



आश्रित हितलाभ कालिक संदायों के लिए दावा
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनियम 83क)

मृत बीमाकृत व्यक्ति का नाम बीमा संख्या.....
में जो उक्त नाम के मृत बीमाकृत व्यक्ति
का/की हूँ (नातेदारी) उसका आश्रित होने के कारण
..... से तक कालावधि के लिए आश्रित हितलाभ का दावा करता हूँ/करती हूँ।

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

में यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि-

- * (1) मैंने अभी तक विवाह*/पुनर्विवाह नहीं किया है (केवल आश्रित महिला की दशा में लागू)।
- * (2) मैं 18 वर्ष की आयु का नहीं हुआ हूँ (अवयस्क पुरुष/महिला आश्रितजन के मामले में लागू)।
- * (3) मैं अभी भी शिथिलांग हूँ।

(केवल धर्मज/दत्तक* शिथिलांग पुत्र या धर्मज/दत्तक* अविवाहित शिथिलांग पुत्री की दशा में लागू जिन्होंने 18 वर्ष की आयु प्राप्त कर ली है। ऐसे मामलों में दावों के साथ विनिर्दिष्ट प्राधिकारी का प्रमाण-पत्र भी यदि अपेक्षा की जाए, तो भेजा जाएगा।

तारीख.....

**दावेदार के हस्ताक्षर या
अंगूठे का निशान

वर्तमान पता.....
.....

दावेदार/संरक्षक का नाम साफ अक्षरों में

या
** संरक्षक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
.....
अवयस्क आश्रितजन का नाम
के द्वारा
(संरक्षक का नाम)

.....
अवयस्क के साथ नातेदारी

*जो लागू न हो उसे काट दें।

**वयस्क आश्रितजन द्वारा किए गए दावे के मामले में लागू।

***अवयस्क आश्रितजन द्वारा किए गए दावे के मामले में लागू।

[क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियम, 1950 के नियम 58 को कृपया देखें]



CLAIM FOR PERIODICAL PAYMENTS OF DEPENDANTS' BANEFIT

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation 83-A)

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

I _____, being the _____ of the
(relationship)

above-named deceased Insured Person and also being his/her dependant, do hereby claim Dependants' Benefit for the period from _____ to _____.

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

I also declare that —

- *(i) I have not married*/re-married, so far (Applicable only in case of a female dependant).**
- *(ii) I have not attained the age of 18 years (Applicable in case of minor male/female dependant)**
- *(iii) I am still infirm.
(Applicable only in case of a legitimate/adopted* infirm son or a legitimate/adopted* unmarried infirm daughter who has attained the 18 yrs. of age. The claim to be accompanied, if required, by a certificate of specified authority).**

Date _____

****Signature or Thumb-impression
of the Claimant**

Present Address _____

Name in Block letter of Claimant/Guardian.

or
**** Signature or Thumb-impression
of the Claimant**

for _____
(name of the minor Dependant)

through _____
(name of the Guardian)

his/her _____
(relationship with the Minor)

*Please strikeout whichever is not applicable.

**Applicable in the case of a claim by a major Dependant.

***Applicable in the case of a claim for a minor dependant.

[Please refer to Rule 58 of the ESI (Central) Rules 1950]