

అనుబంధం
ANNEXURE

భీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయము
DIRECTORATE OF INSURANCE

ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వము, హైదరాబాద్-1
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH, HYDERABAD-1.

పాలసీ నెం.
POLICY No.

ప్రాంతీయ కార్యాలయము
REGIONAL OFFICE

ప్రతిపాదన నెం.
Proposal No. _____

సొంత జీవితము పై భీమా ప్రతిపాదన
PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE

సమాధానాలు స్పష్టంగా ఉండాలి. కలం గుర్తులను గానీ, గీతలు వంటి వాటిని గానీ సమాధానాలుగా అంగీకరించడం జరగదు.
(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 చిరునామా
Date of Birth ADDRESS
3. వివాహితులా / అవివాహితులా / వితంతువా
(Married/Un-Married/Widowed)
4. రాష్ట్ర ప్రభుత్వములో సర్వీసు వివరాలు:
Details for Service in State Government

(ఎ) మొదటి నియామకపు తేది
Date of first appointment.

—

(బి) స్థిర ఉద్యోగము (ఏదైనా ఉన్నచో)
Substantive post held if any

—

వేతనము
Pay

స్కేలు
Scale

(సి) ప్రస్తుత ఉద్యోగము
Present Post

—

వేతనము
Pay

స్కేలు
Scale

5. ఇది వరకే భీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయములో భీమా చేసి
ఉన్నచో పాలసీ పత్రాలు సరిచూచిన మీదట నింపాలి
If already insured with the DIRECTORATE OF
INSURANCE (to be filled after verifying policy
document)

—

పాలసీ నెం./నెంబర్లు
POLICY No/No's

నెలసరి ప్రీమియం
MONTHLY PREMIUM

ప్రతిపాదించిన నెలసరి ప్రీమియం
Proposed Monthly Premium

—

6. నామినేషను వివరాలు
Details of Nominations

—

(ఎ) నామిని/నామినీలు పేరు/పేర్లు:
Name of the Nominee / Nominee's

—

(బి) నామిని తండ్రి పేరు:
Name of Nominee's Father

—

(సి) ప్రతిపాదకునికి నామినీతో గల సంబంధం
Relationship of Nominee to the proponent. —

(డి) నామిని/నామినీల ప్రస్తుతి వయస్సు
Present age of Nominee/Nominee's

—

(ఇ) వాటా
Shares

—

జీవించి వున్నవారు
LIVING

మరణించిన వారు
DEAD

7. కుటుంబ చరిత్ర
FAMILY HISTORY

	ప్రస్తుత వయస్సు Present Age	ప్రస్తుత ఆరోగ్య పరిస్థితిని తెలపండి State the present health condition	మరణించిన సంవత్సరం Year of Death	ఏ వయస్సులో మరణించారు Age of Death	ఎంత కాలం ఆస్పత్తులుగా వున్నారు Duration or Illness	మరణానికి గల కారణము Cause of Death
తండ్రి : Father						
తల్లి : Mother						
భార్య/భర్త : Wife/Husband						
పిల్లల సంఖ్య : Children No.						
జీవించి వున్నవారు : Total Living						
మరణించిన వారు : Total Dead						
సోదరులు/సోదరిల మొత్తం సంఖ్య? (ప్రతిపాదకుని మినహా) Total No.of Brothers & Sisters : (excluding proponent)						
జీవించి వున్నవారి మొత్తం సంఖ్య: Total Living						
మరణించిన వారి మొత్తం సంఖ్య: Total dead.						

