

01/2014

DEATH CLAIM FORM

మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

Inward No.

అంతర్గత నెం.

Empty box for Inward No.

Office Use Only

కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం



APGLI

DIRECTORATE OF INSURANCE

డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము

HYDERABAD

హైదరాబాద్

Refund Form - 2

రిఫండ్ ఫారం - 2

DISTRICT INSURANCE OFFICE _____

జిల్లా బీమా కార్యాలయము _____

(To be filled by the Heir of the Subscriber)

(చందాదారు వారసులు భర్తీ చేయవలెను)

All Columns shall be filled in capitals only

అన్ని కాలములు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపవలెను

Policy No.

పాలీసీ నెం.

Policy No. input box

Employee ID No.

ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

Employee ID No. input box

Claimant's Mobile No.

అభ్యిదారుని మొబైల్ నెంబరు

Claimant's Mobile No. input box

1. Name of the Subscriber చందాదారుని పేరు

Name of the Subscriber input box

2. Father's Name తండ్రి పేరు

Father's Name input box

3. Designation వోదా

Designation input box

4. Name of the Office and the District where the Subscriber was working at the time of Death

చందాదారు చనిపోయినాటికి పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

Office and District input box

5. Date of death of the subscriber specifying the disease / cause of death

చందాదారు చనిపోయిన తేది, వ్యాధి / కారణములు

Date of death input box (DDMMYYYY)

Empty box for disease/cause of death

6. Name of the Claimant and his / her Father's Name

క్లెయిము చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

Name of the Claimant and his / her Father's Name input box

Relationship with deceased Policy holder

చనిపోయిన చందాదారునితో గల బంధుత్వం

Relationship with deceased Policy holder input box

7. Date and reason of retirement

పదవి / కారణములు తేది, కారణములు

Date and reason of retirement input box (DDMMYYYY)

Empty box for reason of retirement

(Contd - 2)

Visit Our Website : www.apgli.ap.gov.in

:: 3 ::

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమమైనవియు, ఆ ఓటరములు నేను ఎరిగినచేసినవియు ధృఢీకరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు న్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియూ సంతకము లేదా ప్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ ఓటంతువు / సంరక్షకుడు అయిన _____ దే ననియు నాకు పూర్తిగా సంతృప్తి కలిగినది. తదుపరి చందాదారుని చివరి రోజుల జీత భత్యములు ప్రస్తుత లబ్ధిదారునికి చెల్లించడమయినదని మరియు చనిపోయిన తేది వరకు సర్వీసులోనే ఉన్నాడని ధృఢీకరించుచున్నాను.

Signature of the Drawing and Disbursing Officer
ఆహారణ మరియు బట్రాడా అధికారి సంతకము



**Name of the Officer
in Block Letters :**
_____ ఓట అక్షరములలో అధికారి పేరు

Designation :
హోదా :

Name of the Office :
కార్యాలయ పేరు :

Note :- 1. The Application should be certified by the concerned Drawing and Disbursing Officer only.

గమనిక :- 1. ఈ దరఖాస్తును సంబంధిత ఆహారణ మరియు బట్రాడా అధికారి మాత్రమే ధృఢీకరించవలెను.

2. If the Subscriber dies with (3) Years of issue of Policy / Policies, the Drawing and Disbursing Officer shall furnish the details of Leave on Medical Grounds availed for a period of (3) Years (alongwith attested Xerox Copies of Medical Certificate) proceeding the date of commencement of Policy / Policies.

2. చందాదారుడు పాలసీ ప్రారంభపు తేది నుండి (3) సంవత్సరములోపు మరణించినయెడల, ఆహారణ మరియు బట్రాడా అధికారి, సదరు చందాదారుడు పాలసీ ప్రారంభపు తేదికి మూడు సంవత్సరముల కాలమునకు వైద్య కారణముల పై వాడుకొనిన సెలవు ఓటరములను (ధృఢీకరించిన జరాక్స్ వైద్య సర్టిఫికేట్ లతో) తప్పని సరిగా, ఈ దరఖాస్తుతో పంపవలెను.

3. The following documents also shall be compulsorily enclosed.

3. దిగువ తెలిపిన పత్రములు కూడా తప్పక జత చేయవలెను.

Enclosures :
జత చేయవలసిన :

a). Policy Bonds Original

ఎ). పాలసీ పత్రము

b). Legal Heirs Certificate Copy duly attested

బి). వారసత్వపు పత్రము ధృఢీకరణతో

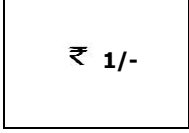
c). Death Certificate Copy duly attested

సి). మరణ ధృఢీకరణ పత్రము ధృఢీకరణతో

(Contd – 4)

Visit Our Website : www.apgli.ap.gov.in

:: 4 ::



Revenue Stamp
రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT

రశీదు

Note : If the Amount exceeds ₹ 5,000/-, Revenue Stamp shall be affixed.

గమనిక : పైకం ₹ 5,000/- లకు పైచినట్లయితే స్టాంపు అతికించాలి

Policy No. _____

పాలసీ నెంబరు : _____

I _____ have received a sum of ₹ _____ (Rupees
Only) from Directorate of Insurance,
Andhra Pradesh, Hyderabad vide Cheque / D. D. / Online Payment No. _____ dated :
_____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ (రూపాయలు _____) అను నేను జీత బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాదు వారి నుండి
మాత్రమే) తేది : _____ నెంబరు _____ గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేమెంట్
ద్వారా అందుకొన్నట్లు ఇందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నాను.

Signature
సంతకము

I hereby certify that the above Signature of Sri / Smt _____
is made in my presence.

_____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
ధృవీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

Date :
తేది :

**Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal**

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :

Visit Our Website : www.apgli.ap.gov.in