



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**

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

గత మూడు సంవత్సరాలలో ఏడు వైద్య కారణాల పై ఒకేసారి (10) రోజులకు పైగా సెలవు పై గైరుహాజరయ్యారా ? అయితే ఆ ఏడరాలు తెలపండి

14. 1. **Have you ever suffered from any of the following Diseases :-**

ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోవైనా ఏడు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?

ఎ. Heart Ailment గుండెవ్యాధి 

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

బి. Kidney మూత్రపిండం 

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

సి. Cancer క్యాన్సరు 

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

డి. Lungs ఊపిరి తిత్తులు 

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

2. **If Yes, give details of Disease, duration and Treatment received**

సమాధానము అవును అయిన, వ్యాధి ఏడరాలు, చికిత్స తీసుకొనిన వైద్య పేవల ఏడరాలు తెలపండి

--

15. **Are you a physically challenged person. If so, enclose Certificate issued by a Competent Authority**

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

ఏడు ఏడైనా శారీరక లోపంగాని వైకలంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం ఏడరాలు తెలపండి, వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి

16. **If already insured**

<b>Policy No.</b>	<input type="text"/>	<b>Total Monthly Premium</b>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------------------	----------------------

  
ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో పాలసీ నెం. నెలసరి ప్రీమియం మొత్తం ₹

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

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 గుర్తింపు నెం.

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

**ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన  
Declaration by the Proponent**

‘ప్రశ్నలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన ఏడరములు ఇవ్వడమయింది. అ ఏ నాస్వదస్తూరితో వ్రాపించినను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్థం, సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము అందచేయవలసియున్నచో ఆ పరిస్థితులను నిలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా ప్రకటించుచున్నాను. పై ఏడరాలు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏడైనా సత్య దూరమైన ఏడరణను చేసినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏడైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందు ఏడరట కనుగొన్న యెడల పదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీమియములన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలసనియు 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 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."

తేది  
Date

జీత బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం  
Signature

ప్రతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినదో ఆ అధికారి ధృక్కరణ పత్రం  
CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

పైన పేర్కొన్న పరీక్షలు పాటించినందున, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేను ధృవపరుస్తున్నాను. నూతన / అదనపు బీమా విధిత్వము తగ్గింపు చేసిన మొదటి ప్రీమియం రూ. \_\_\_\_\_ మరియు మొత్తము రూ. \_\_\_\_\_ (ఇది పరకే 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 the Proponent's Signature has been affixed in my presence. The First Premium recovered for fresh /subsequent Insurance is ₹ \_\_\_\_\_ in all ₹ \_\_\_\_\_ (including previous and present Premium) from the pay of \_\_\_\_\_ month and \_\_\_\_\_ year, vide token No. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_

స్థలం  
Station  
తేది  
Date

సంతకము  
ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి గజెటెడ్ కాని యెడల ఆ పై గజెటెడ్ అధికారి సంతకము చేయవలయును. మరియు స్వీయ ధృక్కరణ చెల్లదు.)

For OFFICE USE

O.R.( )
Supdt. DIO

Signature  
Drawing and Disbursing Officer (If DDO is not gazetted, it should be countersigned by next Gazetted Officer and Self Attestation is not acceptable)

హోదా  
Designation  
కార్యాలయ ముద్ర  
Office Seal