

Form − 1 ఫారం - 1

DIRECTORATE OF INSURANCE

డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇన్ఫూరెన్స్

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము

HYDERABAD

ైహదరాబాద్

DISTRICT INSURANCE OFFICE		
జిల్లా బీమా కార్యాలయవ	ນ	
PROPOSAL FORM (ప్రతిపాదన పత్రము		
All Columns shall be filled in capitals only అవ్ని కాలములు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపపలెను		
•	o	
	o	
Surname ఇంటి పేరు Full Name ఫూర్తి పేరు 2. Sex	Male / పురుషుడు	
	Female / స్త్ర్రీ	
	6	
3. Father's Name ජෙල්ලී ඛ්රා 4. Designati	on హొదా	
5. Employee Office Address ఉద్యోగి కార్యాలయ చిరునామా	D D M M	YYY
(As per Service Register		
పర్వీస్ రిజిష్టర్ ప్రకారం		
PIN I		
7. Date of First Appointment మొదటి వియామకపు తేది DDDMMYYYYY		
0 Manifed Status		
8. Marital Status ాదాహితులా / అాదాహితులా / ాడ్డులు Married Unmarried Widow Divorced		
Married Offinatried Widow Divorced		
9. If married, No. of Children and their ages పిల్లల సంఖ్య వయస్సు (సం. లో)		
🖵 వాహితులైతే పిల్లల సంఖ్య మరియు వారి వయస్సు		
10. Basic Pay and Pay Scale మూల వేతనము మరియు వేతనము స్కేలు		
11. DETAILS OF NOMINATION నా□వేషను ామరాలు		
S. No. Name of Nominee Name of Nominee's Father Age Relationship of Nominee శ్రమ సంఖః నా⊡ని పేరు నా⊡ని యొక్క తండి పేరు వయస్సు చందాదారునికి నామనితో సంబంగ	Share	
్రకమ సంఖ్య నా \square ని ేపరు నా \square ని యొక్క తండ్రి ేపరు వయస్సు చందాదారునికీ నామనితో సంబంధ	ခ္ ဝ ဆ ာဃာ	

