



സ്വാവലംബൻ അപേക്ഷാഫാറം

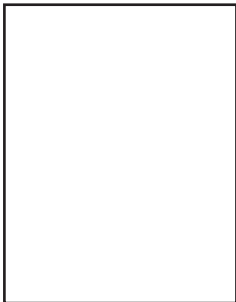
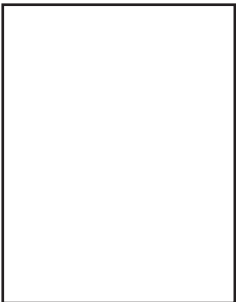
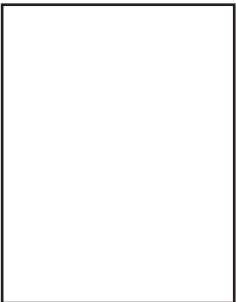
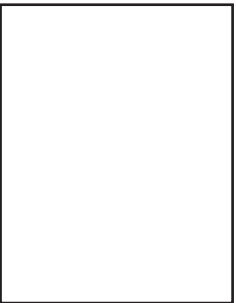
അപേക്ഷ നമ്പർ :

- 1.ജില്ലയുടെ പേര് :
- 2.തദ്ദേശസ്വയംഭരണ സ്ഥാപനത്തിന്റെ (പഞ്ചായത്ത്/മുനിസിപ്പാലിറ്റി/നഗരസഭ) പേര്:
- 3.അപേക്ഷകന്റെ പേര് (അംഗപരിമിത/ൻ ആയിരിക്കണം) :.....
- 4.ഇൻഷുർ ചെയ്യേണ്ട *വ്യക്തികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

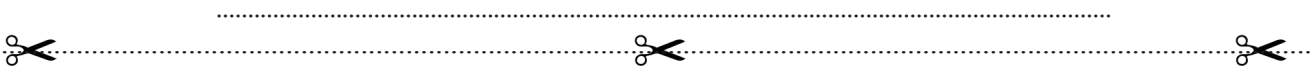
നം.	പേര്	അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം	ലിംഗം (സ്ത്രീ/പു. /ഭിന്നലിംഗം)	ജനനതീയതി (Date/Month/Year)
		അപേക്ഷകൻ (അംഗപരിമിത/ൻ)		

* അപേക്ഷകർ വിവാഹിതരാണെങ്കിൽ, അപേക്ഷകരെക്കൂടാതെ ഭാര്യ/ഭർത്താവ്, മൂന്നുമാസത്തിനും 25 വയസ്സിനും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ള ആശ്രിതരായ 2 കുട്ടികൾ എന്നിവർക്കും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതാണ്. മാനസിക വെല്ലുവിളികൾ നേരിടുന്ന മക്കൾക്കും മാതാപിതാക്കളെ ആശ്രയിച്ച് കഴിയുന്ന അവിവാഹിതരായ പെൺമക്കൾക്കും 25 വയസ്സ് എന്ന പ്രായപരിധി ഇല്ലാതെ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതാണ്. പതിനെട്ട് വയസ്സിനു മുകളിൽ പ്രായമുള്ള അവിവാഹിതരായ അംഗപരിമിതരാണ് അപേക്ഷകരെങ്കിൽ ആ വ്യക്തിക്കുമാത്രമായിരിക്കും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നത്. അപേക്ഷകർ പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തവരാണെങ്കിൽ അപേക്ഷകരെക്കൂടാതെ മാതാപിതാക്കൾ അല്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ സംരക്ഷകൻ (Legal Guardian) എന്നിവർക്കു ഓരോ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്ക് അർഹരായിരിക്കും.

ഇൻഷുർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തികളുടെ പാസ്‌പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ താഴെ കൊടുത്തിട്ടുള്ള കോളങ്ങളിൽ പതിപ്പിക്കുക.

1	2	3	4
			
പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

5.രക്ഷകർത്താവിന്റെ/നിയമപരമായ സംരക്ഷകന്റെ (Legal Guardian) പേര് (18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ളവരുടെ കാര്യത്തിൽ മാത്രം)



6. മേൽവിലാസം :

ഫോൺ നമ്പർ : ഇ-മെയിൽ :

7. ശരാശരി വാർഷിക വരുമാനം : പാൻകാർഡ് നമ്പർ :

8. ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ (ഉണ്ടെങ്കിൽ) :

9. താഴെ പറയുന്നവയിൽ ഏതുതരം വൈകല്യമാണ് താങ്കൾക്കുള്ളത് എന്ന് വ്യക്തമാക്കുക :

- (a) അന്ധത (b) കാഴ്ചക്കുറവ് (c) കേഴ്‌വിക്കുറവ്
- (d) കുഷ്ഠരോഗം ചികിത്സിച്ചു മാറിയവർ (e) മാനസിക രോഗം (f) ചലനവൈകല്യം (g) ബുദ്ധിമാന്ദ്യം

10.സത്യപ്രസ്താവന

1. 1995 ലെ അംഗപരിമിത ആക്ടിൽ നിർവചിച്ച പ്രകാരമുള്ള വൈകല്യം എനിക്കുണ്ടെന്നും ആക്ട് നിഷ്കർഷിച്ച പ്രകാരമുള്ള വൈകല്യം തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എനിക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഇതിനാൽ ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
2. എന്റെ കുടുംബത്തിന്റെ പ്രതിശീർഷ വരുമാനം 3 ലക്ഷം രൂപയോ അതിൽ താഴെയോ മാത്രമാണുള്ളത് എന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
3. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി ഞാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള കുടുംബാംഗങ്ങൾ ആരും മറ്റൊരു തരത്തിലുമുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഉടമകളല്ലെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
4. ഈ ഫാറത്തിൽ മുകളിൽ കൊടുത്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങളും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലുകളും ശരിയല്ലായെന്ന് തെളിയുന്ന പക്ഷം ഈ പോളിസി അസാധുവാകുന്നതാണെന്നും ഞാൻ മസസ്സിലാക്കുന്നു.

ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

തീയതി:
സ്ഥലം :

അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ച വ്യക്തിയുടെ പേര്, ഒപ്പ്

NB:

- (1) ഫാറത്തിൽ പേര്, മേൽവിലാസം, ജനന തീയതി, ഫോൺ നമ്പർ മുതലായവ കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തണം.
- (2) ഇൻഷുർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തികളുടെ പാസ്‌പോർട്ട് സൈസ് ഫോട്ടോ ഒരേണ്ണം ഫാറത്തിൽ നിർദ്ദിഷ്ട സ്ഥലത്ത് പതിപ്പിക്കേണ്ടതും മറ്റൊരേണ്ണം പുറകിൽ വ്യക്തിയുടെ പേരും അപേക്ഷാനമ്പരും രേഖപ്പെടുത്തി അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്.
- (3) അപേക്ഷകന്റെ അംഗപരിമിതി (40% മോ അതിനു മുകളിലോ) തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ കോപ്പി, തിരിച്ചറിയൽ രേഖയായി വോട്ടർ കാർഡ്, ആധാർ കാർഡ്, ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് തുടങ്ങിയ ഏതെങ്കിലും ഒന്നിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ കോപ്പി, ബി.പി.എൽ/പ്രയോറിട്ടി കാറ്റഗറി/എ.എ.വൈ തെളിയിക്കുന്ന റേഷൻ കാർഡിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ കോപ്പി എന്നിവ അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.



കൈപ്പറ്റ് രസീത്



അപേക്ഷകന്റെ പേര് :അപേക്ഷാ നമ്പർ :

അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ച വ്യക്തിയുടെ പേര്, ഒപ്പ് :

അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ച തീയതി :