

01/2014

DEATH CLAIM FORM
మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

Inward No.
అంతర్గత నెం.

Office Use Only

కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

Please affix Legal Heir
Photo, duly attested by
the DDO

లబ్ధిదారుని ఫోటో అతికించి
ధృవీకరించ వలెను



APGLI

DIRECTORATE OF INSURANCE
డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము
HYDERABAD
హైదరాబాద్

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 పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపవలెను

Policy No.
పాలసీ నెం.

Employee ID No.
ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

Claimant's Mobile No.
లబ్ధిదారుని మొబైల్ నెంబరు

1. Name of the Subscriber చందాదారుని పేరు

2. Father's Name తండ్రి పేరు

3. Designation హోదా

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

చందాదారు చనిపోయినాటికి పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

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

చందాదారు చనిపోయిన తేదీ, వ్యాధి / కారణములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

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

క్లెయిము చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

Relationship with deceased Policy holder

చనిపోయిన చందాదారునితో గల బంధుత్వం

7. Date and reason of retirement

పదవి / కారణములు తేదీ, కారణములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

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

(Contd - 2)

8. **Names of the Wife or Wives of the deceased with their children and ages**

చనిపోయిన వ్యక్తి యొక్క భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, పిల్లల పేర్లు మరియు వయస్సు

--

9. **Name of the Bank where payment is desired**

చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు

--

Branch Name బ్రాంచి పేరు

--

IFS CODE ఐ ఎఫ్ యస్ కోడ్

--

Bank Account No. బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile No. of Claimant లబ్ధిదారుని మొబైల్ నెంబరు

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aadhar Card No. ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. **Full Address of Claimant with Pin Code**

లబ్ధిదారుని పూర్తి చిరునామా పిన్ కోడ్ తో సహా

--

Important Note : In case of dispute the claim will be settled in terms of Rule 32 (d) (3) of Andhra Pradesh Government Life Insurance Fund Rule.

ముఖ్యగమనిక : ఏదేని ఓ వాదము ఉన్నయెడల ఈ శాఖ యొక్క నిబంధన 32 (డి) (3) ప్రకారం చెల్లింపు పరిష్కరించబడును.

DECLARATION

ప్రకటన

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. I also declare that if in future it is found that any excess payment was made to me in adversantly, I agree to repay such excess amount.

ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు లేక చనిపోయిన వ్యక్తికి ఓకంతువు లేదా ఓకంతువులు లేదా వారికి కలిగిన మైనరు కొడుకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎవరు లేరని ఇందుమూలముగా ప్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కుదార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు వారసులు మేజర్లు అయిన ఏదట ఈ పైకములో తమ వాటాను భవ్యక్షులో కోరు పక్షములో ఆ మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై ఉండగలను. ఒకవేళ పొరపాటున ఏమైనా ఎక్కువ మొత్తము పొందియున్న యెడల అట్టి మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు బాధ్యత వహింతునని ఇందుమూలముగా ప్రకటించుచున్నాను.

Signature or / Left Hand Thumb Impression of the Applicant

దరఖాస్తుదారు సంతకము / వ్రేలి ముద్ర

CERTIFICATE

సర్టిఫికేట్

Certified 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 Thump – Impression is of Sri / Smt _____ regarding widow of / guardian of _____ regarding which I am fully satisfied.

It is also certified that the last working days Salary was paid to the Claimant only and the deceased Subscriber was in Service till death.

The Subscriber obtained a Loan of ₹ _____ against his APGLI Policy and if any outstanding Loan or Interest is payable, the same can be recovered from the Policy amount.

(Contd – 3)

:: 3 ::

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమమైనవియు, ఆ ఓటరములు నేను ఎరిగినచేసినవియు ధృఢీకరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు న్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియూ సంతకము లేదా ప్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ ఓటంతువు / సంరక్షకుడు 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 బట్రాడా 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 బట్రాడా 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 బట్రాడా 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

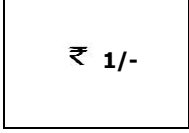
c). Death Certificate Copy duly attested

సి). మరణ ధృఢీకరణ పత్రము ధృఢీకరణతో

(Contd – 4)

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

:: 4 ::



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

₹ _____ (రూపాయలు _____) అను నేను జీత బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాదు వారి నుండి
మాత్రమే) 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.

_____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
ధృవీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

**Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal**

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :

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