

**കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പിന്റെ ജീവൻരക്ഷാപദ്ധതി (ഫോറം നമ്പർ 1 സെക്ഷൻ 9(1)) പ്രകാരമുള്ള നോമിനേഷൻ ഫോം**

പേര് (ഉദ്യോഗസ്ഥൻ/ഉദ്യോഗസ്ഥ) \_\_\_\_\_ പെൻ/ഐഡി \_\_\_\_\_  
 ഉദ്യോഗപ്പേര് \_\_\_\_\_  
 ഓഫീസിന്റെ പേരും മേൽ വിലാസവും \_\_\_\_\_

ഞാൻ \_\_\_\_\_ (പേര്, പെൻ, തസ്തിക) ജീവൻരക്ഷാ പദ്ധതി 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 :

തീയതി :

ഓഫീസ് മേലധികാരിയുടെ ഒപ്പും സീലും

ജീവനക്കാരൻ/ജീവനക്കാരി

സാക്ഷികൾ: പേര്, മേൽവിലാസം, ഒപ്പ്

ഒപ്പ്

- (1)
- (2)