



കേരള സർക്കാർ  
വനം വകുപ്പ്

**അപേക്ഷ അയയ്ക്കേണ്ട ഓഫീസുകൾ**

യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
തിരുവനന്തപുരം ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
നം.11, പി.ബി. നം. 5521, മലങ്കര ബിൽഡിംഗ്സ്,  
വി.ജെ.ടി. ഹാൾ റോഡ്, പാളയം,  
തിരുവനന്തപുരം-695 034.  
ഫോൺ: 0471-2467344, 2475817, 2476342

യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
മുവാറ്റുപുഴ ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
കുളങ്ങര ടവേഴ്സ്, കച്ചേരിത്താഴം,  
മുവാറ്റുപുഴ-686 661  
ഫോൺ: 0485-2832940

യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
പാലക്കാട് ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
11/82, മലബാർ ഫോർട്ട്, മൂന്നാം നില,  
പി.ബി. നം. 92, ജി.ബി. റോഡ്,  
പാലക്കാട്-678 001  
ഫോൺ: 0491-2527107

യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്  
കോഴിക്കോട് ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
രണ്ടാം നില, വൈറ്റ് ലയിൻസ് ബിൽഡിംഗ്,  
പി.ബി. നം. 533, കല്ലായി റോഡ്  
കോഴിക്കോട്-673 002.  
ഫോൺ: 0495-2701113

തിരുവനന്തപുരത്ത് വനം വകുപ്പുമായി  
ബന്ധപ്പെടേണ്ട മേൽവിലാസം:  
ചീഫ് ഫോറസ്റ്റ് കൺസർവേറ്റർ  
(ഇ&ടി.ഡബ്ല്യു) യുടെ കാര്യാലയം  
ഫോറസ്റ്റ് ഹെഡ്ക്വാർട്ടേഴ്സ്, വഴുതക്കാട്,  
തിരുവനന്തപുരം 695014. ഫോൺ: 0471-2321847

**വനാശ്രിത കുടുംബങ്ങൾക്ക്  
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ**

കേരള സർക്കാർ വനംവകുപ്പും  
യുണൈറ്റഡ് ഇന്ത്യാ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയും  
ചേർന്ന് നടപ്പാക്കുന്നു.

വനത്തിനുള്ളിലും അരികിലും  
താമസക്കാരായവർക്കാണ് അർഹത

**പട്ടിക ജാതി/പട്ടിക വർഗ്ഗക്കാർക്കുള്ള  
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ.**

**പട്ടികജാതി/പട്ടികവർഗ്ഗക്കാരുള്ളവർക്കും  
വന്യജീവികളുടെ ആക്രമണത്തിരനിരയായാൽ പരിരക്ഷ.**

Office of the Chief Conservator of Forests  
(Eco-development and Tribal Welfare)  
"Vanalakshmi" 3<sup>rd</sup> Floor, Forest Head Quarters  
Thiruvananthapuram - 695 014  
Phone (Off): 0471-2321847, (Fax): 0471-2321847  
E-mail: ccfpfm@keralaforest.org  
Website: www.keralaforest.org

**കേരള വനംവകുപ്പ്**

**വനാശ്രിത കുടുംബങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ**

കേരള സർക്കാർ വനംവകുപ്പും യുണൈറ്റഡ് ഇന്ത്യാ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയും ചേർന്ന് നടപ്പാക്കുന്നു.

**പട്ടിക ജാതി/പട്ടിക വർഗ്ഗക്കാർക്കുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ.**

വനത്തിനുള്ളിലും അരികിലും താമസക്കാരായവർക്കാണ് അർഹത.

ഇൻഷുറൻസ് അർഹതപ്പെട്ട തുക

- 1. അപകട മരണം/അംഗവൈകല്യം
 

1 വയസു മുതൽ 10 വയസു വരെ	10,000 രൂപ വരെ
11 വയസു മുതൽ 20 വയസു വരെ	25,000 രൂപ വരെ
21 വയസു മുതൽ 50 വയസു വരെ	75,000 രൂപ വരെ
50 വയസിനു മുകളിൽ	50,000 രൂപ വരെ
- 2. ചികിത്സാനുകൂല്യം
 

രോഗം മൂലമോ, അപകടം മൂലമോ, ആശുപത്രിയിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കേണ്ടി വന്നാൽ മുറിവാടക, മരുന്ന്, ലാബറട്ടറി ചെലവ്	1,000 രൂപ വരെ
ആമ്പുലൻസ് വാടക	500 രൂപ വരെ
- 3. പ്രകൃതി ദുരന്തം/വന്യജീവി ആക്രമണം എന്നിവമൂലം വീടു/കുടിലുകൾക്കുണ്ടാകുന്ന നഷ്ടം
 

	5000 രൂപ വരെ
--	--------------

അപകടം എന്നാൽ റെയിൽ, റോഡ് അപകടങ്ങൾ വന്യജീവി, കടന്നൽ, തേനീച്ച ആക്രമണം, മുങ്ങി മരണം, ഉയരത്തിൽനിന്നുള്ള വീഴ്ച, പാമ്പുകടി, വൈദ്യുതഘാതം, ഇടിമിന്നൽ, വെള്ളപ്പൊക്കം, ഉരുൾപൊട്ടൽ മുതലായവ.

