ്ങൾ)

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

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

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

Pin Code. (പിൻകോഡ്) Phone No. (ഫോൺ നമ്പർ) eMail ID (ഇമെയിൽ വിലാസം)

#### Details of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ വിവരങ്ങൾ)

4. Name of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ പേര്)

5. Residential Address of the Claimant (അപേക്ഷകന്റെ മേൽവിലാസം)

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 ID (ഇമെയിൽ വിലാസം)

#### Details of Accident (അപകടം സംഭവിച്ച വിവരങ്ങൾ)

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

Date (തീയതി) Time (സമയം) Place (സ്ഥലം)

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

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

9. Details of any other insurance policy covering the Insured Person against Personal Accident  
(ഇൻഷുർ ചെയ്തപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് നിലവിലുണ്ടായിരുന്ന മറ്റ് അപകട ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികളുടെ വിവരങ്ങൾ)

Name of Policy (പോളിസിയുടെ പേര്)

[Grid for Name of Policy]

Name of Company (ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്)

[Grid for Name of Company]

**Declaration (സത്യപ്രസ്താവന)**

I hereby declare that the foregoing statement are true in all respect and that I have not concealed from the Department which ought to have been disclosed and I agree that if I have made or shall in any further declaration that the Department may require, make any false or fraudulent statement or suppress, conceal or aver untruly, my right to compensation shall be forfeit (മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ പൂർണ്ണമായും സത്യമാണെന്നും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടതായ വിവരങ്ങൾ ഒന്നും തന്നെ വകുപ്പിൽ നിന്നും മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിച്ചുകൊള്ളുന്നതോടൊപ്പം, തെറ്റായതോ കപടമോ ആയ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതും വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവെക്കുന്നതും ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ് ക്ലെയിം നിരസിക്കുന്നതിനു ഇടയാക്കുമെന്ന വസ്തുത മനസ്സിലാക്കി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു)

Place (സ്ഥലം) : ..... Signature : .....  
Date (തീയതി) : ...../...../20..... Name of Claimant : .....

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

- 1. ....
- 2. ....

Countersigned by the Controlling Officer/Head of Office of the Insured (ഇൻഷുർ ചെയ്തപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ മേലുദ്യോഗസ്ഥന്റെ മേഖലാപ്പ)

Place (സ്ഥലം) : ..... Signature : .....  
Date (തീയതി) : ...../...../20..... (Office Seal) Name : .....  
Designation : .....  
Office : .....

**Documents to be Attached**

- 1. In the case of an accident not involving death of the member : *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 GPAIS Head of Account*
- 2. In the case of an accident involving death of the member : *Attested copies of (a). FIR from Police Department wherever 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 GPAIS Head of Account and Form No. I (Nomination Form) in original*