

Please affix Legal Heir
Photo, duly attested by
the DDO

అధికారుని ఫోటో అతికించి
ధృవీకరించ వలెను



TSGLI

DEATH CLAIM FORM
మరణ క్లెయిమ్ ఫారం

Inward No.
అంతర్గమనం నెం.

Office Use Only
కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

DIRECTORATE OF INSURANCE
వైద్యకరణ అఫీస్ అమూలెన్స్
GOVERNMENT OF TELANGANA
తెలంగాణ ప్రభుత్వము
HYDERABAD
హైదరాబాద్
Refund Form - 2
రిఫండ్ ఫారం - 2

DISTRICT INSURANCE OFFICE _____

జిల్లా బీమా కార్యాలయము _____

(To be filled by the Heir of the Subscriber)
(చందాదారు వారసులు భర్తీ చేయవలెను)

All Columns shall be filled in capitals only
అన్ని కాలమ్లు పెద్ద అక్షరములతో పూర్తిగా నింపవలెను

Policy No.
పాలసీ నెం.

Employee ID No.
ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

Claimant's Mobile No.
అధికారుని మొబైల్ నెంబరు

1. **Name of the Subscriber** చందాదారుని పేరు

2. **Father's Name** తండ్రి పేరు

3. **Designation** హోదా

4. **Name of the Office and the District where the Subscriber was working at the time of Death**

చందాదారు చనిపోయినప్పుడు పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

5. **Date of death of the subscriber specifying the disease / cause of death**

చందాదారు చనిపోయిన తేదీ, వ్యాధి వివరములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

6. **Name of the Claimant and his / her Father's Name**

క్లెయిమ్ చేయుచున్న వారి పేరు మరియు వారి తండ్రి పేరు

Relationship with deceased Policy holder

చనిపోయిన చందాదారునితో గల సంబంధం

7. **Date and reason of retirement**

విరమణ తేదీ, కారణములు

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Visit Our Website : www.tsgli.telangana.gov.in

(Contd - 2)

8. Names of the Wife or Wives of the deceased with their children and ages
చనిపోయిన వ్యక్తి యొక్క భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, పిల్లల పేర్లు మరియు వయస్సు

9. Name of the Bank where payment is desired
చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు

Branch Name బ్రాంచి పేరు

IFS CODE ఐ ఎఫ్ యస్ కోడ్

Bank Account No. బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు

Mobile No. of Claimant లబ్ధిదారుని మొబైల్ నెంబరు

Aadhar Card No. ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు

10. Full Address of Claimant with Pin Code
లబ్ధిదారుని పూర్తి చిరునామా పిన్ కోడ్ తో సహా

Important Note : In case of dispute the claim will be settled in terms of Rule 32 (d) (3) of Telangana Government Life Insurance Fund Rule.

ముఖ్యగమనిక : ఏదేని వివాదము ఉన్నయెడల ఈ ఖాతా యొక్క నిబంధన 32 (డి) (3) ప్రకారం చెల్లింపు పరిష్కరించబడును.

DECLARATION

ప్రకటన

I do hereby declare that there are no other widow or widows of the deceased or minor sons and unmarried daughters born of them except those mentioned in this Application. If in future any other Claimants or minor heirs mentioned in the Application Claim payment of their share in the amount on attaining majority, I shall be held responsible to repay the amount. I also declare that if in future it is found that any excess payment was made to me in adversantly, I agree to repay such excess amount.

ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు లేక చనిపోయిన వ్యక్తికి చెతంతువు లేదా చెతంతువులు లేదా బాధితి కలిగిన మైనరు కొడుకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎవరు లేరని ఇందుమూలముగా ప్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కుదార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు వారసులు మేల్కర్లు అయిన మీదట ఈ ప్రకటనలో తమ వాలాసు భవ్యత్తులో కోరు పక్షములో ఆ మొత్తమును తీరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై ఉండగలను. ఒకవేళ పొరపాటున ఏమైనా ఎక్కువ మొత్తము పొందియున్న యెడల అట్టి మొత్తమును తీరిగి చెల్లించుటకు బాధ్యత వహించునని ఇందుమూలముగా ప్రకటించుచున్నాను.

Signature or / Left Hand Thumb Impression of the Applicant
దరఖాస్తుదారు సంతకము / వ్రేలి ముద్ర

CERTIFICATE

పర్యవేక్షణ

Certified that the entries made in the Application are correct, the details of which are known to me. There is no other legal heir of the deceased except those mentioned in the Application and the Signature or Thump - Impression is of Sri / Smt _____ widow of / guardian of _____ regarding which I am fully satisfied.

