



CLAIM FORM FOR DEPENDANT'S BENEFIT
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
 (Regulation 80)

REG. FORM -15

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 Department 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.; or (vi) Gazetted Officer or (vii) a member of the 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 representation for the purpose of obtaining benefit, whether for himself or some other person, commits an offence punishable with imprisonment for a term which may extend up to six months or with a fine up to Rs. 2,000/- or with both



आश्रित प्रसुविधा के लिए दावा प्ररूप
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनियम 80)

विनि. प्ररूप-15

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/है, 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 हूँ/करते हैं कि उपर्युक्त वर्णित मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।

मैं/हम यह भी घोषणा करता हूँ/करते हैं कि उपर्युक्त वर्णित विवरण मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और 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 है।

अनुप्रमाणन प्राधिकारी का नाम साफ अक्षरों में और रबड़ की मोहर या मुद्रा	हस्ताक्षर..... पदनाम.....
--	------------------------------

* सभी व्यस्क 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 लगा करके या (5) विधायक /सांसद या (6) राजपत्रित अधिकारी या (7) क.रा.बी. निगम के क्षेत्रीय समिति/स्थानीय समिति के सदस्य या (8) संबंधित शाखा प्रबंधक द्वारा अनुमोदित कोई अन्य उपर्युक्त प्राधिकारी द्वारा किया जाएगा।

महत्वपूर्ण: कोई व्यक्ति, चाहे अपने लिए या अन्य व्यक्ति के लिए, प्रसुविधा अभिप्राप्त करने के प्रयोजन से मिथ्या कथन या मिथ्या व्यपदेशन करेगा अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेदार ठहरायेगा अर्थात् 2000/- रुपये तक का जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।