

## कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976

### EMPLOYEE'S DEPOSIT LINKED INSURANCE SCHEME, 1976

(यह फार्म इस योजना के पैरा 23 के अंतर्गत मृतक के नामित/वैध उत्तराधिकारी या नाबालिग नामित (त्तो)/वैध उत्तराधिकारी द्वारा प्रयोग किया जाय ।) (टिप्पणी - इस फार्म को भरने के पूर्व कृपया अनुदेश ध्यान से पढ़ें । )  
(Form to be used by a nominee/legal heir of the deceased or guardian of the minor nominee's/legal heir under paragraph 23 of this Scheme) (Note-Read the Instructions carefully before completing this form)

(उस नियोक्त के माध्यम से सिमें मृतक सदस्य अंतिम बार नियुक्त था )

(Through the Employer under whom the deceased was employed)

मैं मृतक कर्मचारी नाबालिग नामित (त्तो) या नाबालिग उत्तराधिकारी का नामित/वैध उत्तराधिकारी का अभिभावक होने के कारण कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976 के अंतर्गत जीवन बीमा लाभ के भुगतान हेतु आवेदन करता ह  
I being a nominee/legal heir/guardian of minor nominee(s) or minor heirs) of the deceased employee apply for the Payment for the Assurance Benefit under the Employee Deposit Linked Insurance Scheme 1976.

(नाबालिग के अतिरिक्त नामिक / वैध उत्तराधिकारी द्वारा प्रयोग में लाने के लिए)

**(FOR USE ONLY THE NOMINEE/LEGAL HEIR, OTHER THAN MINORS)**

आवेदनकर्ता का नाम व पता Name of Address of the Applicant	लिंग Sex	आयु या जन्म वर्ष Age or Year of birth	वैवाहिक स्थिति Marital Status	मृतक से संबंध Relationship with the deceased	अभियुक्त Remarks
1	2	3	4	5	6

नाबालिग/नामित (त्तो)/उत्तराधिकारी (यों) द्वारा प्रयोग लाने के लिए)

[For use in respect of minor nominees (S) heir (s)]

आवेदनकर्ता का नाम व पता Name of Address of the Applicant	लिंग Sex	आयु या जन्म वर्ष Age or Year of birth	नाबालिग नामित (त्तो) उत्तराधिकारी (यों) का नाम Name of Minor Nominee (S) Heir (S)	लिंग Sex	आयु या जन्म वर्ष Age or Year of birth	नाबालिग नामित (त्तो) उत्तराधिकारी (यों) का नाम Name of Minor Nominee (S) Heir (S)	अभियुक्त Remarks
1	2	3	4	5	6	7	8



2. मृतक सदस्य के संबंध में विवरण नीचे दिया गया है ।  
The particulars in respect of the deceased member are furnished be on-
- क. मृतक का नाम  
Name of the deceased
- ख. पिता का नाम (विवाहित महिला के मामलों में पति का नाम) \_\_\_\_\_  
Father's Name (or Husband's Name in the case of married woman)
- ग. मृत्यु तिथि \_\_\_\_\_  
Date of Death
- घ. संस्था जिसमें सदस्य अंतिम बार नियुक्त था \_\_\_\_\_  
Last employed in
- ङ. भविष्य निधि/बीमा निधि खाता संख्या \_\_\_\_\_  
Account Number in Provident Fund / Insurance Fund
3. बचत बैंक खाते का विवरण जिसमें राशि जमा की जानी है । (कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना, 1976 का पैरा 24(3)  
The Particulars of the Saving Bank Account in which the amount is to Deposited (paragraph 24(3) of the Employees Deposit Linked Insurance Scheme 1976)
- क. दावेदार का नाम व पता \_\_\_\_\_  
(a) Name & Address of the Claimant
- ख. बैंकिंग कम्पनीज (एक्वी-जीसन एंड ट्रांसफर ऑफ अन्डर टेकिंग एक्ट, 1970 की प्रथम अनुसूची में बैंक का नाम व पता)  
(b) Name and full address of the Bank Specified in the first Schedule to the Banking Companies (Acquisition and transfer of undertakings, Act,1970)
- ग. दावेदार बचत बैंक खाता संख्या  
(c) Saving Bank Account Number of the Claimant
- घ. कोर बैंकिंग प्रणाली के माध्यम से मेरे बचत खाते में क्रेडिट  
(d) By Electronic Credit in my S.B. Account through Core Banking System
4. मैं घोषित करता हूँ कि मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार उपरोक्त विवरण सत्य है ।  
I declare that the above particulars are true to the best of my knowledge.

आवेदकर्ता दाएं / बाएं हाथ का अंगुठे का निशान अशिक्षित पुरुष आवेदनकर्ता के मामले में बाएं तथा अशिक्षित महिला आवेदनकर्ता के मामले में दाएं हाथ के अंगुठे का निशान  
Signature of left/right hand thumb impression of Shri/Smt./Kum.(the applicant \_\_\_\_\_ Left thumb impression in the case of illiterate male applicants and right thumb impression in the case of illiterate female applications.

(अग्रिम पावती रसीद)

(ADVANCE STAMPED RECEIPT)

कर्मचारी निक्षेप सहबद्ध बीमा योजना लाभों के रूप से मेरे बचत बैंक में क्षेत्रीय भविष्यनिधि आयुक्त / प्रमारी उपक्षेत्रीय कार्यालय \_\_\_\_\_ से रु. \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_ प्राप्त किए ।  
Received a sum of Rs. x \_\_\_\_\_ Rupees x \_\_\_\_\_ from Regional Provident Fund Commissioner/ Officer in charge of sub Regional officer \_\_\_\_\_ by deposit in my Saving Bank account towards the Employee's Deposit Linked Insurance benefit.

