

ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వ భీమా డైరెక్టరు కార్యాలయము

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH DIRECTORATE OF INSURANCE

జిల్లా భీమా కార్యాలయము

DISTRICT INSURANCE OFFICE

(చందాదారు వారసులు భర్తీ చేయవలెను.)

To be filled in by the Heirs of the Subscriber.

<p>1. చందాదారు పేరు, తండ్రి పేరు, వౌచా. Subscriber's name and the name of his father and designation</p>	<hr/>
<p>2. తుదిసారిగా చందాదారు పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు Name of the office and the District where the subscriber was last in service.</p>	<hr/>
<p>3. పాలసీ నెంబరు లేదా పాలసీల నెంబర్లు మరియు వారి మొత్తముల గురించిన వివరములు లేదా ప్రావిడెంట్ ఫండు సభ్యుడైనచో చందాదారు రిజిస్టరు నెంబరు Number of policy or policies with particulars of their amount or subscriber's Register No. if he was a member of the Provident Fund.</p>	<hr/>
<p>4. పాలసీ పరిమతి చెండు తేదీ. Date of maturity of the policy.</p>	<hr/>
<p>5. వదలి విరమణ తేదీ, కారణములు. Date and reason of retirement.</p>	<hr/>
<p>6. చందాదారు చనిపోయిన తేదీ, వ్యాధి వివరములు. Date of death of the subscriber specifying the disease.</p>	<hr/>
<p>7. చనిపోయిన స్త్రీ యొక్క బ్రతికియున్న లేదా చనిపోయిన భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, చందాదారు మరణించిన ముందే వారు చనిపోయినారా? ఈ దరఖాస్తు ఫారమును భర్తీ చేయు సమయమునకు వారి వయస్సు. Names of the wife or wives of the deceased alive or dead, stating whether they died prior to the subscriber's death and their ages at the time of filling in this application form.</p>	<hr/>
<p>8. కొడుకుల పేర్లు, ఈ దరఖాస్తు ఫారము భర్తీచేయు సమయములో వారి వయస్సు, వారి తల్లిపేరు (తల్లల పేర్లు) Name of the sons and their ages at the time or filling in this application form, with name(s) of the mother(s).</p>	<hr/>
<p>9. పెండ్లి అయినదా లేదా పెండ్లి కాని కుమార్తెల పేర్లు, ఈ దరఖాస్తు ఫారము భర్తీచేయు సమయములో వారి వయస్సు, వారి తల్లిపేరు (తల్లల పేర్లు) పెండ్లి జరిగినట్లయితే అది చందాదారు మరణమునకు ముందు జరిగినదా? తల్లికాక జరిగినదా? Name of married or unmarried daughters and their ages at the time of filling in this application form with the name(s) of the mother(s). If married state whether before or after the death of the subscriber.</p>	<hr/>
<p>10. తల్లి (తల్లలు) బ్రతికియుండని వ్యక్తులలో నైనను కొడుకులు, పెండ్లి కాని కుమార్తెల సంరక్షకుల పేర్లు బాంధవ్యము. Name of the guardians of the minor sons and unmarried daughters stating relationship, if their mother(s) are not alive.</p>	<hr/>
<p>11. భార్యలు, కొడుకులు, కుమార్తెలు లేనియెడల తల్లి, తండ్రి, అన్నదమ్ములు మొదలైన ఇతర వారసుల పేర్లు. Names of other heirs in the absence or wives, sons and daughters, e.g., Mother, Father, Brother, etc.</p>	<hr/>
<p>12. చెల్లింపు కోరు అంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ ట్రిజిస్టర్ లేదా స్టేట్ బ్యాంకు ఆఫ్ హైదరాబాదు బ్రాంచి లేదా స్టేట్ బ్యాంకు ఆఫ్ ఇండియా బ్రాంచి పేరు. Name of a Branch of the State Bank of Hyderabad or State Bank of India where payment is desired.</p>	<hr/>
<p>13. పూర్తి చిరునామా. Full Address</p>	<hr/>

**ప్రకటన
DECLARATION**

ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు లేక చనిపోయిన వ్యక్తికి వితంతువు లేదా వితంతువులు లేదా వారికి కలిగిన మైనరు కొడుకులు పెండ్లికాని కుమార్తెలు ఎవరు లేరని ఇందుమూలముగా ప్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కుదార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు వారసుల మేజర్లు అయిన మీదట ఈ సైకములో తమ వాటాను ముస్సండు కోరు పక్షములో ఆ మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై యుండగలను. ఒకవేళ పొరపాటున ఏమైనా ఎక్కువ మొత్తము పొందియున్న యెడల అట్టి మొత్తమును త్రిప్పి పంపగలందులకు బాధ్యత వహించునని ఇందుమూలముగా ప్రకటించుచున్నాను.

I do hereby declare that there are no other widow or widows of the deceased or minor sons and unmarried daughters born of them except those mentioned in this application. If in future any other claimants or minor heirs mentioned in the application claim payment of their share in the amount on attaining majority, I shall be held responsible to repay the amount.