It is also certified that the last working days Salary was paid to the Claimant only and the deceased Subscriber was in Service till death.

The Subscriber obtained a Loan of ₹ _____ against his TSGLI Policy and if any outstanding Loan or Interest is payable, the same can be recovered from the Policy amount.

(Contd - 3)

Visit Our Website : www.tsqli.telangana.gov.in

దరఖాస్తులో చేసిన వయోధులు సక్రమమైనవనియు, ఆ వివరములు వేడు ఎరిగినవేదనియు ధృవీకరణమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు వ్యాయాపద్యమైన అతర వారములు ఎవ్వరూ లేదనియు సంతకము లేదా వ్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ వితంతువు / పంరక్షకుడు అయిన _____ చే సవీయు వారు పూర్తిగా సంతుష్టి కలిగినది. తదుపరి చందాదారుని దివంగి రోజుల జీత భత్యములు ప్రస్తుత లబ్ధిదారునికి చెల్లించడమయినదని మరియు చనిపోయిన తేదీ వరకు సర్వీసులోనే ఉన్నాడని ధృవీకరించుచున్నాము.

Signature of the Drawing and Disbursing Officer
అపారణ మరియు బట్టాదా అధికారి సంతకము



Name of the Officer
in Block Letters :
పి.కె. అక్షరములలో అధికారి పేరు

Designation :
హోదా :

Name of the Office :
కార్యాలయం పేరు :

Note :- 1. The Application should be certified by the concerned Drawing and Disbursing Officer only.

గమనిక :- 1. ఈ దరఖాస్తును సంబంధిత అపారణ మరియు బట్టాదా అధికారి మాత్రమే ధృవీకరించవలెను.

2. If the Subscriber dies with (3) Years of issue of Policy / Policies, the Drawing and Disbursing Officer shall furnish the details of Leave on Medical Grounds availed for a period of (3) Years (alongwith attested Xerox Copies of Medical Certificate) proceeding the date of commencement of Policy / Policies.

2. చందాదారుడు పొలసీ ప్రారంభపు తేదీ నుండి (3) సంవత్సరములోపు మరణించినయెడల, అపారణ మరియు బట్టాదా అధికారి, సరకు చందాదారుడు పొలసీ ప్రారంభపు తేదీకి మూడు సంవత్సరముల కాలమునకు వైద్య కారణముల పై వాడుకొనిన సెలవు వివరములను (ధృవీకరించిన జిరాక్స్ వైద్య సర్టిఫికేట్ లతో) తప్పని సరిగా, ఈ దరఖాస్తుతో సమపాదించు.

3. The following documents also shall be compulsorily enclosed.

3. దీగువ తెలిపిన పత్రములు జొరగా తప్పక జత చేయవలెను.

Enclosures :
జత చేయవలసిన :

- a). Policy Bonds Original
ఎ). పొలసీ పత్రము
- b). Legal Heirs Certificate Copy duly attested
బి). వారసత్వపు పత్రము ధృవీకరణతో
- c). Death Certificate Copy duly attested
సి). మరణ ధృవీకరణ పత్రము ధృవీకరణతో
- d). First Page of S. B. Account Pass Book (Xerox Copy)
డి). బ్యాంకు పాస్ బుక్ మొదటి పేజీ జిరాక్స్ కాపీ

(Contd - 4)



Revenue Stamp
రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT
రశీదు

Note : If the Amount exceeds ₹ 5,000/-, Revenue Stamp shall be affixed.
గమనిక : సైకం ₹ 5,000/- లకు మించినట్లయితే స్టాంపు అతికించాలి

Policy No. _____
పాలసీ నెంబరు : _____

I _____ have received a sum of ₹ _____ (Rupees Only) from Directorate of Insurance, Telangana, Hyderabad vide Cheque / Online Payment No. _____ dated : _____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ శ్రీ / శ్రీమతి _____ అను నేను జీవిత బీమా కాల వైకృత్యము, హైదరాబాదు వారి నుండి (రూపాయలు) మాత్రమే) తేది : _____ నెంబరు _____ గల చెక్కు / ఆన్ లైన్ పేమెంట్ ద్వారా అందుకోవ్వట్లు ఇందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నాను.

Signature
సంతకము

I hereby certify that the above Signature of Sri / Smt _____ is made in my presence.

శ్రీ / శ్రీమతి _____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని ధృవీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

Signature of Drawing and Disbursing Officer with Seal
అపారణ మరియు బహుళక అధికారి సంతకము
కాదాకలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :

Visit Our Website : www.tsgli.telangana.gov.in