

ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ బీమా డైరెక్టరు కార్యాలయము  
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH DIRECTORATE OF INSURANCE

To  
డైరెక్టరు  
ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ జీవిత బీమా శాఖ అమరావతి  
THE DIRECTOR,  
ANDHRA PRADESH GOVERNMENT LIFE INSURANCE DEPARTMENT  
Amaravathi Andhra Pradesh

ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వ జీవిత బీమా శాఖ (నియమావళిలోని (దిగువ తెలిపిన) 31వ నియమము ననుసరించి  
కలిగిన \_\_\_\_\_ అను నేను, క్రింద అనుసూచికలో తెలిపిన వ్యక్తులను నేను చనిపోయిన యెడల వారి/  
ఆమె/అతని పేర్లకు/పేరుకు తెలిపిన మొత్తములను పొందుటకు అనుధిక్తులుగా ఇందు మూలమున నామినేటు చేయడమైనది.

In terms of Rules 31, Andhra Pradesh Government Life Insurance Department Rules (Reproduced below)  
I, ..... (designation) ..... hereby nominate the per-  
sons specified in the schedule as beneficiaries to receive the amounts state against their / his /her, names in case of my  
demise.

సర్వీసు నందు తేదికి ముందుగా నేను ఉద్యోగము మానుకొన్న యెడల పాలసీలను అర్పించుటకు లేదా పాలసీ పరిమితి చెందిన మీదట నేనే  
స్వయముగా మొత్తం తీసుకొనుటకు నాకున్న హక్కుకు నామినేషను ఏ విధముగా భంగము కలిగించదని భావించవలెను.

It is however, understood that this nomination, will in no way affect my right to surrendering the policies in case  
of my ceasing to be in service before the date of maturity or to receiving amount myself on maturity of the policy.

అనుసూచి నామినేట్

SCHEDULE NOMINEES

వరుస సంఖ్య Sl. No.	నామినీల పేరు తండ్రి పేరుతో సహా Names of the nominous with father's name	వయస్సు Age	పాలసీదారుడితో గల సంబంధము Relation to Policy-holder	నామినేటు చేయు పాలసీల వివరములు Particulars of Policies to be Nominated			రిమార్కులు Remarks
				పాలసీ నెం. Policy No	మొత్తం Amount	పాలసీ మొత్తపు నిష్పత్తి ఏమయిన ఉంటే Policy Amount if any	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

..... నెల ..... తేదీన సంతకమైనది.

Signed this ..... day of .....

పాలసీదారు సంతకము

Signature of the Policy-holder

పై సంతకము ..... గారి కుమారుడైన ..... దని ధృవపరచమైనది  
Certified that the above signature is of ..... son of .....

గజిటెడ్ అధికారి పేరు

Name of the Gazetted Officer

గజిటెడు అధికారి హోదా

Designation of the Gazetted Officer

తేది .....

Dated .....

గజిటెడు అధికారి సంతకము

Signature of the Gazetted Officer

OFFICE SEAL

కార్యాలయ ముద్ర