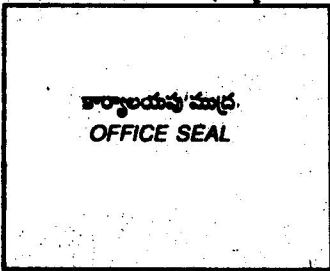
దరఖాస్తుదారు సంతకము లేదా వ్రేలిముద్ర
Signature or Thumb - Impression
of the applicant

**స్పర్టిఫికేట్
CERTIFICATE**

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమమైనవనియు, ఆ వివరములు నేను ఎరిగినవేననియు ధృవీకరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు న్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియు సంతకము లేదా వ్రేలిముద్ర యొక్క వితంతువు/సంరక్షకుడు అయిన దే పనియు నాకు పూర్తిగా సంపూర్ణ కలిగినది.

This is to certify that the entries made in the application are correct, the details of which are known to me. There is no other legal heir of the deceased except those mentioned in the application and the signature or thumb impression is of widow of/guardian of regarding which I am fully satisfied.

.....
ధృవీకరించు అధికారి సంతకము
Signature of the Certifying Officer



విడి అక్షరములలో అధికారి పేరు
Name of the Officer
in Block Letters
.....
హోదా.
Designation:
కాళి
Department:

తేదీ:
Dated:

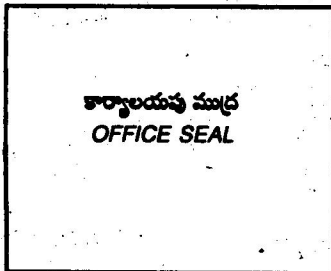
గమనిక:- 1) ఈ దరఖాస్తును అంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ సర్వీసులో యున్న గెజిటెడ్ అధికారి లేదా దరఖాస్తుదారు రాష్ట్రము వెలుపల ఉన్నట్లయితే మేజిస్ట్రేటు ధృవీకరచవలెను.

Note:- The application should be certified by a Gazetted Officer of Andhra Pradesh Government in service or by a Magistrate, if the applicant is residing outside Andhra Pradesh State.

2) పాలసీని లేదా పాలసీలను, బోనసు స్పర్టిఫికేట్లను ఇదివరకే పంపకపోయినట్లయితే వాటిని ఈ దరఖాస్తు ఫారము వెంట పంపవలెను. Policy or Policies and Bonus Certificates should be sent alongwith this application form if not already sent

3) 1-12-1953 తేదీ గల అధిక కాళి వారి 115వ వెంబరు సర్క్యులరు ననుసరించి పాలసీదారు అంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ జీవిత భీమా కాళి నుండి రూపాయలు రుణము తీసుకొని యున్నందున ఆ మొత్తమునకుగాను అతను ఇచ్చి తగియున్న రూ. పాలసీ సైకము నుండి మిసపోయించుకోవచ్చునని ఇందుమూలముగా ధృవీకరచుచున్నాను.

I hereby certify that the deceased was in service till his death and his last premium was deducted from his pay for the month of 200 and that in accordance with the F.D. Circular No. 115, dated: 1-12-1953 the policy holder obtained a loan of Rs. from the Office of Andhra Pradesh Life Insurance Fund out of which he has to pay Rs. which may be recovered from the policy amount.



కాళి అధికారి సంతకము.
Signature of the
Department Officer
.....
విడి అక్షరములలో అధికారి పేరు
Name of the Officer
in Block Letters
.....
హోదా.
Designation:
తేదీ:
Dated :

GRPV-9-11.5.'05-1,00,000 c/s.

అంశప్రతిపాదనెం. 40

రూపాయి స్టాంపు
Stamp 1 Rupee.

DIR. OF INS. F.No. 40.

రశీదు
RECEIPT

గమనిక:- మొత్తము రూ. 500 లకు మించిన ఎడల అంటించవలెను.

Note - If the amount exceeds Rs. 500, this receipt should be duly stamped.

శ్రీ/శ్రీమతి _____ గారి భీమా / ప్రొవిడెంటుఫండు / ఋణము / బోనసు మొత్తమునకు
సంబంధించిన చందాదారు నెంబరు _____ రశీదు _____
అయిన నేను ఇందుమూలముగా ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వ భీమా కార్యాలయము, హైదరాబాదు నుండి రూపాయి (అంకెలలో)
_____ (అక్షరములలో) _____ స్వయముగా శ్రీ / శ్రీమతి _____
_____ ద్వారా _____ తేది గల _____

నెంబరు చెక్కు - బ్యాంకు ద్రాఫ్టు ముద్దినట్లు తెలియనరచుచున్నాను.

Receipt regarding the amount of Insurance / Provident Fund / Loan / Bonus of Sri / Smt.

Subscriber No.....
I hereby acknowledge receipt of Rs. (in figures
.....) (in words
.....) From the Directorate of Insurance Hyderabad per
self, Sri / Smt.....
..... Attorney / Bearer* per Cheque / B.D. No.....
..... Dated2004.

