

నమూనా సంఖ్య 2
FORM No. 2

DIR. OF INS. F. nO. 18
ఆం.ప్ర.ప్ర.జీ.భీ. శాఖ. నెం. 18

ఆంధ్ర ప్రభుత్వ భీమా డైరెక్టరు కార్యాలయము
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH, DIRECTORATE OF INSURANCE
ప్రాంతీయ భీమా డిప్యూటీ డైరెక్టరు కార్యాలయము
OFFICE OF THE REGIONAL DEPUTY DIRECTOR OF INSURANCE

(చందాదారు వారసులు భర్తీ చేయవలెను.)

To be filled in by the Heirs of the Subscriber.

1. చందాదారు పేరు, తండ్రి పేరు, హోదా
Subscriber's name and the name of his father and designation.
2. తుది సారిగా చందాదారు పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు,
Name of the office and the District where the subscriber was last in service.
3. పాలసీ నెంబరు లేదా పాలసీల నెంబర్లు మరియు వాటి మొత్తముల గురించిన వివరములు లేదా ప్రావిడెంటు ఫ్రండు సభ్యుడైనచో చందాదారు రిజిస్టరు నెంబరు.
Number of policy or policies with particulars of their amount or subscribers' Register No. if he was a member of the Provident Fund.
4. పాలసీ పరిణతి చెందు తేదీ
Date of maturity of the policy
5. పదవీ విరమణ తేదీ, కారణములు
Date and reason of retirement.
6. చందాదారు చనిపోయిన తేదీ, వ్యాధి వివరములు.
Date of death of the subscriber specifying the disease.
7. చనిపోయిన వ్యక్తి యొక్క బ్రతికియున్న లేదా చనిపోయిన భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, చందాదారు మరణించక ముందే వారు చనిపోయినారా? ఈ దరఖాస్తు ఫారమును భర్తీ చేయు సమయమునకు వారి వయస్సు.
Names of the wife or wives of the deceased alive or dead, stating whether they died prior to the subscriber's death and their ages at the time of filling in this application form.
8. కొడుకుల పేర్లు, ఈ దరఖాస్తు ఫారము భర్తీ చేయు సమయములో వారి వయస్సు, వారి తల్లి పేరు (తల్లిల పేర్లు)
Name of the sons and their ages at the time or filling in this application form, with name(s) of the mother(s).
9. పెండ్లి అయినదా లేదా పెండ్లి కాని కుమార్తెల పేర్లు, ఈ దరఖాస్తు ఫారము భర్తీ చేయు సమయములో వారి వయస్సు, వారి తల్లి పేరు (తల్లిల పేర్లు) పెండ్లి జరిగినట్లయితే అది చందాదారు మరణమునకు ముందు జరిగినదా? తర్వాత జరిగినదా?
Names of married or unmarried daughters and their ages at the time of filling in this application form with the name(s) of the mother(s). If married state whether before or after the death of the subscriber.
10. తల్లి (తల్లిలు) బ్రతికియుండని పక్షములో మైనరు కొడుకులు, పెండ్లి కాని కుమార్తెల సంరక్షకుల పేర్లు, బాంధవ్యము.
Names of the guardians of the minor sons and unmarried daughters stating relationship, if their mother(s) are not alive.
11. భార్యలు, కొడుకులు, కుమార్తెలు లేని యెడల తల్లి, తండ్రి, అన్నదమ్ములు మొదలైన ఇతర వారసుల పేర్లు.
Names of other heirs in the absence or wives, sons and daughters, e.g., Mother, Father, Brother, etc.
12. చెల్లింపు కోరు ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ ప్రజాభివృద్ధి బ్యాంకు లేదా స్టేటు బ్యాంకు ఆఫ్ హైదరాబాద్ బ్రాంచి లేదా స్టేటు బ్యాంకు ఆఫ్ ఇండియా బ్రాంచి పేరు
Name of a Branch of the State Bank of Hyderabad or State bank of India where payment is desired.
13. పూర్తి చిరునామా
Full Address

ప్రకటన

DECLARATION

ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు లేక చనిపోయిన వ్యక్తికి వితంతువు లేదా వితంతువులు లేదా వారికి కలిగిన మైనరు కొడుకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎవరు లేరని ఇందుమూలముగా ప్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కుదార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు వారసుల మేజర్లు అయిన మీదట ఈ పైకములో తమ వాటాను మున్ముందు కోరు పక్షములో ఆ మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై యుండగలను. ఒక వేల పొరపాటున ఏమైన ఎక్కువ మొత్తము పొందియున్న యెడల అట్టి మొత్తమును (త్రిప్లి) పంపగలందులకు బాధ్యత వహించునని ఇందు మూలముగా ప్రకటించుచున్నాను.

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.

దరఖాస్తుదారు సంతకము లేదా వ్రేలి ముద్ర

Signature or Thumb Impression of the applicant

స్పర్శికేట్

CERTIFICATE

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమైనవనియు, ఆ వివరములు నేను ఎరిగినవేననియు ధృవపరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు కన్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియు సంతకము లేదా వ్రేలిముద్ర యొక్క వితంతువు/సంరక్షకుడు/ అయిన దే ననియు నాకు పూర్తిగా సంతృప్తి కలిగినది.

This is to certify 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 thumb impression is of widow of / guardian of regarding which I am fully satisfied.



వీడి అక్షరములలో అధికారి పేరు
name of the Officer
in Block Letters
హోదా
Designation
శాఖ
Department

.....
ధృవీకరించు అధికారి సంతకము
Signature of the Certifying Officer
.....
.....
.....
.....
తేది
Dated..... 198

గమనిక:- (1) ఈ దరఖాస్తును ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ సర్వీసులో యున్న గెజిటెడు అధికారి లేదా దరఖాస్తు రాష్ట్రము వెలుపల ఉన్నట్లయితే మేజిస్ట్రేటు ధృవపరచవలెను.

Note:- The application should be certified by a Gazetted Officer of Andhra Pradesh Government in service or by a Magistrate, if the applicant is residing outside Andhra Pradesh State.

(2) పాలసీని లేదా పాలసీలను, బోనసు స్పర్శికేట్లను ఇదివరకే పంపకపోయినట్లయితే వాటిని ఈ దరఖాస్తు ఫారము వెంట పంపవలెను.

Policy or Policies and Bonus Certificates should be sent along with this application form if not already.

(3) 1-12-1953 తేది గల ఆర్థిక శాఖ వారి 115వ నెంబరు సర్కులరు ననుసరించి పాలసీదారు ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ జీవిత భీమా శాఖ నుండి రూపాయలు రుణము తీసుకొని యున్నందున ఆ మొత్తమునకు గాను అతను ఇవ్వ కలిగియున్న రూ. లు పాలసీ పైకము నుండి మినహాయింపు కోవచ్చునని ఇందు మూలముగా ధృవపరచుచున్నాను.

I hereby certify that the deceased was in service till his death and his last premium was deducted from his pay for the month of 198 . and that in accordance with the F.D. Circular No. 115, from the Office of Andhra Pradesh Life Insurance Fund out of which he has to pay Rs. which may be recovered from the policy amount.



శాఖ అధికారి సంతకము
Signature of the Departmental Officer
వీడి అక్షరములలో అధికారి పేరు
Name of the Officer in Block Letters
హోదా
Designation
తేది
Dated : 198