

कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976
THE EMPLOYEES' DEPOSIT - LINKED INSURANCE SCHEME, 1976

इस प्रपत्र का प्रयोग इन योजना प्रखंड 2.3 के अन्तर्गत मृतक सदस्य के नामांकित व्यक्ति/कानूनी उत्तराधिकारी या अल्पव्यस्क नामांकित के अभिभावक/कानून उत्तराधिकारी (यों) द्वारा किया जाएगा।

Form to be used by a nominee/legal heir of the deceased or guardian of the minor nominee(s)/Legal heir under paragraph 2.3 of this scheme.

टिप्पणी :- इस प्रपत्र को भरने से पहले "अनुदेशों" को ध्यानपूर्वक पढ़िए।

Note :- Read the "Instructions" carefully before completing this form.

(नियोजक के माध्यम से जिसके अधीन मृतक सदस्य अन्तिम बार नौकरी करता था।)
(Through the employer under whom the deceased was last employed)

मैं नामांकित/कानूनी उत्तराधिकारी/अल्पव्यस्क नामांकित का अभिभावक या मृतक कर्मचारी का अल्पव्यस्क उत्तराधिकारी होते हुए कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976 के अन्तर्गत बीमा लाभों के भुगतान के लिए आवेदन करता हूँ।

I being a nominee/Legal heir/guardian of minor nominee (s) or minor heir (s) of the deceased employee apply for the payment of the Insurance Benefit under the Employees' Deposit-Linked Insurance Scheme, 1976

(नामांकित/कानूनी उत्तराधिकारी के प्रयोग के लिए, अल्पव्यस्कों के अतिरिक्त)
(FOR USE BY THE NOMINEE/LEGAL HEIR, OTHER THAN MINOR)

आवेदक का नाम व पता Name & Address of Applicant	लिंग Sex	आयु या जन्मतिथि Age or year of birth	वैवाहिक स्थिति Marital Status	मृतक के साथ सम्बन्ध Relationship with the deceased	अभ्युक्तियाँ Remarks
1	2	3	4	5	6

(अल्पव्यस्क नामांकित/उत्तराधिकारी के प्रयोग हेतु)
(FOR USE IN RESPECT OF MINOR NOMINEES/HEIR(S))

आवेदक का नाम और पता Name & Address of the applicant	लिंग Sex	आयु या जन्मतिथि Age or Year of birth	अल्पसंख्यक नामांकित उत्तराधिकारी का नाम Name of minor nominee /heir(s)	लिंग Sex	आयु या जन्मतिथि Age or year of birth	अभिभावक का अल्पव्यस्क/नामांकित उत्तराधिकारी से सम्बन्ध Relationship of the guardian with the minor nominee(s) heirs	अभ्युक्तियाँ Remarks

मृतक सदस्य के विवरण नीचे दिए जाते हैं

The Particulars in respect of the deceased member are furnished below

(क) मृतक का नाम

(a) Name of the Deceased

(ख) पिता का नाम (पति का नाम विवाहित महिला के मामले में)

(b) Father's Name (Husband's name in the case of married woman)

(ग) मृत्यु की तिथि

(c) Date of Death

(घ) अंतिम बार कार्य करता था।

(d) Last employed in

(च) भविष्य निधि/बीमा निधि में खाता संख्या

(e) Accounts No. in Provident Fund/Insurance Fund.

बचत बैंक खातों के विवरण जिसमें कि राशि जमा की जानी है

The Particulars of the Saving Bank Account into which the amount is to be deposited

(प्रखंड 24 (a) कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976)

(Paragraph 24(3) of the Employee's deposit Linked Insurance Scheme, 1976)

(क) दावेदार का नाम व पता

(a) Name & Address of the claimant

(ख) बैंकिंग कम्पनीज को प्रथम अनुसूचि उल्लिखित बैंक का नाम व पता (1970 के उपक्रम अधिनियम के अर्जन और तबादले)

(b) Name & full address of the Bank specified in the first scheme

to the Banking Companies (Acquisition and transfer of undertaking Act, 1970)

दावेदार का बचत खाता संख्या

Saving Bank Account No. of the Claimant

4. मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार पूर्णयता सत्य है।

I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge.

(दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएँ/दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान दावेदार श्री/श्रीमती/कुमारी

(Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant Shri/Smt. Kumari the applicant

अशिक्षित पुरुष आवेदक के मामले में बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान तथा

अशिक्षित महिला आवेदकों के मामले में दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान

Left thumb impression in the case of illiterate male applicants

and right thumb impression in case of illiterate female applicants.

