

CLAIM FORM FOR DEPENDANT'S BENEFIT

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation 80)

Name of the deceased Insured Person _____ Ins. No. _____

S/W/D of _____ Date of Death _____

Last employed as _____ by _____

I / we the following, being dependants of the above named deceased Insured Person, hereby claim and accordingly apply for dependant's benefit on account of his/her death

Name of the dependant	Sex	Age or year of birth	Marital status	Relationship with the deceased	Present Address	Name of guardian in case of a minor
1	2	3	4	5	6	7

I/We declare that the particulars given above are true to the best of my/our knowledge and belief.

I/We also declare that to the best of my/our knowledge & belief, there is no other dependant entitled to claim Dependants' Benefit in r/o the death of the above-noted deceased I.P., save and except those mentioned above.

Signature* 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

ATTESTATION**

Certified that the declarations, as made above are true to the best of my knowledge and belief.

Name in Block letter and Rubber Stamp or Seal of the Attesting Authority

Signature _____
Designation _____

*All major dependants should sign individually and the guardian to sign in case of a minor dependant.

** This certificate is to be given by (i) an officer of the Revenue, Judicial or Magisterial Departments of Government or (ii) a Municipal Commissioner, or (iii) a Workmen's Compensation Commissioner, or (iv) the Head of the Gram Panchayat under the official seal of the Panchayat or (v) M.L.A./ M.P., (vi) Gazetted Officer, or (vii) a member of Local Committee/Regional Board of the ESI Corporation, or (viii) any other authority considered appropriate by the Branch Manager.

Important Any person who makes a false statement or misrepresentation for the purpose of obtaining benefit, whether for himself or for some other person, commits an offence punishable with imprisonment for a term which may extend upto six months, or with a fine upto Rs.2,000/- or with both.

आश्रित प्रसुविधा के लिए दावा प्ररूप

कर्मचारी राज्य बीमा निगम (विनियम 80)

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

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

आश्रित का नाम	लिंग	आयु या जन्म का वर्ष	वैवाहिक प्रास्थिति	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 हैं ।

मैं/हम यह भी घोषणा करता हूँ/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 ।

हस्ताक्षर *

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

अनुप्रमाणन**

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

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 पंचायत के मुखिया द्वारा पंचायत की शासकीय मुद्रा लगाकर के, या (5) विधायक/सांसद, (6) राजपत्रित अधिकारी, या (7) क.रा.बी.निगम 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 के प्रयोजन से मिथ्या कथन या मिथ्या व्यपदेशन करेगा अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेवार ठहराएगा तथा 2000/- रुपए तक जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं ।