01/2014

Inward No.

Please affix Legal Heir Photo, duly attested by the DDO లబిదారుని **ප**ෂිදිරඩ

All Columns shall be filled in capitals only

ధృ🖺 కరించ వలెను



APGLI

అంతర్గా⊡ నెం. Office Use Only

DEATH CLAIM FORM మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

DIRECTORATE OF INSURANCE డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇన్ఫూరెన్స్

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము

HYDERABAD ైహెదరాబాద్

Refund Form - 2 రిఫండ్ ఫ్లారం - 2

DISTRICT INSURANCE OFFICE	
జిల్లా బీమా కార్యాలయము	

(To be filled by the Heir of the Subscriber)

(చందాదారు వారసులు భర్తీ చేయవలెను)

అన్ని కాలములు పేద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నిం	ప్రవలేను	
Policy No. పాలసీ నెం.	Employee ID No. ఉద్యోగి ఐడి వెంబరు	Claimant's Mobile No. లబ్దిదారుని మొబైల్ వెంబరు

ಎ -७	ಡದ್ಯುಗ ಎಡ ಎಂಬರು	అద్దిదారున ముద్దల నిరిదరు
1. Name of the Subscriber	చందాదారుని పేరు	

2. Father's Na	ne ජරුලී ්බ	రు							3	3. D	esi	gna	atio	n ដ	ಕ್ಕ್	ۍ				

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

చందాదారు చనిపోయెనాటికి పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు 5. Date of death of the subscriber specifying the

disease / cause of death చందాదారు చనిపోయిన తేది, వ్యాధి 🖾 రములు

D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ

6. Name of the Claimant and his / her Father's Name Relationship with deceased Policy holder క్లెయిము చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

	,,
	చనిపోయిన చందాదారునితో గల బంధుత్వం
_	

7. Date and reason of retirement పద 🗆 🗆 రమణ తేది, కారణములు

D	D	М	М	Y	Υ	Υ	Υ

(Contd - 2)

8.	Names of the Wife or Wives of the decea children and ages		
	చవిపోయిన వ్యక్తి యొక్క భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, క	వల్లల పేర్లు మరియు పేయిప్పు	
_	Name of the Bank when a comment is deal		
9.	Name of the Bank where payment is des బెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు	irea	
	Branch Name	బ్రాంచి పేరు	
	IFS CODE	ఐ ఎఫ్ యస్ కోడ్	
	Bank Account No.	బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు	
	Mobile No. of Claimant	లబ్దిదారుని మొబైల్ నెంబరు	
	Aadhar Card No.	ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు	
10.	Full Address of Claimant with Pin Code లబ్దిదారుని పూర్తి చిరునామా పిస్ కోడ్ తో పహా		
	portant Note : In case of dispute the cla vernment Life Insurance Fund Rule.	aim will be settled in terms of	Rule 32 (d) (3) of Andhra Pradesh
ముః	ఖ్యగమనిక : ఏదేని 🖾 దము ఉన్నయెడల ఈ శాఖ	యొక్క విబంధన 32 (డి) (3) స్థుకారం చె	ల్లింపు పరిష్కరించబడును.
		DECLARATION ప్రకటవ	
Cla ma	I do hereby declare that to a unmarried daughters born of them eximants or minor heirs mentioned in the Apprix, I shall be held responsible to repayers payment was made to me in adversal	cept those mentioned in this Application Claim payment of th ay the amount. I also declare	eir share in the amount on attaining that if in future it is found that any
వార ఉం	ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వార ఎకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎవరు లేరని ఇందుమూ సులు మేజర్లు అయిన ఏదట ఈ పైకములో తమ వ వగలను. ఒకవేళ పొరపాటున ఏమైనా ఎక్కువ మొక్త మమూలముగా శ్రవకటించుచున్నాను.	లముగా డ్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కు rటాను భష్యత్తులో కోరు పక్షములో ఆ కె	మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై
		Signature or / Left Hand దరఖాస్తుదార	l Thumb Impression of the Applicant స సంతకము / (వేలి ముద్ర
		CERTIFICATE సర్ధిఫికెట్	
or '	me. There is no other legal heir of the de Thump — Impression is of Sri / Smt		rect, the details of which are known in the Application and the Signature
	low of / guardian of ich I am fully satisfied.		regarding
ded	It is also certified that th eased Subscriber was in Service till death		s paid to the Claimant only and the
anv	The Subscriber obtained a outstanding Loan or Interest is payable,		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			రనియూ సంతకము	
అయిన చందాదారుని చివరి రోజుల జీత భశ ధృ 🕒 కరించుచున్నాను.		దే ననియ	ు నాకు పూర్తిగా సంతృక్తి	్త్రి కల్గినది. తదుపరి
			of the Drawing and I మరియు బట్వాడా అధికాగ	
Office Seal కార్యాలయం ముద్ర			Name of the Officer in Block Letters : దేశీ అక్షరములలో అధికారి	_
			Designation : హోదా :	
			Name of the Office : ಕಾರ್ಯಾಲಯ	
Note :- 1. The Application	should be certified by the	concerned Drawing	and Disbursing Offic	er only.
గమనిక :- 1. ఈ దరిఖాస్తును సంజ	ుంధిత ఆహరణ మరియు బట్వాడా	అధికారి మాత్రమే ధృြ కర	రించవలెను.	
shall furnish the	er dies with (3) Years of issu details of Leave on Medica Copies of Medical Certificate	l Grounds availed fo	or a period of (3) Yea	ırs (alongwith
సదరు చందాదారుడు	ు (ప్రారంభపు తేది నుండి (3) సంవశ - పాలసీ (ప్రారంభపు తేదికి మూడు శ రించిన జిరాక్స్ వైద్య పర్దిఫికెట్ లత	సంవత్సరముల కాలమునః	కు వైద్య కారణముల పై వా	
3. The following d	ocuments also shall be com	pulsorily enclosed.		
3. దిగువ తెలిపిన పుత్రం	ఘలు కూడా తప్పక జత చేయవలెన			
Enclosures : జత చేయవలసిన :				
a). Policy	Bonds Original			
ఎ). పాలపీ	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 රඹ්රා

Note: I గమనిక :	f the Amount exceeds ₹ 5,00 పైకం ₹ 5,000/- లకు ఏంచినట్లయ	00/-, Revenue Stamp shal ుతే ప్రాంపు అతికించాలి	l be affixed.
Policy N పాలపీ వెం	0.		
Andhra Pradesh,			of ₹ (Rupees _ Only) from Directorate of Insurance, No dated : my Policies.
₹	్మ్ / శ్రీమతి (రూపాయలు	అమ నేను జీ త్	బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాదు వారి నుండి
మాత్రమే) తేది : ద్వారా అందుకొన్నట్లు	నెంబు వెంబ ఇందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నా	రు గ్రమ.	గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేమెంట్
			Signature సంతకము
is made in my pre	I hereby certify that the above esence.	Signature of Sri / Smt	
ధృ⊑కరించుచున్నాను.	ල් / ල්. කා ෂි		_ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారవి
Station : స్థలము :			gnature of Drawing and Disbursing Officer with Seal కారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము కార్యాలయ ముద్రతో
Date : ತೆದಿ ಃ			nme: మ :
			esignation : ^ຄ ຕ :

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