



**KERALA UNIVERSITY OF FISHERIES & OCEAN STUDIES**  
**കേരള ഫിഷറീസ്-സമുദ്രപഠന സർവ്വകലാശാല**  
**PANANGAD P.O., KOCHI 682 506, KERALA, INDIA**

☎0484- 2703782, 2700598; Fax: 91-484-2700337; e-mail: [utypanangad@kufos.ac.in](mailto:utypanangad@kufos.ac.in) website: [www.kufos.ac.in](http://www.kufos.ac.in)

ഫിൻ7/3989/2025

പനങ്ങാട്, തീയതി 05.04.2025

പരിപത്രം

വിഷയം: കേരള ഫിഷറീസ് സമുദ്ര പഠന സർവകലാശാല-കാർഷികസർവകലാശാല വിഭജിച്ച് രൂപീകൃതമായ കുമ്പോസിലെ ഫാം സ്ഥിരം തൊഴിലാളികൾക്ക് ജീവൻ രക്ഷ പോളിസി (ജി പി എ ഐ എസ്)-യിൽ അംഗത്വം നൽകൽ നിർദ്ദേശങ്ങൾ-സംബന്ധിച്ച്.

- സൂചന: 1) ഈ കാര്യലയത്തിലെ 05.12.2024- തീയതിയിലെ ഫിൻ5/5326/2012 നമ്പർ കത്ത്  
 2) 25.03.2025 തീയതിയിലെ ബി1/336/2024/മ.തു.വ നമ്പർ സർക്കാർ കത്ത്

സൂചന (2) സർക്കാർ കത്ത് പ്രകാരം കേരള ഫിഷറീസ് സമുദ്ര പഠന സർവകലാശാലയിലെ ഫാം സ്ഥിരം തൊഴിലാളികൾക്ക് ജീവൻ രക്ഷ പോളിസി (ജി പി എ ഐ എസ്) ബാധകമാണോ എന്ന കാര്യത്തിൽ നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ആയതിന് അനുബന്ധമായി ചുവടെ ചേർക്കുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

1) ജീവൻ രക്ഷ പദ്ധതിയിൽ (ജി പി എ ഐ എസ്) ഫാമിലെ സ്ഥിരം തൊഴിലാളികൾ അംഗത്വം നേടണമെങ്കിൽ 50 വയസ്സ് കവിയാത്ത എല്ലാ സ്ഥിരം തൊഴിലാളികളും സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പിലെ എസ്.എൽ.ഐ (സ്റ്റേറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ്), ജി.ഐ.എസ് (ഗ്രൂപ്പ് ഇൻഷുറൻസ്) എന്നീ പദ്ധതിയിൽ നിർബന്ധമായും അംഗത്വം സ്വീകരിക്കേണ്ടതാണ്. ഇങ്ങനെ അംഗത്വം സ്വീകരിച്ചെങ്കിൽ മാത്രമേ പ്രസ്തുത ജീവനക്കാരെ 2026 വർഷം മുതൽ ജീവൻ രക്ഷ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്താനാകൂ.

2) 2026 വർഷം മുതൽ പ്രസ്തുത ജീവനക്കാരെ ജീവൻ രക്ഷാ പദ്ധതിയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നതിനായി പുതിയ പ്രൊപ്പോസൽ 2025 ഒക്ടോബർ മാസത്തിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതിനാൽ പ്രസ്തുത ജീവനക്കാർ 2025 ഏപ്രിൽ 25-ാം തീയതിക്കുള്ളിൽ ഫിൻ 7 സെക്ഷനിൽ എസ്.എൽ.ഐ., ജി.ഐ.എസ്. എന്നിവയിൽ അംഗത്വം നേടാൻ പ്രൊപ്പോസൽ, നോമിനേഷൻ ഫോറം എന്നിവ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

