



प्रथम बार के लिए आश्रित दावा
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनि०म 80)



विनि. 15

मृतक बीमाकृत व्यक्ति का नाम _____ बीमा संख्या _____
पुत्र/पत्नी/पुत्री _____ मृत्यु की तारीख _____
मेसेर्स _____ द्वारा _____ के रूप में अंतिम बार नियोजित।

मैं/हम जो उपर्युक्त मृत बीमाकृत व्यक्ति का/के आश्रित हूँ/हैं, उसकी मृत्यु की बाबत आश्रित हितलाभ के लिए दावा कर्ता हूँ/करते हैं।

आश्रित का नाम	लिंग	आयु या जन्म का वर्ष	वैवाहित प्रा स्थिति	मृतक के साथ नातेदारी	वर्तमान पता	अवयस्क की दशा में संरक्षक का नाम
1	2	3	4	5	6	7

मैं/हम घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त वर्णित विवरण मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।

मैं/हम यह भी घोषणा करता करते हैं कि मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी/विश्वास के अनुसार उपर्युक्त वर्णित आश्रितजनों को छोड़कर उपर्युक्त मृत बीमाकृत व्यक्ति की मृत्यु पर आश्रितजन हितलाभ का दावा करने के लिए कोई अन्य आश्रितजन नहीं है।

1. _____

* हस्ताक्षर

2. _____

3. _____

4. _____

अनुप्रमाणन **

* प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर की गई घोषणाएं मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।

अनुप्रमाणन प्राधिकारी का नाम साफ अक्षरों में और
रबड़ की मोहर या मुद्रा

हस्ताक्षर _____

पदनाम _____

* सभी वयस्क आश्रितजनों को व्यक्तिगत रूप से हस्ताक्षर करने चाहिए और अवयस्क आश्रितजन के मामले में संरक्षक के हस्ताक्षर होने चाहिए।

** यह प्रमाण पत्र (1) सरकार के राजस्व न्यायिक या मजिस्ट्रेट विभाग के किसी अधिकारी या (2) नगर पालिका आयुक्त या (3) कर्मकार प्रतिकर आयुक्त या (4) ग्राम के मुखिया द्वारा पंचायत की शासकीय मुद्रा लगाकर के या (5) सासद (0) राजपत्रित अधिकारी, या (7) कबीन की स्थानीय समिति/क्षेत्रीय समिति के सदस्य, या (8) शाखा प्रबंधक द्वारा अनुमोदित कोई अन्य उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा किया जायेगा।

महत्वपूर्ण: कोई व्यक्ति चाहे अपने लिये या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसुविधा अभिप्राप्त करने प्रयोजन से मिथ्यायाध्या व्यपदेशन करेगा अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेवार उहराएगा तथा 2000/- रुपए तक जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।