



विनि. प्ररूप-14

स्थायी अपंगता हितलाभ के लिए दावा
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनियम 76 क)

में जो.....

का पुत्र/पत्नी/पुत्री हूँ और मेरा बीमा संख्या

चिकित्सा बोर्ड/चिकित्सा अपील अधिकरण/कर्मचारी बीमा न्यायालय द्वारा स्थायी रूप से अपंग घोषित किए जाने के कारण तदनुसार.....से.....तक की कालावधि के लिए स्थायी अपंगता हितलाभ का दावा करता हूँ/करती हूँ।

देय रकम का संदाय, मुझे मनीआर्डर से/शाखा कार्यालय में नकद किया जाए।

.....

दावेदार के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

साफ अक्षरो में नाम.....

तारीख.....

व वर्तमान पता.....

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



REG. FORM-14

CLAIM FOR PERMANENT DISABLEMENT BENEFIT
EMPLOYEE'S STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation 76-A)

I _____ s/w/d of _____

Insurance No. having been declared as permanently disabled by the Medical Board/Medical Appeal Tribunal/Employees' Insurance Court, claim Permanent Disablement Benefit accordingly for the period from _____ to _____

The amount due may be paid to me by money order/in cash at Branch Office.

Signature or Thumb impression
of the Claimant

Name in block letters _____

and address _____

Dated _____

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 up to six months or with a fine up to Rs. 2,000/- or with both.