ഫിനാൻസ് ഓഫീസർ

**പകർപ്പ്:**

1. ഫാമിലെ എല്ലാ സ്ഥിരം തൊഴിലാളികൾക്കും (പുതുവൈപ്പ് ഉൾപ്പെടെ)
2. ഫാം മാനേജർ, കുമ്പോസ് ഫാം
3. ഹെഡ് ഫിഷറീസ് സ്റ്റേഷൻ പുതുവൈപ്പ്
4. രജിസ്ട്രാറുടെ പി.എ
5. ബഹു. വൈസ് ചാൻസലറുടെ പ്രൈവറ്റ് സെക്രട്ടറി
6. സീനിയർ പ്രോഗ്രാമർ (വെബ്സൈറ്റിൽ പ്രസിദ്ധീകരണത്തിന്)

അനുബന്ധം: എസ്.എൽ.ഐ., ജി.ഐ.എസ് എന്നിവയുടെ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോറം, നോമിനേഷൻ ഫോറം



KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT

കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പ്

PROPOSAL FOR STATE LIFE INSURANCE POLICY

സംസ്ഥാന ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസി ചെയ്യേണ്ട പ്രൊപ്പോസൽ

FOR OFFICE USE ONLY

Inward No. : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Policy No. : \_\_\_\_\_

ഇതൊടൊപ്പം ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുള്ള മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ചതിനു ശേഷം മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക

Personal Details (വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ)

1. Employee Code (PEN/KSID ID)   Not yet received / ലഭ്യമായിട്ടില്ല

2. Name (In Capital Letters, Initials last) / പേര് ഇംഗ്ലീഷ് വലിയ അക്ഷരത്തിൽ, ഇനീഷ്യൽ അവസാനം  
  
 മാതൃ ഭാഷയിൽ \_\_\_\_\_

3. Gender (put a ✓ mark) പുരുഷൻ / സ്ത്രീ  
 Male (പുരുഷൻ)  Female (സ്ത്രീ)  Transgender (ട്രാൻസ്ജെൻഡർ)

4. Date of Birth / ജനന തീയതി

5. Marital Status (put a ✓ Mark)  
 Married / വിവാഹിത(ൻ)  Unmarried / അവിവാഹിത(ൻ)  Widow(er) / വിധവ/വിഭാര്യൻ  Divorcee / വിവാഹമോചിത(ൻ)

6. Permanent Address / സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം (in block letters)  
 House No. / Name വീട്ടു നമ്പർ / പേര്  
  
 Lane No. / Place സ്ഥലം  
  
 Post Office തപാൽ ഓഫീസ്  
  
 District ജില്ല  PIN പിൻകോഡ്   
 PAN  Mobile No. മൊബൈൽ നമ്പർ  Phone No. ഫോൺ നമ്പർ   
 Email

Official Details (ഔദ്യോഗിക വിവരങ്ങൾ)

7. Name of Department/Board/Corporation/... ജോലി ചെയ്യുന്നവകുപ്പ്/ബോർഡ്/കോർപ്പറേഷൻ/... ന്റെ പേര്

8. Name & Address of Office / ഓഫീസിന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും  
 DDO/SDO Code   
  
 PIN  Phone   
 Email

9. Designation / ഉദ്യോഗപ്പേര്

10. Mode of Recruitment / നിയമന രീതി  
 Permanent / സ്ഥിരം  Temporary / താൽകാലികം  
 Temporary Employees are not allowed to join the Scheme / താൽകാലിക ജീവനക്കാർക്ക് പദ്ധതിയിൽ അംഗത്വമെടുക്കാൻ അനുവദിച്ചിട്ടില്ല

11. Scale of Pay / ശമ്പള സ്കെയിലിൽ

12. Date of Entry In Service / ജോലിയിൽ പ്രവേശിച്ച തീയതി

13. Basic Pay / അടിസ്ഥാന ശമ്പളം  
 Rs.

14. Retirement Age / അടുത്തുണ്ടാകുന്ന പറ്റി പിരിയുന്ന പ്രായം  Years

Premium Details (അടച്ച പ്രീമിയത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ)