	on Yes / මනු න No / కాదు				
Medical Grounds for more than (10) days at a	135,500				
time ? If Yes, give details					
గత మూడు సంవత్సరాలలో 🗋 రు వైద్య కారణాల పై ఒకేసారి (10) రోజులకు	್ಷಾವರ				
సెలవు పై గైరుహాజరయ్యారా ? అయితే ఆ 🗖 వరాలు తెలపండి					
14. 1. Have you ever suffered from any of the following Disease					
ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా 🖫రు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా	?				
ఎ. Heart Ailment ಗುಂಡಿವ್ಯಾಧಿ	Yes / అవుమ No / కాదు				
బి. Kidney మూత్రపిండం	Yes / అవుమ No / కాదు				
	Vos / wyw. No /				
సి. Cancer క్యాన్సరు	Yes / అవుమ No / కాదు				
	Vos / wyw. No / -w				
డి. Lungs ఊపిరి తిత్తులు	Yes / అవుమ No / కాదు				
2. If Yes, give details of Disease, duration and Treatment re					
సమాధానము అవును అయిన, వ్యాధి 🗀 కాలు, చికిత్స తీసుకొనిన వైద్య 🖥	సేవల 🗆 వరాలు				
తెల్పండి					
15. Are you a physically challenged person. If so, enclose Certi	ficate issued Yes / అవుమ No / కాదు				
by a Competent Authority					
్రేకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం	೭೩೦°ಲು ಅಲವಿ೦ಡ,				
వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపడ్రాన్ని సమర్పించండి					
14 Té already insured Policy No.	Total Monthly Dromium				
16. If already insured Policy No. ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ నెం.	Total Monthly Premium ₹				
ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ నెం.	⊥				
17. Burnard Marklib Burnium, was a sur 7 va si 🗆 v					
17 Proposed Monthly Promium (49-29-94 30-49 (\$\sqrt{2}-44-95)					
17. Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీఏయం	₹				
 17. Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీఏయం [18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స 					
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స					
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం.	50				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం.					
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం.	50				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha	50				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం.	50				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు వెం.	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha	50				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు వెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try.	ර				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try.	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు వెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try.	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try. (పతిపాదకుని రూఢి Declaration by the I	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు వెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ వెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు వెం. Try. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try. (పతిపాదకుని రూఢి Declaration by the I '(పశ్వలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను షె (వాపిందైనను కాకపోయినను (పతి అంశం యధార్థం, సమగ్రం, సంపూర్థం కా	రం				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు 1. Try. (ప్రతిపాదకుని రూఢి 1. Declaration by the I (ప్రశిశ్యలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను డై (డ్రాపిందైనమ కాకపోయిపమ (పతి అంశం యధార్థం, పమగ్రం, సంపూర్ణం అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయులేదనియు లేదా రహస్యంగా	రం ar Card No. ఆధార్ కార్డ్ వెం. D. D. O. Code (ఔజరీ డి. డి. మీ. కోడ్ (ప్రకటన Proponent ఎన తెలిపిన ఏవరములు ఇవ్వడమయింది. అ□ నాస్వదస్తూరితో అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేమ సమాచారము ప వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా (ప్రకటించుచున్నాను. పై				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు Try. (ప్రతిపాదకుని రూఢి Declaration by the I (ప్రశ్నలను పూరిగా అర్ధం చేసుకున్న తర్వాత నేను పై (బ్రాపిందైనను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్ధం, సమగ్రం, సంపూర్ధం అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయితేదనియు లేదా రహస్యంగా మరణలు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదిక	రం ar Card No. ఆధార్ కార్డ్ నెం. D. D. O. Code (ఔజరీ డి. డి. మ. కోడ్ (ప్రకటన Proponent ఎన తెలిపిన ఏరములు ఇవ్వడమయింది. అ□ నాస్వదస్తూరితో అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము ఎ వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా (ప్రకటించుచున్నాను. ైప్టై కలుగా వుండాలనియు నేను బద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా పత్య దూరమైన				
18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన వెల మరియు సంవత్స 19. Mobile No. మొబైల్ నెం. 20. Email Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadha 22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం. 23. Major Head పెద్ద పద్దు 1. Try. (ప్రతిపాదకుని రూఢి 1. Declaration by the I (ప్రశిశ్యలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను డై (డ్రాపిందైనమ కాకపోయిపమ (పతి అంశం యధార్థం, పమగ్రం, సంపూర్ణం అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయులేదనియు లేదా రహస్యంగా	రం ar Card No. ఆధార్ కార్డ్ వెం. D. D. O. Code (టెజరీ డి. డి. మీ. కోడ్ (ప్రకటన Proponent ప్రవ తెలిపిన ఏకరములు ఇవ్వడమయింది. అ□ నాస్వదస్తూరితో అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము పుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా (ప్రకటించుచున్నాను. పై కలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏడైనా సత్య దూరమైన ద్దితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందుఏదట కనుగొన్న యెడల సదరు				

(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."

ತೆದಿ Date		జీ⊡త బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం Signature		
	(పతిపాదన పై ఏ అధికారి సమ CERTIFIED BY OFFICE	క్షంలో సంతకం చేయబడివదో R BEFORE WHOM THE F	• •	
సంవత్సరము వేతు been affixed in all ₹	o. మాతవ / అదవపు బీమా వి⊡త్తమ (ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరిం నము మండి తేది గల I certify that the service pa n my presence. The First Prem	ు తగ్గింపు చేసిన మొదటి (పీ⊡ం యు (ప్రస్తుత (పీ⊡యం కలుపుకో టోకన్ నెంబరు articulars stated above are ium recovered for fresh /s nd present Premium) from	పడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేమ రుం రూ మరియు మొత్తము ని) నెల మరియు ద్వారా వసూలు చేయడమయినది. e correct and the Proponent's Signature has subsequent Insurance is ₹ in the pay of month and	
స్థలం Station తేది Date		:	సంతకము ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి గజిబెడ్ కాని యెడల ఆ ైప్ గజిబెడ్ అధికారి సంతకము చేయవలయును. మరియు స్వీయ ధృ్ౖకరణ చెల్లదు.)	
For OFFFICE U	SE <u>O.R.</u> ()		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	
	Supdt.	DIO		

Please visit our Website : <u>www.apgli.ap.gov.in</u> for further information and guidelines