अग्रिम पेशगी रसीद
Advanced Stamped Receipt

रुपए (केवल) रुपए) की राशि क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय के द्वारा कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना लाभो के रूप में मेरे बचत खाते में जमा के लिए प्राप्त हुए।

Received a sum of (*Rs. (*Rupees only) from Regional Provident Fund Commissioner/Officer Incharge of sub Regional Office by deposit in my Saving Bank account towards the Employees' Deposit Linked Insurance benefit

*स्थान क्षेत्रीय भविष्य निधि आयुक्त/कार्यकारी अधिकारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरा जाने के लिए खाली छोड़ा जाना चाहिए।
*The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner/Officer Incharge of S. R. O.

1रुपए की रसीदी टिकट लगाइये
Affix 1 rupees Revenue stamp

दावेदार के हस्ताक्षर अथवा बाएँ/दाएँ हाथ के अंगूठे का निशान
Signature or Left/Right hand thumb impression of the claimant

प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार ने मेरे समक्ष हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान लगाया है।
Certified that the claimant signed/thumb impressed before me.

सलगन
Enclosures :
दिनांक
Date

नियोजक अथवा अन्य अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the employer or any authorised Official
पद
Designation
कारखाने/प्रतिष्ठान की मोहर
Stamp of the Factory/Estt.

**नियोजकता द्वारा देय आधार पर भरा जायेगा
TO BE FILLED BY THE EMPLOYER ON DUE BASIS**

टिप्पणी : स्तम्भ 2 तथा 3 केवल अछूट प्राप्त प्रतिष्ठानों के नियोजकों द्वारा भरा जाना चाहिए और छूट प्राप्त प्रतिष्ठानों के नियोजकों को सभी खाने भरने चाहिए।
Note : The employer of unexempted establishment should fill in the column 2 and 3 only and the employer of exempted establishment should fill in the all columns.

सदस्य की मृत्यु के तुरन्त पूर्व 36 महीनों में प्रत्येक माह के अन्त के सदस्य के भविष्य निधि खाते में रु० शेष थे।
Balance in Provident Fund at the end of the monthly, proceeding the 36 months immediately proceeding the death of the member.

माह Month	अपदान के दोनों हिस्से Both shares of Contribution	निकासी धन की वापसी Refund of withdrawal	ब्याज Interest	निकासी Withdrawals	उत्तरोत्तर शेष Progressive Balance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					

36 महीनों का जोड़
Total of 36 Months

भविष्य निधि शेष रूपए
Provident Fund Balance Rs.....

औसत
Average

शेष रूपए
Balance Rs.....

प्रमाण-पत्र
Certificate

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दिए विवरण सही है

Certified that the particulars furnished above are correct.

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य की मृत्यु सेवाकाल के दौरान

Certified that the member died on हुई। while in service.

प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमारी

खाता संख्या की भविष्य निधि राशि श्री/श्रीमती/कुमारी को दिया गया।

Certified that the Provident Fund accumulations of deceased employee, late Sh./Smt./Kumari

..... A/c. No. were paid to Shri/Smt./Kumari.

(i)

(ii)

(iii)

छूट प्राप्त प्रतिष्ठान के नियोजक मृतक कर्मचारी के नामांकन प्रपत्र को तसदीक/साक्ष्यांकन प्रति भेजेंगे।

(The employer of exempted Establishment shall send on attested copy of the nomination of the deceased employee)

दिनांक
Date

*यदि लागू न हो काट दीजिए

*Delete, if not applicable

नियोजक के हस्ताक्षर (कार्यालय मोहर सहित नाम तथा पदनाम)

Signature of the employer

(Name & designation with official Seal)

(आयुक्त कार्यालय के प्रयोग हेतु)
(For the use of Commissioner's Office)

फार्म 21-ए/6 (संशोधित) 1 बी०नि० तथा निकासी रजिस्टर में दर्ज कर लिया है।

Entered in Form 21-A/9 (Revised) 1 I.F. withdrawal Register

लिपिक
Clerk

मुख्य लिपिक
Head Clerk

रुपये के अधीन

(Under Rs.)

भुगतान मद संख्या

P. I. No.

खाता संख्या

Account No.

अनुभाग

Section

रुपए

भुगतान के लिए पास की गई तथा राशि श्री/श्रीमती/कुमारी

जमा के लिए अदा की जाए जोकि

Passed for payment for Rs. (Rupees

.....) and the amount may be remitted for credit to the Saving Bank Account No. in respect of Sh./Smt./Kumari

..... maintained at (Bank)

केवल रुपए की राशि
के बचत बैंक खाते में

बैंक में है।

लेखा अधिकारी

Accounts Officer

दिनांक

Date :

चेक संख्या से समावेश द्वारा भुगतान किया गया।

Paid by inclusion in cheque No.

लिपिक
Clerk

मुंलि०
H. C.
(viii)

स०आ०/क्ष०आ०
A. C./R. C.