15. Details of Premium Remitted (അടച്ച പ്രീമിയം പ്രീമിയം)

a. Amount (രൂപ)  
 Rs.

b. Mode of Payment (പ്രീമിയം അടച്ച രീതി)  
 Demand Draft  Challan  TR5

c. Receipt No (ഡിഡി/ചല്ലൻ/ട്രിആർ5 രശീതി നമ്പർ)

d. Date (തീയതി)

e. Name of Bank/Treasury/Office (ബാങ്ക്/ട്രഷറി/ഇൻഷുറൻസ് ഓഫീസിന്റെ പേര്)

16. Details of SLI Policies taken from Kerala State Insurance Department / കേരള സംസ്ഥാന ഇൻഷുറൻസ് വകുപ്പിൽ നിന്നും എടുത്ത എസ്.എഫ്.ഐ ഫോളിയോകളുടെ വിവരങ്ങൾ

Policy No. / പോളിസി നമ്പർ	Premium / പ്രീമിയം	Policy No. / പോളിസി നമ്പർ	Premium / പ്രീമിയം
a. <input type="text"/>	<input type="text"/>	b. <input type="text"/>	<input type="text"/>
c. <input type="text"/>	<input type="text"/>	d. <input type="text"/>	<input type="text"/>

I do hereby declare that the details given above are true and complete in all respects. (മേൽ പ്രസ്താവിച്ച കാര്യങ്ങൾ യാഥാർത്ഥ്യമാണെന്ന് പ്രസ്താവിക്കുക)

Place സ്ഥലം : \_\_\_\_\_  
Date തീയതി : \_\_\_\_\_

Signature (ഒപ്പ്) : \_\_\_\_\_  
Name (പേര്) : \_\_\_\_\_

Form 2 (ഫാറം 2)

Nomination Form (നാമനിർദ്ദേശ പത്രിക)

Sl. No. നം	Name & Address of Nominee അവകാശിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും (In block letters)	Relationship with the Insured ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന ആളുമായുള്ള ബന്ധം (In block letters)	Share വിഹിതം (%)	Major / Minor പ്രായപൂർത്തിയായത് / അല്ലാത്തത്	If Minor (പ്രായപൂർത്തി ആയില്ല എങ്കിൽ)		Remarks (റിമാർക്സ്)
					Date of Birth (ജനന തീയതി)	Name & Address of Proxy (പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത അവകാശിക്ക വേണ്ടി വിഹിതം കൈപ്പറ്റേണ്ട ആളുടെ പേരും മേൽവിലാസവും) (In block letters)	

Name & Address of Witness (സാക്ഷികളുടെ പേരും വിലാസവും) :

Signature (ഒപ്പ്)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Signature of the Insured (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്)

Date തീയതി : \_\_\_\_\_

Note : If the proposer is married when he/she is nominating, he/she should nominate only family members such as wife, husband and children. If he/she is unmarried at that time he can nominate any member of the family as family defined in the KSR Part II Rule 71. Such nomination will be void when he/she attains a family and he/she should file a new nomination. (നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യുന്ന അവസരത്തിൽ അപേക്ഷകൻ(ൻ) വിവാഹിതൻ(ൻ) ആണെങ്കിൽ കുടുംബാംഗങ്ങളെ (ഭാര്യ, ഭർത്താവ്, കുട്ടർ) മാത്രമേ നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യാവൻ പാടുള്ളൂ. അവിവാഹിതൻ(ൻ) ആണെങ്കിൽ കേരള സർവ്വീസ് ചട്ടങ്ങൾ ഭാഗം II ചട്ടം 71 ൽ കുടുംബത്തെ നിർവ്വചിച്ചിട്ടുള്ളതിൽ പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും അംഗങ്ങളെ നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യാവുന്നതാണ്. വിവാഹത്തോടെ ഇപ്രകാരമുള്ള നാമനിർദ്ദേശം അസാധുവാകുന്നതും പുതിയ നാമനിർദ്ദേശം നൽകേണ്ടതുമാണ്.)

