

DEATH CLAIM FORM
మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

Inward No.
అంతర్గత నెం.



లబ్ధిదారుని ఫోటో అతికించి
ధృఢీకరించ వలెను

Office Use Only

కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

APGLI

DIRECTORATE OF INSURANCE
దైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము
AMARAVATHI
అమరావతి

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 పెద అక్షరములతో పూరిగా నింపవలెను

Policy No.
પાલસી નેં.

Employee ID No.
ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

Claimant's Mobile No.
ಲಬಿದಾರುನಿ ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರು

[illegible][illegible][illegible]

1. **Name of the Subscriber** చందాదారుని పేరు

[illegible]

2. Father's Name తండ్రి పేరు

[illegible]

3. Designation హోదా

[illegible]

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

చందాదారు చనిపోయేనాటికి పనిచేసిన కార్కాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

--

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

చందాదారు చనిపోయిన తేది, వ్యాధి ☐ రములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

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

కైయిము చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

1	2	3
---	---	---

Relationship with deceased Policy holder

చనిపోయిన చందాదారునితో గల బంధుత్వం

7. Date and reason of retirement

పద□□రమణ తేది, కారణములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

(Contd – 2)

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

:: 3 ::

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమమైనవినియు, ఆ ఓటరములు నేను ఎరిగినదేనియు ధృఢీకరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు న్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియు సంతకము లేదా ప్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ ఓటంతువు / సంగ్రహకుడు 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 బట్వాడా 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 బట్వాడా 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 బట్వాడా 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 ::

₹ 1/-

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, Amaravathi vide Cheque / D. D. / Online Payment No. _____ dated :
_____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ (రూపాయలు _____
పూత్రమే) 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.

శ్రీ / శ్రీమతి _____ 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