GCP-J.No. 74-27-9-2022-50,000.

**APLICATION FOR POLICY**
పాలసీ దరఖాస్తు

# TSGLI

**Form No. 1**
ఫారం నెం. 1

**DIRECTORATE OF INSURANCE**
డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
**GOVERNMENT OF TELANGANA**
తెలంగాణ ప్రభుత్వము
**HYDERABAD**
హైదరాబాద్

**District Insurance Office : _____**

జిల్లా బీమా కార్యాలయం : _____

## PROPOSAL FORM
ప్రతిపాదన పత్రము

**All Columns Shall be filled in capitals only**
అన్ని కాలములు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపవలయును

**Policy No.**_____
పాలసీ నెం._____

**Proposal Form No.**_____
ప్రతిపాదన నెం._____

**1. Name** పేరు

**Surname** **Full Name** పూర్తి పేరు

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**2. Sex**

| | |
|---|---|
| **Male** / పురుషుడు | |
| **Female** / స్త్రీ | |

**3. Father's Name** తండ్రి పేరు

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**4. Designation** హోదా

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |

**5. Employee Office Address** ఉద్యోగి కార్యాలయ చిరునామా

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | I | N | | | | | | | |

**6. Date of Birth** పుట్టిన తేది
**(As per Service Register)**
సర్వీస్ రిజిష్టర్ ప్రకారం

| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**7. Date of First Appointment** మొదటి నియామకపు తేది

| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**8. Marital Status** వివాహితులా / అవివాహితులా / వితంతువా / విడాకులా

| Married | UnMarried | Widow | Divorced |
|---|---|---|---|

**9. If Married No. of Children and their Ages**
వివాహితులైతే పిల్లల సంఖ్య మరియు వారి వయస్సు

పిల్లల సంఖ్య _____ వయస్సు (సం.లో) _____

**10. Basic and Pay Scale** మూల వేతనము మరియు వేతనము స్కేలు _____ _____

**11. DETAILS OF NOMINATION** నామినేషను వివరాలు

| S.No. క్రమ సంఖ్య | Name of Nominee నామిని పేరు | Name of Nominee's Father నామిని యొక్క తండ్రి పేరు | Age వయస్సు | Relationship of Nominee చందాదారునికి నామినితో సంబంధం | Share వాటా |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**12. Are you in good Health** ప్రస్తుతం మీ అరోగ్యం బాగుగా వున్నదా [ ✓ ]

| Yes / అవును | | No / కాదు. | |
|---|---|---|---|

13. **Have you in the preceeding (3) years been absent on leave on Medical Grounds for more than (10) days at a time ? If Yes, give Details**
గత మూడు సంవత్సరాలలో మీరు వైద్య కారణాల పై ఒకేసారి (10) రోజులకు పైగా సెలవు పై గైరుహాజరు అయ్యారా? అయితే ఆ వివరాలు తెలపండి.

| Yes / అవును | | No / కాదు. | |
|---|---|---|---|

14. 1. **Have you ever suffered from any of the following Diseases :-**
ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా మీరు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Heart Ailment** గుండెవ్యాధి | Yes / అవును | | No / కాదు. | |
| **Kidney** మూత్రపిండం | Yes / అవును | | No / కాదు. | |
| **Cancer** క్యాన్సర్ | Yes / అవును | | No / కాదు. | |
| **Lungs** ఊపిరి తిత్తులు | Yes / అవును | | No / కాదు. | |

2. **If Yes, give details of Disease duration and Treatment received**
సమాధానము అవును అయిన, వ్యాధి వివరాలు, చిక్సి తీసుకొనిన వైధ్య సేవల వివరాలు తెల్పండి

15. **Are you physically challenged person. If so, enclose Certificate issued by a Competent Authority.**
మీకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైకల్యంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివరాలు తెలపండి వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి.

| Yes / అవును | | No / కాదు. | |
|---|---|---|---|

16. **If already Insured** ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో **Policy No.** పాలసీ నెం. **Total Monthly Premium** నెలసరి ప్రీమియం ₹

17. **Proposed Monthly Premium** ప్రతిపాదించిన నెలసరి ప్రీమీయం ₹

18. **Month and Year of Recovery** తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం

19. **Mobile No.** మొబైల్ నెం.

20. **Email Address** ఇమెయిల్ చిరునామా

21. **Aadhar Card No.** ఆధార్ కార్డ్ నెం.

22. **Employee ID No.** ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

23. **Major Head** పెద్ద పద్దు **Try. D.D.O. Code** ట్రెజరీ డి.డి.ఓ. కోడ్

ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన
**Declaration by the Proponent**

'ప్రశ్నలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన వివరములు ఇవ్వడమయింది. అవి నా స్వదస్తూరితో వ్రాసిందైనను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్థం సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా ప్రకటించుచున్నాను. పై వివరణలు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన వివరణను చేసినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందుమీదట కనుగొన్న యెడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీమియములన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలననియు నేను ఒప్పుకొనుచున్నాను.'

**" 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 statments 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 statment 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 becomes null and void "**

తేది :
**Date :**

జీవిత బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం (తేదితో సహా)
**Proponent's Signature with Date**

ప్రతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతంకం చేయబడినదో అ అధికారి ధృవీకరణ పత్రం

**CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED**

పైన పేర్కొన్న సర్వీసు వివరాలు సరియైనవేననియు, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతంకం చేసినాడనియు నేను ధృవపరుస్తునాను. నూతన / అదనపు బీమా నిమిత్తము తగ్గింపు చేసిన మొదటి ప్రీమియం రూ. ----------మరియు మొత్తము రూ.----------(ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరియు ప్రస్తుత ప్రీమియం కలుపుకొని)----------నెల మరియు---------- సంవత్సరము వేతనము నుండి తేది----------గల టోకన్ నెంబరు---------- ద్వారా వసూలు చేయడమయినది.

**I Certify that the service particulars stated above are correct and proponent's Signature has been affixed in my presence. the First premium recoverd for fresh / subsequent Insurance is Rs. _____in all Rs. _____(including previous and present Premium) from the pay of_____ Month and _____year, vide token No. _____dated_____**

స్థలము :
**Station :**

తేదీతో కూడిన సంతకము
ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి
(స్వీయ ధృవీకరణ చెల్లదు)

తేది :
**Date :**

## For OFFICE USE

**O.R. (  )**

| Age at Entry | Premium | Sum Assured |
|---|---|---|
| T.I | Rs. : | Rs. : |
| A.I | Rs. : | Rs. : |
| Total | Rs. : | Rs. : |

**As per TSGLI Fund Rule 5 Proposal has been scrutinised and O.R. submitted for approval**

**Clerk** **Supdt.** **DIO**

**Signature with Date**
**Drawing and Disbursing Officer**
**(Self Attestation is not acceptable)**

హోదా :
**Designation :**

కార్యాలయ ముద్ర
**Office Seal**