నమూనా నెం. 12
FORM No. 12

భీమాశాఖ డైరెక్టరేటు, ఆంధ్రప్రదేశ్, హైదరాబాదు.
DIRECTORATE OF INSURANCE :: ANDHRA PRADESH :: HYDERABAD

భీమాశాఖ ప్రాంతీయ డిప్యూటీ డైరెక్టరు కార్యాలయము ______________________________
OFFICE OF REGIONAL DEPUTY DIRECTOR OF INSURANCE ______________________________

నమూనా నెం. 1
FORM NO.1

భీమా శాఖ డైరెక్టరేటు కార్యాలయం, హైద్రాబాదు నుండి మొత్తం వాపసుకోరుతున్నట్టి ధరఖాస్తు
(దీనిని చందాదారు పూర్తి చేయాలి)
APPLICATION FOR REFUND OF AMOUNT FROM THE DIRECTORATE OF INSURANCE :: HYDERABAD
(To be filled by the subscriber)

1. చందాదారు పేరు, అతని తండ్రిపేరు, హోదా :
Subscriber's name and name of his father and designation :

2. చందాదారు సర్వీసు చివరి రోజులలో పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు :
Name of the office and the District where the subscriber was last in service :

3. చందాదారుని పాలసీ, లేదా పాలసీల నెంబరు, వాటి వాటి మొత్తాలు లేదా అతని ప్రావిడెంటుఫండు సభ్యుడైనట్లయితే, రిజిష్టరు నెం.
Number of policy or policies and their respective amounts or register number of the subscriber if he was a member of theProvident Fund.

4. పాలసీ మెచ్యూరిటీ తేది :
Date of Maturity of the Policy :

5. ఎ) సర్వీసు సమాప్తమైన తేది:
   a) Date of termination of service

   బి) ప్రీమియం మొత్తాన్ని వసూలు చేసిన చివరి నెల
   b) Month of last deduction of premium

6. ఈ మొత్తాన్ని 55/58 సంవత్సరాల వయస్సు పూర్తి కాకుండానే క్లేయిము చేస్తున్నారా?
   Is the amount being claimed before the completion of age 55/58

7. ఈ మొత్తం చెల్లింపు కోరుతున్నట్టి ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ ట్రెజరీ పేరు లేదా స్టేట్ బ్యాంక్ ఆఫ్ హైదరాబాద్ లేదా స్టేట్ బ్యాంక్ ఆఫ్ ఇండియా బ్రాంచి పేరు :
   Name of the Andhra Pradesh Government Treasury or the Branch of the State bank of Hyderabad or State Bank of India from which payment is desired.

8. చందాదారు చివరి (5) ఏళ్లు పనిచేసిన కార్యాలయం పేరు:
   Office in which the subscriber has worked during the last (5) years

9. దరఖాస్తుదారు పూర్తి చిరునామా
   Full address of the Applicant

10) ఎ) రూ. .... ఏ.పి.జి.ఎల్.ఐ. నుండి ఋణం పొందివున్నారు. ఈ మొత్తానికి గానూ, రూ. .... చెల్లించవలసి వున్నది. ఈ మొత్తాన్ని వడ్డీతో సహా నా పాలసీ మొత్తం నుండి వసూలు చేసుకోవచ్చును.
   I have obtained A.P.G.L.I. Loan of Rs. ____________________ , out of which I have to pay Rs. ______________________ which may be recovered alongwith interest from my policy amount.

బి) ఏదైనా అధిక మొత్తం పొరపాటున చెల్లింపు జరిగిందని మున్ముందు కనుగొనిన పక్షంలో, అట్టి అధిక మొత్తాన్ని తిరిగి చెల్లించేందుకు బాధ్యుడనై వున్నానని, అట్టి మొత్తాన్ని వాయిదాలలో నా ఫించను నుండి తగ్గించుకొనేందుకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తూ ఇందుమూలంగా ప్రకటించుచున్నాను.

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 given my consent for deduction of the same from my pension instalments.

తేది : ______________
Date: ______________

చందాదారు సంతకం
Signature of Subscriber

పైన చేసిన సంతకం/వేసిన చొటన వ్రేలి ముద్ర శ్రీ ____
(తండ్రి పేరు) ____________________________ వారిదని ధృవీకరించడమయింది.

This is to certify that the above signature thumb impression is of ____________________________________
S/o. ____

తేది :
Date:

ధృవీకరిస్తున్న గెజిటెడ్ అధికారి సంతకం:
Signature of the Certifying Gazetted Officer
అధికారి పేరు:
Name of the Officer :
హోదా:
Designation:

కార్యాలయ ముద్ర
OFFICE SEAL

రూపాయి రెవిన్యూ స్టాంపు REVENUE STAMP 1 RUPEE

రశీదు

RECEIPT

గమనిక: పైకం రూ. 500-00 లకు మించినట్లయితే ఈ రశీదుకు స్టాంపు అతికించాలి.
Note: If the amount exceeds Rs. 500/- this receipt should be duly stamped.

నెం. గల చందాదారు శ్రీ/శ్రీమతి ______________________
తీసుకొన్న భీమా మొత్తం/ప్రావిడెంట్ ఫండు మొత్తం/రుణం మొత్తం/బోనస్ మొత్తాలకు సంబంధించిన రశీదు.

Receipt regarding the amount of Insurance / Provident Fund / Loan / Bonus of Sri/Smt. ______________________ subscriber No. __________________

శ్రీ/శ్రీమతి ______________________ అటార్నీ/బేరర్ అయిన ______________________ నేను జీవిత భీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైద్రాబాద్ వారి నుండి రు. ______________ (రూపాయలు ______________ మాత్రమే) తేది ______________ తేది నెం. ______________ గల చెక్కు / డి.డి. అందుకొన్నట్లు ఇందుమూలముగా రశీదు అందజేస్తున్నారు.

I, ______________________ hereby acknowledge receipt of Rs. ____________ (Rupees ______________________ only) from the ____________ Directorate of Insurance, Hyderabad per self Sri/Smt. __________________ Attorney / Bearer for Cheque / D.D. No. ______________ Dated __________________ .

పైకం తీసుకున్న వాని సంతకం
Signature of Receipient

పాలసీదారు / క్లయిముదారు సంతకం తేడా బొటనవ్రేలి ముద్ర
Signature or thumb-impression of the policy holder/claimant

శ్రీ/శ్రీమతి ______________________ చేసిన పై సంతకము / బొటనవ్రేలి ముద్ర సమక్షములో చేశారని / వేశారని ఇందుమూలంగా ధృవపరుస్తున్నాను.

I hereby certify that the above signature / thumb impression of Sri / Smt. ______________________ is made in my presence.

గెజిటెడ్ అధికారి పేరు
Name of the Gazetted Officer

హోదా
Designation

ధృవీకరణ తేది: ధృవీకృత అధికారి సంతకము
Date of attestation Signature of Certifying Officer

కార్యాలయ ముద్ర OFFICE SEAL

శ్రీ ______________________ సమర్పించిన ధృవపత్రం ఆధారంగా పై చెక్కును వ్యక్తిగతంగా అందజేయడమయింది.
On the strength of certification of ____________________ the above cheque is delivered personally.

గుమస్తా Clerk	సూపరింటెండెంటు Superindent	జీవిత భీమా శాఖ అసిస్టెంటు డైరెక్టరు Asst. Director of Insurance