**APPLICATION FOR POLICY**
పాలసీ దరఖాస్తు

**Form – 1**
ఫారం - 1

# DIRECTORATE OF INSURANCE
డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్

## GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము

## HYDERABAD
హైదరాబాద్

**DISTRICT INSURANCE OFFICE** ____________
జిల్లా బీమా కార్యాలయము ____________

## PROPOSAL FORM
ప్రతిపాదన పత్రము

**All Columns shall be filled in capitals only**
అన్ని కాలములు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపవలెను

**Policy No.** ____________
పాలసీ నెం. ____________

**Proposal Form No.** ____________
ప్రతిపాదన నెం. ____________

1. **Name** పేరు
   **Surname** ఇంటి పేరు **Full Name** పూర్తి పేరు

2. **Sex**

| | |
|---|---|
| **Male /** పురుషుడు | |
| **Female /** స్త్రీ | |

3. **Father's Name** తండ్రి పేరు

4. **Designation** హోదా

5. **Employee Office Address** ఉద్యోగి కార్యాలయ చిరునామా

**P I N**

6. **Date of Birth** పుట్టిన తేది
   **(As per Service Register)**
   సర్వీస్ రిజిష్టర్ ప్రకారం

| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

7. **Date of First Appointment** మొదటి నియామకపు తేది

| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

8. **Marital Status** □వాహితులా / అ□వాహితులా / □తంతువా / □డాకులు

| Married | Unmarried | Widow | Divorced |
|---|---|---|---|

9. **If married, No. of Children and their ages** □వాహితులైతే పిల్లల సంఖ్య మరియు వారి వయస్సు
   పిల్లల సంఖ్య వయస్సు (సం. లో)

10. **Basic Pay and Pay Scale** మూల వేతనము మరియు వేతనము స్కేలు

11. **DETAILS OF NOMINATION** నా□నేషను □వరాలు

| **S. No.** క్రమ సంఖ్య | **Name of Nominee** నా□ని పేరు | **Name of Nominee's Father** నా□ని యొక్క తండ్రి పేరు | **Age** వయస్సు | **Relationship of Nominee** చందాదారునికి నామనితో సంబంధం | **Share** వాటా |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

12. **Are you in Good Health** ప్రస్తుతం □ ఆరోగ్యం బాగుగా వున్నదా (√ ) **Tick**

| **Yes /** అవును | | **No /** కాదు | |
|---|---|---|---|

**(Contd – 2)**

13. **Have you in the preceeding (3) years been absent on Leave on Medical Grounds for more than (10) days at a time ? If Yes, give details**
గత మూడు సంవత్సరాలలో □రు వైద్య కారణాల పై ఒకేసారి (10) రోజులకు పైగా సెలవు పై గైరుహాజరయ్యారా ? అయితే ఆ □వరాలు తెలపండి

| **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |
|---|---|---|---|

14. 1. **Have you ever suffered from any of the following Diseases :-**
ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా □రు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ఎ. **Heart Ailment** గుండెవ్యాధి | **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |
| బి. **Kidney** మూత్రపిండం | **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |
| సి. **Cancer** క్యాన్సరు | **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |
| డి. **Lungs** ఊపిరి తిత్తులు | **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |

2. **If Yes, give details of Disease, duration and Treatment received**
సమాధానము అవును అయిన, వ్యాధి □వరాలు, చికిత్స తీసుకొనిన వైద్య సేవల □వరాలు తెల్పండి

15. **Are you a physically challenged person. If so, enclose Certificate issued by a Competent Authority**
□కు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం □వరాలు తెలపండి, వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి

| **Yes / అవును** | | **No / కాదు** | |
|---|---|---|---|

16. **If already insured** ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో **Policy No.** పాలసీ నెం. **Total Monthly Premium** నెలసరి ప్రీ□యం మొత్తం ₹

17. **Proposed Monthly Premium** ప్రతిపాదించిన నెలసరి ప్రీ□యం ₹

18. **Month and Year of Recovery** తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం

19. **Mobile No.** మొబైల్ నెం.

20. **Email Address** ఇమెయిల్ చిరునామా

21. **Aadhar Card No.** ఆధార్ కార్డ్ నెం.

22. **Employee ID No.** ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం.

23. **Major Head** పెద్ద పద్దు **Try. D. D. O. Code** ట్రెజరీ డి. డి. ఒ. కోడ్

### ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన

### Declaration by the Proponent

'ప్రశ్నలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన □వరములు ఇవ్వడమయింది. అ□ నాస్వదస్తూరితో వ్రాసిందైనను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్థం, సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా ప్రకటించుచున్నాను. పై □వరణలు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన □వరణను చేసినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందు□దట కనుగొన్న యెడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీ□యములన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలననియు నేను ఒప్పుకొనుచున్నాను.'

**(Contd – 3)**

**"I do hereby declare that the foregoing details and Answers have been given by me after fully understanding the questions, the same are true, full and complete whether written in my own hand writing or not in every particular and that I have not withheld or concealed any circumstances with regard to which information has been required from me. I agree that the foregoing statements and declaration shall be the basis of the proposed contract for an Insurance and that if it shall hereafter appear that I have willfully made any untrue statement or have fraudulently concealed any circumstances which I ought to have made known then all the Premia which shall have been paid under the said contract shall be forfeited and the contract rendered absolutely null and void."**

తేది — జీవిత బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం

**Date** — **Signature**

## ప్రతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినదో ఆ అధికారి ధృవీకరణ పత్రం

## CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

పైన పేర్కొన్న సర్వీసు వివరాలు సరియైనవనియు, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేను ధృవపరుస్తునవాను. నూతన / అదనపు బీమా నిమిత్తము తగ్గింపు చేసిన మొదటి ప్రీమియం రూ. ________________ మరియు మొత్తము రూ. ____________ (ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరియు ప్రస్తుత ప్రీమియం కలుపుకొని) ____________ నెల మరియు ____________ సంవత్సరము వేతనము నుండి తేది ____________ గల టోకన్ నెంబరు ____________ ద్వారా వసూలు చేయడమయినది.

**I certify that the service particulars stated above are correct and the Proponent's Signature has been affixed in my presence. The First Premium recovered for fresh /subsequent Insurance is ₹ ____________ in all ₹ ______________ (including previous and present Premium) from the pay of __________________ month and ______________ year, vide token No. _____________ dated ___________________**

స్థలం
**Station**

తేది
**Date**

సంతకము
ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి గజిటెడ్ కాని యెడల ఆ పై గజిటెడ్ అధికారి సంతకము చేయవలయును. మరియు స్వీయ ధృవీకరణ చెల్లదు.)

**For OFFFICE USE**

**O.R. (          )**

**Supdt.** **DIO**

**Signature**
**Drawing and Disbursing Officer (If DDO is not gazetted, it should be countersigned by next Gazetted Officer and Self Attestation is not acceptable)**

హోదా
**Designation**

కార్యాలయ ముద్ర
**Office Seal**

**Please visit our Website : www.apgli.ap.gov.in for further information and guidelines**