

బీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయము

సమూహా నెం.1

DIRECTORATE OF INSURANCE

FORM NO.1

ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వము, హైదరాబాదు - 1

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH, HYDERABAD -1

పాలసీ నెం.

POLICY NO.

జిల్లా బీమా కార్యాలయము

DISTRICT INSURANCE OFFICE

ప్రతిపాదన నెం.

Proposal No.

పొంత జీవితము పై బీమా ప్రతిపాదన

**PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE**

(సమాధానాలు స్పష్టంగా ఉండాలి. కలం గుర్తులు గానీ, గీతలు వంటి వాటిని గానీ, సమాధానాలుగా అంగీకరించడం ఆరగదు)

(Answer should be given clearly, strokes of the pen or dashes etc. will not be accepted as replies)

1. (ఎ) పూర్తి పేరు (విడి అక్షరాలలో)

స్త్రీ/పురుషుడు

Name in full (Block Letters)

Female/Male

(బి) తండ్రి పూర్తి పేరు.

Father's Name in full

(సి) హోదా.

Designation

2. పుట్టిన తేదీ

కార్యాలయచిరునామా.

Date of Birth

Office Address:

3.(ఎ) వివాహితులా/అవివాహితులా/వితంతువా:

Married/Un-Married/Widowed:

(బి) వివాహితులైతే, వివరాలు తెలుపండి:

If married, mention

(సి) జీవించి ఉన్న పిల్లల సంఖ్య, వారి ప్రస్తుత వయస్సులు:

No.of children living and their present ages:

4. రాష్ట్ర ప్రభుత్వములో సర్వీసు వివరాలు :

Details of Service in State Government.

(ఎ) మొదటి నియామకపు తేదీ:

Date of first appointment

(బి) ప్రస్తుత ఉద్యోగము :

Present post :

వేతనము

స్కేలు

Pay

Scale

5 (ఎ). ఇదివరకే బీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయములో బీమా చేసి

పాలసీ నెం./నెంబర్లు

నెలసరి ప్రీమియం

ఉన్నచో (పాలసీ పత్రాలు సరిచూసిన మీదట నింపాలి)

Policy No./Nos.

Monthly Premium

If already insured with the

DIRECTORATE OF INSURANCE

(to be filed after verifying policy documents).

b) ప్రతిపాదించిన నెలసరి ప్రీమియం

Proposed Monthly Premium

c) తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం

Month and year of recovery

d) చందా దారుని ఊత భత్యములు ఏ పెద్ద పద్దు నుండి పొందబడినవి:

Major Head under which the salary is drawn:

d) ప్రీమియం చలాను ద్వారా 8011 కి కట్టినచో ఏ

సర్వీసు (మేజర్) హెడ్ క్రింద కట్టబడినది.

If premium is paid through challan to

M.H. 8011 the service (Major) Head under which the premium is paid.

6.. నామినేషను వివరాలు : (సూచన:- నామినేషన్ తప్పనిసరి)

Details of the Nominations: (Note:- Nomination is compulsory)

నామినీ పేరు Name of the Nominee	నామినీ యొక్క తండ్రి పేరు Name of the Nominees Father	వయస్సు Age	చందాదారునికి నామినీ తో సంబంధం Relationship of nominee to the subscriber	వాటా Share

7. (ఎ) ప్రస్తుతం మీ ఆరోగ్యం బాగుగా వున్నదా ? బాగులేని యెడల వివరాలను తెలియజేయవలెను.

Are you now in good health ? if not give details.

అవును / కాదు

YES / NO

(బి) ప్రస్తుతం మీరు అనారోగ్య కారణాలపై డ్యూటీకి హాజరు కాకుండా వున్నారా ?

Are you now absent from duty on the grounds of ill health ?

అవును / కాదు

YES / NO

(సి) గత మూడు సంవత్సరాలలో మీరు వైద్య కారణాలపై ఒకేసారి

(10) రోజులకు పైగా సెలవుపై గైరు హాజరయ్యారా ? అయితే ఆ

వివరాలు తెపండి. (వైద్య ధ్రువప్రతులను జతపరచండి) :

Have you in the preceeding (3) years been absent on

leave on Medical Grounds for more than (10) days at

a time ? If so give details and enclose copies of Medical

Certificates.

అవును / కాదు

YES / NO

8. (i) ఈ క్రింద పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా మీరు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?

Have you ever suffered from any of the following diseases ?