8. (ఎ) మీ బంధువులలో (జీవించివున్న వారిలో గానీ చనిపోయినవారిలో గానీ ఎవరైనా ఉన్నారో మూర్ఛ, కీళ్ళ వాతం, ఉబ్బసం, క్షయ, క్యాన్సరు, మధు మేహవ్యాధి, హెమాఫిలియా లేక ఏదైనా ఇతర వంశానుగత వ్యాధితో బాధపడ్డారా? అయితే వివరాలు తెలపండి.
Have any of your relationship living and dead suffered from insanity, epilepsy, gout, asthma, tuberculosis, cancer, leprosy, diabeties, hemophili or any other hereditary decease, if so give details. —
- (బి) గత మూడు సంవత్సరాలలో క్షయ, కుష్టు లేక ఏదైనా ఇతర అంటు వ్యాధి గలవారితో కలిసి మీరు నివసించారా, అయితే ఆ వివరాలను తెలపండి.
Have you lived during the last (3) years with any person suffering from tuberculosis, leprosy or any other communicable disease, if so give details. —
9. (ఎ) ప్రస్తుతం మీ ఆరోగ్యం బాగుగా ఉన్నాడా? బాగులేని యెడల వివరాలను తెలియ చేయవలెను.
Are you now in good health, if not give details. —
- (బి) ప్రస్తుతం మీరు అనారోగ్య కారణాలపై డ్యూటీకి హాజరు కాకుండా ఉన్నారా?
Are you now absent from duty on the grounds of ill health —
- (సి) గత మూడు సంవత్సరాలలో మీరు వైద్య కారణాలపై ఒకేసారి (10) రోజులకు పైగా సెలవు పై గైరుహాజరయ్యారా? అయితే ఆ వివరాల తెలపండి (వైద్య ధృవపత్రాలను 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. —
10. ఎక్స్రే, ఎలక్ట్రోకార్డియోగ్రామ్, చెక్-ఆప్ ఆబ్జర్వేషన్, రక్త పరీక్ష, రోస్కోపిక్ పరీక్ష, చికిత్స లేక ఆపరేషన్ కోసం మీరు ఎప్పుడైన ఏదైనా క్లినిక్, ఆసుపత్రి, ఆపిలమ్ లేదా శానిటోరియంలో ఉన్నారా? ఆ వివరాలు ఎవైనా ఉన్నట్లయితే తెలపండి.
Have your even been in a Clinic, Hospital, Asylum or Sanatorium for X-ray, Electrocardiogram, checkup observation, blood test, fluroscopic examination treatment or Operation, Give details if any. —
- 11 (1) ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా మీరు ఎప్పుడైన బాధపడ్డారా?
Have you ever suffered from any of the following deaseses? —
- (ఎ) మెదడు నాడి మండలం వ్యాధి
Any diseases of the brain or nervous system —

- (బి) ఊపిరితిత్తులు లేదా శ్వాసక్రియ మండలం వ్యాధి
Any disease of the lungs, respirative system _
- (సి) గుండె వ్యాధి, రక్తానికి సంబంధమైన వ్యాధి
Any disease of the heart and Blood. _
- (డి) ఉదరం, పేవుల వ్యాధి:
Any disease of the stomach and intestines _
- (ఇ) చర్మ వ్యాధి
Any skin disease _
- (ఎఫ్) హెర్నియా, హైడ్రోసెల్, వారికోపెల్, ఫిస్టుల లేదా
హెరికోన్ వెయిన్స్ వ్యాధి?
Heraia, Hydrocele, Varicocele,
Fistula or Varicose veins. _
- (జి) మూత్రపిండం లేక మూత్రాశయం, లేదా ఏదైనా సుఖ వ్యాధి?
Any disease of kidney or bladder or any
veneral disease. _
- (హెచ్) క్యాన్సరు లేదా కుష్టు వ్యాధి
Cancer or Leprosy _
- (ఐ) చెవి, ముక్కు, గొంతు లేదా నేత్ర వ్యాధి
Any disease of the Ear, Nose,
Throat or Eyes _
- (జె) మీ మూత్రంలో ఎదయినా రక్తం, చీము, అల్బుమెన్
లేదా చక్కర కనుగొనడమయిందా?
Have you ever passed blood, pus, albamen _
or sugar in urine.
- (కె) మీ పండ్లకు ఏదైనా వ్యాధి లేదా దెబ్బ తగిలిందా?
మీకు పండ్లు ఏవైనా ఊడి పోయినవా లేదా తీసి
వేయడమయిందా? అయితే ఆ వివరాలు తెలపండి
Any disease or injury to teeth are any of _
your teeth lost or extracted. If so, give no extracted:
- (ఎల్) ఏదైనా ఇతర వ్యాధి:
Any other diseases: _

