

NIRAMAYA

(Health Insurance Scheme for PwDs Under the National Trust Act 1999)

APPLICATION FOR RENEWAL

1. Name of PwD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Policy No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Health ID No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Application ID No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Name of Father / Mother

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. BPL or APL (✓)

BPL

APL

We request you to kindly renew the above Niramaya Health Policy
for the year

Signature of Parent

-
- * കഴിഞ്ഞ പോളിസി കാർഡിൽ എന്തെങ്കിലും തിരുത്തലുകൾ വരുത്താൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ മറുപുറത്ത് വ്യക്തമായി രേഖപ്പെടുത്തുക.
 - * അപേക്ഷയോടൊപ്പം നിലവിലെ ഹെൽത്ത് കാർഡിന്റെ കോപ്പികൂടി വച്ച് താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ സാധാ പോസ്റ്റിൽ അയച്ചുതരിക.

SNAC- KERALA, MANOVIKAS, SASTHAMCOTTA, KOLLAM -690521
PH: 04762 830802, 833802

