

**പതിനാലാം കേരള നിയമസഭ
രണ്ടാം സമ്മേളനം**

നക്ഷത്ര ചിഹ്നമിടാത്ത നിയമസഭാ ചോദ്യം നമ്പർ: 5520

02.11.2016 ലെ മറുപടിയ്ക്ക്

കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ്

ചോദ്യം	ഉത്തരം
<p align="center">ശ്രീ.എം. എം. മണി</p>	<p align="center">ബഹു: ധനകാര്യവും കയറ്റും വകുപ്പുമന്ത്രി ഡോ: ടി. എം. തോമസ് ഐസക്</p>
<p>എ ഗ്രൂപ്പ് പേഴ്സണൽ ആക്റ്റിവിറ്റി ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയുടെ വാർഷിക പ്രീമിയം എത്ര രൂപയായിരുന്നുവെന്നും ഈ വർഷം എത്ര രൂപയാണ് വർദ്ധിപ്പിച്ചതെന്നും വ്യക്തമാക്കാമോ;</p>	<p>ഗ്രൂപ്പ് പേഴ്സണൽ ആക്റ്റിവിറ്റി ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയുടെ വാർഷിക പ്രീമിയം 2015 ൽ കെ. എസ്.ഇ. ബി. ജീവനക്കാർക്ക് 750 രൂപയും കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ജീവനക്കാർക്ക് 450 രൂപയും മറ്റു ജീവനക്കാർക്ക് 300 രൂപയും ആയിരുന്നു. ഈ വർഷം ഗ്രൂപ്പ് പേഴ്സണൽ ആക്റ്റിവിറ്റി ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയുടെ വാർഷിക പ്രീമിയം കെ. എസ്.ഇ. ബി. ജീവനക്കാർക്ക് 850 രൂപയും കെ.എസ്.ആർ.ടി.സി. ജീവനക്കാർക്ക് 550 രൂപയും മറ്റു ജീവനക്കാർക്ക് 400 രൂപയും ആയി വർദ്ധിപ്പിച്ചു.</p>
<p>ബി നിലവിൽ നൽകി വരുന്ന പരമാവധി ധനസഹായം എത്ര രൂപയായിരുന്നുവെന്നും ഇപ്പോൾ ഇത് വർദ്ധിപ്പിച്ച് നൽകിയിട്ടുണ്ടോയെന്നും വിശദമാക്കാമോ ;</p>	<p>നിലവിൽ നൽകി വരുന്ന പരമാവധി ധനസഹായം 10 ലക്ഷം രൂപയാണ്. ഈ വർഷം ഈ തുക വർദ്ധിപ്പിച്ചിട്ടില്ല.</p>
<p>സി അപകടത്തിൽപ്പെട്ട് ചലനശേഷി നഷ്ടപ്പെടുന്ന ജീവനക്കാർക്ക് നൽകുന്ന പരമാവധി ധനസഹായം എത്ര രൂപയാണ്;</p>	<p>അപകടത്തിൽപ്പെട്ട് ചലനശേഷി നഷ്ടപ്പെടുന്ന ജീവനക്കാർക്ക് നൽകുന്ന പരമാവധി ധനസഹായം 10 ലക്ഷം രൂപയാണ്</p>
<p>ഡി ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നതിനായി എവിടെയാണ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത്; ഇതിനായി പ്രത്യേക ഫാറം ഉണ്ടെങ്കിൽ ഇതിന്റെ പകർപ്പ് ലഭ്യമാക്കാമോ?</p>	<p>ധനസഹായം ലഭിക്കുന്നതിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ ഡ്രോയിംഗ് അന്റ് ഡിസ്ബേന്റിംഗ് ഓഫീസർ അല്ലെങ്കിൽ ടിയാന്റെ ശമ്പളം വിതരണം ചെയ്യാൻ നിയോഗിക്കപ്പെട്ട ഉദ്യോഗസ്ഥൻ മുഖേന അതാത് ജില്ലാ ഇൻഷുറൻസ് ഓഫീസർക്കാണ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടത് . ഇതിനായുള്ള അപേക്ഷയുടെ പകർപ്പ് ഇതോടൊപ്പം ചേർത്തിരിക്കുന്നു.</p>



സെക്ഷൻ ഓഫീസർ



KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT

കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ്

APPLICATION FOR CLAIM IN GROUP PERSONAL ACCIDENT INSURANCE SCHEME

സിംഗിൾ സർവീസ് മീമ്പർമാർക്കുള്ള വ്യക്തിഗത 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 ചെയ്തവന്റെ ആളുടെ വിവരങ്ങൾ)

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

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

3. Official Address of the Insured (ഇൻഷുർ ചെയ്തവന്റെ 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 (മുറ്റപ്പേര്, 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) AM/PM

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 മൃതദൃഷ്ടമായ പരിക്കുകളുടെയും ലഭിച്ച ചികിത്സയുടെയും വിവരങ്ങൾ). Please attach separate sheet, if required

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

Name of Policy (പോളിസിയിൻ്റെ പേര്)

Name of Company (ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്)

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 ഏതും നിരസിക്കുന്നതിനുള്ള അധികാരമുള്ളതാണ് എന്ന് ഞാനും ഞങ്ങളും സമ്മതിക്കുന്നു)

Place (സ്ഥലം) :
Date (തീയതി) :/...../20.....

Signature :
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 (ഇൻഷുറർ ചെയ്തൊട്ട വ്യക്തിയുടെ മേൽവിലാസസ്ഥലം മേൽവിലാസം)


Place (സ്ഥലം) :
Date (തീയതി) :/...../20.....

(Office Seal)

Signature :
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


SHEEJAMOL. M.K
Section Officer
Finance Department
Govt. Secretariat, Tvm.