फार्म - आईआरडीए-13

प्रशिक्षणार्थियों के रूप में नामांकन के लिए निर्धारित फॉर्मेट (विनियम 16(1))

अनुदेश :

- 1) संस्थान द्वारा जारी किये गये छात्र सदस्यता पहचान-पत्र की प्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
- 2) नामांकन के लिए आवेदन के साथ प्रशिक्षक / सर्वेक्षक फर्म का प्रमाण-पत्र संलग्न करना अनिवार्य है।
- 3) नामांकन के लीए प्राप्त आवेदनपत्रो पर आईआरडीए द्वारा प्रशिक्षु द्वारा कार्रवाई प्रशिक्षणार्थियों द्वारा चयनित प्रशिक्षक/सर्वेक्षक फर्म से प्रमाणपत्र कि ऑनलाइन प्रस्तुत करने के बाद ही की जाएगी।
- 4) प्राधिकरण को प्रस्तुत की गई सूचना में किसी भी परिवर्तन की जानकारी अनिवार्यतः प्राधिकरण को परिवर्तन की तारीख से 15 दिनों के अंदर दी जानी चाहिए। आवेदक का विवरण :

	आवदक का विवरण :
1.	नाम
2.	संस्थान का सदस्यता विवरण :
	छात्र सदस्यता संख्या :
3.	स्थाई पता
4.	वर्तमान पता

5. संचार का विवरण

फोन	फोन निवास	फैक्स	मोबाइल	ई-मेल आईडी	वैकल्पिक
कार्यालय					ई-मेल
					आईडी

6. जन	मतिथि										
7. राष्ट्रीयता											
८. पिर	ऊले 1 वर्ष में प	प्राप्त योग्यताएं	(साबुत के	लिए डॉक	अपलोड करें)						
क)	क) शैक्षणिक / व्यावसायिक										
ख	ख) बीमा										
ग)	प्राप्त प्रशिक्षण	Т									
	(उपर्युक्त	न सभी का स्व	रूप एवं अव	वधि लिखें)							

9. व्य	वसाय की स्थिति:							
() छात्र 0 व्यावस	ायिक	0 कारोबा	र 0 कर्मचारी	0 ₹	नेवा ० व	गृहिणी	0 अन्य
10. रे	जिगार का विवरण	· :						
क) क्या आवेदक वर	र्नमान मे	ं नौकरी व	कर रहा है? हाँ / व	नहीं			
ख) यदि हां, तो	नीचे वि	वरण प्रस	तृत करें और नि	नेयोक्त	र से प्रा	प्त अन	ापत्ति पत्र
	ग्नओसी) की स्कैन							
•		संस्था		कार्य का स्वरुप	नियो	 जन कि :	 अवधि	
	नाम	स्वरूप						
					किस	तारीख	किस	तारीख
					से		तक	
		(सरका	री /	(बीमा सर्वेक्षण				
				से संबंधीत,				
			फर्म, · ू	अन्य)				
		बीमा व						
		सर्वेक्षव सरकार्र						
		का उप						
		अन्य)	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					
		,					<u> </u>	
	ग) किए गए किस	ी अन्य	व्यवसाय <i>।</i>	/पेशे का विवरण:				
	फर्म का नाम		पदनाम		कार्य का स्वरुप			
11. f	 वेभागों के लिए वि	कल्प	जिनमें अ		। और	सर्वेक्षक	का लाइ	 सेंस प्रदान
किया	जाना चाहते / चाह	इती हैं						
1.			2	3				
4.	·	5.		6				
	·							
	शिक्षिक देनेवाले स							
τ	रसएलए सं							
₹	पंस्थान की सदस्य	ता का ी	वेवरण :					
	पदस्यता पहचान प							
	 गहचान पत्र जारी व		_					
	भावंटित सदस्यता							
•		1.1 (1)						

	4		_
समााप्त	മ്പ	ताराख	

विभाग	फायर	मरीन	मरीन	इंजीनि	मोटर	मिसिले	फसल	एलओपी
		कार्गी	हल	यरिंग		नियोस	बीमा	
सदस्यता								
का स्तर								

c		
वर्तमान	П	•
पतनान	чаі	

संपर्क का विवरण

फोन	फोन	फैक्स	मोबाईल	ई-मेल	वैकल्पिक	ई-मेल
कार्यालय	निवास			आईडी	आईडी	

13. घोषणा :

मैं सत्यनिष्ठा से घोषणा करता / करती हूँ और पुष्टि करता / करती हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं ।

आवेदक के हस्ताक्षर	
दिनांक:	
स्थान:	

FORM – IRDA-13

PRESCRIBED FORMAT FOR ENROLLMENT AS TRAINEES (Reg 16(1))

Instructions:

- 1) It is mandatory to enclose copy of the Student membership ID issued by the Institute.
- 2) It is mandatory to attach certificate of trainer/surveyor firm along with the enrollment application.
- 3) Enrollment applications will be processed by IRDA only after receiving online submission of certificate from the selected trainer/Surveyor firm by trainee.
- **4)** Any change in the information submitted to the authority must be informed to the authority within 15 days from date of the change.

	ls of the App	licant							
1.	Name		•••••		•••••				
2.	Membershi	Membership Details of the Institute:							
3.		embership no address							
4.	Present add	lress							
5.	Communic	ation details							
P	hone Office	Phone Res.	Fax	Mobile	Email ID	Alternate Email ID			
6.	Date of Bir	th							
7.	Nationality	,							
8.	8. Qualifications acquired in the past 1 year (Upload docs for proof)								
	a) Acaden	nic / Professiona	al						
	b) Insuran	ce							
	c) Trainin	g Attended							
		(Nature	- Duration for	all of the above	e)				

9. Occupation	Occupation status:											
	OStudent OProfessional OBusiness OEmployee OService OHousewife Oothers											
10. Employm	ent det	ails:										
a) Whetl	ner app	licant is cur	rently emp	loyed?	Yes/No							
b) If yes,	b) If yes, provide details below and also attach scanned copy of NOC from employer											
Name o		ature of Org	ganization	Natu			od of emplo					
Employe	er	(Govt./S		Wo (Insurar		From I	Date	To Date				
		govt/Privat insurance co surveyor fir other	e Firm, ompany, m, PSU,	survey related, Others)								
			,				 					
c) Detail	s of an	y other busi	ness/profes	ssion carr	ied out:							
Na	me of l	Firm	Designa	tion Nature of Business								
11 0 4 6	1		1 . 1	1	1	1	1	1.				
11. Options for	or depa	rtments, in	which you	wish to b	e trained	and grant	ted surveyo	rs license				
1		2 5		3			4.					
7.		5 8.		6								
												
12. Name of S	Гrainer LA No	=										
Memhersi	hin Det	ails of the I	nstitute:									
	-	hip ID cara										
		ssue of ID c										
	ate of a	<i>nembership</i> expiry	анонеа									
Dept	Fire	Marine cargo	Marine Hull	Engg	Motor	Misc	Crop Insurance	LOP				
Level of Membership												

Present Ad	dress					
Communic	ation details	S.				
Phone	Phone	Eov	Mobile	Email	Alternate	
Office	Res.	Fax	Modile	ID	Email ID	

13. Declaration

I solemnly declare and confirm that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Signature of the Applicant
Date: Place: