



कुटुम्ब घोषणा प्ररूप में परिवर्तन
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनियम 15 ख)

विनि.प्ररूप-2

बीमाकृत व्यक्ति का नाम.....बीमा संख्या

मैं इसके द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि वह/वे व्यक्ति जिसके/जिनके विवरण नीचे दिए गए हैं अब मेरे कुटुम्ब का/के सदस्य/हो गया है/गए हैं/ अब मेरे कुटुम्ब का/के सदस्य नहीं है/हैं।*

क्र. सं.	नाम	जन्म की तारीख	परिवर्तन का कारण व तारीख	बीमाकृत व्यक्ति के साथ नातेदारी	क्या उसके साथ निवास कर रहा है/ रही हैं या नहीं।		यदि नहीं, तो कहाँ निवास कर रहा है।		सम्बद्ध बीमा चिकित्सा व्यवसायी/ औषधालय का नाम
					हां	नहीं	जिला	राज्य	

मैं इसके द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं। पहले प्रस्तुत किए मेरे कुटुम्ब घोषणा प्ररूप में कृपया इसी के अनुसार परिवर्तन कर लिया जाए।

कुटुम्ब में जोड़े जा रहे सदस्यों की पासपोर्ट आकार की फोटो संलग्न है/हैं।

स्थान :

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

तारीख :

नाम साफ अक्षरों में.....

नियोजक के विवरण:- नाम..... पता..... कूट संख्या.....

नियोजक-प्रतिहस्ताक्षर

पदनाम रबड़ की मोहर सहित

टिप्पणी : "कुटुम्ब" से किसी बीमाकृत व्यक्ति के निम्नलिखित सभी अथवा कोई नातेदार अभिप्रेत हैं:-

अर्थात्:- (1) पति या पत्नी (2) बीमाकृत व्यक्ति पर आश्रित कोई धर्मज या दत्तक अवयस्क आश्रित बालक, (3) कोई बालक जो बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनों पर पूर्णतः आश्रित है तथा जो (क) शिक्षा प्राप्त कर रहा है, उनके 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने तक (ख) कोई अविवाहित पुत्री, (4) कोई बालक जो किसी शारीरिक अथवा मानसिक अपसामान्यता या चोट के कारण शिथिलांग है तथा शिथिलांगता रहने तक बीमाकृत व्यक्ति के उपार्जनों पर पूर्णतः आश्रित है, (5) आश्रित माता-पिता, (ब्योरे हेतु क.रा.बी. अधिनियम, 1948 की धारा 2 के खंड 11 को देखें)।

* कृपया जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र की अनुप्रमाणित प्रति प्रस्तुत करें।



ADDITION/DELETION IN FAMILY DECLARATION FORM
EMPLOYEE'S STATE INSURANCE CORPORATION
 (Regulation 15B)

Name of the Insured Person _____ -Insurance No.

I declare that the person/persons whose particulars are given below has/have now become/ceased to be member(s) of my family*.

Si. No.	Name	Date of Birth	Reason(s) for change & date	Reala-tion-ship with the insured Person	Whether residing with him/her or not state		If no, where residing		Name of IMP/Disp. attached.
					Yes	No.	Distt.	State	

I hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Necessary changes may kindly be made in my Declaration Form submitted earlier.

Passport size photographs of the members who are added to family is/are enclosed.

Place.....

.....
Signature/thumb impression of the employee

Date.....

Name in Block letters _____

Particulars of the Employer:- Name : _____ Address : _____ _____ Code No. _____

Countersignatue of the employer

.....
Desgnation with Rubber Stamp

Note : "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 of 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 Section 2 clause 11 of the ESI Act 1948 for details)

*Please submit duly attested copy of the Birth/Death Certificate.