LOAN FORM ఋణ ధరఖాస్తు



Form No. 29 నమూనా నెం. 29

Inward No. అంతర్గా⊡ నెం.

APGLI

Office Use Only కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

DIRECTORATE OF INSURANCE డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇమ్స్టారెస్స్

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

ఆంధ్ర స్థవేశ్ స్థ్రభుత్వము, ఆంధ్ర స్థవేశ్

AMARAVATHI

అమరావతి

	District Insurance Office :			
జిల్లా బీమా కార్యాలయం :				
APPLICATION FOR LOAN ఋణము కొరకు దరఖాస్తు				
Policy No. పాలపీ వెం.				
1. Name of the Subscriber	రుని పేరు			
2. Father's Name తండ్రి ేపరు 3. Designation హోదా				
4. Date of Birth ఫుట్టిన తేది (As per Service Register) సర్వీస్ రిజిష్టర్ (ప్రకారం				
5. Office where he is employed ఉద్యోగి పని చేయుచున్న కార్యాలయం పేరు D. D. O. Code డి. డి. ఓ. కోడ్				
 6. The Amount of Loan applied for దరఖాస్తు చేసుకొన్న ఋణ మొత్తం ₹ 7. The Number of Instalments in which the Loan is proposed to be repaid (√) 12 24 36 48 (Not exceeding 48, according to Rule 46) ఋణ మొత్తం తిరిగి చెల్లించదలచిన (పతిపాదిత వాయిదాల సంఖ్య (వియమావళి 46 (ప్రకారం 48 వాయిదాలకు ఏంచరాదు) 				
రి. Basic Pay మూల వేతనం ₹	Pay Scale జీతపు ప్కేలు ₹			
9. Gross Salary ₹				
10. Monthly Premium వెలపరి (ప్రీఏయము మొత్తం ₹				
11. Name of the Bank where Payment of Loan is desired రుణ మొత్తము చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు				
Branch Name	బ్రాంచి పేరు			
IFS CODE	ఐఎఫ్ యస్ కోడ్			
Bank Account No.	బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు			

(Contd - 2)

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

12. Employee I. D. No.	ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు				
	Ç				
13. Aadhar Card No.	ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు				
14. Mobile No.	మొబైల్ నెంబరు				
15. E – Mail of Policyholder	పాలపీదారుని ఈ - మొయిల్				
16. Mobile No. of Drawing and Disbursing Officer	ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి మొబైల్ నెంబరు				
17. E – Mail of Drawing and Disbursing Officer	ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి ఈ - మొయిల్				
I hereby declare	e that the particulars stated above are true	and correct.			
పై తెలిపిన 🖾 వరాలు	, సరైవవేనని యిందుమూలముగా ధృ⊑ికరించుచున్నాను				
	ise the Director of Insurance, Government Interest from my salary in the manner LI Fund.				
	యమాల ప్రకారం, బీమా శాఖ డైరెక్టరు విర్దేశించిన రీ ్వాలు జారీ చేయడానికి ఆంధ్ర ప్రదేశ్ స్రభుత్వ బీమా శాః				
Date : ತೆದಿ ಃ		Signature of Applicant దరఖాస్తుదారువి సంతకము			
It is certified that the particulars stated in the above application are correct to the best of my knowledge and belief and the above Signature of Sri					
ధృ౬్కరించుచున్నాను. శ్రీ	పివ ఏపరాలు నాకు తెలిసివంతవరకు మరియు ఏక్వశి పై దరఖాస్తు పై సంతకము నా సమ రుణము పొందివున్నారు. ఈ మొత్తము నుండి 🤻	క్షములో చేశారు. ఈయన బీమా శాఖ నుండి			
చెల్లించవలసిపున్నది.	- w				
Station : స్థలము ః	-	ature of Drawing and Disbursing Officer with Seal రణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము కార్యాలయ ముద్రతో			
Date :	Nam (In B	•			
ತೆದಿ :	పేరు				

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

₹ 1/-

Revenue Stamp రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT రశీదు

	If the Amount exceeds ₹ 5,0 ైబకం ₹ 5,000/- లకు ⊡ంచినట్లం		p shall be affixed.
Policy N పాలసీ వె	lo. 		
Andhra Pradesh	I	_ have received a	sum of ₹ (Rupees Only) from Directorate of Insurance,
Anuma Fradesii,	_ towards sanction of Loan / Se	ettlement of Claim ag	painst my Policies.
₹	శ్రీ / శ్రీమతి	అను నేను	జీ⊡త బీమా శాఖ డైరెక్ట్రేటు, అమరావతి వారి నుండి
మా(తమే) తేది :		 වර්	గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేయెంట్
is made in my pr		e Signature of Sri / S	Signature సంతకము emt
కృ ⊡కరించుచున్నామ	్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 : ತೆದಿ :			Name : ්වරා :
			Designation :

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