తీసుకున్నవారి సంతకము.
Signature of recipient

వాలసీదారు-త్లయిముదారు, యొక్క సంతకము లేదా బొత్తునవ్రేలి ముద్ర.
Signature or thumb-impresion of the policy holder Claimant.

నా సమక్షములో సంతకము చేసిన పై సంతకము - వ్రేలి మేధ
 శ్రీ/శ్రీమతి ----- గాలదెసని పురస్కరించుకొని పై చెక్కును స్వయముగా
 అందజేయడమైనది నేను ఇందుమూలముగా ధృవపరచుచున్నాను.

I hereby certified that the above signature / thumb

impressions of Sri / Smt. _____
 Who has signed in my presence.

గణపిడు అధికారి పేరు

1. Name of the Gazetted _____

హోదా

2. Designation _____

1. Date of Attestation _____

కార్యాలయపుముద్ర.

OFFICE SEAL

ధృవీకరించిన అధికారి సంతకము.
 Signature of the
 Certifying Gazetted Officer

సూపరిటెండెంటు.
 Superitendent

సహాయసంచాలకుడు, భీమా
 Asst. Director of Insurance

గుమాస్తా
 Clerk

గమనిక:- ఆంధ్ర ప్రదేశ్ సర్కసులో యున్న గణపిడు అధికారిచే గాని, అభ్యర్థి రాష్ట్రము వెలుపల నివసిస్తున్నయినచో మేజిస్ట్రేటుచే రశీదు
 ధృవపరచవలెను.

Note: The Receipt should be certified by a Gazetted Officer of Andhra Pradesh Government in Service or by a
 Megistrate if the applicant is residing outside the State.

C.P.W.—383—8.5.8—3,00,000

అం.ప్ర.వ.జి.భి.శా. నెం. 19
A.P.G.L.I.D. No. 19

మరణపు సర్టిఫికేటు
DEATH CERTIFICATE

శాఖకు చెందిన మాజీ ఉద్యోగియు, నేను చికిత్స చేసిన/ఎరిగిన
శ్రీ _____ తండ్రి (_____)
_____ తేదీన _____ స్థలముల
(వ్యాధి) వలన చనిపోయినాడని ఇందు మూలముగా ధృవ పరచడమైనది.

It is hereby certified that Sri. _____
son of _____
Ex-employee (Dept. _____) who has under
my treatment) whom I know, died of (disease) _____
on (Date) _____ at (Place) _____
తేది _____ 198
Date : _____ 198

ధృవ పరచు అధికారి సంతకము.
Signature of the Certifying Officer
హోదా _____
Designation _____

గమనిక:—సాధారణముగా ఈ సర్టిఫికేటుకు సంబంధించిన వైద్యాధికారి జారీ చేయవలెను. ప్రయివేటు ప్రాక్టీషనరు లేదా నాన్ గజిటెడు హాకీము లేదా వైద్యుడు కూడ జారీ చేయ వచ్చును. కాని దీనిపై సర్వీసులో యున్న గజిటెడు అధికారి తప్పని సరిగా ధృవ సంతకము చేయ బడ వలెను. అందుకు బదులు చనిపోయిన వ్యక్తిని ఎరిగినట్టి సర్వీసులో యున్న గజిటెడు అధికారి దానిని జారీ చేయ వచ్చును.

Note:— This Certificate should normally be issued by the Medical Officer concerned. It may also be issued by a private practitioner or a non-Gazetted Hakeem or Vaidya, in which case it should invariably be countersigned by a Gazetted Officer in service. As an alternative it may be issued by any Gazetted Officer service who knew the deceased.

OFFICE OF THE JOINT DIRECTOR OF INSURANCE
DISTRICT INSURANCE OFFICE
HYDERABAD.

Lr No.....Dated;.....

To,
.....
.....
.....

Sub;Refund of policy amount in r/o Late Sri/Smt.....
Ref;Your Lr no.....Dt.....

Sir/Madam,

With reference to the above iam to state that Sri/Smt/Kum.....
.....has informed this office that Sri/Smt/Kum.....
.....of your department has expired on

You are there fore requested kindly to furnish trhe following information
duly signed at an early date so as to enable this office to settle the claim case.

- 1.Date of Resignation or Retirement.
- 2.Date and cause of Death.
- 3.Has the subscriber is in service till his/her Death.
- 4.Last month of premium and Rate of premiumdeducted from salary.
- 5.Places of postings during.....
- 6.Names of Surviving Legal Heirs (Widow&Children)With their ages as per
your records.
- 7.Other details if any.
- 8.Present Address of the Widow/widower or Children
- 9.To whom the last working days salary,G.P.F. and Death -cum Retirement
Gratuity was paid.
- 10.Leave particulars if availed on medical grounds from.....to
.....along with medical certificates.
- 11.If the subscriber belongs to State Govt.Service and working on deputataion
in your department inform whether he was havingLien in the present
department and also send a copy of the deputation order.

YOURS FAITHFULLY

for ASST DIRECTOR OF INSURANCE