दिनांक / Date

x खाली स्थान भविष्य निधि आयुक्त / प्रमारी उपक्षेत्रीय कार्यालय द्वारा भरा जाने के लिए छोड़ा जाय ।  
x The space should be left blank which shall be filled in by Regional Provident Fund Commissioner / Officer in - charge of S.R.O.

एक रुपये की रसीद टिकट लगाए । AFFIX RS.1/-  
REVENUE STAMP

दावे के हस्ताक्षर या बाएँ / दाएँ हाथ के अंगुठे का निशान  
Signature Left/Right hand thumb impression of the Claimant.

प्रमाणित किया जाता है कि दावेदार ने मेरे सामने हस्ताक्षर किए। अंगुठा निशान लगाये ।  
Certify that Claimant Signed/thumb impressed before me.

अनुलग्न/ Enclosure दिनांक Date फैंक्टरी /स्थापना की मोहर Stamp to the Factory / Estt पदनाम Designation  
नियोक्ता या किसी प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of Employer or any Authorised

(3)

(नियोक्ता द्वारा उचित आधार पर भरा जाय)  
(TO BE FILLED IN BY THE EMPLOYER DUE BASIS)

टिप्पणी - न छुट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ता को केवल कालम 2 तथा 3 भरना चाहिए । और छुट प्राप्त स्थापनाओं के नियोक्ता को सभी कालम 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 all the columns.

सदस्य के मृत्यु के तुरंत पूर्व 36 महिनों में प्रत्येक माह के अंत में सदस्य निधि खाते \_\_\_\_\_ रु. शेष थे ।

Balance in Provident Fund at the end of the month, preceding the 36 months immediately preceding the death of the member Rs. \_\_\_\_\_

माह Month	अंशदान के दोनों भाग Both Share of Contribution	प्रात्याहरण की वापसी Withdrawal of Refund	ब्याज Interest	प्रात्याहरण राशि Withdrawal	उत्तरोत्तर शेष Progressive Balance
1	2	3	4	5	6
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					

कुल 36 माह की मविष्य निधि राशि का शेष रु. \_\_\_\_\_ औसत शेष रु. \_\_\_\_\_

Total of 36 months Provident Fund Balance Rs. \_\_\_\_\_

Average Balance Rs. \_\_\_\_\_



## प्रमाण-पत्र CERTIFICATE

1. प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त दिए गए विवरण सही है ।  
Certificate that the particulars furnished above are correct.
2. प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य की मृत्यु सेवाकाल के दौरान \_\_\_\_\_ को हुई है ।  
Certificate that the member died on \_\_\_\_\_ while in service.
3. x प्रमाणित किया जाता है कि मृत कर्मचारी स्व. श्री / श्रीमती / कुमारी \_\_\_\_\_  
खाता सं. \_\_\_\_\_ की भविष्य निधि राशि का भुगतान श्री / श्रीमती / कुमारी \_\_\_\_\_ को  
किया ।  
x certify that the provident fund accumulations of the deceased employed, late shri / smt. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ A/c No. \_\_\_\_\_ were paid

Shri/smt/ku.

(i)

(ii)

(iii)

(छुट प्राप्त स्थापना के नियोक्ता मृत कर्मचारी नामांकन की एक सत्यापित प्रतिलिपि भी भेजे)

(The employer of exempted establishment shall send and attested copy of the nomination of the deceased employee)

दिनांक

Date

x यदि लागू न हो तो उसे काट दिया जाय।

x Delete if not applicable

नियोक्ता के हस्ताक्षर

(नाम तथा पदनाम कार्यालय की मोहर सहित)

Signature of the employer

(Name & Designation with official Seal)

(आयुक्त कार्यालय द्वारा प्रयोग के लिए)  
(FOR THE USE OF COMMISSIONER'S OFFICE)

प्रपत्र-21क/9(संशोधित)/बी.नि.1/प्रत्याहरण रजिस्टर में प्रविष्टि की गई है ।

Entered in F-21A/9 (Revised) / IF1/Withdrawal Register.

लिपिक Clerk

प्रधान लिपिक Head Clerk

(रुपय \_\_\_\_\_ से कम) (Under Rs. \_\_\_\_\_) अदायगी मद सं \_\_\_\_\_

खाता सं. \_\_\_\_\_ P.I. No. \_\_\_\_\_

Account No. \_\_\_\_\_ अनुभाग \_\_\_\_\_ Section \_\_\_\_\_

₹. \_\_\_\_\_ (रुपये) \_\_\_\_\_ भुगतान हेतु पारित किया गया तथा

राशि \_\_\_\_\_ श्री / श्रीमती / कु \_\_\_\_\_ के बचत बैंक खाता

सं. \_\_\_\_\_ बैंक (शाखा का नाम) \_\_\_\_\_ में जमा किया गया/जाय ।

Passed for payment for Rs. \_\_\_\_\_ (Rupees) \_\_\_\_\_ ) and

the amount may be remitted for credit to the Saving Bank A/c. No. \_\_\_\_\_ in

respect of Shri/Smt./Kumari \_\_\_\_\_ maintained at \_\_\_\_\_ Bank)

लेखाअधिकारी

Account Officer

दिनांक

Date \_\_\_\_\_

चेक सं. \_\_\_\_\_ में समावेश द्वारा भुगतान किया गया ।

Paid by inclusion in cheque No. \_\_\_\_\_

सहायक भ. नि. आयुक्त /  
क्षेत्रीय भ. नि. आयुक्त  
Assistant P.F. Commissioner or  
Regional P.F. Commissioner

लिपिक Clerk

प्रधान लिपिक Head Clerk