



Employees’ State Insurance Corporation
DECLARATION FORM

I/We S/o
(Name)

hereby solemnly declare that I/We am (are) the only legal heir(s) or representative(s) of the deceased
Shri/Smt.

..... of
(Name of I.P.) (Last address)

Insurance No.

2. I/We hereby claim benefit due to the deceased at the time of his/her death, under Section 71 of the ESI Act.

3. I/We hereby authorise Shri
S/o who is also one of the legal heirs of the said deceased and whose specimen signatures are appended below to receive the above benefit under Section 71 of the Act, on behalf of all of us and we hereby declare that this receipt shall be valid discharge to the Corporation so far as we are concerned.

4. I/We hereby undertake to repay forthwith on demand by the Employee’s State Insurance Corporation and without demur any sum to which it is discovered at any time we are not lawfully entitled or which is discovered at any time to be in excess of the amount due to me/us and the decision of the Employee’s State Insurance Corporation as the amount to be so repaid shall be final

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Specimen signature of the person authorised to receive the amount due, [Signature or thumb impression of the claimants]

- N.B. 1. Strike out the portion [marked or the alternative, as the case may be] not applicable.
- 2. In case the applicant is a minor the declaration should be signed by the guardian who may state below his signature as [signed for being his/her guardian]
 - 3. To be completed only when there is more than one claimant and payment is to be made only to one of them on behalf of all the legal heirs.

Attested that the above statement is made before me and is correct to the best of my knowledge and belief.

Signature
Seal of the Attesting Officer

N.B. Attestation of this form shall be admissible only from a Government Official not below the rank of a Tehsildar, Office of the Revenue, Magistrial or Judicial Department.



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

घोषणा पत्र

मैं/हम (नाम) सुपुत्र

एतद् द्वारा सत्य निष्ठा पूर्वक घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम दिवंगत श्री/श्रीमती

..... पता

(बीमाकृत व्यक्ति का नाम)

बीमा संख्या का/के एक मात्र वैध उत्तराधिकारी या वैध प्रतिनिधि हूँ/हैं।

2. मैं/हम एतद् द्वारा दिवंगत की मृत्यु के समय उसे देय हितलाभ का कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम की धारा 71 के अन्तर्गत दावा करता हूँ/करते हैं।

3. मैं/हम एतद् द्वारा श्री को जो उक्त मृतक के वैध उत्तराधिकारियों में से एक हैं/हैं तथा जिसके/जिनके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं, मैं/हम सब अपनी ओर से अधिनियम की धारा 71 के अन्तर्गत उपर्युक्त हितलाभ की राशि प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ/करते हैं तथा हम एतद् द्वारा घोषित करते हैं कि जहां तक हमारा संबंध है इस राशि का भुगतान करने के बाद निगम हमारे प्रति सभी प्रकार के दायित्व से कानूनों से मुक्त हो जाएगा।

4. मैं/हम एतद् द्वारा वचन देता हूँ/देते हैं कि कर्मचारी राज्य बीमा निगम द्वारा मांग किए जाने पर किसी भी ऐसी राशि को बिना किसी प्रकार की आपत्ति के लौटा दूंगा/देंगे जिसके बारे में किसी भी समय यह पाया गया कि मैं/हम उसके कानूनी हकदार नहीं हैं अथवा जो राशि मुझे/हमें देय राशि की सीमा से अधिक है और इस प्रकार लौटाई जाने वाली राशि के बारे में कर्मचारी राज्य बीमा निगम का निर्णय अन्तिम होगा।

1.

2.

3.

4.

देय राशि प्राप्त करने के लिए
प्राधिकृत व्यक्ति के नमूना
हस्ताक्षर

[दावेदारों के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान]

कृपया ध्यान दें : 1. जो लागू न हो उन्हें काट दें। चिन्ह वाले या वैकल्पिक, जैसा भी मामला हो।

2. यदि आवेदनकर्ता अवयस्क हैं तो घोषणा पत्र पर संरक्षक के हस्ताक्षर होंगे और वे अपने हस्ताक्षर के नीचे (संरक्षक के रूप में की ओर से हस्ताक्षर किए) लिखेंगे।

3. केवल तभी भरा जायेगा जबकि एक से अधिक दावेदार हों और भुगतान वैध उत्तराधिकारियों की ओर से उनमें से केवल एक को किया जाना हो।

साक्षात्कृत किया जाता है कि उपर्युक्त बयान मेरे सामने दिया गया है और जहां तक मेरी जानकारी और विश्वास है, सही हैं।

हस्ताक्षर

साक्षात्कृत करने वाले अधिकारी की मोहर

कृपया ध्यान दें : इस फार्म पर तहसीलदार या राजस्व मैजिस्ट्रियल या न्यायिक विभाग के समक्ष या उससे उच्च स्तर के सरकारी अधिकारी का साक्षात्कृत स्वीकार्य/मान्य होगा।