

**TSGLI** 

Form - 1

ఫారం - 1

**DIRECTORATE OF INSURANCE** డైరెక్టరెట్ ఆఫ్ ఇమ్సారెప్స్

GOVERNMENT OF TELANGANA తెలంగాణ ప్రభుత్వము

**HYDERABAD** హైదరాబాద్

**DISTRICT INSURANCE OFFICE** 

															2	ತಿಲ್ಲ	ి బివ	ಬ್	500	್ಯಾಲ	యము									
								_	PROP (పతివే																					
All Colum అన్ని కాలమ	ns shall ಬಲು ಪಿದ್ದ	be fil అక్షరవ	lled i ාූපම්	in cap ీ పూర్తి	itals గా విం	only పవలె	మ																							
Policy No																	Pi	ron	nsa	l Fo	rm No.									
పాలపీ వెం.																		ОР			దవ వెం.									
1. Name	పేరు																		-											
Surnai	me ಇಂಟಿ	ేపరు		Full N	Name	ప్రాంక	3 200	మ										2	2. 5	Sex	N	fale	1	పురు	ుషుడ	6		7		
			TT		П				TT		T	T	T	100								ema		San Property			7	1		
					1. 1							_												- 6	_					
3. Father	's Name	ම මරුල්	වී විර	ప															4. [	esi	gnatio	n ක් <sup>ණ</sup>	ီငာ							
													- "										3							
																				R. S.								1 4		
5. Emplo	yee Offi	ce Ad	idres	S සිරි	್ಯಾಗಿ ತ	ార్యాల	್ಯಯ '	చిరు	ూమా					6			of E						D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
															(A	s p	er S	erv	rice	Reg	gister)		1							
															పరీ	35	රිකීම්	35	ప్రకా	රර										
	s ×						-																							
	+++		+				PI	N				-	-					27												
							1	14				1						*												
7. Date o	of First A	Appoir	ntme	nt ಮ	ාරස් දි	నియా	మకష	) ම්ඨ		D	) M	M	1 1	Y	Y	Y														
									L																					
8. Marita	l Stątus	2	ವಾహ	ాతులా	/ అవి	ವಾహಿ	తులా	/ 2	తంతుం	Jo /	విడా	కులు																		
		Г		rried		nma			Wido			ivoi		d																
		L							******	-		1101		ч																
9. If mar	ried, No	of C	hildr	en ar	nd th	eir a	qes		పి	ಲಲ ಕ	సంఖ్య	,		వద	רנגנו	(3	ం. లో	5)												
	ණවුම් పిల్ల									es .	. 5			Г	2	T	1	í												
	e 6	•	- 0				2							L																
10. Basic	Pay and	d Pav	Scal	le ము	ాల వే	తనము	మరి	ວ່າ	వేశవ	522 =	ברים פוזי																			
											سي من										2 6 6									
11. DETA	ILS OF I	NOMI	NAT	TON	ನಾವಿತ	3333	25	50011						- 35-			1.45	Ne.	. 18				2		H	129				
S. No.		ne of							00/c E	ath		A	_		-1-4															
క్రమ సంఖ్య	3	నామిని	ිබර		IVGI				ජ <b>ි</b> ල්ශී			Age వ		స్తు	terai	CIO	nsni ຕາລີ!	p o	T NO	omii	nee S රාංකංරු	nare	9470							
					1							1	-	2		- ω	~~	- ~	ما			_ a.	w		1					
												1				_							-							
																									1					
	1																													
								He																						
		3						12		100											187									
1	1									1000					1	-					-		$\overline{}$		1					

