01/2014

DEATH CLAIM FORM మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

Please affix Legal Heir Photo, duly attested by the DDO లబ్రిదారుని ఫొట్ అతికించి

All Columns shall be filled in capitals only

ధృ🖺కరించ వలెను



्रायते Office Use Only

Inward No. అంతర్గా⊡ నెం.

కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

DIRECTORATE OF INSURANCE డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇమ్స్టారెన్స్

APGLI

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము

AMARAVATHI

అమరావతో

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)

Policy No. పాలసీ నెం.	Employee ID No. ఉద్యోగి ఐడీ వెంబరు	Claimant's Mobile No. లబ్దిదారుని మొబైల్ నెంబరు
1. Name of the Subscriber	చందాదారుని పేరు	
2. Father's Name ඡං(යී ්ඛරා		3. Designation ಏ್ ⁶ ದ್
4. Name of the Office and the Districtime of Death చందాదారు చవిపోయెనాటికి పవిచేసిన కారా	ct where the Subscriber was working at the ్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు	

7. Date and reason of retirement పద్ద్రమణ తేది, కారణములు

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

క్లెయిము చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

D	D	М	М	Y	Y	Y	Y

Relationship with deceased Policy holder

చనిపోయిన చందాదారునితో గల బంధుత్వం

(Contd - 2)

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

3. Names of the Wife or Wives of the deceased with their children and ages చవిపోయిన వ్యక్తి యొక్క భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, పిల్లల పేర్లు మరియు వయస్సు			
9. Name of the Bank wher చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ షే		·	
Branch Na	ame ಭಾರ	ා ඩ	
IFS CODE	ဆ သိ	ఫ్ యస్ కోడ్	
Bank Acc	ount No. ಬ್ಯಾ	ంకు ఖాతా నెంబరు	
Mobile No	o. of Claimant ಲಪ್ಪಿ	వారువి మొబైల్ వెంబరు	
Aadhar Ca	ard No. ಆಧ್	ర్ కార్డ్ నెంబరు	
10. Full Address of Claiman లబ్దిదారువి పూర్తి చిరునామా కే			
Important Note : In case of Government Life Insurance		will be settled in terms of	Rule 32 (d) (3) of Andhra Pradesh
_		క్క విబంధన 32 (డి) (3) స్థుకారం చె	ల్లింపు పరిష్కరించబడును.
		DECLARATION (ప్రకటప	
and unmarried daughters Claimants or minor heirs m majority, I shall be held re	born of them excep entioned in the Appli sponsible to repay t	t those mentioned in this ication Claim payment of th	dows of the deceased or minor sons Application. If in future any other eir share in the amount on attaining that if in future it is found that any ss amount.
కొడుకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎ వారసులు మేజర్లు అయిన 🗀దట -	వరు లేరని ఇందుమూలము ఈ పైకములో తమ వాటాన ఏమైనా ఎక్కువ మొత్తము	ంగా (పకటించడమైనది. ఇతర హక్కు మ భష్యత్తులో కోరు పక్షములో ఆ కె	ేదా ⊡తంతువులు లేదా వారికి కలిగిన మైనరు దార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై మును తిరిగి చెల్లించుటకు బాధ్యత వహింతునని
		Signature or / Left Hand ದರಖಾಮ್ತದಾರ	l Thumb Impression of the Applicant ు పంతకము / (వేలి ముద్ర
		CERTIFICATE సర్దిఫికెట్	
to me. There is no other leg or Thump — Impression is	gal heir of the deceas		rect, the details of which are known in the Application and the Signature
widow of / guardian of which I am fully satisfied.			regarding
-		st working days Salary wa	s paid to the Claimant only and the
	criber obtained a Lo terest is payable, the	an of ₹same can be recovered from	against his APGLI Policy and if m the Policy amount.
-			(Contd – 3)

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

దరఖాస్తులో దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు శ్రీ / శ్రీమతి			ీరవియూ సంతకము లేం	
అయిన చందాదారుని చివరి రోజుల జీత భ ధృష్కరించుచున్నాను.		దే ననియ	య నాకు పూర్తిగా సంతృష్తి	కలిగినది. తదు ప రి
			of the Drawing and Dis ು ಮರಿಯು ಬಟ್ಪಾಡಾ ಅಧಿಕಾರಿ ಕ	
Office Seal కార్యాలయం ముద్ర			Name of the Officer in Block Letters : దిశి అక్షరములలో అధికారి ే	పేరు
			Designation : హోదా ៖	
			Name of the Office : ಕಾರ್ಯಾಲಯ	
Note :- 1. The Application	should be certified by the	concerned Drawing	and Disbursing Officer	only.
గమనిక :- 1. ఈ దరిఖాస్తుమ సంజ	ుంధిత ఆహరణ మరియు బట్వాడా	∙ అధికారి మాత్రమే ధృ⊑క	రించవలెను.	
shall furnish the	r dies with (3) Years of iss details of Leave on Medic Copies of Medical Certificat	al Grounds availed f	or a period of (3) Years	(alongwith
సదరు చందాదారుడు	ు (ప్రారంభవు తేది మండి (3) సంవ పాలసీ (ప్రారంభవు తేదికి మూడు రించిన జిరాక్స్ వైద్య సర్ధిఫికెట్ లశ	సంవత్సరముల కాలమున	కు వైద్య కారణముల పై వాడు	
3. The following d	ocuments also shall be con	npulsorily enclosed.		
3. దిగువ తెలిపిన పుత్రం	ములు కూడా తప్పక జత చేయవలె	మ.		
Enclosures : జత చేయవలసిన :				
a). Policy	Bonds Original			
ఎ). పాలసీ	పుతము			

(Contd - 4)

b). Legal Heirs Certificate Copy duly attested

c). Death Certificate Copy duly attested

బి). వారసత్వపు పత్రము ధృచ్చకరణతో

పి). మరణ ధృక్తాకరణ పత్రము ధృక్తాకరణతో

₹ 1/-

Revenue Stamp రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT రశీదు

	If the Amount exceeds ₹ :ైబకం ₹ 5,000/- లకు ⊡ంచి		hall be affixed.
Policy N పాలసీ వె	lo ౦బరు ః		
Andhra Pradesh.			um of ₹ (Rupees Only) from Directorate of Insurance, dated :
	_ towards sanction of Loan	/ Settlement of Claim agaii	nst my Policies.
₹	్ర్త్ / శ్రీమతి (రూపాయలు	అను వేను జీ[త్ బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, అమరావతో వారి నుండి
మా(తమే) తేది ః _		నెంబరు	గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేయెంట్
is made in my pr		bove Signature of Sri / Smt	Signature సంతకము
5ృ ⊡క8ంచుచున్నాను	్రే / శ్రీమతి		చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
Station : స్థలము ః			Signature of Drawing and Disbursing Officer with Seal ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము కార్యాలయ ముద్రతో
Date : ತೆರ್			Name : ඛ්රා :
			Designation :

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