**മറ്റുള്ളവർക്കുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ**

വനത്തിന് പുറത്ത് താമസിക്കുന്ന പട്ടികജാതി/പട്ടികവർഗ്ഗക്കാർക്കുള്ള വന്യജീവികളുടെ ആക്രമണത്തിരനിരയായാൽ പരിരക്ഷ ലഭിക്കും.

വന്യജീവികളായ കടുവ, പുലി, കാട്ടുപോത്ത്, കരടി, കാട്ടാന, കാട്ടുപന്നി എന്നിവയുടെ ആക്രമണം മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന അപകടത്തിന് മുകളിൽ ഇനം 1, 2 പ്രകാരമുള്ള ആനുകൂല്യമോ, ഒരാൾക്ക് ഒരു വർഷം പരമാവധി 50,000 രൂപ വരെയോ ലഭിക്കും.

**സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ**

- 1. ക്ലെയിം ഫോം, 2. പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് 3. മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് 4. ബില്ലുകൾ 5. ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മറി 6. വാഹനവാടക രസീത് 7. റെയിഞ്ചാഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം.
- (മരണം, അംഗവൈകല്യം, ചികിത്സ ഇവ ഓരോന്നിനും ആവശ്യമനുസരിച്ചുള്ള രേഖകൾ ഹാജരാക്കണം. എല്ലാ അപേക്ഷയോടൊപ്പം റെയിഞ്ചാഫീസറുടെ സാക്ഷ്യപത്രം നിർബന്ധമാണ്.)

അപേക്ഷ ഫാറം വനം വകുപ്പിന്റെ വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമാണ്.  
[www.keralaforest.org](http://www.keralaforest.org)

**അപേക്ഷ അയയ്ക്കേണ്ട ഓഫീസുകൾ യുണൈറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ**

- 1. തിരുവനന്തപുരം ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
തിരുവനന്തപുരം, കൊല്ലം, ആലപ്പുഴ & പത്തനംതിട്ട ജില്ലകളിലെ അപേക്ഷകർ
  - 2. മുവാറ്റുപുഴ ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
കോട്ടയം, ഇടുക്കി & എറണാകുളം ജില്ലകളിലെ അപേക്ഷകർ
  - 3. പാലക്കാട് ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
തൃശ്ശൂർ & പാലക്കാട് ജില്ലകളിലെ അപേക്ഷകർ
  - 4. കോഴിക്കോട് ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ്  
മലപ്പുറം, കോഴിക്കോട്, വയനാട്, കണ്ണൂർ & കാസർഗോട് ജില്ലകളിലെ അപേക്ഷകർ
- കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് അതാതു സ്ഥലത്തെ ഫോറസ്റ്റ് റെയിഞ്ചാഫീസറുമായി ബന്ധപ്പെടേണ്ടതാണ്.

**തിരുവനന്തപുരത്ത് വനം വകുപ്പുമായി ബന്ധപ്പെടേണ്ട മേൽവിലാസം:**

ചീഫ് ഫോറസ്റ്റ് കൺസർവേറ്റർ (ഇ&ടി.ഡബ്ല്യു) യുടെ കാര്യാലയം  
 ഫോറസ്റ്റ് ഹെഡ്ക്വാർട്ടേഴ്സ്, വഴുതക്കാട്, തിരുവനന്തപുരം 695014. ഫോൺ: 0471-2321847



# UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

[Regd. & Head Office: 24, Whites Road, Madras 600 014]

(Subsidiary of General Insurance Corporation of India)

## KERALA FOREST TRIBAL PERSONAL ACCIDENT INSURANCE SCHEME

(For the Scheduled Tribes and Scheduled Castes in the forests of Kerala)

### CLAIM FORM

The issue of this form does not constitute admission of liability. Please return this, duly completed, together with the relevant certificates as mentioned in the attached checklist to the designated office of United India Insurance Company Ltd.

Divisional Office .....  
.....  
.....

Claim No.  
Policy No.

