

- ग) मृत्यु की स्थिति में नकद हितलाभ के लिए क.रा.बी. अधिनियम 1948 की धारा 71/ क.रा.बी. (केन्द्रीय) नियम 1950 के नियम 56(2) के अन्तर्गत नामितों के ब्योरे। C) Details of Nominee u/s 71 of ESI Act 1948/Rule 56(2) of ESI (Central) Rules, 1950 for payment of cash benefit in the event of death.

नाम / Name	संबंध / Relationship	पता / Address									

मैं घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत किया गया ब्योरा मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।
मैं अपने परिवार के सदस्यों में हुए परिवर्तन की सूचना 15 दिन के भीतर प्रस्तुत करने का वचन भी देता / देती हूँ।

I hereby declare that the particulars given by me are correct to the best of my knowledge and belief. I undertake to intimate the Corporation any changes in the membership of my family within 15 days of such change.

नियोजक के प्रतिहस्ताक्षर
Counter Signature by the Employer

हस्ताक्षर एवम् मुहर
Signature with Seal

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठा निशान
Signature / T. I. of I. P.

घ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण (D) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख पर आयु Date of Birth/Age as on date of filling form	संबंध Relationship	क्या उनके साथ रह रही/ रहे हैं? Whether residing with him/her? Y N	यदि नहीं, तो सम्पूर्ण पता दीजिए If no. give complete address

अनुदेश / INSTRUCTIONS

- Submission of Form-I is governed by regulations 11 & 12 of ESI (General) Regulations, 1950.
- "परिवार" का अर्थ है (१) पति/पत्नी (२) बीमाकृत व्यक्ति की आय पर आश्रित वैध अथवा गोद लिये अवयस्क बच्चे/अविवाहित पुत्री (३) २१ वर्ष की आयु तक बीमाकृत बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित वैध अथवा गोद लिया हुआ वयस्क बच्चा यदि शिक्षा प्राप्त कर रहा हो (४) पूरी तरह बीमाकृत व्यक्ति की आय पर निर्भर अशक्त बच्चा (५) आश्रित माता-पिता क.रा.बी. अधिनियम १९४८ की धारा २ खण्ड II के अन्तर्गत परिभाषित और स्थानीय परिवारजन चिकित्सा देखरेख के हकदार हैं। "Family" means all or any of the following relatives of an insured Person namely:- (i) a spouse (ii) a minor legitimate or adopted child/dependant upon the I.P. (iii) a child who is wholly dependant on the earnings of the I.P. and who is (a) receiving education, till he or she attains the age of 21 years (b) an unmarried daughter, (iv) a child who is infirm by reason or any physical or mental abnormality or injury and is wholly dependant on the earnings of the I.P. so long as the infirmity continues, (v) dependant parents (Please see sections 2 clause 11 of the ESI Act, 1948 for details).
- Identity Card is Non-transferable.
- Loss of Identity Card be reported to Employer/ Branch Manager immediately.
- Submission of false information attracts penal action under Section 84 of ESI Act, 1948.
- नई नियुक्ती की स्थिति में भलि-भौति भरा हुआ यह फार्म नियुक्ती के दस दिन भीतर संबंधित स्थानीय कार्यालय में अवश्य ही प्रस्तुत किया जाना चाहिए। विलम्ब की स्थिति में नियोजक के विरुद्ध धारा 85-के तहत कानूनी कार्यवाही की जा सकती है।
This form duly filled in must reach the concerned Branch Office within 10 days of appointment of an Employee. Delay attracts penal action under Section 85 of the Act against employer.

- As an insured Person you and your dependent family members are entitled to full medical care. The other benefits in cash include (1) Sickness Benefit (2) Temporary Disablement Benefit (3) Permanent Disablement Benefit (4) Dependant's Benefit and (5) Maternity Benefit (in case of women employees) subject to fulfillment of contributory conditions.
- अधिक जानकारी के लिये निगम के वेबसाइट के देखें या शाखा कार्यालय या क्षेत्रीय कार्यालय से सम्पर्क करें।
For more details, please visit website of ESIC at www.esic.org.in or contact Regional office or Branch office.

केवल शाखा कार्यालय में प्रयोग हेतु / FOR BRANCH OFFICE USE ONLY

- बीमा संख्या आवंटन की तारीख :
Date of Allotment of Ins. No.:
- अ.पह.पत्र जारी करने की तारीख: 3. औषधालय का नाम/ संख्या:
Date of Allotment of Ins. No.: Name / No. of Disp.:
- क्या अन्य चिकित्सा व्यवस्था उपलब्ध है? यदि हाँ, तो उल्लेख करें :
Whether reciprocal Medical arrangement involved? if yes, please indicate :

शाखा प्रबंधक के हस्ताक्षर / Signature of Branch Manager

इ) बीमाकृत व्यक्ति के परिजनों का विवरण (E) FAMILY PARTICULARS OF INSURED PERSON

क्र.सं. Sl. No.	नाम Name	फार्म भरने की तारीख पर आयु Date of Birth/Age as on date of filling form	संबंध Relationship	क्या उनके साथ रह रही/ रहे हैं? Whether residing with him/her? Y N	यदि नहीं, तो सम्पूर्ण पता दीजिए If no. give complete address