II. పైన పేర్కొన్న ప్రశ్నలకు వేటికైనా సమాధానాలు 'అవును'
అని ఇచ్చినట్లయితే దయచేసి ఈ క్రింది వివరాలు తెలపండి:

If the answers to any of the above questions
is "Yes' please give details of : _

- (1) వ్యాధి స్వభావం :
Name of Disease: _
- (2) అస్వస్థులుగా ఉన్నకాలం తేది:
Duration and date of illness _
- (3) పొందిన చికిత్స లేదా చేయించుకున్న ఆపరేషను
Treatment received or operation performed _

(4) ప్రస్తుత పరిస్థితి:

Present Condition —

- (III) మీకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైకల్యంగానీ ఉందా?
ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగ వైకల్యం వివరాలు తెలపండి,
వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి.
Are you having any physical defect are
deformity? If so, give details of disability and the
certificate of disability issued by the Medical Officer. —

స్త్రీలకు మాత్రమే

FOR WOMEN

- (ఎ) ఋతుక్రమాలు క్రమ బద్ధంగా, బాధ లేకుండా ఉన్నాయా?
ఇప్పుడు కూడా అలాగే ఉన్నాయా?
Have your menstrual periods always been
regular and painless and are they so now? —
- (బి) ఎన్ని సార్లు గర్భవతి అయ్యారు?
How many conceptions have take place? —
- (సి) ఎన్ని పూర్తిగా నిలిచినవి?
How many have gone full time? —
- (డి) నీ మీ కడసారి ఋతు క్రమం తేదీని తెలపండి?
State the date of last menstruation —
- (ఇ) చివరిసారిగా ప్రసవించిన తేదీని తెలపండి
State the date of last delivery? —
- (ఎఫ్) ప్రస్తుతం మీరు గర్భవతులా?
Are you pregnant now? —
- (జి) మీకు ఏవైనా ఎప్పుడైనా గర్భ స్రావాలు జరిగాయా?
అయితే ఎన్నిసార్లు జరిగాయి? చివరి సారిగా జరిగిన
గర్భ స్రావం తేదీని తెలపండి.
Have you have any abortions or miscarriages,
if so, how many? State the date of last abortion. —
- (హెచ్) మీరు రొమ్ములు, గర్భాశయం, తిత్తులు, లేదా
గర్భాశయానికి సంబంధించిన ఏదైనా వ్యాధితో బాధ పడ్డారా?
Have you suffered from any disease of the
breast, ovaries or uterus? —
- (ఐ) గర్భ ధారణ వల్ల గానీ అకాల ప్రసవం వల్ల గానీ
మీరు బలహీనతతో లేదా గాయంతో బాధపడ్డారా?
Have you suffered from weakness or injury
resulting from child bearing or miscarriage? —

ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన

DECLARATION BY THE PROPONENT

“ప్రశ్నలకు పూర్తిగా అర్థంచేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన వివరాలు, సమాధానాలు ఇవ్వడమయిందని, అవి నా స్వదమ్మారితో వ్రాసినవైనను, కాక పోయినను ప్రతి అంశం యుదార్థం. సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారం అందచేయవలసి వున్నది. ఆ పరిస్థితులను తెలిపేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా ఉంచలేదనియు నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటించుచున్నాను. పై వివరణలు మరియు ఈ ప్రకటన భీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతి దినులుగా ఉండాలనియు, నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన వివరణను చేసినట్లు గానీ, తెలియపరచవలసియున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాది ఉంచినట్లుగానీ, ఇందు మీదట గనుగొన్న ఎడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీమియం అన్నింటిని కోల్పోవ వలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలెననియు 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 particulars 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 propose contracts for any insurance and that it shall hereafter that I have wilfully made any untrue statements or have fradulently concealed any circumstances which I ought to have made known than all the premia which shall bhave been paid under the said contract shall be forfeited and the contract rendered absolutely null and void.