### Section I.A.

#### DETAILS OF CLAIMANT

1. Name and address of the injured/Deceased : .....
2. Age : .....
3. Name of tribe & settlement : .....
4. Name of claimant : .....
5. Address of claimant : .....
6. Relationship with the injured/deceased :
7. Was the injured person suffering from any physical disability before accident and if so give details :

### Section I.B.

#### DETAILS OF ACCIDENT

8. Date and time of accident :
9. Name and address of 2 witness if any : 1.
- 2.
10. Where did the accident occur :
11. Details of how the accident occurred :

**Section I.C.**

**DETAILS OF INJURY**

12. Description of Injury/disability :

13. In case of death, date on which it occurred :

---

**Section I.D.**

**DETAILS OF HOSPITALISATION**

1. Name of Hospital :

2. Date of admission :

3. Date of discharge :

4. IP No. :

5. Diagnosis :

6. How long the person has been suffering from the illness :

7. Hospitalisation expenses incurred (*Please submit all hospital bills, prescriptions, discharge summary*) :

8. Transportation expenses incurred (vehicle No., trip sheet, tax receipt should be submitted) :

I/We hereby affirm and declare that the answers to all the above questions are full and true in every respect.

***Signature of Injured/Claimant***

Place:

Date

***Signature of Forest guard***

---

**Section II**

**ATTESTATION**

(Attestation by Territorial ranger of the concerned range to be filled in by the Territorial range, I declare that the Injured/deceased is/was a tribe of this territory [Name of settlement .....] and that the claimant is the legal heir of the injured/deceased and the facts of the case stated in this claim form are true to the best of my knowledge and belief.

**Signature .....**

(Office Seal)

***Name of Territorial Ranger .....***

Place:

Date:

***Name of Range & District .....***

**Section III**

**DOCTOR'S CERTIFICATE**

(To be filled in by the attending doctor in case of permanent disability to be filled in by a doctor not less than the rank of an Asst. Surgeon.)

1. Name and Address of hospital :
2. Date of admission :
3. Date of discharge :
4. a. Details of Injury :
- b. Cause of Injury :
5. Details of death/permanent disability, if any :
6. Extent of disability (*Please mention the extent of disability after referring the following chart*)
  - a. Death
  - b. Loss of sight of two eyes or 2 limbs
  - c. Loss of one eye and one limb
  - d. Permanent total disablement from engaging in, being occupied with, or giving attention to normal duties of any description
  - e. Loss of one eye or limb
  - f. Permanent partial disability as below:
    1. a. Loss of all toes
    - b. Loss of great toes - both phalanges
    - c. Loss of great toe - one Phalanx
    - d. Other than great toe, if lost, mention the No. of toes lost
    2. Loss of hearing - both ears
    3. Loss of hearing - one ear
    4. Loss of 4 fingers and thumbs
    5. Loss of 4 fingers
    6. Loss of thumb - both Phalanges  
on Phalanx
    7. Loss of index fingers - 3 phalanges  
- 2 phalanges  
- 1 phalanx
    8. Loss of middle finger - 3 phalanges  
- 2 phalanges  
- 1 phalanx
    9. Loss of ring fingers - 3 phalanges  
- 2 phalanges  
- 1 phalanx
    10. Loss of tittle fingers - 3 Phalanges  
- 2 phalanges  
- 1 phalanx
    11. Loss of metacarpals - First or second (Addl.)  
Third, fourth or fifth (additional)

Permanent total disablement

Permanent partial disability

I, (Name) Dr. .... Designation ....., have today examined (name of the insured) ..... and certify that he/she has died/permanently disabled to the extent mentioned above/injured and hospitalised solely and directly out of the accident mentioned by the claimant (Please delate what is not applicable).

Place:

Date:

Hospital Seal

Signature .....

Name .....

Designation .....

Reg. No. ....

## CHECK LIST

### Section IV

This claim form should be accompanied by

1. Police report, if any (compulsory in case of motor accident)
2. Supporting hospital bills and certificates for hospitalisation claim.
3. Death certificate from the Panchayat as the case may be, in the event of death.
4. Postmortem report, if any, in case of death.
5. X-rays or any other supporting evidence in the event of permanent disablement.

### Designated Divisional Offices

<i>District</i>	<i>Divisional Office</i>
1. Thiruvananthapuram Kollam Alapuzha Pathanamthitta	Divisional Office Thiruvananthapuram No.11, P.B.No.5521 2nd Floor, Malankara Buildings VJT Hall Road, Palayam Thiruvananthapuram 695 034 Phone: 0471-2475817
2. Kottayam Idukki Ernakulam	Divisional Office Muvattupuzha - 686661 Kulangara Towers Kacherithazham Phone: 0485 2832940
3. Thrissur Palakkad	Divisional Office Palakkad 11/82, Malabar Fort III Floor, PB No.92 GB Road, Palakkad Tel: 0491-2527107
4. Malappuram Kozhikode Wyanad Kannur Kasargode	Divisional Office Kozhikode IIInd Floor, White Lines Buildings P.B. No.533 Kallai Road, Kozhikode 673002 Tel: 0495-2701113