Form 3 (ഫാറം 3)

Certificate of the Head of the Office (മേലുദ്യോഗസ്ഥന്റെ സാക്ഷ്യപത്രം)

This is to certify that Sri./Smt./Kum. \_\_\_\_\_, (Designation) \_\_\_\_\_ is personally known to me. His/Her basic pay is Rs. \_\_\_\_\_ His/Her date of birth is \_\_\_\_\_ and it is verified with his/her Service Records / SSLC Book and found correct (അപേക്ഷകനായ ശ്രീ./ശ്രീമതി./കുമാരി \_\_\_\_\_ ( ഉദ്യോഗപേര് ) \_\_\_\_\_ എനിക്ക് നേരിട്ട് അറിയാമെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. അദ്ദേഹത്തിന്റെ / അവരുടെ അടിസ്ഥാന ശമ്പളം \_\_\_\_\_ രൂപയാണ്. അപേക്ഷകൻ(ന്റെ) യുടെ ജനന തീയതി \_\_\_\_\_ ആയി കാണിച്ചിട്ടുള്ളത് സർവ്വീസ് രേഖകളുമായി / എസ്.എസ്.എൽ.സി ബുക്കുമായി ഒത്തുനോക്കി ശരിയാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.)

Signature (ഒപ്പ്) : \_\_\_\_\_

Official Address : \_\_\_\_\_

Place സ്ഥലം : \_\_\_\_\_  
Date തീയതി : \_\_\_\_\_

Office Seal (കാര്യപ്പാല ഓള)

(ഔദ്യോഗിക വിലാസം) \_\_\_\_\_

**KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT**  
**GROUP INSURANCE SCHEME**  
**FORM GIS - A**  
(Vide Rule 5)

To

The .....  
.....  
..... (DDO/Controlling Officer)

Sir/Madam,

I, ..... (Name),  
..... (Designation) belong  
to\* ..... on the scale of pay ₹.....  
working in .....Department. I  
request that I may be enrolled as a member of Group ..... (A/B/C/D) having a monthly  
subscription of ₹ ..... in the Group Insurance Scheme introduced by the Government  
as per G.O.(P) 392/84/Fin. dated 9.8.1984. I agree to abide by all the rules and  
instructions made or to be made by Government relating to the scheme.

Yours faithfully,

Place : .....

Date : ...../...../20.....

(Name & Signature)

*\*State whether regular establishment, work-charged establishment, contingent establishment, full-time teaching and non-teaching staff or Private School, Private College under direct payment scheme.*

**For Office use only**

Entered in Register of Members in Form No.GIS-8 and page one of the Service Book.

(Office Seal)

Head of Office.

### KERALA STATE INSURANCE DEPARTMENT

GIS - Form No. 7

#### NOMINATION FOR BENEFITS UNDER THE KERALA STATE EMPLOYEES' GROUP INSURANCE SCHEME, 1984

(When the Government employee has a family and wishes to nominate one person or more than one person)

Name and address of Nominee(s)	Relationship with the subscriber	Age	Share of Amount to be paid *(%)	Contingencies on the happening of which the nomination shall become invalid	Name, address and relationship of the persons if any, to whom the right of the nominee shall pass in the event of his predeceasing the subscriber
1	2	3	4	5	6

Dated this ..... day of ..... 20..... at .....

Signature & Address of two witnesses:

1. ....

Signature : .....

2. ....

Name & Designation: .....

Countersigned by

Designation of Head of office

(Office Seal)

Note : The employee should draw line across the blank space below his last entry to prevent the insertion of any names after he has signed

\* This column should be filled in so as to cover the whole amount that may be payable under the Insurance Scheme