అవును / కాదు

YES / NO

(ఎ) మెదడు నాడి మండలం వ్యాధి :

Any disease of the brain or nervous system :

అవును / కాదు

YES / NO

(బి) ఊపిరి తిత్తులు లేదా శ్వాస క్రియ మండలం వ్యాధి :

Any disease of the Lungs, respirative system.

అవును / కాదు

YES / NO

(సి) గుండె వ్యాధి, రక్తానికి సంబంధమైన వ్యాధి:

Any disease of the Heart and Blood.

అవును / కాదు

YES / NO

(డి) మూత్రపిండం, లేదా మూత్రాశయం, లేదా ఏదైనా సుఖవ్యాధి :

Any disease of kidney or bladder or any venereal disease:

అవును / కాదు

YES / NO

(ఇ) క్యాన్సరు లేదా కుష్టు వ్యాధి లేక ఏమైన వ్యాధి :

Cancer or Leprosy or any other disease:

అవును / కాదు

YES / NO

(ఎఫ్) పైన పేర్కొన్న ప్రశ్నలకు వేటికైనా సమాధానాలు "అవును"

అచ్చినట్లయితే దయచేసి ఈ క్రింది వివరాలు తెలపండి.

If the answers to any of the above question is

"Yes" Please give details of:

(1) వ్యాధి స్వభావం :

Nature of disease :

(2) అస్వస్థులుగా ఉన్న కాలం తేదీ :

Duration and date of illness

(3) పొందిన చికిత్స లేదా చేయించుకున్న అపరేషను.

Treatment received or operation performed.

(ii) మీ తల్లిదండ్రుల లో ఎవరైనా క్యాన్సర్ లేదా గుండెజబ్బులతో

చనిపోయినారా ?

Have any of your parents died due to cancer or Heart diseases.

(iii) మీకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైకల్యంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి

అంగవైకల్యం వివరాలు తెలపండి వైద్యాధికారి జారీచేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి.

Are you having any physical defect or deformity ?

If so, give details of disability and the certificate

of disability issued by the Medical Officer.

#### 9. స్త్రీలకు మాత్రమే:

For Women:

(ఎ) చివరిసారిగా ప్రసవించిన తేదీని తెలపండి ?

State the date of last delivery ?

(బి) ప్రస్తుతం మీరు గర్భవతులా ?

Are you pregnant now ?

ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన

Declaration by the proponent

"ప్రశ్నలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన వివరణలు సమాధానాలు ఇవ్వడమయింది, అని నా స్వదస్వంత్రాంతో వ్రాసినదైనను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్థం, సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందుమూలముగా ప్రకటించుచున్నాను. పై వివరణలు మరియు ఈ ప్రకటన తీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన వివరణను చేసినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందుమీదట కనుగొన్నయెడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీమియము అన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలసినవియు నేను ఒప్పుకొనుచున్నాను."

I do hereby declare that the foregoing statements and answers have been given by me after fully understanding the questions, the same are true, full and complete whether written by own hand 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 basis of the proposed contracts for an insurance and that if it shall hereafter appear that I have wilfully

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.

తేదీ :

Date :

Place:

జీవిత బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం.

Signature of the person whose life

is proposed to be assured.

ప్రతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినది ఆ అధికారి ధృవీకరణ పత్రం  
CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

పైన పేర్కొన్న సర్వీసు వివరాలు సరియైనవనియు, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేను ధృవపరుస్తున్నాను. మాతన / అదనపు బీమా నిమిత్తము తగ్గింపు చేసిన మొదటి ప్రీమియం రూ. ----- మరియు మొత్తము రూ. ----- (ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరియు ప్రస్తుత ప్రీమియం కలుపుకొని)----- నెల మరియు ----- సంవత్సరము వేతనము నుండి తేదీ ----- గల టోకన్ నెంబరు ----- వసూలు చేయడమయింది. ఇందుకు సంబంధించి దాని చెక్కు నెంబరు ----- తేదీ-----.

I certify that the service particulars stated above are correct and the proponent's signature has been affixed in my presence. The first premium recovered for fresh / further insurance is Rs.----- in all Rs.----- (including previous and present premium) from the pay of ----- month and ----- year, vide Token No.----- Dated ----- and Cheque No.----- Dated -----.

స్థలం

Station

సంతకము

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి గజెటెడ్

కానియెడల ఆ పై గజెటెడ్ అధికారి సంతకము

చేయవలయును.)

Signature

Drawing and Disbursing Officer

(If DDO is not gazetted, It should be countersigned by next gazetted Officer)

హోదా

Designation:

కార్యాలయ ముద్ర :

Office Seal:

తేదీ:

Dated :