పాలసీ దరఖాస్తు



Form − 1 ಫ಼ಾರಂ - 1

## DIRECTORATE OF INSURANCE డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇమ్స్టారెన్స్

## **GOVERNMENT OF TELANGANA STATE**

తెలంగాణ ప్రభుత్వము

**HYDERABAD** 

ైవాదరాబాద్

<u> </u>	
	DISTRICT INSURANCE OFFICE
	జిల్లా బీమా కార్యాలయము
PROPOSAL FO	RM
(పతిపాదన ప్రత్య	ము
All Columns shall be filled in capitals only అన్ని కాలములు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా వింపవలెమ	
Policy No	Proposal Form No
<u> </u>	ప్రతిపాదన నెం
l. Name పేరు	
Surname	2. <b>Sex</b> Male /
	Female / స్త్ర్రీ
3. Father's Name ජෙරුශී ්ධරා	4. Designation హోదా
5. Employee Office Address ఉద్యోగి కార్యాలయ చిరునామా	6. Date of Birth
	(As per Service Register)
	పర్వీస్ రిజిష్టర్ (ప్రకారం
PIN	
	M Y Y Y Y
8. Marital Status ఏపాహితులా / అఏపాహితులా / ఏతంతువా / ఏణాకుల	
Married   Unmarried   Widow   Dive	orced _
<ul> <li>9. If married, No. of Children and their ages పీల్లల పంఖ్య మరియు వారి వయస్సు</li> </ul>	వయస్సు (సం. లో)
10. Basic Pay and Pay Scale మూల వేతనము మరియు వేతనము స్కేలు	
11. DETAILS OF NOMINATION నా⊡వేషమ ⊑వరాలు	
	ge Relationship of Nominee Share
	వయస్సు చందాదారునికి నామనితో సంబంధం వాటా
12. Are you in Good Health డ్రస్తుతం 🗓 ఆరోగ్యం బాగుగా వున్నదా ( $\sqrt{\ }$ ) $1$	Tick Yes / అవుమ No / కాదు

	on Yes / මනු <b>න</b> No / కాదు				
Medical Grounds for more than (10) days at a	135,50				
time ? If Yes, give details					
గత మూడు సంవత్సరాలలో $\square$ 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. B					
17 Proposed Monthly Promium (49-29-94 30-49 (\$\sqrt{2}-44-95)					
17. Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీఏయం	₹				
<ul> <li>17. Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీఏయం [</li> <li>18. Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్స</li> </ul>					
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.         23. Major Head పెద్ద పద్దు       Try.         (పతిపాదకుని రూఢి         Declaration by the I         '(పశ్వలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను షె         (వాపిండైనను 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         గ్రాంతు       Try.         పతిపాదకుని రూఢి       Declaration by the I         '(ప్రశ్నలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను డై         (బ్రాపిందైనమ కాకపోయిపమ (పతి అంశం యధార్థం, పమగ్రం, సంపూర్థం అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు 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         గ్రాంతు       Try.         పతిపాదకుని రూఢి       Declaration by the I         '(ప్రశ్నలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను డై         (బ్రాపిందైనమ కాకపోయిపమ (పతి అంశం యధార్థం, పమగ్రం, సంపూర్థం అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు 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."

తేది	జీ⊡త బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం						
Date		Signature					
	డ్రపతిపాదన పై ఏ అధికా	రి సమక్షంలో సంత	కం చేయబడినదో	ఆ అధికారి ధృ🖫కరణ	ා పత్రం		
	CERTIFIED BY OF	FICER BEFORE	WHOM THE PI	ROPOSAL IS SIG	NED		
	పైన పేర్కొన్న సర్వీసు	🗆 మరాలు పరియైనవ	నియు, స్థ్రపతిపాదకు	డు నా సమక్షంలో :	పంతకం చేసివాడవియు వేమ		
ధృవపరుస్తువవాను.	మాతన / అదనపు బీమా ని	$\square$ త్తము తగ్గింపు చేశి	ున మొదటి (పీఏం	ుం రూ			
రూ	(ఇది వరకే తగ్గింపు చేసి	న మరియు (ప్రస్తుత (	$\dot{\mathtt{a}}\Box$ యం కలుపుకొని	)) <del></del>	నెల మరియు		
	ు నుండి తేది						
				-			
					roponent's Signature has		
	my presence. The First (including previ				ce is ₹ in		
	year, vide token No			ше рау от	month and		
	_						
స్థలం				పం	ంతకము		
Station				ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహరణ మరియు			
					కావి యెడల ఆ ైప్ గజిబెడ్		
ತೆದಿ				w	ువలయువు. మరియు స్వీయ		
Date				ధృ⊑కరణ చెల్లదు.)			
For OFFFICE USE				Si	gnature		
	<u>O.R. (</u>	)			bursing Officer (If DDO is		
					should be countersigned tted Officer and Self		
				Attestation is not			
				•			
				హోదా			
				Designation			
				ಕಾರ್ತ್ಯಾಲಯ ಮು(ದ			
				Office Seal			
				Office Seal			
	Supdt.		DIO				