Yes / అవుమ

12. Are you in Good Health ప్రస్తుతం మీ ఆరోగ్యం బాగుగా పువ్నదా ( $\sqrt{\ }$ ) Tick

No / ಕಾದು

ave you in the preceeding (3) years been absent on Leave on	Yes / అపుమ	No / s	ాదు
Medical Grounds for more than (10) days at a ime ? If Yes, give details త మూడు పంవత్సరాలలో మీరు వైద్య కారణాల పై ఒకేపారి (10) రోజులకు పైగ			
ಬಲವು ್ತಿವ್ತ ಗ್ರವಣೆಜರಯ್ಯಾರ್ ? ಅಯಿತೆ ಆ ವಿವರ್ರಲು ತಾಲವಂಡಿ			
Have you ever suffered from any of the following Diseases :	-		
ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోవైనా మీరు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?			
ಎ. Heart Ailment ಗುಂಡವ್ಯಾಧಿ	'es / అవుమ	No / కాదు	
బి. Kidney మూత్రపిండం	'es / అవును	No / కాదు	
పి. Cancer క్యావ్సరు	/es / అవును	No / కాదు	
8 %			
යී. Lungs ఊపిరి తిత్తులు	/es / అపుమ	No / కాదు	
	te issued Ye	s / అవుమ	No / కాదు
py a Competent Authority ఏకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర		s / అవుమ	No / පංරා
py a Competent Authority ఏకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉప్పట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం విపం ద్వ్యాధికారి జారీ చేపిన అంగవైకల్యం ధృవప(తాన్ని పమర్పించండి	ూలు తెలపండి,	s / అవుమ fonthly Premiu పీమియం మొత్తం	
py a Competent Authority మీకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ ద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపడ్రాన్ని సమర్పించండి If already insured Policy No. ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ నెం.	ూలు తెలపండి,	onthly Premiu	
ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ నెం.	ూలు తెలపండి,	onthly Premiu	
ny a Competent Authority మీకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవప(తాన్ని సమర్పించండి If already insured Policy No. ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ వెం.  Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన వెలసరి (పీమియం ₹	ూలు తెలపండి,	onthly Premiu	
ry a Competent Authority ໝໍ່ຮັນ ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ణ ప్రాయ్థికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపడ్రాన్ని సమర్పించండి  If already insured Policy No. ක්වයර වී ව්යා చేసిఉన్నచో పాలపీ నెం.  Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీమియం ▼  Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం  Mobile No. మొబైల్ నెం.	ూలు తెలపండి,	fonthly Premiu పీమియం మొత్తం	
y a Competent Authority లకు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ణాన్ని ప్రాంతి అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ణాన్ని సమర్పించండి  If already insured Policy No. పాలపీ నెం.  Proposed Monthly Premium ప్రతిపాదించిన వెలపరి (పీమియం राष्ट्रिक) అంగమైలో స్టాంకి స్ట్రాంకి స్టాంకి	ాలు తెలపండి,  Total N వెలపరి (	fonthly Premiu పీమియం మొత్తం	
y a Competent Authority හත් බිලින	ాలు తెలపండి,  Total N వెలపరి (	fonthly Premiu పీమియం మొత్తం	
ny a Competent Authority ໂປຣ໌ ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ణ ప్రాంక్షాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవప్రతాన్ని సమర్పించండి  If already insured Policy No. జిదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలపీ నెం.  Proposed Monthly Premium (ప్రతిపాదించిన నెలసరి (పీమియం ₹  Month and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం  Mobile No. మొబైల్ నెం.  Email Address ఇముయిల్ చిరునామా 21. Aadhar (1)  Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం.	ాలు తెలపండి,  Total N వెలపరి (	fonthly Premiu ప్రీమియం మొత్తం [ కై వెం.	
y a Competent Authority కు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైక్యలంగాని ఉప్పట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం వివర్ హ్యాధికారి జారీ చేపిన అంగవైకల్యం ధృవప(తాన్ని పమర్పించండి  f already insured Policy No. జిదివరకే బీమా చేపిఉన్నచో పాలపీ నెం.  proposed Monthly Premium ప్రతిపాదించిన వెలపరి (పీమియం ₹  conth and Year of Recovery తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంపత్సరం  cobile No. మొబైల్ నెం.  mail Address ఇమొయిల్ చిరునామా 21. Aadhar (  mployee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం.	ాలు తెలపండి,  Total M వెలపరి (	fonthly Premiu ప్రీమియం మొత్తం [ కై వెం.	

్రపశ్నలను పూరిగా అర్ధం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన వివరములు ఇవ్వడమయింది. అవి నాప్వదస్తూరితో డ్రాపిందైనను కాకపోయినను డ్రుతి అంశం యధార్థం, పమ్మగం, పంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు పంబంధించి నేను పమాచారము అందచేయవలసియున్నదో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా డ్రకటించుచున్నాను. పై వివరణలు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన వివరణను చేపినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందుమీదట కనుగొన్న యొడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న క్రీమీయములన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలవనియు నేను ఒప్పుకొనుచున్నాను.'

(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."

ತೆದಿ Date జీవిత బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం (తేదితో పహాయ) Signature with Date

## (పతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినదో ఆ అధికారి ధృవీకరణ ప్రతం CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

ధృవపరుస్తువనాను. మాతన / అదనపు బీమా నిమిత్తము తగ్గింపు చేసిన మొదటి (పీమియం రూ. \_\_\_\_\_\_ మరియు మొత్తము రూ. \_\_\_\_\_ (ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరియు (ప్రస్తుత (ప్రీమియం కలుపుకొని) \_\_\_\_\_ నెల మరియు \_\_\_\_\_

పైన పేర్కొన్న పర్వీసు వివరాలు పరియైనవనియు, స్థిపిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేను

I certi	fy that the servi	ce particulars stated above a	ద్వారా వసూలు చేయడమయినది. are correct and the Proponent's Signature has /subsequent Insurance is ₹ in
all ₹	(including previo	us and present Premium) fro	om the pay of month and
year, vi	de token No	dated	
స్థలం			పంతకము
Station			ఆహరణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహరణ మరియు
Jeacion .			නස්පැය් මදිපාර රක්කිරී පාඩ බාය්ත ම වූව රක්කිරී
తేది			అధికారి సంతకము చేయవలయును తేదితో సహాయ
Date			మరియు స్వీయ ధృవీకరణ చెల్లదు.)
For OFFFICE USE			
	O.R. (	)	
Age at Entry	Premium	Com Assured	
Age at Entry	Premium	Sum Assured	Signature
			Drawing and Disbursing Officer (If DDO is not gazetted, it should be
T. I.	₹:	₹:	countersigned by next Gazetted
	1311		Officer and Self Attestation is not
A. I.	₹:	₹:	acceptable) with Date
			హోదా
Total	₹:	₹:	Designation
As per TSGLT / ADGLT Fo	und Bulo E Brons	sal has been scrutnised and	కార్యాలయ ముద్ర
submitted for approval.		sai nas been scrudnised and	Office Seal
Clerk	Sundt	DIO	

Please visit our Website : <u>www.tsgli.telangana.gov.in</u> for further information and guidelines