

CLAIM FORM

క్లెయిమ్ ధరఖాస్తు

Form No. 12

సమూహా నెం. 12

Inward No.

అంతర్గత నెం.



APGLI

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

Office Use Only  
కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

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 డైరెక్టరేట్ కార్యాలయం, హైదరాబాదు నుండి మొత్తం వాషసుకోరుతున్నట్టి 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  రసూఖ తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Nature of Retirement (✓)

పద  రసూఖ స్వభావం

<b>Superannuation</b>	<b>Voluntary</b>	<b>Compulsory</b>
సూపరాన్యుయేషన్	స్వచ్ఛంద	నిర్బంధ

b) Month of last deduction of Premium

బి) ప్రైవేయం 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)

:: 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

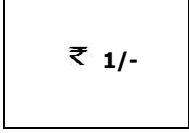
**Signature of the Gazetted Officer**  
ధృవీకరిస్తున్న గెజటెడ్ అధికారి సంతకం

**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 :