

01/2014

CLAIM FORM
క్లెయిమ్ ధరఖాస్తు

Form No. 12
సమూహా నెం. 12

Inward No.
అంతర్గత నెం.



APGLI

Office Use Only
కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

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

Refund Form No. 1

రిఫండ్ ఫారం నెం. 1

District Insurance Office : _____

జిల్లా బీమా కార్యాలయం : _____

APPLICATION FOR REFUND OF AMOUNT FROM THE DIRECTORATE OF INSURANCE, HYDERABAD
(To be filled by the Subscriber)

బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు కార్యాలయం, హైదరాబాదు నుండి మొత్తం వాషనుకోరుతున్నట్టి దరఖాస్తు
(దీనిని చందాదారు పూర్తి చేయాలి)

Policy No.
పాలసీ నెం.

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 last in Service**

చందాదారు సర్వీసు చివరి రోజులలో పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

5. **Date of Maturity**

పాలసీ పరిణతి తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

6. **Date of Birth**

పుట్టిన తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

7. a) **Date of Retirement**

ఎ) పద□□రమణ తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Nature of Retirement (✓)

పద□□రమణ స్వభావం

Superannuation సూపరాన్యుయేషన్	Voluntary స్వచ్ఛంద	Compulsory నిర్బంధ
---	------------------------------	------------------------------

b) **Month of last deduction of Premium**

బి) ప్రీమియం మొత్తాన్ని వసూలు చేసిన చివరి నెల

8. **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

(Contd - 2)

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

:: 2 ::

9. **Employee I. D. No.** ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

10. **Mobile No.** మొబైల్ నెంబరు

11. **Aadhar Card No.** ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు

12. **Office in which the subscriber has worked during the last (5) years**
చందాదారు చివరి (5) ఏళ్లు పని చేసిన కార్యాలయం పేరు

13. **Full Address of the Applicant with Pin Code**
దరఖాస్తు దారు పూర్తి చిరునామా పిన్ కోడ్ తో సహా

14. **A) I have obtained ₹ _____ towards A. P. G. L. I. Loan and there is a balance ₹ _____ to be paid which may be recovered alongwith interest from my Policy amount**
ఎ) ₹ _____ ఏ. పి. జి. ఎల్. ఐ. నుండి ఋణం పొందివున్నాను. ఈ మొత్తానికి గాను, ₹ _____ చెల్లించవలసి వున్నది. ఈ మొత్తాన్ని వడ్డీతో సహా నా పాలీసీ మొత్తం నుండి వసూలు చేసుకొనవచ్చును
14. **B) I do hereby declare that if in future it is found that any excess payment was made to me in advertantly, I shall be held responsible to repay such excess amount and give my consent for deduction of the same from my Pension.**
బి) ఏదైనా అధిక మొత్తం పొరపాటున చెల్లింపు జరిగిందని మున్ముందు కనుగొనిన షక్తులో, అట్టి అధిక మొత్తాన్ని తిరిగి చెల్లించేందుకు బాధ్యుడనై వున్నానని, అట్టి మొత్తాన్ని నా పింఛను నుండి తగ్గించుకొనేందుకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తూ, ఇందుమూలంగా ప్రకటించుచున్నాను.

Date
తేది

Signature of Subscriber / LTI
చందాదారు సంతకం / వేలి ముద్ర

S/O _____ Certified that the above Signature of Sri / Smt _____ is signed in my presence.

పైన చేసిన సంతకం / వేసిన బొటన వ్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____
(తండ్రి పేరు) _____ వారిదని ధృవీకరించడమయినది.

Station :
స్థలము :

Date
తేది

Office Seal
కార్యాలయం ముద్ర

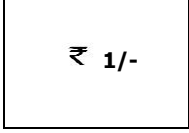
Signature of the Gazetted Officer
ధృవీకరిస్తున్న గెజటెడ్ అధికారి సంతకం

Name of the Officer
అధికారి పేరు

Designation
హోదా

(Contd – 3)

:: 3 ::



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
మా(తమ) 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 of Drawing and
Disbursing Officer :**

ఆహారణ మరియు బట్వాడ
అధికారి పేరు :

Designation :
హోదా :

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