



TSGLI

CLAIM FORM
క్లెయిమ్ ధరఖాస్తుForm No. 12
పమూనా నెం. 12Inward No.
అంతర్గమి నెం.
Office Use Only
కార్యాలయపు ఉపయోగార్థం

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

Refund Form No. 1

District Insurance Office : _____

రిఫండ్ ఫారం నెం. 1

జిల్లా బీమా కార్యాలయం : _____

APPLICATION FOR REFUND OF AMOUNT FROM THE DIRECTORATE OF INSURANCE, HYDERABAD
(To be filled by the Subscriber)

బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు కార్యాలయం, హైదరాబాదు నుండి మొత్తం వాపసుకోరుతున్నట్టి ధరఖాస్తు
(దీనిని చందాదారు పూర్తి చేయాలి)

Policy No.
పాలిసీ నెం.

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 last in Service

చందాదారు సర్వీసు చివరి రోజులలో పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

5. Date of Maturity

పాలిసీ పరిణతి తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

6. Date of Birth

పుట్టిన తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

7. a) Date of Retirement

ఎ) పదవి విరమణ తేది

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Nature of Retirement (✓)

పదవి విరమణ స్వభావం

Superannuation

సూపరాన్యుయేషన్

Voluntary

స్వచ్ఛంద

Compulsory

నిర్బంధ

b) Month of last deduction of Premium

బి) ప్రీమియం మొత్తాన్ని పసూలు చేసిన చివరి నెల

8. Name of the Bank where payment is desired

చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు

Branch Name

బ్రాంచి పేరు

IFS CODE

ఐ ఎఫ్ యుస్ కోడ్

Bank Account No.

బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు

(Contd - 2)

9. **Employee I. D. No.** ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు

10. **Mobile No.** మొబైల్ నెంబరు

11. **Aadhar Card No.** ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు

12. **Office in which the subscriber has worked during the last (5) years**
చందాదారు చివరి (5) ఏళ్లు పని చేసిన కార్యాలయం పేరు

13. **Full Address of the Applicant with Pin Code**
దరఖాస్తు దారు పూర్తి చిరునామా పిన్ కోడ్ తో సహా

14. A) I have obtained ₹ _____ towards T. S. G. L. I. Loan and there is a balance ₹ _____ to be paid which may be recovered alongwith interest from my Policy amount
- ఎ) ₹ _____ టి. జి. ఎస్. ఎల్. ఐ. నుండి ఋణం పొందివున్నాను. ఈ మొత్తానికి గాను, ₹ _____ చెల్లించవలసి వున్నది. ఈ మొత్తాన్ని వడ్డీతో సహా నా పాలీసీ మొత్తం నుండి వసూలు చేసుకొనవచ్చును
14. B) I do hereby declare that if in future it is found that any excess payment was made to me in advertantly, I shall be held responsible to repay such excess amount and give my consent for deduction of the same from my Pension.
- బి) ఏదైనా అధిక మొత్తం పొరపాటున చెల్లింపు జరిగిందని ముమ్మందు కనుగొనిన పక్షంలో, అట్టి అధిక మొత్తాన్ని తిరిగి చెల్లించేందుకు బాధ్యుడనై వున్నానని, అట్టి మొత్తాన్ని నా పింఛను నుండి తగ్గించుకొనేందుకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తూ, ఇందుమూలంగా ప్రకటించుచున్నాను.

Date
తేది

Signature of Subscriber / LTI
చందాదారు సంతకం / వేలి ముద్ర

S/O _____ Certified that the above Signature of Sri / Smt _____ is signed in my presence.

(తండ్రి పేరు) _____ వైన చేసిన సంతకం / వేసిన బొటన వ్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ వారిదని ధృవీకరించడమయినది.

Station :
స్థలము :

Date
తేది

Office Seal
కార్యాలయం ముద్ర

Signature of the Gazetted Officer
ధృవీకరిస్తున్న గెజటెడ్ అధికారి సంతకం

Name of the Officer
అధికారి పేరు

Designation
హోదా

(Contd - 3)