“జీవిత భీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయం ఈ ప్రతిపాదనను అంగీకరించి, నాకు ఆమోద పత్రం జారీ చేసిన సందర్భంతో మరియు ఏమంత ముఖ్యమైనదిగాదని నేను భావించునట్టి నా సాధారణ ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన ఏదైనా ప్రతికూల పరిస్థితులు ప్రధానమైనవి కావని నేను భావించినప్పటికీ ఆ ప్రతికూల పరిస్థితుల ఈ ప్రతిపాదన చేసిన తేదీకి, మొదటి ప్రీమియం పూర్తిగా చెల్లించిన తేదీకి మధ్య ఏర్పడి యుండిన సందర్భాలలో లేదా ఏర్పడు సందర్భంలో లేదా భారత జీవిత భీమా సంస్థ యొక్క ఏదైనా కార్యాలయానికి లేదా పోస్టాఫీసు భీమా నిధికి నా జీవితభీమా విషయంలో పంపిన ప్రతిపాదన పాలసీ పునరుద్ధరణ విషయమై పెట్టుకొన్న దరఖాస్తు ప్రతిపాదన చేసిన తేదీ తరువాత ఉపసంహరించిన ఎడల లేదా నిరాకరించిన ఎడల అధిక ప్రీమియంలపై లేదా లీనుకు లోబడి ఆమోదించిన ఎడల అట్టి విషయాలను లిఖిత పూర్వకంగా జీవితభీమా శాఖ డైరెక్టరు కార్యాలయానికి చెందిన ప్రాంతీయ కార్యాలయానికి తెలియపరచి ప్రతిపాదనకు జీవిత భీమా శాఖ ప్రాంతీయ కార్యాలయ పునర్వామోదం పొందినవే తప్ప భీమా చెల్లనేరదనియు, దీని విషయంలో చెల్లించిన పైకాలన్నింటిని కోల్పో వలసి ఉండుననియు నేను ఇందు మూలమున రూఢిగా ప్రకటించుచున్నాను”.

And I further declare that in case this proposals accepted by the Director of Insurance and a letter of acceptance Issued to me and in any case any adverse circumstances connected with the general health of myself however un-important. I may consider the same has occured or occurs between the date of this proposal and the date of payment of first premium in full if a proposal for assurance or any application for revival of a policy only life made to any Office of the Life Insurance Corporation of India or to the Post Office Insurance Fund has since the date of this proposal been withdrawn or dropped or deferred or declared or accepted at an increase a premium or subject to a item the assurance will be invalid and all moneys which shall have been paid in respect thereof forfeited unless intimation of such event be made in writing to the Regional Offices of Directorate of Insurance and the acceptance of the Proposal shall be re-approved by the concerned Regional Office.

తేది:

Date:

జీవిత భీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం.

*Signature of the person whose Life is
proposed to be assured.*

ప్రతిపాదనపై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినదో ఆ అధికారి ధృవీకరణ పత్రం

CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

పైన పేర్కొన్న సర్వీసు వివరాలు సరియైనవనియు, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు, నేను ధృవ పరుస్తున్నాను.
 మొదటి ప్రీమియం తేది నుండి రూ.
 చొప్పున తేదీ గల నెం టోకనులో వసూలు చేయబడుతుంది. ఇందుకు సంబంధించిన దాని చెక్కు-
 నెం 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 is received at Rs. from ... vide
 Token No. Dated Cheque No.
 Dated

స్థలము :

Station:

సంతకము :

Signature

హోదా:

Designation

తేదీ

Dated :

కార్యాలయ ముద్ర

Office Seal

గమనిక:- నామినేషను తప్పని సరిగా ఉండాలి.

N.B.: - NOMINATION IS COMPULSORY.